



КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

(директор — доц. Р. А. Вяселев)

2-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мещеров)
и кафедра организации здравоохранения и истории медицины
(зав. — проф. Т. Д. Эпштейн).

59834.

Научные руководители:
доктор мед. наук. В. В. Трейман
и проф. Х. Х. Мещеров.

АСС. З. С. ШАРАФУТДИНОВА

**ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ
ПОМОЩИ В г. КАЗАНИ
И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
НОВОРОЖДЕННЫХ**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
(директор-доц. Р. А. Вяселев)
2-я кафедра акушерства и гинекологии (зав.-проф. Х. Х. Мещеров)
и кафедра организации здравоохранения и истории медицины
(зав.-проф. Т. Д. Элштейн).

Научные руководители:
доктор мед. наук В. В. Трейман
и проф. Х. Х. Мещеров.

АСС. З. С. ШАРАФУТДИНОВА

ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ
ПОМОЩИ В Г. КАЗАНИ И
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
НОВОРОЖДЁННЫХ

АВТОРЕФЕРАТ
Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

541683

Шарафутдинова, З.С.
59834 Организация род.
пом. в г. Казани и физ. разв.
нов 1959

К-02892

541683

Казань, 1959

Защита состоится

1/II-1960?

Официальные оппоненты:

Заслуж. деятель науки РСФСР и Татарской АССР
проф. В. В. Милославский и проф. Е. Н. Короваев.

Автореферат разослан 29/XII 1959 г.

541083

После Великой Октябрьской социалистической революции впервые в истории нашей страны медицинская помощь становится бесплатной, квалифицированной и доступной широким слоям трудящихся.

В соответствии с декретом В. И. Ленина от 11 и 18 июля 1918 г. создается Наркомздрав РСФСР, в котором учреждается отдел охраны материнства и младенчества.

Охрана материнства и младенчества становится одним из основных звеньев советского здравоохранения. Особое внимание уделяется вопросам организации родовспоможения.

По данным Центрального Гос. архива Татарской АССР и имеющимся литературным источникам мы можем получить представление о том как была организована акушерская помощь населению г. Казани в дооктябрьские и послеоктябрьские годы.

Необходимость организации родовспоможения долгие годы не признавалась бесспорной. Роды считались естественным актом, не требующим никакого вмешательства медицинского персонала.

До самого конца XVIII столетия квалифицированной акушерской помощи в городе Казани не было. Помощью повивальных бабок со специальным образованием пользовались лишь интеллигентные круги городского и сельского населения, женщины же бедных классов обращались исключительно к услугам невежественных бабок-понитух, не имевших никакого образования и принимавших роды на дому в антисанитарных условиях.¹

В 1812 г. в Казанском университете была учреждена первая кафедра акушерства. Акушерское отделение при ней было оборудовано только в 1838 г. В 1840 г. число мест в акушерской клинике с 6 было увеличено до 14, причем 8 из них были платными. В 1899 г. кафедра акушерства была переведена в помещение новых клиник и расширена до 30 коек.

В 1875 г. при Губернской земской больнице было откры-

¹ Гос. архив Татарской АССР, ф. 81, арх. 177п., л. 169.

то Лихачевское родильное отделение на 6 мест. В 80-х годах число мест в Лихачевском приюте было увеличено до 16.

В 90-х годах была выделена одна палата для рожениц в Адмиралтейской больнице.

В 1896 г. был открыт родильный приют на 2—3 койки в Забулачной части города.

15 родильных коек имела лечебница Общества Красного Креста.

Обращаемость женщин-татарок за квалифицированной акушерской помощью была очень высокой. Из 1988 рожениц, поступивших за 1899—1901 г.г. в Лихачевское родильное отделение Земской больницы, татарок было только 25, что составляет всего 1,3%. В Забулачном родильном приюте этот процент был несколько выше, но и здесь он не превышал 4,9%. По данным В. С. Груздева, за 15 лет — с 1900 по 1915 г.г. — через акушерскую клинику Казанского университета приняли всего лишь 33 женщины-татарки.

