

Инд. № 3228.

41-57

МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА
НАРКОМЗДРАВА ЧУВАШСКОЙ АССР

Кандидат медицинских наук

Г. А. ГУТМАН

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТ НЕКОТОРЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

*Доклад на конференции молодых врачей
Чувашской АССР 6—8 июня 1941 года*

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ

экземпляры в кол-честве _____

экземпляров _____

ПОДПИСАНЫ4 • *Май* 1941 г.Подпись *Стананов*.

рег. № 236

**ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ
РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТ НЕКОТОРЫХ
ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Велика забота нашей партии и правительства о матери и ребенке. Одним из проявлений этой заботы явился исторический закон от 27-го июня 1936 года о запрещении аборт, увеличении материальной помощи роженицам, расширении сети родильных домов, на основе которого советское правительство обеспечило развертывание мощной сети родовспомогательных учреждений. Мы наблюдаем небывалый рост родильных коек: по СССР вместо 6842 в 1914 году—около 120 тысяч в 1938 году; по Чувашской АССР с момента издания закона число родильных коек в городах увеличилось с 86 до 183, на селе—с 114 до 259, появились совершенно новые формы родовспомогательных учреждений—родильные дома, из них в городах—4, с количеством коек 95 и на селе—6, с количеством коек 68; почти в шесть раз увеличилось число акушерских пунктов (с 14 до 98), количество колхозных родильных домов возросло с 15 до 50.

На работников родовспомогательных учреждений возложена почетнейшая задача—обеспечить женщине высококачественную медицинскую помощь во время беременности и родов, а также забота о сохранении здоровья и жизни новорожденных.

Органы здравоохранения и медицинские работники на местах должны повседневно бороться за улучшение качественных показателей работы родовспомогательных учреждений.

Основными показателями качества работы родовспомогательных учреждений являются данные о сокращении мертворождаемости и смертности новорожденных, а также материнская послеродовая заболеваемость и смертность. Анализируя деятельность родовспомогательных учреждений нашей республики за 1940 г., мы выявили целый ряд организационных недочетов.

Общеизвестно, что правильно проводимая женскими консультациями работа способствует уменьшению числа патологических, а следовательно, и оперативных родов. При правильно поставленной работе выявляются токсикозы беременности, узкие тазы, неправильные положения плода и другие аномалии беременности, которые, своевременно не выявленные, заставляют заканчивать роды оперативно, что увеличивает число мертворождений и материнской послеродовой заболеваемости и смертности.

Материал Чувашского Ин-та ОММ подтверждает это положение. Так, например, из 22 родоразрешений мертвым плодом в 10 случаях женщины поступили в роды с поперечным положением мертвого плода; эти роженицы (сельские жительницы) ни разу не посетали женскую консультацию. Само собой понятно, что в этих случаях при условии своевременного выявления неправильного положения плода, можно было бы спасти не одну жизнь новорожденных при помощи наружного поворота до родов, или же своевременной госпитализацией добиться проведения родов квалифицированным акушером. Госпитализация такой беременной за короткое, до родов, время дает возможность родоразрешить женщину живым плодом, т. к. не будет упущено время для внутреннего поворота. В наших же случаях, даже если бы роженицы поступили с живым плодом, производство внутреннего поворота было уже противопоказано.

Данные Т. П. Ермошкиной, проанализировавшей материнскую послеродовую смертность в лечебных учреждениях Чувашской АССР за 1936—1939 г.г., также показывают, какое колоссальное значение имеет правильно проводимая работа женских консультаций в деле уменьшения случаев материнской послеродовой смертности. В материале Ермошкиной выявлены 19 смертей родильниц после родов на дому, 9 — после родоразрешения при запущенных поперечных положениях плода, 8—после внебольничных разрывов матки и 15—после эклампсии. Бесспорно, что при правильно поставленной работе женских консультаций число родов на дому резко было бы снижено, своевременно были бы выявлены токсикозы беременности, неправильные положения плода и другие патологии, вызывающие разрывы матки. При условии своевременной госпитализации или направления таких случаев на родоразрешение под наблюдением квалифицированного специалиста можно было бы спасти не одну женскую жизнь.

