

# СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.988.5—036.11—053.31

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

*Д. Ю. Каримова, А. Х. Яруллин*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов), кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** С применением многофакторного дисперсионного анализа изучена достоверность влияния ряда биологических и социально-гигиенических факторов на возникновение острых респираторных заболеваний у новорожденных. Превалирующими оказались неудовлетворительные жилищные условия, хронические экстрагенитальные и острые респираторные заболевания у матери. Полученные данные позволяют выделить группы детей, наиболее подверженных ОРЗ, что необходимо учитывать при диспансерном наблюдении за ними.

**Ключевые слова:** новорожденные, респираторные инфекции.

**Библиография:** 8 названий.

При курировании новорожденных, больных острыми респираторными заболеваниями, мы обратили внимание на то, что многие из них родились от матерей с какой-либо патологией беременности или родов. Оставляя ведущую роль в возникновении острых респираторных заболеваний (ОРЗ) за эпидемиологическим окружением, мы заинтересовались преморбидным анамнезом этого контингента больных. Какие именно новорожденные особенно подвержены острым респираторным инфекциям? Какова при этом роль биологических и социально-гигиенических факторов в формировании преморбидного фона?

В литературе имеются данные в основном по изучению влияния этих факторов на общую заболеваемость [7], на смертность новорожденных, но без анализа по отдельным нозологическим единицам [1, 4, 8].

Нами с применением многофакторного дисперсионного анализа изучена достоверность влияния ряда биологических и социально-гигиенических факторов на возникновение ОРЗ у 315 новорожденных. Собраны также сведения о 100 детях, не болевших ОРЗ до 6—10-месячного возраста. Таким образом, результативным признаком было наличие заболевания в периоде новорожденности.

Дисперсионный анализ позволяет изучить действие на конечный результат исследования нескольких факторов совместно, роль каждого из них и сравнить взаимодействия отдельных факторов [5, 6].

По нашим данным, доля влияния токсикозов у матери на заболеваемость новорожденных острыми респираторными инфекциями составляет  $\eta^2 = 1,7\%$ ,  $P < 0,001$ , а сочетание токсикозов с такими факторами, как недоношенность плода, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, оказывается еще более существенным (соответственно  $\eta^2 = 5,7\%$ ,  $P < 0,001$  и  $\eta^2 = 5,0$ ,  $P < 0,001$ ).

Хронические экстрагенитальные заболевания матери (ревматизм, гипертоническая болезнь) также оказывают влияние на заболеваемость новорожденных ОРЗ ( $\eta^2 = 7,4\%$ ,  $P < 0,001$ ).

Хронические заболевания матери при первых родах, сочетание тех же заболеваний с неблагоприятным психологическим климатом семьи, с наличием абортот, предшествовавших данной беременности, обуславливали заболеваемость острыми респираторными инфекциями (соответственно  $\eta^2 = 6,4\%$ ,  $P < 0,001$ ;  $\eta^2 = 1,1\%$ ,  $P < 0,01$ ;  $\eta^2 = 1,3\%$ ,  $P < 0,01$ ). Чем больше в анамнезе матери абортот, предшествовавших беременности данным плодом, тем больше осложнений отмечается в течении беременности и родов. Влияние их на возникновение у новорожденных ОРЗ определяется величиной  $\eta^2 = 1,9\%$ ,  $P < 0,001$ .

Выявлена четкая зависимость между перенесенными матерью во время беременности острыми респираторными инфекциями и такими же заболеваниями новорожденных ( $\eta^2 = 12,8\%$ ,  $P < 0,001$ ). В сочетании с фактором «первые роды» (он был принят во внимание как наиболее травматичный для новорожденного), уровнем образования матери не более среднего, наличием аборт в анамнезе, острые респираторные заболевания матери также существенно влияли на заболеваемость новорожденных ОРЗ, соответственно:  $\eta^2 = 8,2\%$ ,  $P < 0,001$ ;  $\eta^2 = 8,3\%$ ,  $P < 0,001$ ;  $\eta^2 = 1,3\%$ ,  $P < 0,01$ .

Такие факторы, как асфиксия в родах, недоношенность плода, первый порядковый номер родов каждый в отдельности без каких-либо сопутствующих осложнений, оказывали в последующем на возникновение ОРЗ влияние, доля которого соответственно составила:  $\eta^2 = 6,4\%$ ,  $P < 0,001$ ;  $\eta^2 = 1,0\%$ ,  $P < 0,001$ ;  $\eta^2 = 3,7\%$ ,  $P < 0,001$ .

На формирование постнатального неспецифического иммунитета и, следовательно, на заболеваемость действуют также факторы внешней среды.

Влияние неудовлетворительных жилищных условий (скученность, отсутствие коммунальных удобств) оказалось доминирующим среди всех прочих факторов, predisполагающих новорожденных к острым респираторным инфекциям ( $\eta^2 = 14,4\%$ ,  $P < 0,001$ ). Это совпадает с данными Г. С. Игнатъевой, Е. Г. Швецова (1976), которые выявили влияние численности семьи и размеров жилой площади на показатели заболеваемости ОРЗ в межэпидемический период. Существенное влияние оказывал также неблагоприятный психологический климат семьи ( $\eta^2 = 4,2\%$ ,  $P < 0,001$ ).

При оценке психологической характеристики семьи мы ориентировались на общепринятые при медико-социальном обследовании семьи критерии и считали неблагоприятным климат той семьи, где нет дружной прочной связи между ее членами, у родителей нет должного внимания к детям, следовательно, страдает уход за ними, а также где члены семьи злоупотребляют алкоголем [3].