Родильных коек не хватало. А. И. Захарьевский писал в 1898 г., что в Забулачном родильном приюте рожениц, вследствие недостатка мест, приходилось класть на пол, а в Лихачевском родильном отделении в 1908—1909 г.г. 296 женщинам, обратившимся даже в период начавшейся родовой деятельности и подлежащим немедленной госпитализации, был дан „отказной билет“ за неизменем свободных мест.

Обеспеченные слои населения пользовались частной акушерской помощью. Частные родильные приюты, „лечебницы“, „убежища для секретно рожаящих“, частные приемы врачей и акушеров (лечебница П. Л. Веселицкого, Г. А. Клячкина, акушеров М. М. Ярыгиной, П. П. Астаниной, И. А. Геркен и др.) широко функционировали в городе.

До 1902 г. в г. Казани не было врачебной помощи на дому. Отсутствовала также и скорая медицинская помощь. Начало организации неотложной медицинской помощи населению г. Казани было положено небольшой группой врачей, которые установили дежурства у себя на квартире, сообщив свои адреса аптекам и постовым городовым. Списки дежурных врачей печатались в распространенной в то время газете „Казанский телеграф“*.

Подавляющее большинство женщин-работниц отпуск по беременности и в послеродовом периоде не получали. Только участницам больничных касс выдавалось пособие в размере половины заработка в продолжение 2-х недель, предшествующих родам, и 4-х недель, следующих за родами.**

Учреждений по охране материнства, младенчества и детства в дооктябрьский период не было. Лишь незадолго до

*Газета „Казанский телеграф“ № 2868 за 7 июня 1902 г.

**Центральный Гос. арх. Татарской АССР, ф. 1158, арх. 252, оп. 1, 1913 г.

Великой Октябрьской социалистической революции в Ягодной слободе, в подвальном помещении Алафузовской фабрики были оборудованы детские ясли на 30 кроваток, „...вечно покрытых пологом. В них лежали дети работниц пошивочных мастерских... Врачи редко заглядывали в эти ясли. За детьми ухаживали невежественные старухи-няни*“.

В Казани имелось также учреждение для бесприютных детей, которое имело „молочное отделение“, предназначенное для грудных детей. Новорожденные лежали в белевых корзинах, на мешках с соломой, покрытой грубой дерюгой.

Положение существенно меняется после Октября 1917 г. Уже на 1 октября 1924 г. в Казани работали 7 яслей, 6 консультаций для женщин и Дом матери и младенца. Вместо Забулачного родильного приюта и Лихачевского родильного отделения в 1922 г. в бывшей лечебнице Г. А. Клячкина был открыт стационар для больных по женским болезням и по акушерству на 50 коек и учрежден амбулаторный прием.

С сентября 1920 г. под руководством проф. А. И. Тимофеева начала свою деятельность кафедра акушерства и гинекологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина. В 1922 г. организуется первая станция скорой медицинской помощи, которая стала обслуживать также рожениц.

Большую роль в организации акушерской помощи в Казани в послеоктябрьский период сыграл выдающийся русский акушер-гинеколог Викторин Сергеевич Груздев. С первых дней Советской власти он вместе с А. И. Захарьевским, В. В. Владимировым, Е. Д. Рузским и А. И. Тимофеевым принимал самое активное участие в организации в г. Казани акушерско-гинекологической помощи.

Родовспоможение и в более широком смысле охрана здоровья женщины в период беременности и родов складывались в Казани под влиянием идей и традиций акушерско-гинекологической школы профессора В. С. Груздева.

В. С. Груздев придавал большое значение проведению широких профилактических мероприятий по борьбе с абортными.** Он же первым в нашей отечественной акушерской литературе выступил против внутриматочных инъекций йода, как средства предохранения от беременности.***

Большой заслугой В. С. Груздева и его школы является введение в акушерско-гинекологическую практику метода

*Е. М. Ленский „Татария в борьбе за здоровую смену“. Каз. мед. журнал. 1935 г., № 5, стр. 565.

**В. С. Груздев — Искусственный выкидыш как социальное зло и борьба с этим злом. — Каз. мед. журн., 1928 г., т. XXIV, 76.

