

СОЭ — 13 мм/ч. Общий белок крови — 70 г/л, альбумины — 58,8%, глобулины — 41,2%, альбумино-глобулиновый коэффициент — 1,4; серомукоид — 0,28 ед., АСТ — 1,5 ммоль/(л·ч).

Общий анализ мочи при поступлении, в динамике патологии не выявил. Волчаночных клеток не обнаружено. Глюкоза крови — 5,83 ммоль/л.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: в легких очаговых и инфильтративных изменений нет, корни расширены, купол диафрагмы мало подвижен, синусы свободные. Сердце — небольшая гипертрофия левого желудочка, пульсация учащена.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, частота — 115 в 1 мин, электрическая ось не отклонена, диффузные изменения в миокарде.

Клинически описанное состояние вначале расценено как «аллергическая реакция». С первых дней пребывания в стационаре больной назначены преднизолон в дозе 30 мг, хлорид кальция, димедрол, гипосульфит натрия. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии доза преднизолона с 4 марта увеличена до 40 мг в сутки. Однако явления параорбитального отека и сыпь на коже сохранялись, мышечная слабость продолжала нарастать, что привело к обездвижению.

Наличие признаков поражения кожи, скелетной мускулатуры, явлений миокардиопатии позволило заподозрить острый дерматомиозит, что было подтверждено дерматологом. Кардиоревматологом диагностирована системная красная волчанка. 7 марта больной был назначен преднизолон в дозе 120 мг на фоне симптоматической терапии.

Состояние больной продолжало ухудшаться. Нарастали признаки поражения скелетной мускулатуры преимущественно верхнего плечевого пояса и системы дыхания. Прогрессировала дыхательная недостаточность, появились признаки поражения центральной нервной системы. 21/III 1981 г. больная умерла от прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Клинический диагноз: острый дерматомиозит с преимущественным поражением кожи, слизистых оболочек и скелетной мускулатуры, осложнившийся развитием быстро прогрессирующей дыхательной недостаточности.

На вскрытии: больная повышенного питания, кожа сухая, поперечно-полосатая мускулатура дряблая, тусклая с желтоватыми, мелкими участками. В полости перикарда обнаружено до 50 мл прозрачной жидкости, под эпикардом левого предсердия видны точечные кровоизлияния. Сердце массой 310 г, миокард дряблый, коричневого цвета, неоднородного кровенаполнения. Эндокард, клапаны, коронарные сосуды видимых макроскопических изменений не имеют. Слизистая гортани, трахеи, бронхов несколько тускловатая. Под плеврой определяются мелкоочечные кровоизлияния. Слизистая полости рта тусклая. Желудок обычной формы, слизистая слабоскладчатая. Тонкий и толстый кишечник без видимых патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Надпочечники плоские, желто-коричневого цвета с различимыми слоями. Почки массой 330 г, капсула снимается без повреждения вещества, поверхность гладкая, граница между корковым и мозговым веществом хорошо выражена.

Гистологически: в поперечно-полосатых мышцах — набухание волокон, исчезновение поперечной исчерченности, лимфоклеточная инфильтрация; сердце — очаги исчезновения поперечной исчерченности и ядер; почки, пень — паренхиматозная дистрофия; легкие — полнокровие, отек.

Патологоанатомический диагноз: острый дерматомиозит с преимущественным поражением кожи, слизистых оболочек, поперечно-полосатой мускулатуры скелета, диафрагмы. Неравномерное кровенаполнение паренхиматозных органов. Отек легких и головного мозга.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

УДК 616—053.3:614.8

### СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В ГОРОДАХ ТАТАРСКОЙ АССР

*С. Г. Тинчурина, П. С. Андреев, Ш. А. Байбеков, Р. Ф. Юсупов,  
Н. Н. Сокол, Д. Н. Шамсутдинов, В. С. Коллаков*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор—  
заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Детский травматизм, по данным различных авторов [1—3], составляет от 12 до 30% всех видов непронизованного травматизма. В структуре детской смертности

от несчастных случаев до 70% занимают травмы, полученные в быту, до 17,7% — при дорожно-транспортных происшествиях [4].

