

детских врачей.

1.

~~159~~

Смертность детей в СССР по сравнению с дореволюционной Россией сократилась почти вдвое. Если в 1910г. смертность была 27,2%, то смертность в 1938г. равна 16,2%.

По отдельным союзным республикам детская смертность снизилась еще больше: в Грузии смертность в 1938г. равна 6%, в Азербайджанской ССР - 10,4%.

Серьезное значение имеет тот факт, что детская смертность за последние 2-3 года не только не снижается, но даже возрастает, так напр., по СССР в 1935 г. умерло 14,6% родившихся, а в 1938г. - 16,2%.

За 10 м-цев 1938г. умерло 860.216 детей в возрасте 1 г.

За 10 " 1939г. " 952.534 " -" 1 г.

Увеличение на 92.318 или 10,7%.

Несмотря на общее снижение детской смертности - смертность по отдельным областям остается все еще очень высокой.

За 9 месяцев 1938 и 1939г.г. на 100 родившихся умерло:

Области и республики:	1938г.	1939г.
1. Архангельская	29,5	22,9
2. Вологодская	29,6	22,2
3. Горьковская	22,4	22,7
4. Ивановская	21,4	21,4
5. Кировская	26,8	22,9

~~84~~

Области и республики.	1938г.	1939г.
6. Коми АССР	30,3	20,6
7. Марийская АССР	25,4	25,8
8. Рязанская обл.	15,3	19,5
9. Мордовская АССР	16,2	23,0
10. Тамбовская обл.	17,3	23,8
11. Удмуртская АССР	27,3	26,5
12. Челябинская обл.	26,3	26,8
13. Чувашская АССР	19,9	21,6
14. Мурманская обл.	19,8	20,1
15. Пермская	30,2	27,7
16. Свердловская	21,8	25,7
17. Карельская АССР	26,3	21,6

В 20-ти областях и автономных республиках СССР от 1/4 до 1/3 всех родившихся умирает в первый год жизни.

Нет необходимости особо останавливаться на всех отрицательных моментах - политических, хозяйственных и пр., - являющихся результатом такой высокой детской смертности.

На уровень общей смертности влияет преимущественно смертность в возрасте до 1 года.

‰ детской смертности до 1 года к общей смертности:

	<u>1938г.</u>	<u>1939г.</u>
по СССР: город	35,7	35,4
село	34,7	37,4
общий	35,1	36,7

~~83~~

Выборочное обследование 41 областей и республик показало, что в ноябре 1939 г. из 100 умерших детей до 15-ти летнего возраста " 48,9% приходится на возраст до года и 80,6% до 3-х лет.

Основными причинами, вызывающими смертность детей до 1 года являются: воспаление легких - 30%, желудочно-кишечные заболевания - 20%. Воспаление легких в значительном большинстве случаев является осложнением после кори.

Крупным недостатком борьбы с корью является оставшее законодательство в этой области. Надежное, безопасное и оправдавшее себя средство: противокоревую сыворотку, безусловно предохраняющую от заболевания корью, - врач имеет право ввести ребенку лишь с разрешения родителей, что совершенно неправильно. Если 10-15 лет тому назад, когда профилактическое применение противокоревой сыворотки было мало распространено, такое положение и было терпимо, то сейчас - необходимость разрешения родителей приводит лишь к невозможности быстро ликвидировать эпидемическую вспышку.

При проверке детской заболеваемости и тех мероприятий, которые проводятся по улучшению медицинского обслуживания детей, выяснился большой недостаток врачей-педиатров и патронажных сестер.

В детских лечебно-профилактических учреждениях в настоящее время работает 13.280 врачей педиатров и 78.000 средних медицинских работников. По РСФСР педиатров 8.600 ч. Из них на селе - 500 чел., в городе - 8.100. В 1939 г. выпущено врачей педиатров всего 638 чел., из них выехало на село 204 чел., осталось в городах 434 чел.