***В. С. Груздев. Внутриматочные впрыскивания и инематочная беременность. Каз. мед. журн., 1923, № 3, стр. 60.

местной инфильтрационной анестезии по А. В. Вишневному, получившего широкое распространение не только в городах, но и в сельских местностях СССР.

В. С. Груздев успешно применял радий для лечения злокачественных новообразований матки.

В акушерско-гинекологических клиниках медицинских вузов страны работали и работают преподаватели Казанской школы М. С. Малиновский (Иркутск и Москва), А. И. Тимофеев (Казань), И. Ф. Козлов (Омск, Казань), Д. В. Занченко (Омск), А. Б. Лидский (Свердловск), Ю. А. Лейбчик (Омск, Свердловск), Б. С. Тарло (Симферополь), Н. И. Горизонтов (Омск и Новосибирск), П. Н. Чукалов (Ижевск), А. Н. Львов (Челябинск), Е. П. Беляев (Иркутск), П. В. Маненков (Казань), Л. С. Персанинов (Минск, Москва), Н. Е. Сидоров, Х. Х. Менцер и (Казань) и др. После гражданской войны и интервенции, когда высшие медицинские учебные заведения испытывали сильнейший недостаток в учебных руководствах, В. С. Груздевым было надано для врачей и студентов замечательное трехтомное руководство по акушерству и гинекологии (1922 г.).

Годы первой пятилетки (1928—1932) характеризуются ростом конечной сети и медицинских кадров. Число родильных коек за этот период увеличивается более чем в 1,5 раза. Так, например, число родильных коек в городе Казани в 1928 г. увеличилось до 139, число постоянных яслей — до 13. Ассигнования на здравоохранение по сравнению с 1922—1923 г.г. увеличилось в 1927—1928 г.г. 20 раз.

К 1940 году число родильных коек в Казани увеличивается до 385, а число врачей акушеров-гинекологов — до 35. Число женских консультаций увеличилось до 6. По данным отчетов Казанского Горздравотдела, количество родов в г. Казани в годы, предшествующие второй мировой войне, резко увеличилось, составив 19,6 процента по сравнению с числом родов в 1936 г., принятым за 100 процентов.

Вероломное нападение фашистских захватчиков прервало мирное строительство в нашей стране. Но, несмотря на тяжелые годы войны, когда государству нужны были средства для обороны и победы над врагом, Коммунистическая партия и Советское правительство уделяли большое внимание вопросам охраны интересов матери и ребенка. Актом большого государственного значения является исторический Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8. VII—1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям и об усилении охраны материнства и детства».

Число беременных женщин в 1942 г. снизилось до 68%, а в последующие годы составило 88—59% довоенного уровня.

Первый послевоенный год дал увеличение числа беременных — в 1945 г. 90% по сравнению с 1936 г.

В 1949 г., в соответствии с приказом Министра Здравоохранения СССР за № 870 об объединении больниц и поликлиник была проведена реорганизация учреждений здравоохранения города Казани, в частности, и учреждений родовспоможения, что дало возможность организовать более полноценное обслуживание беременных, рожениц и родильниц и способствовало повышению квалификации врачей. В г. Казани было организовано 8 акушерско-гинекологических объединений. Сеть этих учреждений оснащена новейшей аппаратурой и медицинским оборудованием.

Согласно данным отчетов родильных домов и женских консультаций, в женских консультациях г. Казани в 1957 г. число всех посещений составило 266242. Посещения женщины на дому врачами — 1653. Посетили консультацию по поводу беременности — 12687 чел., в послеродовом периоде — 9706 чел. Обратилось в женскую консультацию по правовым вопросам — 6195 чел.

Врачи и средние медицинские работники родовспомогательных учреждений г. Казани широко проводят санитарно-профилактические мероприятия (патронажная работа, профилактические осмотры, санитарно-просветительные лекции и беседы).

Большую профилактическую работу среди женщин-работниц проводят также медицинские работники 13 медсанчастей промышленных предприятий.

В 1938 г. в Казани открыт дом отдыха для беременных на 24 койки.

