

Головокружение наблюдалось у 37,8% штамповщиц. Часто оно возникало и после работы, в ряде случаев при быстрой перемене положения тела, и сопровождалось при этом сердцебиением.

Довольно часты (34,7%) жалобы на расстройство сна.

40% штамповщиц отмечают потливость как на работе, так и дома, нередко не связанную с физической нагрузкой.

Частота жалоб и степень выраженности симптомов имели тенденцию к нарастанию по мере длительности работы в штамповочном цехе.

Красный стойкий дермографизм отмечен у 51 (53,6%) женщины, мелкий тремор пальцев, вытянутых рук и век — у 45 (47,3%), неустойчивость в позе Ромберга — у 43 (45,2%), общий гипергидроз — у 46 (48,4%). Живые сухожильные рефлексы были у 33 (34,7%) штамповщиц и вялые — у 2. Часто наблюдались симптомы Хвостека, хоботковый и Маринеско.

В группе штамповщиц со стажем до 5 лет вегетодисфункции отмечены у 34%, неврастенический синдром — у 20,4%. Среди штамповщиц со стажем работы до 10 лет число лиц с вегетодисфункцией изменилось незначительно (33,3%), а число лиц с неврастеническим синдромом увеличилось до 29,1%. Среди штамповщиц со стажем свыше 10 лет число лиц с неврастеническим синдромом увеличилось до 59,2%, а число лиц с вегетодистонией — до 37,7%.

Нарастание функциональных расстройств нервной системы у штамповщиц по мере увеличения стажа работы дает основание считать, что шум, являясь одним из самых неблагоприятных производственных факторов в штамповочном цехе, способствует развитию неврозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милков Л. Е. Влияние интенсивного производственного шума на функциональное состояние нервной системы. Автореф. канд. дисс., М., 1963.— 2. Хаймович М. Е. Гиг. и сан., 1960, 9.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—053.32

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Р. М. Мамиш, Р. И. Еникеева, М. С. Юзеева, Т. Л. Попова
и Н. В. Двожецкая*

*Кафедра педиатрии № 1 (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Организация специальных стационаров для недоношенных детей способствует сохранению их жизни. В Казани первое такое отделение было открыто при детской клинике ГИДУВа в 1947 г. (на 20 коек). Отделение занимает изолированное помещение из 3 палат. В первой палате 8 закрытых (застекленных) боксов, куда принимают вновь поступающих, в 2 других палатах по 6 открытых боксов, в которые в дальнейшем переводят детей. В отделении есть приемная комната, где матери кормят детей грудью, прогулочная, открытая веранда, выходящая в сад, и ряд необходимых подсобных помещений. Температура помещения поддерживается в пределах 24—26°. Боксированная палата оборудована электрифицированными кроватями, что позволяет поддерживать в них должную температуру (до 28°). Отделение располагает также двумя инкубаторами типа «Инка». Детское белье подогревают в специально оборудованном шкафе. Кислород подается в увлажненном виде, в первой палате кислород подведен к каждой кроватке. Боксы снабжены вытяжной вентиляцией. Широко вентилируется отделение и обычным путем. Ежедневно производится кварцевание.

Большое внимание уделяется вскармливанию недоношенных детей, обеспечению отделения женским молоком, с которым в прошлые годы были большие затруднения. В 1-е пятилетие дополнительно белок в виде творога вводили лишь с 2 месяцев, в дальнейшем — с месячного возраста, а в последние годы, в зависимости от состояния ребенка, с 2—3 недель. С 2 недель все дети получают витамины С и В, с 1—1,5 месяцев — отвар шиповника, с 3—3,5 месяцев — яблочное пюре. С 4—5 месяцев детей начинают прикармливать. Объем и калорийность пищи устанавливаются индивидуально (средний калораж составляет 130—150 кал/кг). Ритм кормления в основном 7 раз в сутки, лишь при глубокой недоношенности некоторые дети первые недели полу-

чают 8—10 кормлений. Процесс кормления недоношенных представляет значительные трудности, требует от персонала много времени и навыка.

Отделение предназначалось для выхаживания недоношенных детей с малым весом (не более 2000 г), без острых заболеваний. Однако с первых же дней стали поступать тяжело больные дети. Так, за первые десять лет больные составляли 90,4%, во втором десятилетии — 78%.