Из приведенных данных ясно, насколько важную роль играют женские консультации в профилактике мертворождений и материнской послеродовой заболеваемости и смертности. Однако, наши консультации, особенно расположенные в сельской местности, не выполняют этой задачи. Сельские консультации охватили своим наблюдением в 1940 г. всего лишь 25% беременных женщин. Эта цифра указывает на чрезвычайно недостаточную в количественном отношении работу наших сельских консультаций. Весьма слаба их работа и в качественном отношении: из рожавших в родовспомогательных учреждениях сельских жительниц только 39% были охвачены наблюдением консультаций, причем на 1 беременную пришлось в среднем всего 1,4 посещения за всю беременность. Приведенные показатели с весьма отрицательной стороны характеризуют не только в количественном, но и в качественном отношении работу женских консультаций на селе, обслуживающих в условиях Чувашии основную массу женщин.

Положительно влиять на качественные показатели работы

родовспомогательных учреждений женские консультации смогут лишь тогда, когда будут проводиться следующие мероприятия:

1. Взятие на учет всех беременных;

2. Систематическое наблюдение за течением беременности (не менее 4—6 посещений за всю беременность) и проведение с беременными как индивидуальной, так и массовой санитарно-просветительной работы;

3. Своевременное выявление патологии беременности и проведение соответствующих профилактических мер:

а) при токсикозах беременности—систематическое исследование мочи, кровяного давления, назначение диетического питания (молочно-растительный стол), консультация со специалистом и ранняя госпитализация;

б) при тазах с наружной конъюгатой 18 см. и ниже (особенно у первобеременных)—принятие мер к своевременному, до отхождения вод, поступлению на роды в присутствии квалифицированного акушера;

в) при неправильном положении плода—профилактический поворот, ранняя дородовая госпитализация;

г) при заболеваниях сердца, легких и почек (после консультации с терапевтом)—выяснение показаний к прерыванию беременности или проведение во время беременности соответствующего лечения;

д) при обнаружении явных признаков сифилиса или данных, дающих основание его подозревать (наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, родов мертвыми, а особенно мацерированными плодами), направлять таких беременных к специалисту-венерологу; у каждой первобеременной необходимо исследовать кровь на реакцию Вассермана (сельские консультации для этой цели могут пользоваться методом сухой капли), для чего им надлежит иметь связь с межрайонной санитарно-бактериологической лабораторией.

Все эти задачи женская консультация выполняет как на приеме беременных, так и во время патронирования их на дому, и выполнение их обеспечивает, как указано выше, улучшение качественных показателей работы родовспомогательных учреждений. Однако, эти показатели зависят также еще и от того, насколько широко и полно охвачены роды квалифицированным родовспоможением. Само собой понятно, что проводимый активный патронаж беременных, систематическая санитарно-просветительная работа среди них, сами по себе увеличивают число женщин, которые отказываются от помощи бабок и повитух при родах, а рожают в наших лечебных учреждениях, или в колхозных родильных домах, или вызывают к себе на дом акушерок с пунктов. Доказательством этого является то, что в нашей республике из года в год растет процент охвата родов квалифицированным родовспоможением: в 1936 г.—17%, в 1937 г.—20%, 1938—24%, 1939—32% и 1940—44%.

Приведенные показатели, хотя и дают основания считать,

что работа в этом отношении постепенно улучшается, все же явно недостаточны, ибо еще почти половина женщин рождает без помощи медицинских работников и тем самым создаются условия для возникновения послеродовой заболеваемости и смертности, главным образом, септического характера.

Поэтому мероприятия по расширению охвата квалифицированным родовспоможением обеспечивают снижение материнской послеродовой заболеваемости и смертности.

Родовспомогательные учреждения нашей республики за 1940 г. выполнили годовой план своей работы всего лишь на 62,4%. Если бы план был выполнен на 100%, то квалифицированным родовспоможением в 1940 г. было бы охвачено не 44% родов, а 62,5%. Отдельно по видам акушерской помощи план, при условии, что каждая бюджетная койка за один год должна обслужить 32 рода, выполнен городскими родильными отделениями больниц на 77%, сельскими—74%, городскими родильными домами—73%, сельскими родильными домами (бюджетными)—42%, колхозными родильными домами—50% и акушерскими пунктами—53%.

Наш анализ работы этих учреждений дает нам основание считать, что помимо недостаточной работы женских консультаций (что является основной причиной)—имеются еще другие организационные моменты, мешающие использовать всю мощь наших родовспомогательных учреждений в борьбе за роды в должных санитарных условиях, а следовательно—за снижение мертворождаемости и смертности новорожденных, а также материнской послеродовой заболеваемости и смертности.