В 1948 г. открылся филиал кафедры акушерства и гинекологии КГМИ при роддоме № 5, на базе которого была создана 2-я кафедра акушерства и гинекологии.

К 1947 г. в Казани функционировали 4 родильных дома на 270 коек; кроме того, в 3 родильных отделениях больниц имеются 95 родильных коек. В акушерско-гинекологических клиниках КГМИ и ГИДУВа было 240 коек. Всего в Казани 505 акушерских коек. Женских консультаций — 10.

Обеспеченность населения г. Казани родильными койками составляет 72,1%, поэтому имеется настоятельная необходимость в расширении фонда родильных коек.

Несмотря на недостаточность акушерских коек, охват населения акушерской помощью с каждым годом улучшается. Общий охват населения г. Казани стационарной родильной помощью увеличивается, приближаясь к 100%.

Отмечается рост кадров врачей акушеров-гинекологов в г. Казани. В 1953 г. число их увеличилось до 168. Также значительно увеличилось число средних медицинских работников г. Казани.

Тщательно проводимыми профилактическими мероприятиями (диспансерный метод обслуживания, патронаж беременных женщин, строгая асептика, применение антибиотиков, энергичные и активные оперативные вмешательства в показанных случаях) обусловлено снижение материнской смертности, ранней детской смертности и мертворождаемости.

Деятельность общества акушеров-гинекологов связана с работой местных органов здравоохранения. Обществом разрабатываются актуальные вопросы акушерства и гинекологии.

Для методического и организационного руководства акушерско-гинекологическими учреждениями введена должность главного акушера-гинеколога Минздрава и Городского отдела здравоохранения.

С целью улучшения качества родовспоможения широко проводятся мероприятия по повышению квалификации врачей и акушеров при Казанском ГИДУВе им. В. И. Ленина, в клиниках КГМИ и на базах крупных родильных домов.

Во всех родовспомогательных учреждениях на основании изданного в 1952 г. методического письма Минздрава СССР проводится лечебно-охранительный режим, широко применяется психопрофилактическая подготовка к родам беременных и рожениц.

Решения XXI съезда КПСС обязывают ученых, врачей акушеров-гинекологов, с помощью многочисленной армии скромных тружениц — акушеров и патронажных сестер, шире внедрять профилактику в дело родовспоможения, резко снизить заболеваемость и смертность матерей и детей.

В СССР показатели здоровья населения из года в год улучшаются. Выступая с докладом на XXI съезде КПСС товарищ Н. С. Хрущев 27-го января 1959 г. сказал: „В результате роста благосостояния народа и улучшения охраны здоровья в нашей стране увеличилась продолжительность жизни людей. В Советском Союзе за последние годы самая низкая смертностью в мире, а прирост населения выше, чем в подавляющем большинстве стран. Общая смертность населения в СССР уменьшилась по сравнению с дореволюционной в 4 раза, детская смертность в 6 раз“.*

3-я научная сессия Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко поставила перед лечебно-профилактическими учреждениями страны задачу широко изучать здоровье населения в комплексе с условиями материнской и культурной жизни населения. Сессия подчеркнула необходимость налажить действенный контроль за физическим развитием населения. Особую актуальность приобретают данные об антропометрических измерениях детских возрастных групп.

*Материалы внеочередного XXI съезда КПСС. М. 1959. 43.

Очень важным является изучение физического развития новорожденных детей, так как уровень их физического развития не только указывает на степень жизнестойкости самих новорожденных, но в значительной мере характеризует социально-экономическое благополучие взрослого населения. Как известно, во внутриутробной жизни развитие плода неразрывно связано с организмом матери и все факторы, влияющие на мать (состояние питания матери, частота родов у нее, возраст матери, род ее занятий), в той или иной мере отражаются и на развитии плода. Поэтому при улучшении условий жизни беременной улучшается и физическое развитие ее новорожденного ребенка. В соответствии с этим в советской и зарубежной литературе имеются работы, характеризующие состояние физического развития новорожденных различных стран и городов, а также касающиеся факторов внешней среды (А. Ф. Тур, Г. Н. Сперанский, Г. И. Лифшиц, Ю. А. Менделеев, Shan-Jan-gin, H. Braitenberg, Meredith, H. V. и Brown. A. W., Njo Tiong Tjiat и др.)