В результате нехватки педиатров на одного детского врача, работающего в консультации, приходится огромное число жителей. Так, напр., на одного детского врача, работающего в сельских местностях Ярославской обл. приходится 66.000 жителей, в Архангельской - 68.000 жителей, в Свердловской - 90.000, в Вологодской - 123.000.

У итии<sup>m</sup> речь. Ясно, что при таком соотношении числа детских врачей и населения - о серьезном медицинском обслуживании не может

Нехватка педиатров так велика, что в 1939г. по СССР до 12.000 штатных мест педиатров не было замещено.

Несмотря на дефицит в педиатрических кадрах, в 1939г. ряд педиатрических факультетов был закрит: в 1-м Ленинградском мединституте, в Куйбышевском мединституте, в связи с реорганизацией его в Военно-Медицинскую Академию, кроме того, закрывается 2 курса педфакультета Симферопольского мединститута, в связи с отсутствием клинической базы.

Знакомство с возможностями медицинских ВУЗ'ов показало, что педиатрические факультеты могут быть организованы при мединститутах: Ашхабадском, Смоленском, Астраханском и Кубанском. Наркомздрав РСФСР и Наркомздрав СССР поддерживает предложение об организации педиатрических факультетов в этих ВУЗ'ах.

Вполне целесообразно реорганизация одного из 4-х Московских мединститутов - частности 3-го - в институт педиатрический, подготовляющий только детских врачей. Наркомздрав РСФСР /т. Вебер/ поддерживает это предложение.

При остром недостатке детских врачей следует признать

крайне неправильной политику Наркомздрава в области переподготовки и усовершенствованию педиатров. При возрастании потребности в детских врачах Наркомздрав из года в год уменьшает число врачей, пропускаемых через курсы усовершенствования и переподготовки. Так, напр.

В 1938г. окончило курсы усовершенствования	800	
в 1939г. " " "	750	"
в 1940г. запланировано:	480	"

В 1939г. запланировано было направить на переподготовку для получения квалификации педиатра - 200 врачей. Направлено же только 120.

Между тем в десяти институтах усовершенствования, имеющих в системе Наркомздрава - из месяца в месяц планы не выполняются, общежития пустуют.

Неправильно, что за последние годы прекращена практика переподготовки и усовершенствования педиатров на базах и рабочих местах в научных институтах охраны материнства и младенчества и в крупных больницах - без отрыва от "производства".

Очень плохо организована в медвузах подготовка врачей к делу борьбы с детской смертностью.

Так, напр., студенты, кончающие лечебные факультеты /а это .....% всех студентов медиков/ по программе - на ознакомление с организацией работы основных детских учреждений - консультаций и яслей имеют только 3 часа. В результате врач, едущий на практическую работу - оказывается беспомощным при решении самых основных вопросов организации охраны здоровья детей.

Другая причина плохой подготовки врачей в том, что медвузы не имеют собственных детских учреждений /ясли, консультации, молочная кухня/, где можно бы было научить будущего врача правильной организации дела. Как правило медвузы вынуждены запрашивать у органов здравоохранения право привести будущих врачей в то или иное детское учреждение. В результате студент лишь в экскурсионном порядке знакомится с детским учреждением.

Профессор детской клиники как правило не имеет никакого отношения к детскому учреждению, которое посещают студенты, и не имеет возможности

Вред такого положения дел очевиден. Необходима передача медвузам тех детских учреждений, в которых готовятся будущие врачи - от этого выигрывают и студенты и дети, обслуживаемые этими учреждениями. Сделать это не трудно, т.к. и медвузы и детские учреждения входят в систему Наркомздрава.

Знакомство с работой органов здравоохранения в областях с наибольшей детской смертностью показал, что заведующие облздравотделами не знают этой работы и не руководят ею. /Архангельская область, Ярославская, Вологодская, Смоленская и др./

Одна из причин неудовлетворительного руководства делом охраны материнства и младенчества заключается в неправильной структуре областных отделов здравоохранения.