Всего за 20 лет через отделение прошло 2097 детей.

В первое десятилетие 68% детей поступало из родильных домов, 29% с участка консультации и 3% из районов ТАССР. В эти годы грубо нарушались правила транспортировки детей. Из роддомов 32% детей переводили в возрасте 4—5 дней, причем 65% — охлажденными. За последние десять лет дети в основном поступали непосредственно из роддомов (83%), в возрасте 14—15 дней, с участка принято лишь 10,5%, из районов ТАССР — 6,5%.

Систематические наблюдения за физическим развитием детей в отделении путем ежедневного взвешивания и антропометрии показали, что в первые 10 лет работы недоношенные удваивали вес в сроки от 2 до 5 месяцев (большинство детей — от 2,5 до 4 месяцев), утраивали — от 3 до 6 месяцев, учетверяли — в 5—7 месяцев. За последнее десятилетие удвоение веса чаще отмечалось от 1,5 до 3,5 месяцев (большинство удваивало вес к 2—3 месяцам), утроение — от 3 до 5 месяцев и учетверение — от 4 до 6 месяцев.

За 1-й месяц жизни рост детей увеличивался на 1,5—2,8 см, за 2-й — от 3 до 3,6 см, за 3-й — от 3,1 до 4,0 см, за 4-й — от 3,3 до 4,2 см, за 5 и 6-й месяцы — в среднем от 3,5 до 4,0 см.

В первом полугодии по психомоторному развитию недоношенные отстают от детей, рожденных в срок. Недоношенные начинают держать головку к 2—3 месяцам, переворачиваться с живота на спинку к 4—6, хватательные движения оформляются у них к 6 месяцам, положительные эмоции («гуленье») появляются к 3—4 месяцам.

Профилактику рахита с 1953 г. проводили с 1—1,5-месячного возраста витамином D₂ по 4000 МЕ ежедневно и кварцевым облучением. Развитие рахита, преимущественно I ст., было отмечено у 80—70% детей. С 1960 г. профилактику начинали с трехнедельного, а с 1964 г. — с двухнедельного возраста витамином D₂ в комплексе с другими витаминами (С₁, В₁, В₂). Более ранняя профилактика рахита в сочетании с дачей цитратов, введением достаточного количества белка при естественном вскармливании и комплекса витаминов, с ЛФК, аэротерапией и другими оздоровительными мероприятиями привела к снижению рахита в среднем до 53%, а к 1966 г. — до 35,6%. Части детей давали видеин D₃ с 14—16 дней жизни по 50 000 ед. в сутки в течение 20 дней или по 25 000 ед. в течение 40 дней. Рахит при этом развился лишь у 30% детей.

В первые десять лет работы отделения у 72% недоношенных детей наблюдалось развитие анемии в возрасте 1,5—2 месяцев.

В последующие годы благодаря расширению методов комплексной профилактики и терапии, применению витаминов В₁₂, В₆, фолиевой кислоты, препаратов железа и меди, введению на ранних сроках свежих соков, яблочного пюре и др. заболеваемость анемией снизилась до 50%, заметно уменьшилось количество тяжелых форм ее.

Большинство недоношенных детей поступало в отделение тяжело больными: с воспалением легких, кишечными инфекциями, сепсисом, отитом и острыми респираторными инфекциями.

Общая заболеваемость пневмонией и клинические формы ее представлены в табл. 1.

Таблица 1

Пятилетия	Всего больных	Процент заболеваемости	Формы пневмонии			Умерло
			локализованная	токсическая или токсико-септическая	интерстициальная	
1947—1951	477	66,6	119	355	2	351
1952—1956	145	33,4	87	57	1	33
1957—1961	103	22,1	55	43	5	29
1962—1966	87	18,3	46	38	3	20

Таким образом, процент заболеваемости пневмонией снизился в 3,6 раза, вместе с тем токсические формы болезни еще достаточно часты. Микрофлора верхних дыхательных путей детей, больных пневмонией, представлена главным образом стафилококками, большая часть которых обладает свойствами патогенности, стрептококками с преобладанием гемолитических видов и грамположительными палочками. В отдельные годы последнего десятилетия наблюдались вспышки вирусных пневмоний.