Учитывая также, что физическое развитие является одним из наиболее существенных показателей санитарного состояния населения, его изучение приобретает актуальное значение по отдельным областям и краям СССР.

Несмотря на то, что в Казани проводилось изучение физического развития различных групп населения — детей ясельного возраста, дошкольников, школьников, призывников (работы Ф. Г. Мухамедьярова, В. В. Трейман, В. А. Трейман, А. И. Шваревой и др.), физическое развитие новорожденных еще не изучено в достаточной степени.

Начало изучения физического развития новорожденных в г. Казани было положено З. И. Баншевой и Н. И. Фроловой в 30-х годах и Е. П. Осиповой в 1944 г.

Мы поставили перед собой задачу изучить физическое развитие новорожденных столицы Татарской республики — г. Казани в зависимости от пола новорожденного, повторности родов матери, ее возраста и рода занятий. Мы решили также уточнить, имеет ли какое-либо значение в условиях Волжско-Камского края (г. Казань) сезонность для полноценности развития новорожденных, родившихся в различные месяцы года.

Для изучения физического развития новорожденных г. Казани мы разработали данные о 5162 доношенных одноплодных новорожденных за 1953 г., родившихся в родильных домах, № № 2, 4, 5 и в родильном отделении 4-й городской больницы, расположенных в различных районах города.

Для выявления сдвигов в физическом развитии новорожденных мы сопоставили показатели новорожденных 1953 г. с показателями 1957 г., используя для этого 1633 карточки доношенных одноплодных здоровых новорожденных, родив-

шихся в роддоме № 5 г. Казани. Всего таким образом нами изучен материал о 6795 новорожденных.

При разработке материала мы пользовались статистическим методом.

Из общего числа новорожденных, обследованных в 1953 г. мальчиков-татар было 1026 (19,9%), русских — 1597 (30,9%), девочек-татарок — 998 (19,3%), русских — 1441 (27,9%); другие национальности составили 2% (110 чел.).

Состав матерей по профессии: женщины рабочих — 2505 (48,5%), служащих — 1283 (24,8%), домашних хозяек — 1379 (26,7%).

В результате изучения данных о 5162 доношенных новорожденных, разделенных по полу, мы установили нижеследующие показатели.

Таблица 1

Средние показатели физического развития новорожденных г. Казани

Показатели	Мальчики				Девочки			
	N	M	m(M) ±	±σ	N	M	m(M) ±	±σ
Вес	2675	3378	±3,3	±434	2487	3240	±8,5	±420
Рост	2675	51,28	±0,04	±1,99	2487	50,68	±0,04	±1,98
Окружность головы	2675	34,84	±0,03	±1,47	2487	34,45	±0,03	±1,58
Окружность грудной клетки	2675	33,85	±0,03	±1,67	2487	33,50	±0,03	±1,67

Установленные нами данные позволяют судить о физическом развитии новорожденных детей г. Казани и подтверждают отмеченную всеми авторами закономерность превышения показателей физического развития у мальчиков в сравнении с девочками.

Аналогичное изучение данных физического развития показывает, что все размеры тела новорожденных при повторных родах выше, чем у первенцев.

При сопоставлении антропометрических данных по национальному признаку мы нашли, что разница в показателях физического развития новорожденных татар и русских не велика и не является существенной, что объясняется одинаковыми условиями жизни для всех национальностей.

На нашем материале мы получили данные, свидетельствующие о том, что непрерывное нарастание веса и роста новорожденных, хотя и с угасающей интенсивностью, идет до 7-х родов и является отнюдь не случайным.

Сопоставляя данные среднего веса и роста новорожденных в зависимости от возраста матери, мы констатируем постепенное нарастание показателей с повышением возраста матери до 39 лет и только в возрасте 40 лет и старше повышения веса не отмечается. Максимальный вес новорожденных приходится на возраст матери от 30 до 39 лет. Наибольшей плодовитостью отличается возраст от 20 до 29 лет.