С целью выявления причин основных видов детского травматизма и разработки путей профилактики нами проведен анализ детского травматизма в различных по структуре и плотности населения городах ТАССР (Казань, Зеленодольск) за 3 года. Для работы использовали статистические данные о 50540 детях с различными повреждениями опорно-двигательного аппарата; 3000 специальных карт по изучению причин травм, содержащих 19 признаков; акты вскрытия 44 трупов детей, умерших за последние 3 года; отчетные материалы. Структура амбулаторной детской травматологической службы в г. Казани представлена в табл. 1.

Таблица 1  
Амбулаторная детская травматологическая служба г. Казани (1982 г.)

Районы города	Число детей	Количество травматологических кабинетов	Штаты врачей, ед.	
Ленинский Московский Кировский	94 641	1 — при детской поликлинике	13-й поли- 3,5	
Советский Вахитовский Бауманский Приволжский		1 — при взрослом травмункте		2,0

Для оказания стационарной помощи детям имеется 75 коек: 35 — в КНИИТО, 20 — в 15-й городской больнице, 20 — в 12-й городской больнице. При анализе детского травматизма в г. Казани отмечается его рост с 83,8 в 1980 г. до 89 на 1 тыс. в 1982 г. В структуре детского травматизма основное место занимают травмы, полученные в быту и при дорожно-транспортных происшествиях (табл. 2). В г. Казани бытовой травматизм за 3 последних года имеет тенденцию к увеличению с 50,5 в 1980 г. до 51,7 на 1 тыс. в 1982 г. и составляет примерно 56% всех видов травм. Уличный травматизм (22%) снизил-

ся с 21,7 в 1980 г. до 18,5 на 1 тыс. в 1982 г.

Распределение детских травм по характеру повреждений представлено в табл. 3.

Среди переломов наибольшее количество (69,2%) составляют переломы костей верхней конечности, причем в 74% случаев они получены в быту или на улице. В г. Зеленодольске за этот же период времени наблюдается снижение детского травматизма с 82,1 до 67 на 1 тыс. в 1982 г.: бытовой (76,4%) — 52,5 и уличный (16%) — 11 на 1 тыс. детского населения.

Таблица 2

Структура детского травматизма по видам за 3 года (в %)

Вид травматизма	1980 г.	1981 г.	1982 г.
Бытовой . . . . .	55,5	55,8	56,8
Уличный . . . . .	23,6	22,2	20,4
Транспортный . . . . .	0,8	0,5	0,7
Спортивный . . . . .	10,6	8,7	9,5
Спортивный организованный . . . . .	4,6	4,7	5,8
Спортивный неорганизованный . . . . .	4,3	6,1	4,9
Прочие . . . . .	0,6	2,0	1,9
Всего . . . . .	100	100	100

Таблица 3

Распределение детских травм по характеру повреждений (в %)

Характер повреждений	1980 г.	1981 г.	1982 г.
Ушибы и растяжения . . . . .	43,7	47,3	44,9
Раны . . . . .	24,8	26,6	24,5
Переломы . . . . .	19,9	20,2	24,4
Вывихи и подвывихи . . . . .	4,2	2,1	2,2
Сотрясения головного мозга . . . . .	0,7	0,4	0,4
Ожоги . . . . .	2,3	1,6	1,4
Прочие . . . . .	4,4	5,4	2,2
Всего . . . . .	100	100	100

По характеру повреждений наибольший удельный вес имели раны (47%) и переломы (24,5%), из них по локализации около 59% составляли травмы верхних конечностей.

Для детского травматизма характерно неодинаковое распределение по сезонам, дням недели и часам суток. Наибольшее число травм регистрировалось весной (29,8%) и летом (27,1%), что объясняется возрастанием активности детей. В осеннее и зимнее время травм происходило меньше, поскольку в эти периоды года дети сравнительно редко бывают на улице (соответственно 22,0% и 22,2%).

По дням недели количество травм нарастает к середине недели, что связано с занятостью родителей на производстве, и несколько снижается в субботу и воскресенье. В течение суток дети травмируются чаще между 11 и 14 ч и между 17 и 20 ч, причем мальчики среди пострадавших составляют 63%.

Исходя из зависимости детского травматизма от социально-гигиенических условий среды [5] нами была дана социально-гигиеническая характеристика районам

г. Казани и Зеленодольска с выделением 3 групп районов. К 1-й группе отнесены центральные районы города с преимущественно старым типом застройки: узкие улицы с интенсивным движением транспорта, с одним лишь подземным переходом и недостаточностью ограждений тротуаров, неблагоустроенные дворы и одновременно наличие большого количества культурно-бытовых учреждений для детей. В этих районах проживает в основном население среднего и пожилого возраста с относительно малой численностью детского населения.

