



**Ю. В. Цвелев, А. А. Шмидт**

Кафедра акушерства и гинекологии  
им. А. Я. Красовского Военно-  
медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## **РАБОТА ЛЕНИНГРАДСКИХ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И БЛОКАДЫ ГОРОДА**

*«Работая в темноте, подчас в неотапливаемых помещениях, при отсутствии водопровода и горячей воды, с недостаточным количеством белья, с большой нехваткой обслуживающего, особенно медицинского, персонала... персонал наш делал поистине героические усилия, не только выполняя свою обычную медицинскую работу, но и стирая белье, доставляя издалека воду, занимаясь колкой, пилкой и ноской дров, а главное — по несколько раз в сутки переноса больных и новорожденных из верхних этажей в бомбоубежища».*

К. К. Скробанский (1943)

В 300-летней истории нашего города поистине героическими были и останутся на века в памяти народа 900 дней ленинградской блокады. «Война не могла не отразиться на всех сторонах жизни даже самых отдаленных от фронта местностей нашей страны. Но ее влияние на жизнь Ленинграда особенно велико уже потому, что население нашего города переживало в эти месяцы не только невзгоды военного времени, но и все последствия тяжелой блокады» [13].

В осажденном городе оставалось более двух миллионов человек, из них более четырехсот тысяч детей, а также много беременных женщин, воздержавшихся от эвакуации по причине именно беременности. Среди страшных бед, лишений, ужасов, смертей главной трагедией блокады были женщины и дети. В невыносимых условиях происходило, казалось бы, «обыкновенное чудо» — женщины беременели и рожали детей.

В этот период многие родовспомогательные заведения были преобразованы в госпитали. Так, в Институте акушерства и гинекологии был развернут многопрофильный госпиталь; в здании клиники акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии размещалось хирургическое отделение эвакогоспиталя № 1117 Ленинградского фронта, которое при бомбежках было сильно повреждено. В ночь с 23 на 24 мая 1942 года артиллерийскому обстрелу подверглись клиники Педиатрического медицинского института. В это же время авиабомбой при прямом попадании был разрушен один из роддомов Васильевского острова, было много жертв среди медицинского персонала. Во время бомбардировок в апреле 1943 года были попадания в родильный дом № 2 Дзержинского района, однако роддом в короткое время удалось восстановить.

Тем не менее в осажденном Ленинграде продолжали работать родильные дома, хотя их число сократилось с 15 (на 1492 койки)

в 1941 г. до 6 (на 810 коек) в 1944 г. В них трудились в 1941 году — 164, а в 1942 году — 73 врача (693 и 210 акушеров соответственно). Хотя в первые дни войны многие из акушеров-гинекологов были призваны в армию, «специалисты более пожилого возраста продолжали самоотверженно трудиться на своих постах. Остались в городе такие известные акушеры-гинекологи, как профессор К. К. Скробанский, Д. А. Глебов, С. А. Ягунов, К. Н. Рабинович, Г. М. Шполянский, Р. Г. Лурье, доценты П. А. Белошапко, М. А. Петров-Маслаков, А. И. Петченко и многие другие» [1]. Характеризуя работу акушеров-гинекологов в период блокады, главный акушер-гинеколог города К. К. Скробанский указывал, что персонал родовспомогательных учреждений прикладывал огромные усилия для создания «хотя бы минимальных условий для акушерской работы: согреть воду и помещение, осветить палаты, дать женщине, только что родившей, горячую пищу» [13]. Хотя условия жизни и работы в городе, особенно в 1941–1942 гг. были крайне тяжелыми, в осажденном Ленинграде в 1941–1944 гг. родилось 95 903 младенца, в том числе в условиях полной блокады — 78 913 (2669 детей были мертворожденными). 1311 рожениц умерли в виду акушерской патологии.

О работе во время блокады Ленинграда акушерско-гинекологической клиники 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова проф. К. К. Скробанский писал следующее: «Более 80 % всего ведущего персонала кафедры и клиники было призвано или ушло добровольцами в ряды Советской Армии. Воздушные бомбардировки города днем и ночью вынуждали оставшийся персонал работать с огромным напряжением физических сил и нервов. По несколько раз в сутки приходилось переносить тяжело больных и новорожденных в бомбоубежище, расположенное в подвальном этаже занимаемого клиникой здания. В декабре 1941 г. клиника, как и весь институт, осталась полностью без тепла, воды и освещения. Несмотря на резко подорванное к этому времени голодом и лишениями здоровье всего персонала, клиника продолжала принимать тяжелейших больных, истощенных до крайности, и отечных рожениц.

