



Отдел I. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Сектор охр. матмлада Института соцздрава в г. Казани (директор проф. Ф. Г. Мухамедьяров завед. сектором В. М. Федоров)

Роль яслей в профилактике детского тбк.

Ю. В. Макаров и Н. Х. Хасанкаева.

Борьба с инфекциями в яслях является сейчас актуальной задачей. Главное внимание в профилактической работе ясельных врачей вполне правильно акцентуруется сейчас на острых инфекциях, которые, как известно, дают в раннем возрасте большой процент тяжелых осложнений и значительную смертность. Те мероприятия, которые проводятся в настоящее время во многих яслях для профилактики кори, коклюша и дифтерии, не остаются бесплодными, они уже сохранили жизнь и здоровье многих детей и в немалом числе случаев предупредили временный отрыв работницы от производства из-за болезни ее ребенка. На ряду с этой первостепенной важности работ, мероприятия в отношении хронических инфекций и в частности тбк не должны, однако, также ускользнуть из внимания ясельных врачей. Достаточно вспомнить частоту активации тбк после кори и коклюша, значение возраста и суперинфекций для исхода первичного заражения у ребенка, а также случаи благоприятного течения тбк инфекции даже у очень маленьких детей при создании соответствующих условий,—чтобы согласиться с тем, что ясли могут и должны играть не малую роль в деле профилактики детского тбк.

Между тем, на этом участке многосторонней деятельности ясельных врачей не так редко можно встретиться с фактами, свидетельствующими о недооценке важности той лечебно-профилактической работы, которую должны проводить ясли в отношении детского тбк. Такое заявление мы позволяем себе сделать на основании обследования 5 яслей Сталинского района г. Казани, которое было проведено сектором охматмлада и имело целью наладить работу яслей в этом отношении. Обследованные ясли обслуживают детей работниц мыловаренного завода им. М.-Н. Вахитова, меховых фабрик, валяной фабрики им. Разумова и кондитерской фабрики „Светоч“. При помощи реакции Pirquet нами была выявлена инфицированность детей тбк; дети с положительной реакцией были осмотрены и рентгеноскопированы, некоторые (неясные) случаи

были дообследованы клинически в детск. кл. ГИДУВ'а (дир. проф. Е. М. Лепский); наконец, было произведено бытовое обследование с целью выяснения наличия и условий семейного тѣк контакта.

Из числящихся в этих яслях 352 детей обследовано было 264, имевшихся налицо. При однократном исследовании положительная реакция Pirquet получена у 36, т. е. в 13,6%. Беря % положительно-реагировавших детей по возрастам по отдельным яслям и суммарно по всем, получаем такие результаты:

Ясли	№ 6		№ 10		№ 12		№ 15		№ 19		Всего	
	Из числа	Pirquet	Из числа	Pirquet	Из числа	Pirquet	Из числа	Pirquet	Из числа	Pirquet	Из числа	Pirquet
		+		+		+		+		+		+
0—1 г.	13	0 0	21	0 0	9	1 11	21	0 0	13	0 0	77	1 1,3*
1—2 г.	13	1 7,7	14	2 14,3	7	0 0	20	2 10	15	1 6,6	69	6 8,7
2—3 г.	12	2 16,6	19	4 21	10	1 10	3	0 0	8	2 25	52	9 17,3
3—4 г.	9	3 33	20	6 30	16	2 12,5	9	8 88,8	12	1 8,3	66	20 30,3
Всего	47	6 12,7	74	12 16,2	42	4 9,5	53	10 18,9	48	4 8,3	264	36 13,6
% положит. у дет. старше 1 г.	17,6%		22%		9%		31,2%		11,4%		18,7%	

Для сравнения приведем % инфицированности детей в различных возрастах по данным, полученным в Казани же в разные годы.

