

Смертность детей первого года жизни по причинам за 1962—1965 гг. представлена в табл. 1 (данные 1962 г. приняты за 1,0).

Таблица 1

Причины смерти	Показатели по годам		
	1963	1964	1965
Пневмонии	0,94	0,53	0,52
Болезни новорожденных	0,46	0,39	0,00
Желудочно-кишечные заболевания	0,42	0,00	0,00
Прочие причины	0,00	1,33	0,80
Всего	0,62	0,45	0,28

Снижение детской смертности от пневмонии произошло за счет увеличения госпитализации больных пневмонией (с 78% в 1962 г. до 93% в 1965 г.), длительного стационарного лечения ослабленных детей, профилактики рахита и гипотрофии.

В 1962 г. среди причин детской смертности на долю болезней новорожденных пришлось 32,2%. Внимание медицинских работников было обращено на антенатальную профилактику плода. Фельдшера регулярно измеряют у беременных АД и проверяют мочу на белок. После взятия на учет беременных осматривает терапевт. При выявлении патологии их направляют на стационарное лечение.

Недоношенных детей выписывают из родильного дома в хорошем состоянии с весом не менее 2,5 кг. Недоношенных, слабо прибывающих в весе, из участковых больниц госпитализируют в детское отделение центральной больницы. Значительное влияние на снижение детской смертности от болезней новорожденных оказал увеличивающийся с каждым годом охват стационарным родовспоможением (с 57,1% в 1962 г. до 93,5% в 1965 г.).

В 1964—1965 гг. в районе не было случаев смерти детей первого года жизни от желудочно-кишечных заболеваний, значительно снижена заболеваемость.

Этому способствовала организация сезонных детских яслей в большинстве колхозов района и бесплатного питания ослабленных детей, борьба за рациональное вскармливание.

Анализ показывает, что в зимне-весенний период детская смертность возрастает (удельный вес умерших в декабре — феврале 1962—1965 гг. детей до года составил 27,1% детской смертности, в марте—мае — 42,4%), причем основной причиной является пневмония.

Усиление мероприятий по борьбе с пневмонией, наряду с повседневной профилактикой желудочно-кишечных заболеваний и болезней новорожденных, позволит добиться дальнейшего снижения детской смертности.

УДК 616.613 — 0037

УРОЛИТИАЗ И ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ В ЮГО-ВОСТОЧНЫХ РАЙОНАХ ТАССР

М. М. Газымов

Лениногорская Центральная районная больница (главврач — М. С. Шарафеев, научный консультант — проф. Р. А. Вяселев)

Для выяснения заболеваемости уролитиазом в г. Лениногорске мы изучили историю болезни лиц, лечившихся в хирургическом отделении Центральной районной больницы в 1956—1965 гг. Кроме того, мы изучили материалы больных уролитиазом, находившихся в 1965 г. в стационарах г. Альметьевска и г. Бугульмы, расположенных в той же климато-географической зоне, что и Лениногорск. Население этих городов занято в нефтедобывающей промышленности.

За 1956—1965 гг. в хирургическом отделении Лениногорской больницы лечились 115 мужчин и 86 женщин с уролитиазом. Соотношение больных уролитиазом к хирургическим больным за 1965 г. составило 1:51 (по Армянской ССР оно равно 1:35, по Самарканду — 1:69, Куйбышеву — 1:148 и по СССР — 1:250). В число больных

уролитиазом не входят лица, поступающие с клинически ясно выраженной почечной коликой и изменениями в моче в виде микрогематурии, большого количества оксалатов, уратов, фосфатов, но без рентгенологически установленных конкрементов в проекции мочевых путей. Следует, однако, заметить, что у многих из этих больных после перенесенных почечных колик через год и более выявляются камни.

В течение 1965 г. в стационары Альметьевска поступило с приступом почечной колики без камней 16 чел., в стационары Бугульмы — 56, Лениногорска — 18.

Таблица 1

Сведения о больных с мочекаменной болезнью по стационарам трех городов ТАССР за 1965 г.