Столь же тяжелыми были условия работы клиники и в первую половину 1942 г.... В этот период число тяжелых осложнений при родах резко повысилось. Частота случаев эклампсии возросла по сравнению с 1940 г. в 4 раза. Резко возросло также количество преждевременных родов. В то же время обращает на себя внимание сравнительно малый процент летальности рожениц и родильниц от септических заболеваний (0,17 % против 0,1–0,13 % в мирное время) при довольно высокой летальности от заболеваний, связанных с беременнос-

тью и родами (главным образом эклампсия и предлежание детского места), превышавшей таковую в мирное время в 3 раза. С другой стороны, отмечалось значительное уменьшение числа случаев кровотечений в родах, сокращение длительности родового акта и меньший процент оперативных родоразрешений» [8].

Смертность рожениц и родильниц в среднем по городу в первый год блокады составляла 2,4 %, частота преждевременных родов — около 50 %; по данным родильного дома № 2 — 8 % и 48 % соответственно. Наибольшее число летальных исходов отмечено при заболеваниях, не связанных с беременностью или родами (алиментарная дистрофия, туберкулез легких и пневмония). Смертность от заболеваний, связанных с беременностью или родами, превысила аналогичные данные мирного времени более чем в 3 раза. Основными причинами смерти этой группы умерших доминировали предлежание плаценты и эклампсия.

В условиях постоянных бомбардировок, артиллерийских обстрелов и других травмирующих нервную систему факторов, на фоне алиментарной дистрофии и авитаминоза значительно возросла частота эклампсии, которая, по мнению большинства акушеров того времени, протекала значительно тяжелее и давала громадную смертность. Это обстоятельство находилось в резком противоречии с наблюдениями, сделанными во время Первой мировой войны, когда, наоборот, эклампсия встречалась чуть ли не в два раза реже, чем в мирное время. Из особенностей течения «блокадной эклампсии» следует указать на раннее ее проявление (в 50 % случаев — уже на 5–7 месяце беременности), наличие нормального артериального давления (в 35 % случаев АД не превышало 130 мм рт. ст.), частое заболевание эклампсией повторнородящих (30 %), тяжелое течение с высокой материнской летальностью. По данным родильного дома № 2 Дзержинского района частота эклампсии в указанный период составила 8,5 %, а смертность при ней 28 %. По данным 1-го Ленинградского медицинского института (материалы родильного дома им. Видемана) и 2-го Ленинградского медицинского института (материалы родильного дома им. Снегирева), в 1941–1942 гг. частота эклампсии составила 10–13 %, а смертность при ней — 30 %, что в 7,5 раз превышало уровень смертности от эклампсии, наблюдавшийся в довоенное время. «По данным нашей клиники, — писал К. Н. Рабинович, — при применении той же терапии, смертность матерей порой, вместо обычных 3–5 %, достигала у нас 20 %, а в некоторых учреждениях Ленинграда доходила даже до 50 %» [9].

Резкое увеличение патологии беременности, в частности эклампсии, Г. М. Шполянский [14]

связывал с авитаминозным состоянием, которое «сказывается на беременных значительно раньше, чем на прочих женщинах. Уже в ранние месяцы беременности лицо беременной женщины становится бледным и пастозным, появляется отечность на ногах. Беременные жалуются на утомляемость, слабость и раннюю порчу зубов. На коже появляются синие кровоподтеки от легкого давления. Со второй половины беременности отеки поражают больше половины всех беременных, к ним присоединяется иногда асцит.

В значительном проценте случаев наступают поздние выкидыши и преждевременные роды (на V—VI—VII и VIII месяцах). Малокровие развивается в значительно большей степени, чем у небеременных.

Со стороны периферической нервной системы отмечаются боли по ходу нервных проводников и их окончаний. Одним из первых расстройств отмечаются парестезии, зоны анестезии (прежде всего на подушечках пальцев), затем появляются невритические боли, часто симметрично локализующиеся.

Со стороны центральной нервной системы — подавленное состояние и частые (обычно постэкламptические) психозы.