Необходимо отметить, что целый ряд родовспомогательных учреждений не смогли рационально использовать койки из-за отсутствия уюта в этих учреждениях, низкой температуры в палатах зимой, вследствие несвоевременного окончания ремонта, а также из-за недостатка топлива.

Укажем, например, на Ибресинский родильный дом: по причине незаконченного ремонта в нем развернуто вместо 15 коек всего лишь 5 коек; Сундырский родильный дом из-за недостатка топлива, на зиму закрывается и роды принимаются в больнице, что подрывает авторитет его в глазах населения.

Причиной недогрузки коек колхозных родильных домов является, прежде всего, отсутствие организации в них питания рожениц и родильниц за счет колхоза. Помимо этого, имеются колхозные родильные дома, имеющие такое количество коек, которое никоим образом не может быть полностью использовано в том случае, если обслуживаются роды только своего колхоза. Мер же к организации обслуживания родов в окружающих колхозах не проводилось.

Так, например, Кольцовский колхозный родильный дом имеет 4 койки и обслуживает один колхоз, количество рождений в котором не более 40—50 в год. Каждая койка колхозного родильного дома должна в год обслужить не менее 20 родов и поэтому Кольцовский роддом должен обслужить в год не

менее 80 родов, что, при условии обслуживания всего лишь одного колхоза, не может быть выполнено.

Таково же положение и с акушерскими пунктами. Почти как правило, в том селении, где находится акушерский пункт, акушерка этого пункта обслуживает почти все роды. Однако, в некоторых случаях, акушерский пункт расположен в селении, где число рождений за год менее 60, почему и не обеспечивается полная загрузка акушерки.

Например, Байзубинский акушерский пункт Красноармейского района обслуживает один сельсовет, число рождений в котором в год не более 20 и поэтому этот акушерский пункт не может выполнить производственный свой план (не менее 60 родов в год); необходимо в таких случаях увеличивать радиус обслуживания родов акушерским пунктом.

Приведенные данные показывают, что родовспомогательные учреждения и местные органы здравоохранения не борются за выполнение своих планов, хотя устранение мешающих выполнению плана причин зависит от них самих.

Качество работы родовспомогательных учреждений зависит от того, насколько широко развернута деятельность женских консультаций и в какой степени медицинский персонал обслуживает роды.

Однако этими мероприятиями не исчерпываются наши действия в борьбе за улучшение качества работы родовспомогательных учреждений.

Необходимо обратить особое внимание на профилактику послеродового сепсиса, которая в основном должна заключаться в следующем:

1. Организации широкого охвата патронажем беременных женщин с обязательной своевременной госпитализацией выявленных случаев с патологией беременности (узкие тазы, неправильное положение плода, токсикозы, многоводие, двойни, субкомпенсированные и декомпенсированные пороки сердца, нефрозы и нефриты, пиелиты и т. п.);

2. Приведении в должное санитарное состояние родильных отделений и домов;

3. Изоляции родильных отделений от других отделений больниц, отдельной стирке белья родильного отделения, своевременном переводе из чистого родильного отделения в сомнительное, или, за отсутствием такового, в терапевтическое отделение родильниц с наличием воспалительных заболеваний;

4. Стерильный материал при родах должен употребляться не только в больницах, но и в колхозных родильных домах, а также на акушерских пунктах;

5. Персонал, принимающий роды, должен работать в масках из двух слоев марли, закрывающих рот и нос;

6. Кровать, судна и постельные принадлежности после температурающих больных должны подвергаться особенно тщательной дезинфекции;

7. После оперативных родов, особенно с вхождением в

полость матки (внутренний поворот, ручное отделение последа или ручное обследование полости матки) надлежит быть особенно бдительным, и не дожидаясь повышения температуры, сразу применять мероприятия по укреплению защитных сил организма (удобнее всего применять введение по Безредка стрептококковой сыворотки или аутогемотерапии), прикладывать пузырь со льдом на низ живота, давать 3 раза в день стрептоцид по 0,3 и сокращающие матку средства;

8. При производстве акушерских операций необходимо тщательно выяснить, нет ли повреждения мягких родовых путей; эти повреждения, своевременно не обнаруженные, могут дать вначале местный, а затем общий септический процесс.

В целях снижения материнской послеродовой смертности следует, далее, организовать борьбу за уменьшение числа родовых и послеродовых кровотечений.