Во 2-ю группу вошли новые районы города, в которых ведется интенсивная застройка по современным принципам градостроительства: микрорайоны с благоустроенными игровыми площадками, широкие улицы дорожных магистралей с интенсивным движением транспорта, сравнительно небольшое количество детских культурно-бытовых учреждений. В этих районах проживает в основном население молодого возраста с относительно многочисленным детским населением. Необходимо отметить, что оборудование игровых площадок микрорайонов в большей части случаев зависит от строительных организаций, и сооружаемые игровые снаряды, как правило, не отвечают санитарно-гигиеническим нормам травмобезопасности для детей, отсутствует надзор за их сохранностью со стороны жилищных управлений.

3-я группа районов включает застройки нового и старого типа, где ведется строительство в малом объеме с преобладанием застроек, характерных для градостроительства 1950—1960 гг.: благоустроенные дворы, наличие достаточного количества детских культурно-бытовых учреждений, высокая плотность застройки, наличие дорожных магистралей с интенсивным движением транспорта.

Для Зеленодольска характерно сочетание застройки индивидуального характера с современными микрорайонами, возводимыми по периферии, с наличием кольцевой автомобильной трассы Казань—Горький, с достаточным количеством культурно-бытовых учреждений, относительно низкой плотностью населения. По социально-гигиенической характеристике его можно отнести к 3-й группе районов г. Казани.

У детей, проживающих в районах 2 и 3-й групп, наиболее частой причиной травм в быту и на улице является падение, которое в 80% случаев (у детей до 7 лет) происходит по недосмотру родителей, в 91% (у детей до 3 лет) — в квартире, а у детей 4—7 лет — на лестничной клетке и на улице. Наибольшее количество бытовых травм (54,8%) наблюдалось у детей в возрасте 7—14 лет, причем в 48% травмы возникали на детских площадках по неосторожности детей, в 15,3% — во время игр на неисправных игровых сооружениях (качелях, турниках, горках). Так, в летний период времени 24% тяжелых травм (обширные ушибы, черепно-мозговые травмы, переломы) были получены на качелях.

Следует отметить высокий показатель годового травматизма в г. Зеленодольске (52,5 на 1 тыс.) при сравнительно небольшом общем показателе травматизма (67 на 1 тыс.), который объясняется в основном отсутствием благоустройства территорий, окружающих микрорайоны, плохим состоянием пешеходных тротуаров, особенно в зимнее время, неисправностью игровых снарядов на детских площадках.

Школьный травматизм в г. Казани за последние 3 года имеет тенденцию к уменьшению с 10,6% в 1980 г. до 9,5% в 1982 г. в структуре общего травматизма. Основными причинами травм школьников являются неосторожное поведение детей на переменах (78%), отсутствие контроля за проведением организованных пауз между уроками, особенно в начальных классах [6].

В г. Зеленодольске школьный травматизм составляет всего 3,7% от всех видов травм, что объясняется строгим учетом травм, полученных школьниками, с разбором на педсоветах. С 1978 г. разработана карта сигнального оповещения, которая направляется в школу при получении травмы.

Для 1-й группы районов города характерен организованный спортивный травматизм (спортивные секции, бассейны), который варьирует от 13,2 до 18,2% (во 2-й группе районов — лишь 3,9%—10,9%). Основными причинами травм являются нарушение правил страховки и самостраховки, пренебрежение учетом физической подготовки, несоблюдение принципа индивидуализации и постепенного нарастания нагрузки.

Особое место в структуре детского травматизма занимает дорожно-транспортный травматизм, который при небольшом удельном весе (0,79%) явился причиной смерти в 40—45%. По данным ГАИ, в 1981 г. произошло 146 дорожно-транспортных происшествий, при которых погибло 19 детей, причем 14 из них — на месте происшествия. В 1982 г. зарегистрировано 124 случая такого рода, в результате погибло 14 детей, 8 из них — также на месте происшествия. В 56% случаев причиной уличного травматизма оказалась несоблюдение детьми правил дорожного движения и в 22% — неосмотрительность водителей. Среди получивших травму преобладали дети в возрасте 7—14 лет (60%). Наибольшее количество травм происходит весной (40%) и летом (31%), причем в основном среди мальчиков (63%). От черепно-мозговой травмы погибают в 54% случаев, от сочетанной — в 46%.