Со стороны желудочно-кишечного тракта — давление под ложечкой, упорные запоры или, чаще в конце беременности, профузные изнуряющие поносы, продолжающиеся и в послеродовом периоде и часто приводящие к смерти, наблюдались также частые позывы к мочеиспусканию, нередко повышенный диурез и релятивное недержание мочи.

Процент заболеваемости эклампсией значительно повышен (приблизительно раз в десять); течение эклампсии весьма тяжелое, и смертность более высокая.

Количество тяжелых осложнений, как, например, кровоизлияний в мозг и психозов, несравненно больше. Гипертония при эклампсии наблюдалась значительно реже. Роды в общем протекают как обычно. Продолжительность родов не дает резких отклонений от нормы, как и послеродовый период. Частоты кровотечений и увеличения количества теряемой крови, как можно было бы ожидать, тоже не отмечалось. Дети рождаются с пониженным весом, рост их укорочен, заболеваемость высокая.

Все сказанное легко получает свое объяснение в авитаминозном питании, и клиническая картина по существу не отличается от той, которую мы наблюдали у так называемых дистрофиков...» [14].

Не меньшее влияние, чем на мать, дистрофия и полиавитаминоз оказывали и на плод. Увеличился процент рождений недоношенных и мало-

весных детей, выхаживание которых представляло невероятные трудности в условиях блокады. Половина недоношенных новорожденных погибала в первые сутки жизни, смертность среди доношенных детей в среднем по городу составляла 12 % (по данным Ленинградского государственного педиатрического медицинского института и родильного дома № 2). Блокада отрицательно сказалась и на физическом развитии новорожденных: по сравнению с довоенным временем средняя масса тела уменьшилась более чем на 600 грамм (роддом им. Снегирева — около 500 г), а рост — на 2 см.

Изучая частоту оперативных пособий, К. К. Скробанский пришел к выводу о том, что «можно отметить крайний консерватизм при ведении патологических родов». Наложение акушерских щипцов было только в 0,03—0,04 % случаев, что в среднем в 10 раз реже чем в мирное время. Очень редко производилось и кесарево сечение — 0,02 % (0,2—0,9 % — в довоенное время). «Принудительный консерватизм» в акушерстве, при котором количество операций, акушерских манипуляций и исследований было сведено к минимуму, позволило предотвратить «развитие грозной пуэрпальной инфекции и септических родильных эпидемий». «Консервативное направление в акушерской работе, — по мнению К. К. Скробанского, — на котором стоят лучшие современные акушеры и которое является основным направлением современного советского акушерства, полностью оправдало себя в грозный период блокады» [11].

С самого начала Великой Отечественной войны, по мере ухода рабочих-мужчин на фронт, их места стали занимать женщины, успешно овладевавшие мужскими профессиями и занявшие преобладающее положение на предприятиях различных отраслей промышленности. Массовое привлечение женщин на производство требовало организации на местах специального медико-санитарного обслуживания и акушерско-гинекологической помощи.

По инициативе Ленинградского акушерско-гинекологического общества и его методической и практической поддержке была создана специальная комиссия по обследованию условий труда женщин на оборонных предприятиях. Было организовано 40 кабинетов, в задачу которых входило систематическое изучение условий женского труда, проведение профилактических осмотров, оказание медицинской помощи гинекологическим больным, систематическое наблюдение за беременными с нормальным течением беременности, налаживание и проведение патронажа, особенно у беременных и кормящих матерей. Акушеры-гинекологи, работавшие в указанных кабинетах, проводили осмотры поступающих на работу, профилактические



осмотры с целью выявления противопоказаний к тому или иному виду труда, особенно беременных и кормящих матерей, санитарно-просветительную работу среди женщин-работниц, организовали кабинеты личной гигиены женщин.

При осмотре женщин с точки зрения их трудоспособности, в тот период руководствовались следующими положениями:

— здоровые женщины могут выполнять любую работу, учитывая особые условия военного времени;

— негодными к тяжелому физическому труду на оборонных предприятиях определялись женщины, страдающие тяжелыми хроническими воспалительными заболеваниями гениталий с большими tuboовариальными образованиями и частыми обострениями, злокачественными новообразованиями и тяжелыми мочеполовыми свищами.