Мы рассматривали также влияние времени года на физическое развитие новорожденных и установили, что изменения этих показателей незначительны и мало существенны.

Детально изучив состояние физического развития новорожденных, родившихся от матерей, принадлежащих к различным социальным категориям, за период с 1953 по 1957 г. г., мы убедились, что физическое развитие новорожденных детей матерей всех категорий в 1957 г. выше, чем в 1953 г. Нам установлено также, что в 1957 г. стерлась разница между показателями физического развития новорожденных матерей служащих и домашних хозяек, что является ярким подтверждением влияния нового закона об увеличении отпусков по беременности и улучшения социально-экономических условий в СССР.

Изучение физического развития новорожденных мы увязали с вопросами вскармливания и ухода за ними, поэтому в работе освещен вопрос об эффективности раннего прикладывания новорожденных к груди матери.

Изучению было подвергнуто 610 новорожденных, родившихся при нормальных родах в 1956 г. в родильном доме № 5 г. Казани. Ежедневно перед 9-часовым утренним кормлением лично автором производилось взвешивание исследуемых новорожденных. Все новорожденные были поставлены в одинаковые условия окружающей среды (температура воздуха колебалась в пределах 22°—25°, на каждого ребенка приходилось около 2 кв. м. площади).

Все новорожденные были подразделены на 3 группы. 1-я группа, насчитывавшая 224 чел. новорожденных, была контрольной. Первое прикладывание к груди матери в этой группе проводилось через 12 час. после рождения (ниже эта методика именуется „поздним“ прикладыванием). Методика „раннего“ прикладывания, применяемая нами, относилась ко 2-й группе, когда новорожденные прикладывались к груди матери через 6 час. после рождения. Эта группа насчитывала 215 чел. К 3-й группе относились новорожденные, которые прикладывались к груди матери через 3 часа после рождения; в ней насчитывалось 117 чел.

Новорожденные всех трех групп получали 7 кормлений в сутки. Распределение новорожденных по их первоначальному весу в различных группах было почти однотипным. Наиболь-

шее число новорожденных (от 41,1 до 49,1%) имело вес от 3000 до 3500 г.

Непосредственные наблюдения показали, что большинство новорожденных II и III группы энергично брали грудь и сосательные движения у них были отчетливо выражены. При раннем прикладывании никакой рвоты, тошноты у новорожденных не было отмечено, только в единичных случаях новорожденные проявляли беспокойство периодическими криками. В этом случае им давали питье — кипяченую воду с 5% раствором глюкозы из чайной ложки, после чего новорожденные быстро усновались.

Наблюдая за состоянием матери в послеродовом периоде, мы отметили, что матери в течение первых 2—3 часов после родов пугаются в отдыхе, так как у них отмечаются усталость и слабость. При применении методики «раннего» прикладывания новорожденного к груди матери, а именно через 6 час. после рождения, нам удалось отметить, что к этому времени усталость матери после родов проходит; кроме того, при виде ребенка у нее появляется чувство радости — все это способствует появлению бодрости и восстановлению сил матери. Кроме того, при прикладывании новорожденного к груди матери через 6 час. после родов также улучшается гигиеническое состояние воздуха палат новорожденных, так как при этом удается производить более частое сквозное проветривание, кварцевание и влажную уборку детской комнаты, что затруднено при кормлении через 12 часов. Сказанное подтверждается санитарно-гигиеническими и бактериологическими исследованиями воздуха палат новорожденных родильного дома № 5, произведенными Казанской городской санитарно-эпидемической станцией.