По данным Т. П. Ермошкиной из общего числа умерших после родов женщин погибло от кровотечений—8,6%, по нашим данным за 1940 г. в лечебных учреждениях ЧАССР—14%. Процент этот весьма значительный и требует к себе сугубо серьезного внимания. Общеизвестно, каким мощным фактором в борьбе со смертностью от кровотечений является переливание крови. Следует, однако, отметить, что к переливанию крови у нас прибегают только в единичных случаях; переливание крови организовано в незначительном количестве районов. И этим, весьма существенным организационным недочетом работы органов здравоохранения на местах, объясняется такой высокий процент материнской послеродовой смертности от кровотечений.

Однако, этот фактор возможно решающий, но не единственный. В наших родовспомогательных учреждениях недостаточно проводятся мероприятия по профилактике кровотечений, главным образом, последовых. Основным профилактическим мероприятием должно явиться правильное проведение последового периода. Этот период должен проводиться на основе принципа „руки прочь от последовой матки“. В целом ряде лечебных учреждений наблюдается увлечение активным методом ведения последового периода; часто применяется без достаточных показаний метод Креде.

Наряду с этим наблюдается другая крайность. Например, за 1940 г. нами выявлены три случая, когда при обильном последовом кровотечении медперсонал, проводивший роды, не произвел ручного отделения последа, а вызвал на помощь республиканскую скорую помощь; и, когда скорая помощь прибыла, то ее присутствие явилось уже излишним—женщины погибли от кровопотери.

При проведении последового периода необходимо организовать счет теряемой из матки крови, и когда кровопотеря достигает 700,0, следует принимать быстрые меры к удалению последа, само собой понятно с соблюдением всех правил асептики и антисептики (предварительно выяснив, нет ли перенаполнения мочево-

го пузыря, которое само по себе может вызвать задержку выделения последа и тем самым появление последового кровотечения). Нужно помнить, что течение послеродового периода зависит от количества излившейся во время родов и в последовом периоде крови. По данным, например, нашего сотрудника Е. В. Смирновой мы видим, что после ручного отделения последа число лихорадящих случаев в послеродовом периоде находится в прямой зависимости от количества кровопотери: 9,5% случ. при кровопотере до 500 гр., 13,7% — до 1000 гр. и 50% свыше 1500 гр.

Необходимо далее отметить, что весьма часто послеродовая заболеваемость и смертность матерей зависит от послеродового обострения имеющихся у них воспалительных процессов половой сферы. Поэтому в комплекс мероприятий по снижению послеродовой заболеваемости и смертности необходимо включить и лечение воспалительных заболеваний половой сферы женщины. Проводимая в настоящее время работа в этой области не отвечает поставленной задаче. В большинстве случаев лечение не доводится до конца, женщины прекращают лечение по исчезновении тех причин (кровотечения, боли или бели), которые заставили их обратиться к врачу. Так, например, по материалам гинекологического кабинета Чебоксарской поликлиники из 453 подвергавшихся лечению больных только 64 (14% закончили лечение, 133 (30,6%) прекратили лечение при явлениях субъективного выздоровления.

Лечение хронических воспалительных процессов половой сферы продолжается долго. Большая часть женщин—колхозницы—не в состоянии лечение довести до конца. На нашем материале из 89 больных-колхозниц—34 (38,2%) приняли от 2—5 процедур и в дальнейшем лечение прекратили, так как длительно жить вне дома они были не в состоянии.

Следовательно, необходимо лечение хронических воспалительных процессов приблизить к селу, что даст возможность охватить лечением без отрыва от семьи и производства громадное большинство женщин. Правда, акушерки колхозных роддомов проводят лечение гинекологических больных, но в большинстве случаев лечение только симптоматическое. Для поставленной же цели лечение должно быть более эффективным.

Опыт организации эффективного лечения непосредственно на селе был нами проведен еще в 1932 году во время работы в Инсарском районе Мордовской АССР. Для указанной цели мы избрали наиболее отдаленное от районного центра село. Акушерка, работавшая в этом селе, направляла ко мне в райцентр больных на консультацию, назначенное же лечение акушерка проводила на селе при акушерском пункте. При этом, помимо применения спринцевания, влагалищных тампонов и гинекологического массажа, лечение проводилось и грязевыми влагалищными тампонами (лечебную грязь акушерка получала в райцентре). В течение 3-х месяцев закончили лечение без от-

рыва от семьи и производства 15 женщин. За все время не было ни одного случая обострения процесса.

