

**С позиций сегодняшнего дня думается, читателям «МГ» будет интересно познакомиться с воспоминаниями педиатра, в прошлом заместителя министра здравоохранения РСФСР профессора Антонины ГРАЧЕВОЙ. В них отражена не просто часть биографии, а система подготовки врача-педиатра, его становление как специалиста, и, конечно же, атмосфера 50-х годов прошлого столетия.**

### Первое везение

Окончив в 1947 г. сельскую Касплянскую среднюю школу, я 18 км пешком добиралась до ближайшей железнодорожной станции, чтобы попасть в Смоленск, где находился медицинский институт. В кармане лежал аттестат зрелости. Он был введён в 1945 г. и предусматривал полную готовность выпускника средней школы для получения высшего образования. Не отвечающие этим требованиям, даже 10-классники, получали удостоверение о неполном среднем образовании. Думается, что в те строгие годы в провинции эти распоряжения верховной власти исполнялись с особой тщательностью. В результате, в 1945 г. в нашей школе было два 8-х класса по 20-30 человек, а к 1947 г. в 10-м осталось всего 8 учеников.

Конечно, значительная часть из этих «отсевшихся» – ребята из дальних деревень, которых просто нужна выдвигала из школы. Но были и принципиальные педагогические решения. Например, со мной в 10-м классе училась славная, очень старательная, но слабоуспевающая девочка, которая очень мечтала стать врачом (приёмная дочь первого секретаря нашего райкома партии). Однако на втором экзамене она получила неудовлетворительную оценку и лишилась аттестата зрелости (в дальнейшем поступила в медучилище).

Я успешно прошла испытания и была зачислена на 1-й курс лечебного (тогда единственного) факультета Смоленского государственного медицинского института. А на 3-м оказалась в поле зрения заведующей кафедрой детских болезней профессора Анны Петряевой, которая и пригласила меня работать в студенческом кружке, хотя изучение педиатрии начиналось только с 4-го курса. С этого времени все последующие этапы моей жизни освещены талантом, светом этого удивительного человека. О ней хочется сказать особо. Имея не только медицинское, но и педагогическое образование (после окончания Высшего женского института Святого Владимира в Петербурге), она хорошо знала и любила поэзию, музыку, литературу. Вся её профессорско-педиатрическая деятельность была связана со Смоленским медицинским институтом, которому она отдала почти 50 лет своей жизни (1935-1993), создав смоленскую школу педиатров.

Благодаря Анне Тимофеевне я досрочно оказалась в педиатрической среде и на 4-м курсе пришла на занятия в смоленскую детскую больницу № 2. Эта больница была восстановлена одной из первых в разрушенном городе, чему способствовали авторитет и активная гражданская позиция Анны Тимофеевны. Достаточно сказать, что только в высшие московские инстанции по этому поводу пришлось ей обращаться неоднократно. В результате студенты работали в уютном 3-этажном здании, где были две учебные комнаты, вместительный (на 200 человек) лекционный зал.

### Дежурства ординатора

Благодаря Анне Тимофеевне, сумевшей зажечь во мне интерес к педиатрии, по окончании лечебного факультета в 1952 г. я была зачислена клиническим ординатором на кафедру детских болезней.

В тот период ещё отсутствовала специализация клинической педиатрии, поэтому в детской

терпение и осознанность детей всех возрастов в необходимости тяжёлой процедуры и радовало, что, как правило, они живыми, с восстановленным здоровьем покидали стены больницы.

Но ординаторы первого года традиционно начинали свою деятельность с отделения грудного возраста. Нужно сказать, что в те годы постоянными врачами в отделении на 50 коек были 2

ца (за исключением изолированного туберкулёзного отделения) погружали всю больницу в карантин. Для города это ЧП, так как в больницу могут поступать только переболевшие корью. Выписать домой многих контактных невозможно по состоянию здоровья, а перевести их в инфекционную больницу, где всего 4 мельцеровских бокса на весь город, постоянно занятых, тоже невозможно.