Возникновение у новорожденных острых респираторных заболеваний имеет связь также с уровнем образования матери, если образование матери ниже среднего, то  $\eta^2 = 3,8\%$ ,  $P < 0,001$ .

Таким образом, в результате исследования конкретно выявлена достоверность и значимость воздействия отдельных факторов и их сочетаний на заболеваемость новорожденных острыми респираторными инфекциями.

Эти данные позволяют выделить группы детей с неблагоприятным преморбидным фоном, наиболее подверженных острым респираторным заболеваниям, требующих особого внимания к себе (проведение лечебно-оздоровительных мероприятий индивидуального плана, своевременное направление в стационар, проведение интенсивной терапии с включением в комплекс лечения средств, повышающих реактивность организма).

Результаты исследования обосновывают необходимость дифференцированного обслуживания беременных и рожениц (диспансерное наблюдение, оздоровление, ведение родов и послеродового периода) не только на основе выявления определенных форм патологии, но и с учетом неблагоприятного влияния их на плод и в последующем на здоровье новорожденного.

Полученные сведения вновь подчеркивают ведущую роль женской консультации в антенатальной охране плода. В ее повседневной работе должны быть обеспечены: 1) максимальный охват наблюдением женщин с ранних сроков беременности и дифференцированная организация его с учетом факторов риска в каждом случае; 2) своевременное выявление хронических экстрагенитальных заболеваний, токсикозов беременных (если нужно — повторная и длительная госпитализация их); 3) своевременное лечение острых инфекционных заболеваний матери; 4) включение в тематику школ молодых матерей и отцов лекций о значении здоровья психологического климата, правильных взаимоотношений в семье и широкое проведение самых различных форм санитарного просвещения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Жучкова Н. И., Резников С. Г., Лопушанский В. Г. *Здравоохранение РСФСР*, 1975, 3. — 2. Игнатъева Г. С., Швецова Е. Г. В сб.: *Проблемы гриппа и острых респираторных заболеваний*. Л., 1976, т. 18. — 3. Лиси-

ци и Ю. П. Руководство к практическим занятиям по соц. гиг. и орг. здравоохранения «Медицина», М., 1975.— 4. Мерков А. М. В кн.: Организация здравоохранения в СССР. «Медицина», М., 1962.— 5. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. «Медицина», Л., 1974.— 6. Плохинский Н. А., Биометрия. Изд. Москов. ун-та, 1970.— 7. Полунина Н. В. Сов. здравоохран., 1976, 4.— 8. Lewis R., Charles M., Patwary K. M. Amer. J. publ. Hlth., 1973, 63, 11.

Поступила 27 февраля 1978 г.

УДК 616.2

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ КОЛХОЗНИКОВ

*О. Н. Сигитова*

*Кузайкинская участковая больница (главврач — В. М. Сигитов) Альметьевского района ТАССР, кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. В. Ф. Богоявленский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** У колхозников 5 колхозов Альметьевского района ТАССР, в труде которых содержались неблагоприятные для органов дыхания факторы (метеорологический, пылевой, газовый), заболеваемость органов дыхания по данным временной утраты трудоспособности за 1973—1976 гг. заняла первое место в случаях и второе место в днях на 100 работающих. Самая высокая заболеваемость органов дыхания отмечена у животноводов и механизаторов, причем механизаторы чаще страдают простудными заболеваниями верхних дыхательных путей и бронхитами, а животноводы — пневмонией. Для снижения заболеваемости органов дыхания необходимо устранение неблагоприятных для органов дыхания факторов и сплошная диспансеризация механизаторов и животноводов.

**Ключевые слова:** колхозники, болезни органов дыхания.

**Таблицы.** Библиография: 9 названий.

По данным текущей обращаемости заболеваемость органов дыхания стоит на первом месте как у городского, так и у сельского населения [8]. Такие заболевания, как грипп и катар верхних дыхательных путей, у колхозников и рабочих совхозов занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности [1—3, 6]. Л. В. Невский (1965) считает, что большинство заболеваний органов дыхания (грипп и катар верхних дыхательных путей, ангина, пневмония, бронхит) имеет тесную связь с неблагоприятными условиями труда.

Мы предприняли попытку выявить неблагоприятные условия труда и социальные условия жизни, оказывающие влияние на заболеваемость органов дыхания у колхозников; определить место заболеваемости органов дыхания в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности, структуру и динамику заболеваемости органов дыхания за 1973—1976 гг., уровень заболеваемости органов дыхания в отдельных профессиональных группах. Под наблюдением находились колхозники 14 населенных пунктов Альметьевского района ТАССР, относящихся по территории обслуживания к Кузайкинской участковой больнице. Их численность составила в 1973 г. 2634 круглогодичных колхозника<sup>1</sup>, в 1974—2670, в 1975—2416, в 1976 г.—2342. Были рассчитаны средние интенсивные показатели по классам болезней, нозологическим формам и профессиональным группам, средние экстенсивные показатели по классам болезней.

Обследуемые колхозники работали в пяти колхозах и, в соответствии с характером выполняемых сельскохозяйственных работ, подразделены на следующие основные профессиональные группы: механизаторы, работающие в ремонтных мастерских, животноводы, полеводы, колхозники разных специальностей и служащие. В труде некоторых профессиональных групп имеются факторы, неблагоприятно воздействующие на органы дыхания. Так, конструкции тракторов «Беларусь», ДТ-54, ДТ-74, Т-75, Т-75—100 все еще недостаточно совершенны, чтобы предохранять органы

<sup>1</sup> Нами применяется терминология, используемая в работе В. В. Купцова «К методике расчета показателей временной нетрудоспособности колхозников». Сов. здравоохран., 1975, 9.