

ными болями началось обильное кровотечение. При влагалищном исследовании установлено предлежание плаценты при открытии шейки матки на I—II^{1/2} поперечных пальцев.

В течение 10—15 мин больная потеряла 2400 мл крови. Наступило резкое изменение общего состояния: пульс, кровяное давление, дыхание не определялись; сердцебиение не выслушивалось, потеря сознания; непроизвольное отхождение мочи и кала. Через 5 мин с момента проявления картины клинической смерти произведено артериальное нагнетание крови, глюкозы и хлористого кальция. Появился пульс (120), АД — 60/30; больная пришла в сознание. Жаловалась на ощущение жара. Сделано внутривенное вливание крови — 400 мл и 5% раствора глюкозы — 500 мл. Произведена операция кесарева сечения под местной инфильтрационной анестезией — удален недоношенный мертвый плод; установлено центральное предлежание плаценты. В процессе операции состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс — 100—102, АД — 80/40. Послеоперационный период осложнился очаговой пневмонией. Выписана на 16-й день после операции.

Таким образом, наши клинические наблюдения показали высокую эффективность артериального нагнетания крови в сочетании с гипертоническими растворами при преагональном и агональном состояниях и клинической смерти женщин.

На основании наших наблюдений рекомендуем в акушерской практике начинать внутриартериальное введение крови при АД 70 и ниже, чтобы не допустить прекращения импульсов с сосудистых рефлексогенных зон в центральную нервную систему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волох Д. М. Акуш. и гинек., 1926, 6. — 2. Мильченко И. Т. и Калашникова Н. П. Акуш. и гинек., 1953, 6. — 3. Неговский В. А. и Зак Р. Л. Акуш. и гинек., 1951, 1. — 4. Персианинов Л. С. Внутриартериальное переливание крови в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1955.

Поступила 7 октября 1958 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАССАЖА И ГИМНАСТИКИ В ДОМЕ РЕБЕНКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

К. В. Швец и М. С. Юзева

Из дома ребенка № 3 Казанского горздраотдела (главврач — К. В. Швец) и кафедры педиатрии № 1 (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В работе врача-педиатра в яслях и домах ребенка ведущее место занимает забота о высоком уровне физического развития детей. Для закаливания организма ребенка и укрепления его здоровья, кроме рационального режима, широкого пользования свежим воздухом и полноценного питания, необходимо большое внимание уделять развитию движений у детей.

Давно известно, что если ребенок пассивный, мало двигается, это может способствовать развитию гипотрофии. Еще Амбодик указывал: „недостаток в телодвижении есть главная причина медленного рошения младенческого тела“. Наблюдения ряда авторов (Тур, Губерт и Рысс, Минкевич, Сорочек и Уварова, Шелованов и др.) показали, что систематическое применение массажа и гимнастики приносит детям большую пользу. Массаж в сочетании с физическими упражнениями оказывает общее стимулирующее влияние на организм ребенка, повышает его эмоциональный тонус, вследствие чего наступают положительные сдвиги в состоянии здоровья детей. Это имеет особенно важное значение для детей домов ребенка и интернатных групп яслей.

В этом сообщении мы считаем целесообразным поделиться опытом применения массажа и гимнастики в доме ребенка № 3 гор. Казани, где они включены в режим с 1952 г.

¹ Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР 10 декабря 1958 г.