### Самостоятельные шаги

Заканчивалась ординатура, и нужно было полученный клинический опыт реализовать в условиях амбулаторной практики. Так я оказалась в районном центре области – село Красное в смоленской глубинке. Небольшая районная больница: стационар на 30 коек и амбулатория, где приём ведут только хирург, терапевт, гинеколог. Появление педиатра вызвало буквально поток пациентов, в том числе и из фельдшерских пунктов, причём нередко без учёта контактов. В результате стали выявляться – на приёме – ветрянка, скарлатина, коклюш. Пришлось срочно проводить семинар для работников медпунктов, с изложением ситуации и с информацией о диагностике инфекционных заболеваний у детей. Одновременно разрабатывались установки по регистрации инфекционных больных, по работе с контактными детьми и пр.

Помимо этого приходилось часть детей госпитализировать в небольшую детскую палату терапевтического отделения. Помню случай, когда на приём привезли 3-летнего мальчика с явными менингеальными симптомами. Я сразу же стала готовиться к люмбальной пункции, что вызвало немалый переполох в больнице, так как ничего подобного раньше здесь у детей не выполнялось. Кстати, в те годы, не только туберкулёзный (о чём я уже упоминала), но и гнойный менингит встречались нередко, и крайне важно было обеспечить диагностику в ранние сроки. В своё время, работая в отделении туберкулёзного менингита, по собственной инициативе я пыталась освоить лабораторную диагностику этого заболевания: определение белка и клеточного состава в спинномозговой жидкости. В наших сельских условиях подобные исследования тогда не проводились, но в больнице был микроскоп, счётная камера, и я решила пойти на пункцию. Исследование показало, что имел место только серозный менингит (туберкулёзный исключался), а пункция вызвала снижение внутричерепного давления, и состояние пациента стало улучшаться.

В сельских условиях самым изурительным был ночной стук в окно и вызов к заболевшему ребёнку. Это действительно вело, как теперь говорят, к эмоциональному выгоранию, что, бесспорно, и способствовало тогда оттоку специалистов из села, прежде всего педиатров. Так, если по дежурству поступал ребёнок, независимо от характера заболевания вызывался, в том числе и ночью, только педиатр. Именно с этими истоками и связаны мои последующие попытки в новом статусе воздействовать на подготовку врачей лечебного факультета, предназначенных для работы в сельских условиях – быть готовыми к самостоятельному оказанию первичной помощи во время дежурства заболевшему ребёнку, особенно раннего возраста. В какой-то степени установки реализованы спустя почти полвека в системе подготовки семейных врачей, хотя, с моей точки зрения, в этой программе проблемы патологии детей раннего возраста должны быть значительно расширены за счёт некоторого сокращения патологии старших детей, которая во многом компенсируется знаниями курсантов по терапевтическому циклу. Нельзя забывать, что наибольшее число сложных проблем во время ночного дежурства врачей в условиях ЦРБ возникает именно при заболевании ребёнка раннего возраста.

Москва.

**НА СНИМКЕ: Смоленск 1950 г., в это время здесь зарождалась смоленская школа педиатров.**

### Далёкое – близкое

# Школа жизни, школа врачевания...

## Как формировался педиатр в послевоенные годы



больнице № 2 было выделено только старшее отделение на 50 коек (почечная, лёгочная патология, ревматизм и др.), грудное – на 25 коек и 25 коек для детей, больных туберкулёзным менингитом. Функционирование последнего диктовалось рядом соображений. Прежде всего – высокая заболеваемость туберкулёзом, которая в послевоенные годы достигла уровня 255 на 100 тыс. населения и представляла особую опасность для детей, у которых процесс мог осложниться возникновением туберкулёзного менингита (летальность достигала 100%). Помощь при инфильтративных и кавернозных формах лёгочного туберкулёза оказывалась в противотуберкулёзном диспансере. Следует напомнить, что именно в эти годы в широкой практике появились первые эффективные противотуберкулёзные препараты (ПАСК, фтивазид) и особенно стрептомицин для эндолюмбального введения, то есть появилась возможность спасать детей от неминуемой гибели при туберкулёзном менингите. Но для этого требовалось длительное, многомесячное лечение, в том числе и с постоянным эндолюмбальным введением стрептомицина (т.е. требовались клинические условия). Вот почему при отсутствии восстановленных площадей в разрушенном Смоленске и было создано подобное отделение в изолированном отсеке детской клиники. Стоит упомянуть, что в последующие десятилетия усилия государственных служб, в конечном итоге, обеспечили снижение заболеваемости туберкулёзом в стране до 34 на 100 тыс. (1990 г.), опередив тем самым некоторые даже развитые страны, например Японию.