Таблица 2

Наибольшие физиологические потери веса новорожденными за первые 2—4 дня жизни, в зависимости от пола, времени первого кормления и порядка родов матери (в % первоначального веса)

Порядок родов	Показатели	1 группа			2 группа			3 группа		
		мальчики	девочки	оба пола	мальчики	девочки	оба пола	мальчики	девочки	оба пола
Первые	Средняя M	70,1	65,9	67,5	60,5	61,7	61,0	55,3	57,3	56,8
	$\pm m(M)$	2,3	1,9	1,5	1,7	1,4	1,1	1,8	1,7	1,2
	$\pm \sigma$	25,3	26,5	26,0	23,0	17,9	21,0	21,2	20,4	21,0
Повторные	M	64,6	65,9	65,3	51,1	53,8	52,6	55,5	53,4	54,4
	$\pm m(M)$	1,4	1,8	1,1	1,4	1,4	1,0	1,9	1,3	1,1
	$\pm \sigma$	19,9	27,8	21,0	19,0	19,8	19,4	21,7	16,5	19,0

Разработка материала, характеризующего потери и прибавку веса новорожденных при различном времени первого прикладывания их к груди матери производилась статистическим методом.

Из таблицы 2 видно, что при раннем прикладывании к груди физиологическое падение веса новорожденного как у первородящих, так и у повторнородящих матерей меньше, чем при позднем прикладывании к груди.

Средняя ошибка $\pm m(M)$ средних потерь в разных группах меняется лишь в пределах от 1,1‰ до 2,3‰, что говорит о достоверности средних, вычисленных по материалам наших наблюдений и дает нам право опираться на них в наших выводах. Как видно из таблицы 2, обращает на себя внимание значительная зависимость степени «физиологической убыли веса» от повторности родов матери. Во всех трех группах отмечается меньшая потеря веса у новорожденных от повторнородящих матерей по сравнению с первородящими, особенно при первом кормлении через 6 часов после рождения.

Относительно зависимости потери веса от пола новорожденных можно сказать, что половые особенности не оказывают существенного влияния на «физиологическую убыль веса» новорожденных.

Следовательно, основываясь на проведенном сопоставлении средних из наибольших потерь на 2-й и 4-й дни жизни новорожденного в различных группах с их утроенной средней ошибкой $3\sqrt{m_1^2 + m_2^2}$, мы можем утверждать, что наиболее целесообразным является первое прикладывание новорожденного к груди матери через 6 часов после рождения, так как это способствует меньшим потерям первоначального веса.

Нами изучались также прибавки первоначального веса новорожденных на 8-й и 9-й дни жизни при выписке из родильного дома.

Статистическая обработка всех индивидуальных «прибавок» веса производилась как и в случае рассмотренных выше потерь веса, по способу моментов. Анализ полученных данных указывает, что далеко не все новорожденные восстанавливают свой первоначальный вес. У новорожденных от первородящих матерей и на 8-й, 9-й день жизни все еще остаются потери первоначального веса (средние прибавки со знаком минус), причем эти потери у новорожденных II и III групп (от 3,6 до 6,5‰) вдвое меньше, чем у новорожденных I группы (от 10,7 до 11,4‰), что говорит о благоприятном влиянии раннего кормления на вес новорожденного при выписке.

У новорожденных от повторнородящих матерей это влияние выражено сильнее, здесь дети II и III группы имеют

действительно прибавки первоначального веса (от +2,4 до +1+1,4⁰/₁₀₀), в то время как дети 1 группы остаются с потерями веса при выписке (в 11,0—120,0⁰/₁₀₀).

Математическая проверка реальности этих данных подтверждает вышесказанное. Остановившись сначала только на наибольших потерях первоначального веса в течение первых 2—4 дней жизни новорожденного, а затем изучив прибавки в весе к моменту выписки из родильного дома (8—9 день жизни новорожденного), мы поставили перед собой еще задачу — изучить ежедневные изменения первоначального веса за все дни жизни новорожденного в родильном доме и проследить их динамику в связи с возрастом ребенка (в днях), проследить влияние возраста на изменение первоначального веса.

Для этого были вычислены соответствующие коэффициенты корреляции „r“, измеряющие силу влияния возраста новорожденного на изменение первоначального веса и уравнение регрессии, т. е. уравнение линейной зависимости изменений „y“ первоначального веса от возраста новорожденного „x“ (в днях).

Все коэффициенты корреляции „r“ положительны, что указывает на прямую зависимость изменений веса „y“ от возраста новорожденного „x“.