Занятия с детьми проводит педагог, прошедший специальную подготовку в Центральном институте педиатрии РСФСР в Москве у Сорочек и Минкевич. Массаж и гимнастика проводятся в доме ребенка, как правило, в период первого и второго бодрствования, спустя 30—40 мин после кормления. Если ребенок спокоен и у него пищевое возбуждение не сильно выражено, то массаж делается до еды. Занятия с грудными детьми проводятся непосредственно в группе в присутствии детей. Перед этим помещение тщательно проветривается и облучается кварцевой лампой; температура комнаты — 20°. В летний период процедуры делаются на открытой засетченной веранде, при температуре воздуха не ниже 22°. Массаж и гимнастику удобно проводить на специально сделанном щите, который ставится на край манежа и накрывается байковым одеялом и клеенкой, а поверх — пеленкой, индивидуальной для каждого ребенка. Сестра перед процедурой тщательно моет руки теплой водой. Тальк и вазелин не применяются. Как массаж, так и гимнастика проводятся со всеми детьми первого года жизни, начиная с полутора — двух месяцев и спустя 10—12 дней после поступления в дом ребенка, по мере привыкания его к новым условиям жизни (к режиму, обстановке, персоналу). Массаж и гимнастический комплекс назначается врачом индивидуально с учетом возраста, состояния здоровья, общего физического развития и развития движений ребенка. Основные элементы гимнастического комплекса взяты нами из методических указаний Сорочек, Минкевич и Уваровой, а также клиники проф. А. Ф. Тур.

С полутора до трех месяцев жизни в комплекс упражнений включаются: поглаживающий массаж, способствующий расслаблению мышц, затем, постепенно, и рефлекторные упражнения. Пассивные упражнения еще не даются.

В период от 3 до 6 месяцев применение массажа расширяется: кроме поглаживания, вводится легкое растирание, разминание, поколачивание, что становится возможным вследствие уравнивания тонуса мышц сгибателей верхних и нижних конечностей с разгибателями. Включаются и пассивные упражнения с постепенным их усложнением. Например: кучерские движения рук, сгибание и разгибание ног и т. п. К концу первого полугодия у ребенка появляются некоторые самостоятельные произвольные движения: переворачивание со спины на бок, а затем на живот, переступание ножками при поддержке под мышками. В комплекс занятий одновременно надо включать упражнения, которые активизируют движения ребенка.

От 6 до 9 месяцев расширяется применение активных упражнений для подготовки ребенка к ползанию, сидению и стоянию. Новые виды упражнений включаются постепенно, с усложнением и увеличением количества повторений. Пассивные упражнения постепенно уменьшаются. Для стимуляции выполнения детьми различных движений применяется показ разнообразных красивых или заводных игрушек. Во время занятий сестра все время разговаривает с ребенком. Например: ставит на ножки и приговаривает „стой, стой“. При присаживании говорит — „сидись“, а при переступании — „иди, иди“ и т. п. Занятие с каждым ребенком продолжается 5—6 мин, максимально до 8—10 мин ежедневно.

С детьми, страдающими рахитом и гипотрофией, занятия проводятся по два раза в день, с применением регистрирующих процедур.

Занятия проводятся под постоянным контролем врача и педагога. Обращается внимание на общее состояние ребенка, его поведение, эмоциональный тонус, деятельность органов дыхания и кровообращения. Пульс и дыхание подсчитываются до и после занятий. В случаях, когда учащение пульса больше 150 ударов, а частота дыхания больше 40 в 1 мин, ребенку следует снизить нагрузку и назначить больше пассивных движений и поглаживания.

За последние 5 лет в доме ребенка массаж в сочетании с гимнастикой применялся у 370 детей первого года жизни.

Перед началом гимнастики и массажа нормальная упитанность была у 214 детей (57,8%). С гипотрофией 1-й степени было 65 детей (17,8%), с гипотрофией 2-й степени было 71 (19,2%); 19 детей были в состоянии гипотрофии 3-й степени (5,2%). Явления рахита 1-й степени были у 117 (31,6%); рахита 2-й степени — 65 детей (17,6%); и у 6 детей был рахит 3-й степени (1,6%). Массаж и гимнастика являются лишь одним из мероприятий в общей системе оздоровительной и воспитательной работы с детьми. В обязательном порядке соблюдается возрастной режим, во время бодрствования с детьми проводятся игры и занятия, стараются поддерживать у детей положительный эмоциональный тонус, широко используется свежий воздух в течение круглого года (2—3 раза в день сон на воздухе зимой, а летом пребывание на открытой засетченной веранде в течение всего дня). В холодное время года проводится облучение детей кварцевой лампой, как и детских комнат.