По мнению проф. И. И. Богорова, «...ограниченно годными следует признать женщин, страдающих:

а) умеренно выраженными хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки без выраженной склонности к частым обострениям;

б) выраженными опущениями стенок влагалища с расстройством мочеиспускания или другими симптомами, а также пролапсами — при ношении pessaries;

в) функциональными расстройствами менструаций длительного характера, но не требующими госпитализации или частого и длительного освобождения от работы;

г) некоторыми доброкачественными опухолями без тяжелых симптомов, не требующими срочного удаления (кисты яичника, фибромы матки и т. п.);

д) женщин, перенесших тяжелые оперативные вмешательства (чревосечение, операции по поводу пролапса и т. п.), в течение ближайших месяцев после операции;

е) беременных, с момента установления беременности;

ж) кормящих грудью матерей (в интересах лактации);

з) подростков.

Какие виды труда мы считаем противопоказанными ограниченно трудоспособным? В основном схематически следующие:

а) работы, сопряженные с систематическими тяжелыми физическими напряжениями или поднятием больших тяжестей;

б) работы, связанные с сотрясением тела;

в) требующие длительной ходьбы или непрерывного стояния на ногах;

г) для группы женщин, страдающих воспалительными процессами; кроме указанных, также

и работы, связанные с длительным пребыванием в условиях пониженной температуры;

д) для беременных, кормящих грудью и подростков, кроме указанных в пп. «а»-«в», также и ночные работы» [2].

Работа гинекологических кабинетов на некоторых предприятиях Ленинграда и анализ диспансерного наблюдения за 10 893 женщинами позволили из числа осмотренных по тем или иным показаниям перевести на облегченную работу 268 (2,5 %), направить на амбулаторное лечение 853 (8 %) и на стационарное лечение 103 (1 %). При осмотре было выявлено 163 (1,5 %) беременных. Эта огромная работа во многом способствовала сохранению здоровья и трудоспособности женщин-работниц, составлявших в те годы основной контингент работавших на предприятиях оборонной промышленности.

В каждом районе города в течение всей блокады продолжали работать женские консультации, под наблюдением которых в разные годы состояло от 2 до 58 тысяч женщин. Работа женских консультаций отличалась рядом особенностей, обусловленных главным образом преобладанием среди обслуживаемого населения лиц, страдавших алиментарной дистрофией и различного рода авитаминозами. Наиболее тяжелым был период с ноября 1941 года по апрель 1942 года, когда больные и беременные с выраженными явлениями дистрофии и авитаминоза составляли в среднем 74 % всех пациенток. Опыт врачей женских консультаций в условиях блокады показал, что влияние количественного и особенно качественного голодания, перешедшего определенные пределы, на течение беременности выражалось прежде всего в исключительной склонности к преждевременному ее прерыванию. Так, в январе 1942 г. преждевременные роды составляли в среднем по городу 41 %, а в феврале — 60 % от всех родов (И. И. Богоров, 1943). До войны частота преждевременных родов составляла 8–9 %. Эти обстоятельства явились основанием для принятия руководством города особого решения, согласно которому беременные стали получать продукты по нормам рабочих и инженерно-технических работников, а за 4 месяца до родов — дополнительный паек.

При анализе работы женских консультаций в период блокады отмечена значительная частота родов на дому. При изучении этого явления выяснилось, что, наряду с общими причинами (затруднение с транспортировкой рожениц, недостаточная госпитализация некоторых категорий беременных), не последнюю роль играл и тот факт, что у страдающих дистрофией и авитаминозом рожениц роды протекали довольно быстро, нередко — стремительно. В этот тяжелый период

«с особой силой выявилась важность таких испытанных методов, как хорошо поставленный учет, четкий и исчерпывающий патронаж, хорошо налаженная связь с родильными домами, советскими и общественными организациями» (И. И. Богоров, 1943).

«В гинекологических отделениях к концу 1941 и середине 1942 г., — отмечал К. Н. Рабинович, — мы почти перестали встречать больных с острыми воспалениями органов женской половой сферы, заболеваниями, составлявшими, как известно, в довоенное время наибольший контингент наших больных. Зато заметно возросло количество больных с опущениями и выпадениями влагалища и матки, появилось очень много больных, страдавших аменореей, специфической формой авитаминозных кольпитов, участились случаи разрывов влагалища *sub coitu*, различного рода метрорагий, а также значительно увеличилось число больных, поступавших с злокачественными новообразованиями» [10]. Поэтому не прекращалась, несмотря на все лишения военного времени и блокаду, научная деятельность на кафедрах и в клиниках акушерства и гинекологии медицинских институтов, связанная с изучением особенностей патологии женской половой сферы, что нашло свое отражение в научных трудах сотрудников кафедр. В частности, в 1-м ЛМИ им. И. П. Павлова, за период с 1941 по 1945 гг., под руководством К. К. Скробанского была опубликована «21 научная работа. За этот же период были закончены и защищены сотрудниками кафедры 2 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 1 диссертация на степень доктора медицинских наук» [8].