После реорганизации, проведенной год назад, в облздравах были уничтожены отделы лечебно-профилактической помощи детям. Их функции были переданы территориальным инспекторам. В результате руководство детскими учреждениями резко ухудшилось. Территориальный инспектор, руководящий 5-6-8-ю



районами, занятый массой дел больничной и поликлинической сети и к тому же не обладающий специальной подготовкой в педиатрии - детскими учреждениями, как правило, занимается очень мало.

Правильное решение вопроса может быть только одно. Территориальный принцип в структуре аппарата Облздоров в целом себя оправдал, нет оснований от него отказываться. С другой стороны - неправильно было бы возвращаться к отжившей системе отделов лечебно-профилактической помощи детям.

Поэтому правильно было бы руководство /через территориальных инспекторов/всеми детскими учреждениями области поручить специальному заместителю заведующего облздора по детству.

В Наркомздравах же автономных и союзных республик следует ввести должность зам.наркома по детству.

В Наркомздраве СССР также следует иметь зам. наркома по детству. Предложение это в отношении НКЗ СССР - при выяснении вопроса с тов. Вышинским, - получило его поддержку.

Улучшить надо и руководство низовым звеном.

Инспектора по детству райздравотделов получают всего 150-175 руб. в месяц, мало квалифицированы, неспособны руководить детскими лечебно-профилактическими учреждениями.

Там, где ставка инспектора райздора по детству была увеличена до 300-350 руб. и тем самым - появилась возможность поставить на это дело работников со средним медобразованим напр., в Калининской обл., - там детская смертность за последнее время снизилась с 28% до 19%. Повышение ставки инспектора безусловно себя окупит.

За 20 лет существования советского здравоохранения сеть лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих детей

очень выросла.

Детских и женских консультаций по Союзу имеется 4.755 /в 1913г. было только 6/, ясельных мест 843.000 /против 14 яслей с числом коек 285 в 1913г./, число детских коек в больницах выросло до 77.000.

Несмотря на огромный рост учреждений охраны материнства и младенчества - требования декрета от 27.VI.1936г. - о борьбе с абортами выполнены далеко не полностью. В строительстве яслей имеется резкое отставание от контрольных цифр, намеченных правительством.

Существующая сеть этих учреждений продолжает оставаться крайне недостаточной, особенно на селе. План строительства яслей в 1939г. выполнен всего на 39%, по молочным кухням на 37%. Недостаточно количество коек для госпитализации инфекционных больных. Во время инфекционных вспышек развертываются дополнительные койки в мало приспособленных помещениях, в 1939г. развернуто было 42.000 коек.

Постановление правительства от 27.VI.36г. о борьбе с абортами и улучшением обслуживания матери и ребенка, намечало расширение ясельной сети с доведением ее к началу 1939г. до 800 тыс. коек. Это решение не выполнено: открыто заново лишь 174 тыс.коек. В настоящее время ясельная сеть насчитывает лишь 643.000 коек.

Решение правительства о развертывании колхозных ясель в жизнь проводится очень слабо, так как не урегулирован вопрос о средствах на содержание этих ясель /оборудование, питание и т.д./ Наркомзем СССР и его местные органы самоустранились от этой работы, а органы Наркомздрава самостоятельно ряд



~~151~~

важнейших вопросов решить не могут.

Положение с медицинским обслуживанием детей требует особого внимания еще и потому, что за последние годы рождаемость сделала громадный скачок. В 1938г. по сравнению с 1935 г. - поднялась на 133%.

В связи с значительным увеличением рождаемости, существующая сеть детских консультаций является совершенно недостаточной. Начиная с 1938г. число консультаций у нас выросло на 440 единиц, причем 70% этих учреждений располагаются в плохо приспособленных помещениях.

Решающим мероприятием в борьбе с высокой заболеваемостью и смертностью при желудочно-кишечных заболеваниях является правильное питание у детей. Между тем, торговая сеть не обеспечивает лечебные учреждения гарантийным молоком и продуктами, необходимыми для детского питания - рисом, манной крупой, картофельной мукой.

Для коренного улучшения борьбы с детской смертностью и для улучшения медицинского обслуживания детей необходимо провести мероприятия, изложенные в прилагаемом проекте