Положительные результаты массажа и гимнастики отмечаются

в развитии моторики у детей. Основные движения: держание головки в вертикальном положении, развитие хватательных умений, ползание, сидение и самостоятельная ходьба у детей-нормотрофиков развивались своевременно. Дети начинали ходить самостоятельно к 10—12 месяцам. Дети, принятые в дом ребенка с гипотрофией 1—2 степени и рахитом, начинали постепенно выправляться и через несколько месяцев (1—4) догоняли своих сверстников. Дети этой группы начинали ходить не позднее 13—15 месяцев, тогда как в предыдущие годы (1948—1952) самостоятельная ходьба появлялась у детей к полутора — двум и даже к двум с половиной годам.

Массаж и гимнастика благоприятно отражались и на состоянии питания детей. Так, за последние 5 лет из 66 детей, поступивших в состоянии гипотрофии 1-й степени, все стали нормотрофиками к концу года, у них стало нормальным нервно-психическое развитие. Из 71 гипотрофика 2-й степени к концу года стали нормотрофиками 65 и только 6 перешли в состояние гипотрофии 1-й степени. Даже из группы детей с гипотрофией 3-й степени 6 детей к концу года имели нормальное питание и стали ходить, лишь трое остались в состоянии гипотрофии 2-й степени, 10 детей были отнесены к гипотрофии 1-й степени.

У детей, страдавших рахитом, массаж и гимнастика приводили к заметному улучшению мышечного тонуса и укреплению статических и моторных функций. При этом у детей в грудной группе отмечался хороший эмоциональный тонус, они активно занимаются игрушками, много двигаются в манеже. Положительный эмоциональный тонус отмечался и у детей, которые еще не вышли из состояния гипотрофии. О благоприятном влиянии массажа и гимнастики свидетельствуют так же и результаты их взвешивания, как и другие антропометрические данные.

В результате описанных комплексных мероприятий можно отметить снижение заболеваемости среди детей, особенно воспалением легких и дизентерией. За последние 5 лет у детей первого года жизни зарегистрировано всего 25 случаев заболеваний пневмонией, тогда как за один 1949 год был 31 случай. За 1954—1955 гг. дизентерией болели 43 ребенка, а за последние 3 года заболеваний дизентерией не было совсем.

Для примера приведем краткие выдержки из историй развития детей.

I. X., 3 мес. 14 дней, вес 4400,0; поступила в дом ребенка в октябре 1957 г. Гипотрофия 1 степени, рахит 1 степени и анемия. В нервно-психическом развитии отставала от своего возраста.

За две первые недели прибывла в весе на 20,0 г, в возрасте 4 месяцев по развитию соответствовала двухмесячному ребенку. Назначено полноценное питание, соответствующее возрасту (4 раза грудное молоко, кефир, творог, витамины); назначены массаж и гимнастика.

На пятом месяце начала хорошо поправляться, за месяц прибывла в весе уже на 940 г. По общему развитию приблизилась к норме, стала подвижной, радостной. В возрасте одного года имела нормальный вес (9300,0), начала самостоятельно ходить.

II. Г., 6 месяцев, поступила в дом ребенка в декабре 1957 г. Гипотрофия 2-й степени, рахит 1-й степени, анемия. Вес при поступлении 5660,0 (при рождении — 3100,0). По развитию соответствовала трехмесячному ребенку, умела лишь держать головку в вертикальном положении, переворачиваться со спинки на бок. Назначено соответствующее возрасту питание (женское молоко 3 раза, кефир, творог, каша, витамины). Через 10 дней назначены занятия по массажу и гимнастике, сон на воздухе, начали переливание небольших доз плазмы. За месяц девочка прибавилась на 1100,0, в возрасте 7 месяцев вес 6700,0, стала активно заниматься игрушками, смеяться, отставание в развитии лишь на один — полтора месяца. К году стала нормотрофиком, имела вес 9100,0, рост 72 см, по развитию соответствовала возрасту. Ходить начала к 13 месяцам.