Анализируя особенности течения некоторых гинекологических заболеваний в период войны и блокады Ленинграда, Л. М. Поликтова установила резкое снижение числа воспалительных заболеваний. «Это безусловно не случайное явление сначала кажется парадоксальным. В самом деле, тяжелый физический труд, выпавший на долю всех ленинградок в указанный период времени, систематическое переохлаждение организма в тяжелую блокадную зиму 1941/42 г., нарушение питания и ухудшение общих бытовых условий, — все это должно было вести к понижению сопротивляемости организма, а соответственно с этим вызвать резкое повышение заболеваемости острыми воспалительными процессами гениталий или обострением хронических воспалительных процессов. Что же могло повлиять на столь неожиданное снижение частоты указанных заболеваний? На этот вопрос ответить трудно. Возможно, что здесь сыграли роль следующие условия: во-первых, нарастающая аменорея, поскольку известно, что мен-

струация нередко является моментом, способствующим обострению хронических воспалительных процессов в матке и ее придатках; во-вторых, «половой покой», обусловленный в то время понятными причинами» [7].

Исследования И. И. Богорова 300 подростков в возрасте от 14 до 18 лет в 1943 г. в Ленинграде показали, что в возрасте от 14 до 16 лет менструация у них не наступила в 95 %, а в возрасте от 16 до 18 лет — в 69 %. «У 85 % обследованных женщин, работавших на предприятиях города, была установлена так называемая аменорея военного времени [2]». «...Клинический синдром аменореи, — отмечала Е. Е. Гуревич, — складывается из поражения яичников и обусловленными нарушением яичниковой функции изменениями половых органов. Состояние полового аппарата представляет типичную, на большом материале подчас даже несколько однообразную картину тяжелой атрофии половых органов. слизистая вульвы и вагины гладкая, блестящая, тонкая, часто даже с такой глубокой потерей эластичности, что при малейшем насилии (исследовании, введении зеркала) легко возникают надрывы и трещины слизистой. Продукция слизистых желез преддверия понижена, отсюда сухость слизистых, в других условиях почти не наблюдаемая. Отсутствие у многих половой жизни, в связи с быстро идущими явлениями атрофии, обуславливает подчас такое сужение входа во влагалище, что делается затруднительным гинекологическое исследование. Благодаря потере слизистой влагалища гликогена нормальная влагалищная флора, не получая нужных условий для вегетации, заменяется полиморфной кокковой флорой, вызывающей раздражение и воспалительные процессы слизистой влагалища. Частой находкой является поражение слизистой влагалища петехиального характера, наблюдающееся в условиях мирного времени у женщин, находящихся в длительном, многолетнем климаксе» [4].

Было обращено внимание на то, что «среди большинства женщин, страдавших длительной аменореей, уже в конце 1942 г. отмечались выраженные явления атрофии половых органов: узкое, сухое влагалище, маленькая, плотная матка, находившаяся более чем у трети больных в положении подвижного *retroversio-flexio*. Примерно с этого же времени, со второй половины 1942 г., особенно участились случаи появления у лиц, страдавших длительной аменореей, симптомов климактерического невроза: приливы, сердцебиения, головокружения, рвоты, боли в поясничной области и т. п. Многие женщины, страдавшие длительной аменореей, особенно более молодого возраста, часто находились в депрессивном состоянии» [7].

Е. Е. Гуревич [4] пришла к заключению, что «в возникновении аменореи имели значение не только общая недостаточная калорийность ежедневного пайка, но главным образом биологическая неполноценность потребляемых пищевых веществ. Почти полное отсутствие жиров, молока, свежего мяса, замена полноценных белков — даже растительных — малоценными, крайний недостаток витаминов сыграли решающую роль в развитии аменореи.