Результаты опыта подобной организации лечения гинекологических заболеваний были доложены и одобрены 9/X-32 г. научной конференцией Куйбышевского краевого института ОММ.

Таким образом, можно считать, что в нашей стране, где почти в каждом селе имеется акушерка, есть все возможности приблизить к колхознице лечение хронических воспалительных процессов ее половой сферы.

Мы мыслим организацию лечения женских болезней на селе в следующем виде: акушерка села направляет на консультацию к врачу участка или в райцентр больную, осмотревший больную врач должен сообщить акушерке диагноз заболевания и методы терапии, которые и проводятся самой акушеркой. Акушерка через 10—12 сеансов направляет больную на повторный осмотр.

Вполне понятно, что терапевтические мероприятия должны выбираться не только в зависимости от заболевания, но также и по опытности акушерки.

В своей практике мы передавали акушерке для лечения только тех больных, у которых в течении 6-ти месяцев не было обострения или лабораторные исследования исключали обострения во время процесса лечения.

Весьма важным условием для успешного проведения изложенной системы является полный и широкий охват стационарным лечением острых и подострых воспалительных процессов женской половой сферы. Ибо только в условиях стационара возможно наиболее рациональное их лечение.

В условиях же не только участковых больниц, но и районных, количество коек для подобных больных явно недостаточно. Поэтому, необходимо применять такое лечение, которое снижало бы длительность временной нетрудоспособности и тем самым способствовало большей оборачиваемости койки.

Мы полагаем возможным рекомендовать для лечения подобных больных внутримышечное впрыскивание 10% раствора ихтиола (в физиологическом растворе NaCl) по 1,0, через день 5—7 раз. Наши наблюдения показывают, что особенно эффективен этот метод лечения при применении его в начале заболевания, иногда, даже в амбулаторной обстановке, что нами проверено на 27 больных. В 17 случаях после однократной инъекции наступило значительное субъективное улучшение, объективные данные указывали на то, что процесс стих.

Все эти случаи почти одинаковы.

В качестве примера приведем б-ную Д. (амб. карт. № 11102), 42 г., работница. 1/II-39 года явилась в поликлинику с жалобами на внезапно появившиеся сильные боли в спине и внизу живота; 5 дней назад кончились последние менструации, обыкновенно менструации — $\frac{30}{4-5}$. При ощупывании резкая болезненность по всему животу, надавливание на punct. pleurae резко болезненно, болез-

ненность при прикосновениях в правой подвздошной области. Больная с трудом ходит, ее едва усадили в кресло для осмотра. При исследовании *per vaginam*: резкая болезненность тазовой брюшины. Амбулаторно произведена инъекция *S. Icht.* 10%—1,0 и выдан бюллетень; никаких назначений на дом. На повторный осмотр явилась 3/II-39 года и говорит, что с 2/II почувствовала значительное облегчение; смеется, может свободно садиться и вставать, свободно села в гинекологическое кресло; живот совершенно не болезнен, в *p. pletog.* незначительная чувствительность, зон Гада в правой подвздошной области нет. *P. vagin*: незначительная болезненность при подтягивании матки вверх. Произведена вторая инъекция *Sol. Ichtuoli* 10%—1,0. После второго укола больная явилась через день и заявила, что чувствует себя совершенно здоровой. *P. vaginam* паталогических изменений в придатках, клетчатке и брюшины не найдено. Больная отказалась от дальнейшего лечения.

Другая больная В. (амб. карт. № 70498) неоднократно лечилась по поводу двухсторонних яичников—трубных опухолей при неконтурирующемся теле матки. 9/1-39 года была доставлена мужем в тяжелом состоянии и было диагностировано подострое воспаление околоматочной клетчатки.

Больной было предложено стационарное лечение, от чего больная отказалась, почему назначены были на дом лед на низ живота и свечи с белладонной. На следующий день 10/1 больная вновь была доставлена в поликлинику с теми же явлениями, *punct. pletorae* резко болезненно. Ввиду того, что больная опять отказалась от госпитализации, с целью уменьшения болей была сделана инъекция *S. Ichtuoli* 10%—1,0. На следующий день 11/1-39 г. больная сама, без посторонней помощи, явилась на прием: самочувствие хорошее, болей внизу живота почти нет, *p. plet.* не болезненно; *per vagin.*: *tumor tuboovarialis bilateralis*. Больная переведена на обычное рассасывающее лечение.