	1908 г. Д-р Вульфийус	1922 г. Проф. Лепский	1931 г. Д-р Кокушина
От 0 до 6 м.	—	21,7	2,5
„ 6 м. до 1 г.	12	33	5,9
„ 1 г. „ 2 л.	41,6	41,6	9,9
„ 2 „ 3	53	46,1	18,1
„ 3 „ 4	—	—	20,2

Из сопоставления этих двух таблиц мы видим, что % инфицированности детей тѣк в обследованных нами яслях в общем не является высоким; если взять отдельные возрастные группы, то он даже ниже цифр д-ра Кокушина, полученных в 31 г. на материале яслей и консультации. Однако, если, исключив возраст до 1 года, взять % инфицированных детей по отдельным яслям, то картина получается довольно пестрая: наибольший % в яслях № 15—31,2%, в № 10—22%, наименьший в № 12—9%. Такое разнообразие данных может найти объяснение лишь при анализе материала. Имеется 2 возможности для

объяснения этой разницы в инфицированности детей по отдельным яслям: 1) случайный подбор детей, имеющих семейный тбк контакт, или 2) заражение в яслях. Семейное обследование действительно показало, что в ряде случаев мы имеем дело с детьми из тбк очагов. Так, у 5 детей отец или мать страдают открытой формой тбк или недавно умерли от тбк; у 3 детей был временный тбк контакт, так, в 1 случае ребенок около месяца жил с теткой-бацилловыделительницей. Таким образом у 8 (25%) детей мы можем считать установленным внутрисемейное заражение. Было бы неправильно, однако, считать, что во всех остальных случаях дети инфицировались в яслях; несомненно, что у части детей имелась в ближайшем окружении нераспознанные ВК—выделители, явившиеся источником инфекции, а может быть и другой случайный невыясненный контакт. Но для части детей, нужно думать, источник заражения был в яслях. Освидетельствование детей с положительной реакцией Pirquet, а также рентгеноскопия их показали, что в значительном числе случаев мы имеем дело не только с инфицированностью, но и с различными формами тбк заболевания. Именно:

1 — тбк пневмония (ВК +).

17 — тбк инфильтрат („эпитуберкулез“) и межлобарный плеврит.

7 — тбк бронхиальных желез.

11. — status allergicus.

Это заставляет нас обратиться к вопросу о заразительности различных форм детского тбк.

На случае тбк бронхопневмонии особенно останавливаться не приходится, у этой 2-летней девочки в клинике (куда она была переведена из яслей) были обнаружены ВК в мокроте, так что она являлась источником инфекции для всей группы детей. Конечно, такие далеко зашедшие формы тбк редко можно встретить в яслях при нормальной работе врача; это может произойти лишь по какой-нибудь случайности (в данном случае из-за частой сменяемости врачей, работавших чуть ли не по неделе). Большой интерес представляет вопрос, только ли эти дети с т. наз. „открытыми“ формами тбк являются заразительными. Безопасны ли дети с тбк бронхиальных желез, с тбк инфильтратами, наконец те, которые реагируют положительно на туберкулин, но не обнаруживают ни клинически, ни на рентгене признаков легочного тбк процесса.

В отношении тбк инфильтратов у многих врачей имеется представление, что при этой, обычно благоприятно протекающей форме, опасности для окружающих нет. Действительно, при обычном исследовании мокроты таких детей ВК большей частью не находят. Однако, применяя более чувствительные методы, можно убедиться, что эти формы, хотя бы в известных фазах развития, также должны быть причислены к заразительным. Так, Opitz, инъецируя морским свинкам содержимое желудка, вымытое патошак (дети, как известно, не отхаркивают, а глотают мокроту), получил положительный результат на ВК в 33 из 36 случаев тбк-инфильтратов; Langer—в 7 из 10 случаев; Friedenberg находил ВК у 35% детей с этой формой тбк; Kleinschmidt, не указывая процента, также отмечает положительный результат исследования при инфильтратах как больших размеров, так и малых. Точно также при тбк бронхиальных желез и тбк гилюса (Kleinschmidt) опытом на свинках обнаруживалось наличие ВК в содержимом желудка, вымытом