Учитывая тяжелые изменения паренхимы яичника и параллельно идущие глубокие атрофические изменения полового аппарата, мы вправе рассматривать аменорею, возникшую у дистрофичек, как результат тяжелого и глубокого поражения яичников».

В условиях блокады Ленинграда, кроме аменореи, было отмечено повышение числа больных с опущением и выпадением женских половых органов. «Уязвимым для выпадений матки возрастом оказался возраст в 30–50 лет (71 %), что связано, по-видимому, с большой склонностью к дистрофическим расстройствам и большей физической нагрузкой у более молодых. У всех больных отмечается большая или меньшая степень алиментарной дистрофии с сопутствующими явлениями авитаминозов, аменореи, анемизации» [6].

По данным Е. П. Мухиной [5], «значительное поражение части населения Ленинграда алиментарной дистрофией и авитаминозом в период блокады вызвало среди женщин высокий процент опущений и выпадений половых органов, что особенно резко сказалось во второй половине 1942 года, когда процент этого заболевания достиг 14,2 против 2 % мирного времени. Во время войны и блокады значительно чаще обычного встречались опущения и выпадения гениталий у молодых женщин, и притом малорожавших и даже совсем не рожавших (у последних — в 4 % всех случаев). Выпадения матки наблюдались во много раз чаще, чем опущения, причем они сопровождалась значительным расстройством мочеиспускания и появлением тяжелых декубитальных язв, что, по-видимому, также должно быть отнесено за счет дистрофии и авитаминоза, которые играют основную роль в этиопатогенезе опущений и выпадений гениталий». Она пришла к выводу, что «консервативная терапия опущений и выпадений влагалища и матки вполне себя оправдала, являясь более бережным методом лечения, дающим возможность больным сохранить удовлетворительное общее состояние и определенную трудоспособность до исчезновения явлений дистрофии и до возникновения возможности оперативного вмешательства при более благоприятных условиях».

К. Н. Рабиновичем в этот период был обнаружен рост злокачественных новообразований по-

ловых органов (рака матки). «Прекрасно учитывая все трудности как технического, так и морально-го характера, стоявшие на пути, учитывая неполноценность наших больных, только что перенесших дистрофию, цингу, пеллагру, порочность их сердечной мышцы, я все же считал для себя показанным воспользоваться единственным имевшимся в моем распоряжении средством — хирургическим ножом. Я заранее предвидел, что, подвергая этих больных радикальной операции, мы неизбежно получим большую первичную послеоперационную смертность, но стимулом для операции являлось сознание, что операцией нам, быть может, все же удастся хоть на время продлить им жизнь и работоспособность, и что, поступая таким образом, мы все же сумеем спасти пусть небольшое, но все же некоторое количество больных. Конечно, только отсутствие других способов лечения могло толкать хирурга на этот тяжелый путь. Нередко сами больные, зная о характере своего заболевания, настаивали на операции, видя в ней единственный шанс на спасение. С величайшим волнением они ожидали нашего решения. Создававшаяся обстановка заставляла врача и больного поменяться ролями — не врачу надо было уговаривать больную подвергнуться операции, а наоборот. К сожалению, как и следовало ожидать, мы получили очень высокую послеоперационную смертность. Из 34 прооперированных больных умерло 10 человек (29 %).

Подводя итоги всему вышесказанному, мы, невзирая на полученную большую послеоперационную смертность, значительно превышающую нашу довоенную, все же должны признать, что, учитывая запущенность процесса, неполноценность перенесших дистрофию больных, отсутствие иных способов лечения, поступали правильно, пытаясь операцией помочь нашим больным» [10].

В условиях блокированного города Ленинградское научное общество акушеров-гинекологов продолжало свою работу. Характеризуя работу общества во время блокады, проф. К. К. Скробанский писал: «Под гром воздушных бомбардировок, под грохот орудийного обстрела мы нередко обсуждаем и заслушиваем доклады по чисто научным и организационным вопросам, внося в нашу работу не меньше энтузиазма, чем в условиях мирного времени. Это свидетельствует о крепости духа ленинградцев, об уверенности в нашей победе и о несомненности благоприятного исхода нашего правого дела» [11]. На его заседаниях заслушивались и обсуждались доклады, посвященные главным образом тем актуальным вопросам, которые возникали в связи с войной и блокадой. Так, 4 июня 1942 г. после обсуждения докладов К. К. Скробанского о родовспоможении за 11 месяцев блокады,