ВЫВОДЫ:

1. В условиях дома ребенка массаж и гимнастика в комплексе с другими воспитательными и оздоровительными мероприятиями способствуют нормальному общему развитию детей, повышают их эмоциональный тонус: стимулируют развитие движений, улучшают питание и повышают иммунитет ребенка.

2. Массаж и гимнастика являются эффективным средством в борьбе с дистрофией и рахитом.

3. Массаж и гимнастика должны быть введены в комплекс оздоровительных мероприятий у детей раннего возраста, особенно в закрытых лечебно-профилактических детских учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Минкевич М. А., Сорочек Р. Г., Уварова З. С. Физические упражнения для детей раннего возраста. Медгиз, 1958.—2. Рысс М. Г. Сов. педиатрия, 1940, 1.—3. Салистовская Е. Б., Сорочек Р. Г. Гимнастика и массаж с ослабленными детьми грудного возраста в условиях дома ребенка. Медгиз, 1946.—4. Тур А. Ф. Педиатрия, 1955, 4.—5. Уварова З. С. Педиатрия, 1958, 6.—6. Щелованов Н. М. и Аксарина Н. М. Руководство по воспитанию детей в яслях и домах ребенка. Медгиз, 1957.

Поступила 11 июня 1959 г.

К ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Канд. мед. наук М. Г. Малкина

Из кафедры психиатрии (зав.— проф. М. П. Кутанин)
Саратовского медицинского института

Как известно, эпилептическое состояние нередко является внезапным и первым симптомом различных органических заболеваний и требует неотложной помощи по жизненным показаниям.

Только установление этиологического диагноза ведет к эффективному лечению, так как условия, определяющие судорожные состояния, например, при опухоли мозга или травме, коренным образом отличаются от условий развития судорожных припадков при сосудистых и других заболеваниях, как справедливо подчеркивает ряд авторов (А. Ю. Вяясновский и др.).

Однако, при исследовании больных в эпилептическом состоянии иногда не удается выявить основной характер заболевания; но даже и установление этиологического диагноза в отдельных случаях не устраняет необходимости применения срочного симптоматического лечения, так как этиопатогенетическое лечение, совершенно необходимое в дальнейшем, большей частью требует значительного времени.

При лечении эпилептического статуса применяют внутривенное введение спиртового раствора люминала (М. Л. Лазник и Э. Я. Спрадзис). Яар и Меррит рекомендуют уравнение водного баланса, предупреждение гипертермии, уход и — из медикаментов — фенобарбитал (люминал) или амобарбитал (барбитал) по 0,4—0,8 внутривенно, а при их неэффективности — также внутривенно паральдегид.

За последние годы мы успешно применяли для лечения эпилептического состояния у 23 больных одновременное введение 15—20 мл 25% раствора сернокислой магнезии внутримышечно и 0,6—0,8—1,0 барбитала в клизме (дозировав барбитал с учетом возраста и веса больного).

Эта комбинация медикаментов нам представляется весьма удачной. Мы полагаем, что понижение возбудимости мозга вызывается, с одной стороны, его дегидратацией за счет введения сернокислой магнезии (К. Н. Третьяков и др.) и, с другой стороны, применением барбитала, противосудорожное действие которого хорошо известно (В. В. Закусов).

Возможно, что обезвоживание мозга способствует предупреждению гипертермии, так как мы не наблюдали у наших больных этого частого явления при эпилептическом статусе; если же больные к нам поступали с высокой температурой, то она быстро выравнивалась одновременно с прекращением припадков. В связи с этим

¹ Доложено на XXI научной сессии Саратовского медицинского института 27—30/XII-54 г. и на заседании Саратовского филиала Всесоюзного общества невропатологов и психиатров 25/IX-57 г.