Однако в далёкие 50-е годы к работе с больными туберкулёзным менингитом я приступила только на втором году ординатуры, когда ежедневно приходилось выполнять до 20 люмбальных пункций. Поражало

человека: заведующий отделением и старший ординатор и (поочерёдно) иногда участковый врач из детской поликлиники, поэтому администрация больницы с большим удовлетворением приветствовала каждого нового клинического ординатора. В свою очередь, заведующий отделением исключительно внимательно относился к ординаторам, сопровождая и контролируя ихходы, назначения, разрешая вопросы медицинского и психологического плана. И я не могу забыть душевную щедрость и терпение заведующей грудным отделением Эсфирь Марковны Ханиной. Неизгладимый след в памяти оставила и Рахиль Абрамовна Лифшиц своей требовательностью, чётко аргументированной и находчивой речью, высоким профессионализмом и яркой красотой.

Спустя 2 месяца ординатуры меня назначили дежурным врачом по больнице. Пожалуй, эта обязанность была наиболее сложной и ответственной. Больница фактически выполняла функции скорпомощного стационара, поэтому вся детская патология (за исключением диарейной), особенно в вечернее и ночное время, доставлялась к дежурному врачу. Ответственность колоссальная! Следует учесть, что тогда ещё не было домашних телефонов и невозможно было получить совет или помощь от старших коллег.

Одновременно подстерегала и другая опасность. Корь! Дело в том, что, поскольку противокоревой вакцинации не было, инфекция в городе присутствовала постоянно, и нужно было быть предельно внимательным, так как всегда существовала опасность госпитализировать ребёнка в инкубационном периоде. Контакты, в том числе и случайные, не всегда были известны. В результате спустя какое-то время в отделении – корь, а коридорная система и единственная лестница

Так что напряжённых ситуаций было предостаточно.

В месяц для ординатора было положено два дежурства и никаких «отгулов», но, как правило, дежурств набиралось значительно больше, в том числе и потому, что дополнительные оплачивались. Естественно, дежурный врач вёл не только ночной приём детей, но и контролировал состояние стационарных тяжёлых больных. Таким образом, ответственность и нагрузки были очень значительными, но это была эффективная школа погружения в практическую педиатрию, тем более что все действия дежурного врача тщательно контролировались и обсуждались на утренних конференциях. В основном мне удавалось достаточно благополучно завершать эти ночные дежурства, но одно из них оставило след на всю жизнь.

В те скудные годы дети, в том числе и дошкольного возраста, активно изыскивали более-менее съедобные растения, а иногда это были сладкие корни белены. Так, в полночь поступил мальчик 6 лет, без сознания и фактически без дыхания. Все наши ограниченные возможности того времени (сердечные, внутривенно физраствор, глюкоза) были включены, но безрезультатно... ребёнок погиб.

На второй год ординатуры я стала работать в отделении для туберкулёзного менингита, а далее – в отделении патологии старшего возраста. Обращало на себя внимание большое число детей с ревматическим поражением сердца. Для них выделялась даже специальная больничная палата, где, в отличие от других палат (с неизбежным шумом и суетой), всегда было тихо и покойно: повреждённое сердце накладывало особый отпечаток на поведение этих детей.

Наконец, наступил третий год ординатуры, когда значительная часть времени выделялась для работы в инфекционной больнице города. Раздел детских инфекций включался в программу кафедры детских болезней лечебного факультета и возглавлял его доцент Гиммельфарб Самуил Григорьевич – прекрасный специалист, добрейшей души человек. В те времена (первая половина 50-х годов) повсеместно бушевала эпидемия дифтерии. Немало было тяжелейших токсических форм. Производила неизгладимое впечатление эффективность специфической терапии. Буквально на глазах после введения противодифтерийной сыворотки исчезали налёты в зеве, уменьшался отёк и ребёнок возвращался к жизни.