К. Н. Рабиновича — о течении беременности, родов и послеродового периода в условиях блокады, И.И.Богорова — о работе акушерско-гинекологических кабинетов на производствах и работе женских консультаций, «общество пришло к следующему заключению:

I. В период блокады акушеры-гинекологи ряда родильных домов и консультаций проделали колоссальную работу, несмотря на тяжелейшие условия. Вместе с тем общество находит, что работа по улучшению качества обслуживания больных и беременных в родильных домах и женских консультациях должна быть еще более улучшена, для чего необходимо:

1) поднять трудовую дисциплину и санитарно-техническое состояние в учреждениях;

2) каждый случай смерти матери и ребенка должен обсуждаться и изучаться так же, как и все случаи ошибочных диагнозов и неправильной терапии;

3) врачи акушеры-гинекологи будут, по-прежнему, принимать самое широкое и активное участие в общей оборонной, противозидемической и других видах общественной работы вместе со всеми гражданами героического города Ленина.

II. Общество отмечает, что контингент обслуживаемых консультациями беременных женщин состоит из лиц, пораженных не менее чем в 75 % более или менее выраженными явлениями алиментарной дистрофии и полиавитаминоза.

Указанный факт обусловил следующие отклонения в течение беременности: преждевременное ее прерывание не менее чем в 50 % случаев, заболеваемость эклампсией не менее чем в 15 % и смертность от нее не менее чем в 20 % всех случаев; этот же факт обусловил общую материнскую смертность не менее чем в 10 % случаев, детскую смертность по группе недоношенных детей не менее чем в 50 % случаев, по группе доношенных не менее чем в 12 % случаев и общую потерю детей не менее, чем в 35 % всех случаев.

Общество считает, что высокая смертность матерей и детей, а также высокий процент преждевременных родов являются следствием не только количественной, но и качественной неполноценности питания, т. е. полиавитаминоза, так как беременные женщины нуждаются по крайней мере в двойной нагрузке витаминами...» [11].

Ряд резолюций, принятых акушерско-гинекологическим обществом, составил основу работы и решений органов здравоохранения города. Так, по предложению общества в акушерские стационары стали безотлагательно помещать всех беременных женщин с признаками дистрофии, токсикоза и угрожающего прерывания беременности, для чего был увеличен коечный фонд родильных

домов. Женским консультациям по рекомендации общества было предоставлено право направлять беременных в столовые усиленного питания и добиваться дополнительного питания.

Несомненный интерес представляет ныне такой документ, как «Протокол Заседания Ленинградского филиала Всесоюзного научного общества акушеров-гинекологов 9 сентября 1943 г.» [12]. В нем содержались следующие рекомендации: «Для урегулирования питания беременных женщин в Ленинграде, в целях снижения все еще повышенного количества недоношенных беременностей, мертворождений и различных других осложнений беременности, рекомендуется следующее:

1. В спецпак беременных дополнительно ввести сухофрукты из расчета 25 г в день и овощи из расчета 300 г свежих или 30 г сушеных в день.

Этим будет достигнуто: значительное покрытие дефицита в углеводах и минеральных веществах, повышение резервной щелочности в организме, что важно для профилактики токсикоза беременности, и, наконец, улучшение нарушенной функции кишечника у беременных женщин.

2. Добавить сахара из расчета 10 г в день или соответствующего количества шоколада, масла сливочного из расчета 10 г в день и мяса из расчета 50 г в день (или яиц из расчета 1/2 яйца в день, или соответствующее количество яичного порошка).

3. Увеличить норму хлеба беременных до 700 г в день, причем желательнее выдавать хлеб в день черным — 300 г и белым — 400 г (учитывая, с одной стороны, склонность к ацидозу у беременных женщин и расстройство у них секреторной функции желудка, а с другой стороны-повышенную потребность в витаминах комплекса В и склонность к кишечной атонии).

4. Запретить замену мяса и мясных продуктов сельдями и солониной, учитывая резко выраженную склонность к задержке хлоридов в организме беременных женщин и на этой почве — возможность возникновения тяжелых осложнений беременности.

5. Широко снабжать женские консультации и родильные дома различными синтетическими и иными витаминами (А, В, С, D и Е), рыбьим жиром, белковыми дрожжами. Не допускать переробот в снабжении молочными продуктами в полной норме (0,5 л в день).