натошак. Гораздо реже удавалось Oritz'u обнаружить ВК при интерлобарных плевритах: лишь в 1 из 7 случаев он получил положительный результат. Только что приведенные данные свидетельствуют о том, что при всяком легочном тбк процессе у детей, устанавливаемом клинически и рентгенологически, имеется бацилловыделение. Однако, степень заразительности таких детей нельзя считать одинаковой на протяжении всего времени наличия инфильтрата, которое измеряется месяцами и доходит иногда до 2-х лет. Заразительность велика, по Wallgren'u в начале развития инфильтрата и значительно ослабляется в дальнейшем при благоприятном течении процесса (Engel). Наибольший срок, в течение которого Wallgren мог констатировать ВК при инфильтратах, был $\frac{1}{2}$ года.

Дальнейшие исследования в отношении бацилловыделения, которые были распространены Poulsen'ом на детей с отрицательными данными клинического и рентгеновского исследования легких при положительной реакции Pirquet, показали, что и у них в грудном и раннем возрасте можно обнаружить ВК в желудочном содержимом (опытом на свинках и культурой на среде Нohn'a), тогда как у старших детей получался отрицательный результат. Это свидетельствует об активности первичного комплекса у детей равного возраста, что вполне понятно, если учесть непродолжительность срока с момента инфекции. Заразительность таких детей при отсутствии кашля, нужно думать, чрезвычайно мала (Wallgren, Engel). Однако, с появлением кашля, хотя бы просто простудного („грипп“), такой ребенок легко может сделаться заразительным для окружающих. К тому же при активности первичного очага (за что говорят ВК в желудочном содержимом) и незначительности срока для выработки сопротивляемости тбк инфекции у таких детей легко и незаметно может развиться туберкулезное заболевание. Поэтому в условиях коллектива маленьких детей (до 2-х лет) с положительной реакцией Pirquet, но отрицательными данными рентгеновского и клинического исследования правильнее считать лишь относительно незаразительными.

Приведенные данные о заразительности различных форм тбк позволяют вывести следующие заключения в отношении их обслуживания. Дети с тбк бронхиальных желез в активной форме, а также с тбк инфильтратами в начале их развития (в периоде нарастания) не должны приниматься в ясли, несмотря на отрицательный результат исследования мокроты на ВК. Они должны направляться в детские тбк санатории или ясельный санаторий, где должны оставаться в течение всего активного периода. Однако, было бы неправильно, думается нам, считать наличие тбк инфильтрата (т. наз. „эпитуберкулеза“) абсолютным противопоказанием для приема ребенка в ясли; те дети, у которых инфильтрат находится в стадии обратного развития или фиброзного превращения, при том в возрасте старше $1\frac{1}{2}$ —2 лет, не представляют особенной опасности для других детей и могут посещать ясли, если обеспечен периодический осмотр их в тубдиспансере. Такие дети не могут быть приняты в ясли без заключения тубдиспансера или санатория, которое, в свою очередь, возможно лишь при условии длительного наблюдения и специальных исследований (рентген, реакция оседания эритроцитов, анализ крови и проч.). К сожалению методика исследования на ВК, применявшаяся Oritz'ем, не может получить широкого распространения в виду своей

сложности и дороговизны (нужно несколько свинок на каждое исследование).

Большие трудности встречает разрешение вопроса о мероприятиях в отношении маленьких детей (до $1\frac{1}{2}$ —2 лет), имеющих положительную р. Pirquet без признаков легочного заболевания. Хотя заразительность их при отсутствии кашля невелика, но она легко может повыситься (см. выше) и игнорировать наличие такой возможности, учитывая малый возраст окружающих детей вряд ли представляется возможным. Наиболее правильным решением вопроса было бы, пожалуй, выделение для таких детей одних из имеющихся в этом районе города яслей. Создание таких санаторных яслей облегчило бы обслуживание и тех детей с затухающими тбк инфильтратами, о которых выше была речь. При невозможности организовать такие ясли, если позволяет помещение, целесообразно было бы внутри своей группы выделять таких детей в отдельную смежную комнату; выделение в изолятор совершенно неприемлемо как по педологическим, так и по медицинским соображениям. Даже отделение такого грудника ширмой в общей палате имеет смысл, хотя бы уж потому, что служит напоминанием о необходимости особого наблюдения за данным ребенком. Все Pirquet-положительные дети в возрасте до 2-х лет должны периодически осматриваться педиатром-туберкулезником и рентгеноскопироваться. Отказ в приеме ребенка в ясли только потому, что у него имеется положительная р. Pirquet, конечно, совершенно недопустим.

