

В процентах к измеряемой величине (в среднем 100 мм рт. ст.) это составит

$$\frac{\Delta p}{p} \cdot \% = \frac{0,05}{100} \cdot 100 \% = 0,05 \%$$

В правильности этого можно убедиться и на практике. Взаимное перемещение по вертикали тонометра и манжетки с определенным фиксированным давлением не изменяет его величины.

Тысячи врачей десятки раз в день определяют АД, нередко в сложной небольшой обстановке, приспособлявая аппарат на уровне плеча больного. Согласно этой рекомендации при осмотре постельного больного аппарат должен располагаться на кровати, что не всегда удобно. Приведенные расчеты показывают, что местоположение аппарата не оказывает существенного влияния на показатели АД.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 612.661

### ПСИХИЧЕСКОЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ И ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИЦ г. КАЗАНИ

*Х. Х. Мещеров, Л. Г. Сотникова, Л. Н. Тазетдинова и В. Е. Назорова*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Х. Х. Мещеров)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова*

Чтобы выяснить, как влияет физическое и интеллектуальное развитие девочек, а также социально-бытовые условия на становление функции яичников, мы обследовали учениц 5—9 классов в возрасте 11—16 лет 3 обычных школ Казани (153 девочки) и школы-интерната для умственно отсталых детей (90 девочек).

Опросом родителей и девочек, а также непосредственным наблюдением и обследованием были выявлены семейно-бытовые условия, развитие в детском возрасте, заболевания, перенесенные как матерью во время беременности, так и девочкой, наследственный анамнез. Одновременно проводились антропометрические, а у девочек с функциональными нарушениями или запоздалым наступлением первой менструации — специальные гинекологические исследования, изучалась цитологическая картина влагалищного мазка и определялся половой хроматин в эпителиальных клетках полости рта.

В группе практически здоровых девочек не было установлено каких-либо неблагоприятных моментов. Показатели физического развития девочек этой группы соответствовали возрастным нормам: рост был в пределах 125—160 см, вес 30—35 кг. В интеллектуальном отношении девочки были вполне нормальны. Успеваемость в основном была хорошей. Менструация появлялась в возрасте 12—14 лет, на 1,5—2 года раньше, чем указывалось в литературе. Менструация устанавливалась сразу, нарушений менструального цикла не отмечалось. По данным В. С. Груздева, в ТАССР средний срок наступления менархе составлял 15,3 года, в более поздних работах для средних широт указывается возраст 13,5 лет (Van Lang, de Haas), 14 лет (Е. И. Пономарева).

У девочек с ранним наступлением менархе (11—12 лет) рост был на 5—10 см выше и вес на 2—3 кг больше, чем у сверстниц с отсутствием менструации. В интеллектуальном отношении школьницы были развиты выше среднего. Более позднему наступлению менструации соответствовали и более низкие показатели физического развития.

У большинства умственно отсталых детей была врожденная олигофрения, у 3 девочек — болезнь Дауна. 3 девочки вначале развивались совершенно нормально, но после перенесенного менингита (2) и травмы черепа (1) стали резко отставать в интеллектуальном развитии без каких-либо заметных отклонений в физическом. Родители 2 девочек были алкоголиками. У большинства девочек материально-бытовые условия в семье были на низком уровне, питание было однообразным, с низким содержанием витаминов.

По физическому развитию девочки заметно отставали от своих сверстниц, что особенно было выражено у страдавших болезнью Дауна. Характерные для них черты — низкий рост, маленькая головка и маскообразное лицо. Слабоумие было значительным.

Время наступления первой менструации у этих девочек варьировало в пределах 14—16 лет, обычно менструальный цикл устанавливался не сразу. У 6 из них отмечались различные аномалии менструального цикла: у 3 гипо-, опсо-меноррея, у 2 — гиперполименоррея и у одной отсутствие цикличности. 17 девочек в возрасте 16 лет еще не начали менструировать.

Объективное исследование выявило различные формы инфантилизма гениталий. При изучении влагалищного мазка у всех отмечался II тип реакции, за исключением одной, у которой был I тип.