Города	Госпитализировано больных						Заболее- мость на 10 тыс. населения
	всего	муж- чин	жен- щин	локализация камней			
				почки	мочеточ- ники	мочевой пузырь, уретра	
Альметьевск . . .	50	24	26	25	23	2	7
Бугульма . . .	38	19	19	23	13	2	6,3
Лениногорск . .	32	16	16	11	18	3	8

Как видно из данных таблицы, заболеваемость уrolитиазом в этих городах приблизительно одинакова.

Значительный процент страдающих уrolитиазом в Татарии, в частности в Лениногорске, говорит о эндемичности заболевания. Представляет интерес, на наш взгляд, следующее обстоятельство. В этих же районах ТАССР, согласно проведенным в 1959 г. исследованиям, обнаружена большая частота увеличения щитовидной железы: в Лениногорском — у 66,3% обследованных лиц, в Альметьевском — у 62,3%. Выраженные формы зоба встретились соответственно у 14,9 и 8,3%.

Возникает вопрос: не связано ли широкое распространение уrolитиаза с теми же факторами, которым обычно приписывается патогенетическое значение в развитии эндемического зоба? Как отмечает И. И. Капетивадзе (1963), прямая связь распространения эндемического зоба и уrolитиаза в Аджарии (Грузинская ССР) существует. Установлено наличие двух эндемий (зобной и мочекаменной) в Киргизии и Самаркандской области.

А. Я. Пытель, И. П. Погорелко (1964) из факторов, способствующих образованию камней почек, указывают на некоторые эндокринные заболевания: гиперпаратиреозидизм (аденома), гипертиреозидизм, гиперпитуитарные болезни. И. В. Шубладзе и др. не обнаружили сочетания уrolитиаза и истинного зоба. Мы также пока не имеем оснований утверждать, что причина мочекаменной болезни заключается в увеличении щитовидной железы, тем не менее мы считаем необходимым отметить, что среди наших 46 больных уrolитиазом 2 оперированы по поводу узлового зоба и у 27 установлено увеличение щитовидной железы (у 8 — III ст., у 19 — I—II ст.). Таким образом, из 46 больных уrolитиазом у 29 щитовидная железа была изменена. У большинства больных зобом, находившихся на лечении в Лениногорском противозобном диспансере, в моче определялись оксалаты, иногда ураты и фосфаты. Некоторые больные предъявляли жалобы на дизурические расстройства или скоропроходящие почечные колики, хотя на урограммах конкременты не были определены. После оперативного или консервативного лечения больных с заболеваниями щитовидной железы в осадке мочи у них оксалаты определяются в значительно меньшем количестве или полностью исчезают. Наши наблюдения совпадают с выводами И. И. Капетивадзе. Поэтому мы при лечении больных уrolитиазом одновременно назначаем лечение, направленное на нормализацию функции щитовидной железы.

Наши предварительные данные позволяют высказать мнение о наличии эндемического очага уrolитиаза в юго-восточной части Татарии наряду с существующим там же очагом эндемического зоба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брагин К. А. Урология, 1963, 5. — 2. Гильманова Г. М. Эндемический зоб и содержание йода в воде, почве, пищевых продуктах Альметьевского и Лениногорского районов Татарской АССР. Автореф. канд. дисс., Казань, 1963. — 3. Джумурзов С. Д. Сб. тр. Ташкентского мед. ин-та, 1964, в. 4. — 4. Капетивадзе И. И. Урология, 1963, 5. — 5. Карленко П. Н. В кн.: Мат. научн. конф. ученых г. Самарканда. Самарканд, 1961. — 6. Пытель А. Я., Погорелко И. П. Основы практической урологии. Медгиз УзССР, Ташкент, 1964. — 7. Пытель А. Я., Шубладзе И. В. Урология и нефрология, 1966, 5. — 8. Смеловский В. П. Мочекаменная болезнь. Куйбышев, 1965. — 9. Шубладзе И. В. Тез. докл. на II Всесоюз. конф. эндокринологов. М., 1962.