Не обладая большим знакомством с диагностикой и клиникой детского тбк, к тому же при отсутствии необходимых условий, ясельные врачи, конечно, не в состоянии самостоятельно справиться с определением мероприятий, необходимых в отношении каждого отдельного случая. Необходим теснейший контакт их с педиатром тубдиспансера. Целесообразнее организовать эту связь таким образом, чтобы туберкулезник сам посещал ясли, а не посылать всех детей в тубдиспансер. Это даст возможность осмотра детей совместно с ясельным врачом, что несомненно должно содействовать успеху дела. Отправку на рентгеноскопию должны организовать ясли, согласно указаний диспансерного врача. Такие периодические посещения яслей должны входить неотъемлемой частью в работу педиатра тубдиспансера, что в некоторых городах Союза уже проведено; у нас же в Казани такой связи еще нет. Одной из причин этого указывается перегрузка диспансерных врачей обычной работой. Если это действительно так, мы не видим ничего плохого в том, чтобы такими посещениями яслей заменить выезды педиатров на фабрики и заводы, где они не находят достаточно эффективного применения для своей специальности; ведь ясли в сущности являются одним из подсобных цехов фабрики или завода, хорошая работа которого несомненно благоприятно отразится и на производительности основных цехов. Тесная увязка в противотуберкулезной работе яслей с тубдиспансером необходима также для выявления контактов и для проведения в тбк очагах необходимой лечебно-профилактической работы: вряд ли может быть сомнение в неблагоприятном влиянии массивных суперинфекций для дальнейшего течения тбк у зараженных детей. Наконец, тубдиспансер должен периодически проводить обследование персонала яслей в отношении тбк, о чем ясельные врачи, оказывается, нередко забывают. Само собой понятно,

что воспитательница с открытой формой тбк может быть источником для массового заражения детей. Д-р Бандуровская (Одесса) обнаружила в одном яслях, где была воспитательницей — бацилловыделительница, у 28,3% детей положительную реакцию Pirquet, тогда как в других, где такого общения не было, 19,3 (при приблизительно одинаковом возрастном составе). В своем материале мы имеем также одни ясли, где получился большой по сравнению с другими процент положительных реакций Pirquet (в соответствующих возрастных группах), при чем у троих детей имелись тбк инфильтраты в различных стадиях. Весьма вероятно, что в этом сыграло роль то обстоятельство, что с 1/2 года тому назад здесь работала воспитательница, находящаяся сейчас на пенсии из-за туберкулеза легких.