В г. Зеленодольске дорожно-транспортные происшествия составляют 0,51%, что объясняется наличием кольцевой автострады, отдаленностью детских учреждений от дорожно-транспортных магистралей. В 1982 г. удельный вес смертности от уличного травматизма был равен 25%. Основной причиной смерти (75%) являются несчастные случаи в быту.

С целью профилактики и снижения детского травматизма, в частности бытового, необходимо проводить комплексную застройку новых микрорайонов с обязательным строительством культурно-бытовых учреждений для детей. При оборудовании игровых площадок следует вести сооружение травмобезопасных снарядов: качелей маятникообразного типа с ограничителем, турников высотой не более 1,5 м с песчаной подушкой, лодок с плавной кривизной спуска под углом не более 40°.

Для снижения автомобильного травматизма необходимо в г. Казани открыть автогородок, а в школах упорядочить преподавание правил дорожного движения. На перекрестках с интенсивным движением транспорта обязательны подземные переходы и ограждения тротуаров.

В районах 3-й группы в местах наиболее активной плотности населения следует открыть объездные дополнительные пути движения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов В. Л., Конюхов В. П. В кн.: Профилактика детского травматизма, организация травматологической помощи и лечение травм у детей. Л., 1981.
2. Баиндурашвили А. Г. Детский бытовой травматизм в Ленинграде и его профилактика. Автореф. канд. дисс., Л., 1981.
3. Журавлев С. М. Ортопед. травматол., 1982, 12.
4. Затекин А. И., Веселов Н. Г., Юзюков Е. В. В кн.: Ортопедо-травматологическая помощь детям. Л., 1982.
5. Каратай Ш. С. В кн.: Организация травматологической помощи и профилактика травматизма. Л., 1977.
6. Латыпов А. Л., Завьялова Т. П. В кн.: Травматизм у детей. Материалы III Всесоюзной научно-практической конференции детских хирургов. Саратов, 1971.

Поступила 19 октября 1984 г.

УДК 616.155.392—036.11:362.174 (470.51)

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ И ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УДМУРТСКОЙ АССР

*А. М. Корепанов, Е. Н. Никитин*

*Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.— проф. А. М. Корепанов) Устиновского ор-дена Дружбы народов медицинского института*

В Удмуртской АССР эпидемиологические исследования гемобластозов не проводились. Нами была изучена частота лейкозов в динамике среди городского и сельского населения с учетом пола, возраста и структуры указанной патологии. Анализ распространности гемобластозов осуществлялся по данным обращаемости населения в лечебные учреждения. Основными местами концентрации этих больных являлись гематологические кабинеты поликлиник и специализированные отделения республиканских больниц. Источником статистической информации служили истории болезни, карты выбывших из стационара, амбулаторные карты, статистические талоны, журналы госпитализации и протоколы вскрытия умерших. Динамическое изучение этих материалов проводилось на протяжении 8 лет (1975—1982 гг.).

За данный период в республике зарегистрировано 570 случаев гемобластозов. Среди заболевших было 294 (51,6%) женщины и 276 (48,4%) мужчин. Среднегодовой показатель заболеваемости составил 4,70 на 100 тыс. населения (5,45— по мужскому населению, 4,25— по женскому, в Устинове— соответственно 6,04 и 5,00). Динамика интенсивного показателя по годам свидетельствует в целом о тенденции к росту: 1975—3,90, 1976—5,22, 1977—3,96, 1978—3,89, 1979—3,46, 1980—5,74, 1981—6,34, 1982—5,07.

В структуре заболеваемости доминируют острые лейкозы (35,5%), высока частота хронических лимфолейкозов (32,2%), далее следуют миелофиброзы, хронические миелолейкозы, миелома, эритремия, хронический моноцитарный лейкоз.

Уровень заболеваемости хроническими лейкозами в целом выше, чем острыми формами (соответственно 2,93 и 1,67), в основном за счет хронического лимфолейкоза (1,57).

За 8-летний период выявлено 192 случая заболевания лейкозами среди сельских жителей (33,7%) и 378—среди городских (66,3%). Частота лейкозов в городах и сельской местности имеет тенденцию к сближению. Так, заболеваемость городского и сельского населения лейкозами составила соответственно 4,74 и 4,69, причем острыми лейкозами—1,65 и 2,07, хроническими—3,05 и 2,62.

Анализ распространенности гемобластозов в зависимости от возраста показал, что