Острые расстройства пищеварения по частоте занимали 2-е место. Заболевания протекали тяжело, с клинической картиной токсической диспепсии или дизентерии. Комплексная терапия с целенаправленным воздействием антибиотиков при лечении кишечных инфекций улучшила течение и исход заболеваний недоношенных детей в первые месяцы жизни.

С гнойно-септическими заболеваниями было 345 детей (16,7%). Гнойничковые поражения кожи без перехода в сепсис были у 236, сепсис и септикопиемия — у 109 детей. Бактериологические исследования указывают на частоту стафилококковой этиологии септических заболеваний. Летальность от сепсиса за второе десятилетие снизилась более чем в 4 раза.

У значительного числа недоношенных были родовые травмы. В течение первого десятилетия родовые травмы диагностировали в основном на секции, а в последующем — на основании клинических данных. За первое десятилетие с родовыми травмами было 84 ребенка, за второе — 70. Первое место занимают внутрочерепные кровоизлияния. В течение первого десятилетия были отмечены переломы костей и большое число кефалогематом, что в последние десять лет не встречалось. Летальность детей с родовыми травмами в первом десятилетии составила 42,5%, во втором — 8,4%, причем за последние пять лет она снизилась до 4,8%.

Общая летальность в отделении за первое пятилетие была высокая, при этом отмечалась большой процент досуточной летальности, даже среди тех детей, которые поступили непосредственно из родильных домов. Причинами летальных исходов в этот период, как указано выше, являлись воспаление легких, токсокозы кишечника происхождения, родовые травмы, сепсис и септикопиемия, реже другие заболевания. За второе пятилетие летальность снизилась более чем в четыре раза, за третье — в 6,5 раза, а за последние пять лет в среднем в 10 раз, в отдельные годы (1964—1966 гг.) в 20 раз по сравнению с первым пятилетием.

Основной причиной летальности в настоящее время по-прежнему остается воспаление легких стафилококковой и вирусной этиологии, пневмонии у детей с родовыми травмами и врожденными аномалиями развития. Отдельные дети погибали от врожденного токсоплазмоза с обширным поражением мозгового вещества, актиномикоза легких и др.

В заключение остановимся на результатах, полученных нами при изучении казначеца 346 недоношенных детей, проживающих в одном из районов города. В возрасте до 3 лет было 209 детей, от 3 до 7 лет — 69, от 7 до 10 лет — 51 и от 10 до 15 лет — 17.

140 детей развиваются вполне нормально, не отличаясь от детей того же возраста, рожденных в срок. У 185 детей в период раннего детства отмечались частые повторные поражения органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, катаральные и гнойные отиты, острые инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, болезнь Боткина и др.). Рахит был у 77% детей, анемия — у 54%, хронические расстройства питания — у 61%.

По весовым показателям недоношенные дети догоняли своих сверстников к 2—2,5 годам, в росте отставали на 5—10 см, самостоятельно начинали ходить к 1,5 годам — 1 г. 8 мес., у них запаздывало развитие речи. У 121 ребенка были различные врожденные дефекты: косоглазие, косоплоскость, плоскостопие, пахово-мошоночные грыжи, «заячья губа» и др.

Часть детей поступила в первый класс в возрасте 8 лет, и часть отстает на один класс от рожденных в срок.

Серьезные органические поражения центральной нервной системы и резкое отставание в физическом развитии выявлены у 21 ребенка (у 12 детей в возрасте до 3 лет, у 6 — до 7 лет и у 3 — старше). В анамнезе этих детей есть указания на родовую травму (у 11), перенесенный в раннем возрасте менинго-энцефалит (у 2), болезнь Литтля с явлениями микроцефалии и спастических параличей, врожденную гидроцефалию.

Организация отделения для недоношенных детей способствует сохранению их жизни, резкому снижению заболеваемости рахитом и анемией.

УДК 618.39

СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАНИ

*З. Н. Якубова, С. Г. Сафина, В. Г. Дунаева, Т. В. Родзевилко
и М. В. Золотарева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова,
2-я городская больница (главврач — В. П. Панкращенко), 2-й роддом (главврач —
П. И. Панченко)*

С отменой запрещения абортов удельный вес внебольничных абортов снизился, но полной ликвидации их не произошло. В 1966 г. смертность от внебольничных абор-