Все перечисленное еще не исчерпывает той роли, которую могут и должны иметь ясли в деле профилактики детского тбк. Конечно, предупреждение, а также ослабление течения (впрыскивание сыворотки) таких инфекций как корь, коклюш, которые нередко ведут к обострениям тбк, имеет очень большое значение. Мало того, — ясельный врач должен использовать все имеющиеся у него возможности для повышения иммунитета ребенка, его устойчивости в отношении разнообразных вредных влияний и предупредить переход имеющейся тбк инфекции в тбк заболевание. Подробно останавливаться на всех относящихся сюда мероприятиях здесь мы не имеем возможности, т. к. это неизбежно должно привести нас к детальному обсуждению всего ясельного режима, что очень увеличило бы размеры нашей статьи; к тому же имеются и хорошие руководства по этим вопросам, напр., книга проф. Медовикова — „Биологические основы профилактики у детей и техника ее проведения“. Мы вынуждены ограничиться выделением некоторых особенно важных моментов; это прежде всего рациональное питание, под которым нужно понимать питание полноценное без одностороннего перекорма (в частности молоком) с достаточным количеством добавочных факторов (витаминов). Необходимо особенно подчеркнуть огромное значение предоставления ясельным детям возможно более продолжительного пребывания на свежем воздухе; в этом отношении во многих яслях дело обстоит очень плохо, между тем как при затрате некоторых средств (на устройство веранды) постановка ясельной работы может быть значительно улучшена. Точно также закаливанию детей водными процедурами, которое необходимо и для большего использования свежего воздуха, не говоря уж об огромном его укрепляющем влиянии на организм ребенка, должного внимания во многих яслях не уделяется; между тем возможность к этому имеется повсюду. Большим вниманием пользуются у ясельных врачей солнечные ванны; они проводятся во многих яслях с наступлением теплого времени. Однако, в применении их у тбк детей приходится констатировать иной раз чрезмерную смелость и отсутствие необходимой индивидуализации. Солнечные ванны, представляя один из видов раздражающей терапии, в соответствующих случаях приносят большую пользу. Наоборот, при неумеренной дозировке солнца (а также освещения кварцевой лампой) у ребенка с не перешедшим еще в инактивное состояние первичным комплексом (а в таком состоянии находятся почти все дети, инфицировавшиеся на 1—2 году) или с тбк инфильтратом можно вызвать обострение тбк. Мы отнюдь не отвергаем применения солнечных ванн у тбк

детей, но хотим лишь подчеркнуть необходимость индивидуального подхода к каждому случаю и варьирования в дозировке солища (учитывая и место, где производится ванны), так как лишь при этом условии можно получить благоприятный эффект и не причинить вреда тбк ребенку.

Выводы наши можно резюмировать следующим образом:

1) Профилактическая работа по тбк должна проводиться ясельными врачами в тесном контакте с педиатром тубдиспансера, который периодически сам должен посещать ясли.

2) Ясельный врач должен ставить р. Pirquet всем вновь принимаемым детям и повторять ее отрицательно-реагировавшим через 3 мес.

3) Дети до 2-х лет, инфицированные тбк, но не имеющие признаков легочного тбк заболевания, могут приниматься в ясли, но должны регулярно осматриваться туберкулезником-педиатром и рентгеноскопироваться. Следует стремиться к выделению таких детей в районные ясли санаторного типа.

4) Дети с тбк бронхиальных желез, тбк гилюса и тбк инфильтратами в легких в активной стадии в ясли не должны приниматься, несмотря на отрицательный результат исследования мокроты. Они должны направляться в ясельный санаторий или дневной санаторий-ясли.

5) По исчезновении активных явлений, что устанавливается педиатром-туберкулезником, эти дети вновь могут посещать ясли; не наступившее еще рассасывание инфильтрата не является абсолютным противопоказанием к приему ребенка в ясли.

6) Среди доводов, говорящих против допустимости соединения в общие группы детей различных возрастов, имеют также значение и соображения профилактики тбк.

7) В целях предупреждения массивных суперинфекций ВК у детей необходимо усиление санитарно-просветительной работы ясельного врача среди родителей и лечебно-профилактической работы тубдиспансера в тбк очагах.

8) Персонал яслей должен 1 раз в году подвергаться освидетельствованию в отношении тбк.

9) Мероприятия в отношении заноса и ослабления течения кори и коклюша, как инфекций особенно часто активизирующих тбк у ребенка, должны строго проводиться всеми яслями.

10) Рациональное питание, широкое пользование свежим воздухом, закалывающие процедуры, солище, как факторы повышения устойчивости при тбк инфекции, должны быть широко использованы яслями для оздоровления детей.

11) Применение солнечных ванн у тбк детей требует от врача осторожности и индивидуального подхода.