У всех девочек было проведено обследование на половой хроматин. Аномалий половых хромосом мы не обнаружили. У одной практически здоровой девочки и у 2 с олигофренией отсутствовали тельца Бара, а у 1 умственно недоразвитой было найдено 2 половых хроматина. По-видимому, в этом случае речь идет о трисомии-X, так как объективно аномалий полового развития у этой девочки не было установлено.

УДК 616/618—616—036.88—616.24—002

## СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ ПНЕВМОНИИ В 1960—1964 гг. В ЛЕНИНОГОРСКЕ

*Х. М. Хузина, Ю. К. Разумовский и Ф. Г. Ахмерова*

*Ленинградское детское объединение (главрач — Ф. Г. Ахмерова)*

Пневмонии, составляющие около 30% всех заболеваний в детском возрасте, а у детей первого года жизни — 40% (Ю. Ф. Домбровская, 1963), до сих пор остаются одной из наиболее частых причин детской смертности.

В целях дальнейшего снижения заболеваемости детей воспалением легких в Ленинградском детском объединении был разработан ряд лечебно-профилактических мероприятий. С 1960 г. введен дорожный патронаж. На участок каждого новорожденного принимает заведующая детской поликлиникой. Из родильного объединения поступает соответствующая документация. Патронажное наблюдение на дому устанавливается, как правило, с первых трех дней. В 1962 г. было организовано специальное снабжение детей продуктами питания (вначале — через детскую больницу, а с 1963 г. — через вновь открытую молочную кухню). С 1963 г. для лечения детей до года на дому медикаменты отпускаются бесплатно. Количество коек в стационаре доведено с 75 до 100, что дало возможность расширить госпитализацию детей, больных воспалением легких, с 46 до 82%, увеличить продолжительность пребывания больного в стационаре с 15,6 до 16,8 койко-дней.

Улучшилась взаимосвязь между стационаром и поликлиникой. Все переболевшие пневмонией дети из стационара передаются на участок под диспансерное наблюдение. За эти годы увеличилось количество врачей с 17 до 21. Более половины врачей повысили свою квалификацию на курсах усовершенствования. Улучшилось лечение больных пневмонией. В последние годы шире стало применяться комплексное лечение по общепринятым установкам с учетом тяжести состояния ребенка, давности процесса и фоновых заболеваний. Широко применяются массаж и гимнастика при лечении как в стационаре, так и на дому.

Получен обнадеживающий эффект при лечении больных тяжелыми формами пневмоний гормональными препаратами. У 19 из 24 детей раннего возраста улучшение было связано с применением гормонотерапии.

Врачи детского объединения в последние годы стали больше обращать внимания на профилактику рахита. Детям с 1,5-месячного возраста назначается витамин D и комплекс поливитаминов. Организована школа матерей при роддоме, где проводится широкая разъяснительная работа по профилактике простудных заболеваний и закаливанию ребенка. Открыта комната здорового ребенка. Улучшилась санитарно-просветительная работа в стационаре, поликлинике и на участке.

В результате вышеприведенных организационных, профилактических и лечебных мероприятий значительно уменьшилась заболеваемость и смертность от острых пневмоний. Появилась возможность увеличить госпитализацию больных с острыми респираторными заболеваниями с 11,3% (1960) до 22,9 (1964).

Снизилась частота фоновых заболеваний. Среди заболевших пневмонией в возрасте до года около половины составляют недоношенные, искусственно вскармливаемые и получавшие ранний прикорм.

Несмотря на общее снижение заболеваемости пневмониями, имеется повышение ее среди детей, посещающих ясли (вследствие их перегрузки).

Процент тяжелых форм пневмонии, преимущественно у детей до 2 лет, остался на прежнем уровне. В основном эта форма наблюдается у детей ослабленных, которые ранее имели заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и т. д. Они поступали с фоновыми заболеваниями: рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом и т. д.

Сокращение поздней госпитализации (после 10-го дня болезни) с 18,1 до 8,6% не замедлило сказаться на исходах болезни. В 1960 г. в стационаре умерло от пневмонии 3,27, а в 1964 г. — 0,83% больных.

Анализ смертности от различных причин по Ленинградскому району в целом за 1960—1964 гг. показывает неуклонное снижение детской смертности вообще и от пневмонии в частности.

Наибольшая смертность от пневмонии наблюдается у детей до года. Начиная с 1960 г. ни один ребенок старше 5 лет от пневмонии не умер.