Последний случай весьма демонстративен в двух отношениях: 1) попытка применения наркотиков оказалась безрезультатной, применение же ихтиола в весьма короткий срок прекратило дальнейшее развитие процесса и 2) после ликвидации застойных явлений прекратились боли, несмотря на то, что объективные изменения в половой сфере остались те же, что были и до лечения.

Наши наблюдения показывают, что примененная внутримышечно ихтиоловая терапия быстро обрывает острый или подострый воспалительный процесс половых органов женщины.

Предлагаемая организация лечения хронических воспалительных процессов женской половой сферы дает возможность охватить массы женщин, что в значительной мере повлияет на снижение процента послеродовых заболеваний и смертности, а также во многих случаях предупредит преждевременную инвалидность от воспалительных процессов женской половой сферы.

Само собой понятно, что снижение материнской послеродовой смертности весьма значительно зависит от квалификации

медицинского персонала. Всего за 1940 г. было в лечебных учреждениях Чувашии 42 случая м. п. с., что на 15000 обслуженных родов составляет 0,28%. Анализ этих случаев подтверждает высказанное выше положение.

На это указывают 5 из 6 историй болезни, на умерших от родового и послеродового кровотечения. Так например, в двух случаях при последовом кровотечении, проводившие роды акушерки не произвели ручного отделения последа, а направили женщин в районные больницы, куда они прибыли еще более обескровленные (в одном случае женщина была направлена из района за 17—18 км. в г. Чебоксары). Подобный же случай произошел в районной больнице, где ни врач, ни акушерка при начале последового кровотечения не произвели ручного отделения последа, а вызвали республиканскую скорую помощь.

Четвертый случай касается родов в районной больнице при краевом предлежании последа. Несмотря на то, что женщина в родах поступила с кровотечением при нитевидном пульсе, внутреннее исследование и родоразрешение путем поворота было произведено лишь на следующий день на умирающей женщине. Врач, наблюдавший роды, свои действия объяснил тем, что уже при поступлении женщина находилась в предсмертном состоянии. Мы полагаем, что родоразрешение женщины в момент поступления ее в больницу с последующим переливанием крови (для чего надлежало вызвать республиканскую скорую помощь) могло спасти больную.

И, наконец, один случай касается срочных самопроизвольных родов в Чувашском Институте ОММ: в последовом периоде профузное кровотечение, ручное отделение последа было произведено неопытным дежурным врачом через 15 минут после рождения плода, когда потеря крови выражалась в 1600,0.

Таким образом видно, что при опытности и соответствующей квалификации медперсонала эти пять случаев могли не дать смертельный исход.

Два случая из трех смертей женщин от разрыва матки также указывают на недостаточную квалификацию медперсонала.

В одном случае фельдшер, проводивший роды, не распознал разрыва матки, хотя описанные им наблюдения во время родов явно указывают на разрыв матки. В другом случае (районная больница), женщина поступила в больницу в родах в тяжелом состоянии, врач сделал перфорацию головки с экстракцией плода и при ручном отделении последа обнаружил разрыв матки. По записям в истории родов можно считать, что разрыв матки произошел до поступления женщины в больницу: прекращение схваток, подвижная головка, нитевидный пульс, отсутствие сердцебиения плода. Больная погибла во время операции, которая была начата через 5—6 часов после извлечения плода (была вызвана республиканская скорая помощь). В этом случае допущена ошибка: очевидно, врач своевременно не диагностировал разрыва матки, в противном случае не следовало удалять плод через нормальные родовые пути, а сразу идти на чревосечение.

Анализ случаев м. п. с. от эклампсии показывает, что методы современной консервированной терапии эклампсии освоены врачами в недостаточной степени. Почти как правило при эклампсии в родах производилось под наркозом родоразрешение через влагалище, схема лечения по Строгонову строго не выдерживалась, магнизиальная терапия не проводилась, редко применялось кровопускание, ранний разрыв плодного пузыря не делался; в одном случае послеродовой эклампсии (г. Канаш) после кровопускания введено 800,0 физиологического раствора NaCl (1). В двух случаях больные транспортировались из одной районной больницы в другую при наличии послеродовых припадков эклампсии, чем было нарушено положение о предоставлении экламптикам абсолютного покоя.

Всего от послеродового сепсиса в 1940-году погибло 14 женщин.

