## О борьбе с детской смертностью и подготовке кадров

детских врачей.

1.

挺

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 воз растает, так напр., по СССР в 1935 г. умерло 14,6% родивихся, а в 1938г. - 16,2%.

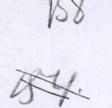
За 10 м-цев 1938г. умерло 860.216 детей в возрасте 1 г. За 10 " 1939г. " 952.534 " -"- 1 г.

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   |  |
| Э Горьковская         | 22,4   | 22,7   |  |
| Ф Ивановская          | 21,4   | 21,4   |  |
| 5. Кировская          | 26,8   | 22,9   |  |
|                       |        |        |  |



|                       |        | 19 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
|-----------------------|--------|--|
| Области и республики. | 1938r. | 1939г.                                 |
| б. Коми ACCP          | 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                                   |
| О. Тамбовская обл.    | 17,3   | 23,8                                   |
| 1. Удмуртская АССР    | 27,3   | 26,5                                   |
| 2. Челябинская обл.   | 26,3   | 26,8                                   |
| 3. Чувашская АССР     | 19,9   | 21,6                                   |
| 4. Мурманская обл.    | 19/8   | 20,1                                   |
| 5. Пермская           | 30,2   | 27,7                                   |
| б) Свердловская       | 21,8   | 25,7                                   |
| 7. 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:

|          |       | 1938r. | 1939г. |
|----------|-------|--------|--------|
| no CCCP: | город | 35,7   | 35,4   |
|          | село  | 34,7   | 37,4   |
|          | общий | 35,1   | 36,7   |



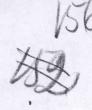
Выборочное обследование 41 областей и республик показало, что в ноябре 1939г. из 100 умерших детей до 15-ти летнего возраста " 48,9% приходится на возраст до года и 80,6% до 3-х лет.

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 отсталое законодательство в этой области. Надежное, безопасное и оправдавшее себя средство: противокоревую сыворотку, безусловно
предохраняющую от заболевания корью, - врач имеет нраво
ввести ребенку лишь с разрешения родителей, что совершенно
неправильно. Если 10-15 лет тому назад, когда профилактическо
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 1939г. 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, приходитая 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.

Ясно, что при таком соотношении числа детских врачей и населения - о серьезном медицинском обслуживании не может итии речь.

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 закрыт: в 1 нм Ленин - градском 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 факультети могут быть организованы при мединститутах: Ашхабадском, Смоленском, Астраханском и Кубанском. Наркомздрав РСФСР и Наркомздрав СССР поддерживает предложение об организации педиатрических факультетов в этих ВУЗ'аех.

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 Наркомэдрава в области переподготовки и усовершенствованию педиатров. При возрастании потребности в детских врачах Наркомэдрав из года в год уменьшает число врачей, пропускаемых через курсы усовершенствования и переподготовки. Так, напр.

В 1938г. окончило курсы усовершенствования 800 педиатров

в 1939г. " " 750

в 1940г. запланировано: 480 "

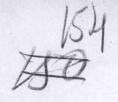
В 1939г. запланировано было направить на переподготовку для получения квалификации педиатра - 200 врачей. Направлено же только 120.

Между тем в десяти институтах усовершенствования, имеющихся в системе Наркомздрава - из месяца в месяц плани 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 де лу борьбы с детской смертностью.

Так, напр., студенти, кончающие лечебные факультеты /а это .... всех студентов медиков/ по программе - на озна-комление 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 выпрашивать 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 вт областях с ниибольшей детской смертностью показал, что заведующие Облядравотделами 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 Обладравах 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 Обладравов 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 обладрава по детству.

В Наркомадравах 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 НКЗСССР - 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 райздрава по детству была увеличена до 300-350 руб. и тем самым - появилась возможность поставить на это дело работников со средним медобра зованием 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 огромний рост учреждений охраны материнства и младенчества - требования декрета от 27.У1.1936г. - 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 мяло приспособленных помещениях, в 1939г. развернуто было 42.000 коек.

Постановление правительства от 27.У1.36г. 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 насчиты"—вает лишь 643.000 коек.

Решение правительства о развертивании 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



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