Наши данные могут быть сведены к нижеследующим положениям:

1. Физическое развитие новорожденных, являющееся одним из существенных показателей санитарного состояния, находится в тесной зависимости от ряда факторов, в том числе и от условий жизни населения.

2. В 1953 году мы имели следующие показатели физического развития новорожденных:

У мальчиков средний вес равен 3378 г ($\sigma = \pm 434$, $m(M) = \pm 8,3$); средняя длина тела M равна 51,26 см ($\sigma = \pm 1,99$, $m(M) = \pm 0,05$); средняя окружность грудной клетки M равна 33,85 ($\sigma = \pm 1,67$, $m(M) = \pm 0,03$), средняя окружность головы M равна 34,87 ($\sigma = \pm 1,47$, $m(M) = \pm 0,03$).

У девочек средний вес M равен 3246 ($\sigma = \pm 420$, $m(M) = \pm 8,4$); средняя длина тела M равна 50,68 ($\sigma = \pm 1,98$, $m(M) = \pm 0,04$); средняя окружность грудной клетки M равна 33,50 ($\sigma = \pm 1,67$, $m(M) = \pm 0,03$). Средняя окружность головы M равна 34,45, ($\sigma = \pm 1,58$, $m(M) = \pm 0,03$).

3. Установлено, что физическое развитие населения зависит как от общих социально-экономических факторов, так в некоторой мере и от местных условий, поэтому необходимо изучить физическое развитие новорожденных по областям и краям Советского Союза.

4. Физическое развитие новорожденных г. Казани в 1957 г.

имеет ясно выраженные положительные сдвиги по сравнению с 1953 г.

5. Показатели физического развития новорожденных выше у мальчиков, чем у девочек и выше у новорожденных при повторных родах, чем у первенцев.

6. Национальные различия не сказались на физическом развитии новорожденных, что объясняется одинаковыми условиями жизни для всех национальностей одной области и является следствием проводимой Советской властью ленинской национальной политики.

7. Показатели физического развития новорожденных г. Казани увеличиваются с повышением порядка родов. Средний вес и рост увеличиваются до 7-х родов.

8. Наибольшей плодовитостью, по нашим данным, отмечается возраст от 20 до 29 лет.

9. Наш материал подтверждает закономерность улучшения показателей веса новорожденных в зависимости от повышения возраста матери как у первородящих, так и у повторородящих в возрасте до 39 лет.

10. Достоверность связи колебаний веса с сезоном года рождения наши данные не подтверждают.

11. Показатели физического развития новорожденных у работающих на производстве матерей в 1953 году, т. е. до нового декрета от 26 марта 1946 года, несколько ниже, чем у занятых только домашним хозяйством.

12. В 1957 году разница показателей физического развития новорожденных между работающими и не работающими матерями исчезла. Имеющаяся разница меньше своей утренней ошибки, следовательно, она случайна. Увеличение периода отпуска беременным женщинам несомненно сыграло положительную роль.

13. Учитывая, что „раннее“ прикладывание новорожденного к груди матери уменьшает потери его веса и в то же время способствует лучшему восстановлению веса новорожденного к моменту выписки, повышая вместе с тем жизненный тонус и эмоции у матери, мы можем рекомендовать раннее прикладывание новорожденного к груди матери через 6 часов после рождения.

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ОПУБЛИКОВАНЫ В ПЕЧАТИ. А
ТАКЖЕ ДОКЛАДЫВАЛИСЬ НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ:

1. „Физическое развитие новорожденных в г. Казани в 1953 г.“ (Предварительное сообщение).
Тезисы докладов научной конференции КГМУ Казань, 1956.
2. „К истории родовспоможения в г. Казани“.
Тезисы докладов научной конференции КГМУ, посвященной 40-летию Великой Октябрьской Социалистической революции. Казань, 1958.
3. „К вопросу о физическом развитии новорожденных в г. Казани“.
Сб. научных работ КГМУ, Казань, 1957.
4. „К истории родовспоможения в г. Казани“.
Казанский медицинский журнал 1959, №1.

Казань. Комбинат печати имени Камилы Якуба