6. Организовать в подходящем месте полусанаторного типа «Дом беременных женщин и кормящих матерей» с особым диетическим режимом для профилактической госпитализации до и после родов».

15 июля 1943 г. на заседании общества с докладом «Родовспоможение в СССР и Ленинграде за 25 лет Советского здравоохранения» выступил проф. Д. А. Глебов. «Всем нам памятные незабываемые

дни и месяцы 1941 г., — сказал он, — когда еще в городе оставалось много женщин, из них много беременных, частью воздержавшихся от эвакуации по причине беременности. Подлый враг бомбил город, разрушая не только военные и промышленные предприятия, но и лечебные учреждения, в том числе и родильные дома... Но несмотря на лишения и варварские налеты врага, ленинградские женщины-герои, оставшиеся защищать свой любимый город, мужественно переносили эти лишения, выполняя необходимые и важные для родины социальные функции-рождения и воспитания детей.....» [3]. А через три месяца после этого выступления, как позже писал К. К. Скробанский, «в сентябре погиб бывший председатель общества проф. Дмитрий Александрович Глебов, и вскоре после него общество понесло и вторую тяжелую потерю — ушла от нас заслуженный деятель науки, орденоносец профессор Клавдия Петровна Улезко-Строганова. Утрата, которую понесло общество в лице этих выдающихся деятелей, не может не вызвать чувства глубокой скорби не только у акушеров-гинекологов, но и у каждого советского врача любой специальности, так как научные заслуги и деятельность этих ученых хорошо были известны не только в нашей стране но и далеко за ее пределами» [13].

Проф. К. Н. Рабинович (1943) о блокадном периоде работы акушеров-гинекологов сказал: «Напрягая всю свою волю, энергию, мы преодолевали все стоявшие на нашем пути трудности, не стесняясь при надобности снимать с себя белые халаты и, облачившись в серые, ломать дома для топлива, строить печи, таскать воду и т. д. Ни холод, ни голод, ни тьма, ни отсутствие транспорта, ни бомбежки, ни артобстрелы наших лечебных учреждений не могли помешать медицинскому персоналу выполнять порученное ему дело» [12]. Спустя десятилетия можно с полным основанием утверждать, что ленинградские акушеры-гинекологи, как и все участники героической обороны Ленинграда, в период блокады с честью и до конца выполнили свой долг перед Родиной. Многие из них погибли во время блокады на своих постах ...

### Литература

1. Алипов В. И. Акушеры-гинекологи в период блокады Ленинграда/Акушерство и гинекология. — 1975. — № 5. — С. 5–8.

2. Богоров И. И. К методике работы акушерско-гинекологических кабинетов на производственных предприятиях. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. — С.13–14.
3. Глебов Д. А. Родовспоможение в СССР и Ленинграде за 25 лет Советского здравоохранения. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1945. — С.155–157.
4. Гуревич Е. Е. К вопросу о клинике и патогенезе аменореи. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз. — 1945. — С.13–18.
5. Мухина Е. П. Опушения и выпадения гениталий у женщин за период блокады Ленинграда. Там же. — С. 69.
6. Петченко А. И. Клиническое течение и терапия выпадения матки в военные годы. Там же. — С. 75–78.
7. Поликтова Л. М. Особенности течения некоторых гинекологических заболеваний в период войны и блокады Ленинграда. Там же. — С. 59, 61.
8. 50 лет Первого Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова, Л.:Медгиз, 1947. — С. 323.
9. Рабинович К. Н. Беременность, роды и послеродовый период в условиях блокады Ленинграда. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. — С. 9.
10. Рабинович К. Н. Рак матки в период блокады Ленинграда. Там же. — С. 80–81.
11. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. — С. 107.
12. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К.Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1945. — С. 158–161.
13. Скробанский К. К. Родовспоможение и течение беременности и родов в первые 11 месяцев блокады (с июля 1941 г. по май 1942 г.) Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. К. К. Скробанского. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. — С. 1–5.
14. Шполянский Г. М. Беременность и авитаминозы. Там же. — С. 25.

WORK OF LENINGRAD OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS  
WITHIN GREAT DOMESTIC WAR AND BLOCKADE OF CITY

Tseliov Yu. V., Shmidt A. A.