Необходимо отметить, что по нашим данным лечение септических больных находится не на должной высоте. В большинстве случаев проводится симптоматическое лечение и широко применяется pen os стрептоцид. Лечение введением в вену риваноля, уротропина, стрептоцида и т. д. не практикуется, введение сывороток как во время заболевания, так и с профилактической целью при инфицированных или оперативных родах не проводится. В районных больницах преимущественно проводится такое лечение септических послеродовых заболеваний, выполнение которого можно поручить среднему медперсоналу. При этом, как правило, состояние больных не проверяется лабораторными исследованиями, хотя лаборатории имеются в каждой райбольнице.

Другим показателем качества работы родовспомогательных учреждений является сокращение мертворождаемости. Бесспорно, что мертворождаемость, как и материнская послеродовая смертность, зависит от квалификации медперсонала, а иногда и от того материала, с которым приходится иметь дело. Однако, наш анализ случаев мертворождений по Чувашскому Ин-ту ОММ дает основание считать, что мертворождаемость зависит также и от целого ряда организационных моментов.

Выше было указано и подтверждено данными Чувашского Ин-та ОММ, что правильно организованной работой женских консультаций можно снизить число мертворождений. Важно с этой целью своевременно госпитализировать патологические случаи беременности.

Снижение числа мертворождений должно идти также за счет организации выявления женскими консультациями сифилиса у беременных, а у родильниц—в родовспомогательных учреждениях. Те мероприятия, которые должны с этой целью проводить женские консультации, указаны выше. Родовспомогательные же учреждения выявляют подозрительные на сифилис случаи не только при помощи серологических реакций (для этого лучше всего кровь брать из пуповины), но также на основании анамнеза: наличие самопроизвольных выкидышей, роды

мертвыми и мацерированными плодами, обизвествление и большой вес последа (вес его по отношению веса плода не больше 1:3); особенно внимательно надлежит обследовать женщину, которая родоразрешилась мацерированным плодом. На нашем материале из 22 случаев родов мацерированными плодами в 6 случаях (7,4% всех мертворождений) на основании анамнеза и объективных данных, несмотря на отрицательные серологические реакции, мы установили, что вероятной причиной внутриутробной смерти плода и его последующей мацерации был сифилис матери.

Надо откровенно отметить, что наши консультации, а особенно родовспомогательные стационарные учреждения чрезвычайно мало уделяют внимания выявлению сифилиса у женщин.

Этим, однако, не исчерпываются наши мероприятия по снижению числа мертворождений. По нашим данным в 10 случаях (12,3% всех мертворождений), несмотря на то, что асфиксия плода началась тогда, когда головка плода находилась в полости таза или даже в выходе из таза, все же мер к ускорению изгнания плода не применялось и плод, родившийся в глубокой асфиксии, не был оживлен. Наряду с этим выявлены случаи, когда только благодаря тому, что сердцебиение плода во время периода изгнания выслушивалось каждые 5 мин., удалось своевременно выявить начинающуюся асфиксию плода, перинеотомией ускорить период изгнания и получить живого ребенка, несмотря на то, что плод рождался с тугим обвитием пуповины несколько раз вокруг шеи.

Приведенные данные дают основание считать, что в целях снижения числа мертворождений необходимо организовать работу в родильном зале таким образом, чтобы в период изгнания плода тщательно выслушивалось сердцебиение плода, что даст возможность при явлениях наступающей асфиксии плода в некоторых случаях ускорить роды путем перинеотомии, укорочения периода сгибания головки плода, наложением щипцов, применением выжимания плода по Кристеллеру и тем самым спасти плод.

Таким образом видно, что качество работы родовспомогательных учреждений зависит не только от того материала, с которым приходится иметь дело, но и от квалификации медицинского персонала, от работы женских консультаций, состояния родильных домов и отделений, а также от степени охвата женского населения квалифицированным родовспоможением. И даже в тех случаях, когда показатели работы будут благоприятные, никогда нельзя успокаиваться на достигнутом, нельзя ориентироваться на „средние цифры“, а путем постоянного повышения своей квалификации и проведением в жизнь целого ряда организационных мероприятий намечать пути к улучшению работы.



Редактор А. В. Закс.

Подписано к печати 12-ХІ-41 г.
НТ 7134. Зак. № 510. Объем
0,75 л. Тираж 500 экз.

Типография № 1 Управления
издательств и полиграфии при
СНК ЧАССР, г. Чебоксары,
Дом печати,

БЕСПЛАТНО