

Как уже отмечалось, нами изучен другой показатель — число работающих в сфере производства и создающих валовой национальный продукт за счет снижения заболеваемости. При снижении потерь рабочих дней на 33,9 на 100 работающих и указанной выше среднегодовой численности рабочих сокращение потерь по фабрике составит 292 дня. Разделив эту цифру на число рабочих дней в году (по фабрике — 263), получим условную величину дополнительно работающих ежедневно за счет снижения заболеваемости гипертонией (1,1). Если взять вновь созданную стоимость одним рабочим в год, равную по фабрике 9994 руб., то сумма дохода за счет снижения заболеваемости гипертонической болезнью составит 10993 руб. 40 коп. В общем виде формулу экономической эффективности и сохранения дополнительного числа работающих в сфере производства можно записать так:

$$B = \frac{A \cdot \Gamma}{100 \cdot D} \cdot E,$$

где B — экономическая эффективность; A — среднегодовая численность рабочих на данном предприятии; Γ — уровень снижения заболеваемости в днях потери трудоспособности на 100 работающих; D — число рабочих дней в году; E — вновь созданная стоимость одним рабочим в течение года.

Таким образом, только одна из фабрик объединения получила за счет снижения заболеваемости гипертонией дополнительный доход 10993,4 + 169,5 = 11162,9 руб.

С вычетом затрат на приобретение медикаментов (198 руб.) и на заработную плату среднего медицинского работника, проводившего лечение в течение года ($68 \times 12 = 816$ руб.), экономическая эффективность лечения гипертонической болезни по фабрике составит 10148,9 руб.

Из сказанного становится очевидным, что профилактическое лечение больных гипертонической болезнью дает и несомненный экономический эффект. Это является убедительным доказательством того, что здравоохранение оказывает огромное влияние на развитие общественного производства.

ЛИТЕРАТУРА

Ш п е н е в В. Ф. Гиг. труда и профзабол., 1970, 1.

Поступила 19 марта 1973 г.

УДК 616—053.32

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

А. А. Рассказова

Родильный дом (главврач — В. А. Липатова) г. Лениногорска, ТАССР

С 1960 по 1970 г. в отделение новорожденных нашего родильного дома поступило 690 недоношенных детей (323 мальчика и 367 девочек), из них умерли 89 (12,8%). Смертность недоношенных детей мужского пола значительно выше, чем женского (соответственно 16,3 и 9,8%). Из общего числа умерших в 80% случаев смерть наступила на первой неделе после рождения.

Из 63 маловесных детей (1000—1500 г) 31 ребенок умер в период пребывания в роддоме, смертность детей с весом 1501—2000 г составила 18,3%, с весом более 2000 г — 5,8%.

В 80% случаев причиной смерти были асфиксия и родовая травма. На все другие причины (врожденные пороки развития, инфекционные болезни и др.) приходится 20%.

Смертность недоношенных детей колеблется в зависимости от времени года. Из общего числа детей, родившихся в I квартале года, погибли 15,2% детей, в IV квартале — 14,2%, а в III — 8,5%. Эти колебания можно объяснить целым рядом факторов: неблагоприятными метеорологическими условиями, истощением витаминного депо в организме беременных в зимне-весенний период, ростом острых респираторных заболеваний и т. д. Следовательно, в холодное время года мероприятия по профилактике и лечению недоношенности беременности необходимо проводить особенно активно.

Проанализированы 42 истории родов женщин, у которых недоношенные дети погибли в родильном доме в 1965—1970 гг. У большинства из них во время беременности и родов наблюдалось сочетание нескольких вредно действующих факторов, что и приводило к рождению тяжело больного ребенка: острые и хронические инфекции — у 13, аномалии отхождения вод — у 11, преждевременная отслойка плаценты — у 9, токсикозы беременности — у 8, быстрые роды — у 8.

Система обслуживания недоношенных в г. Лениногорске за период с 1960 по 1970 г. претерпела определенные изменения. До 1964 г. в родильном доме осуществлялся только I этап выхаживания недоношенных детей (первые 2—3 недели жизни), после чего детей выписывали.

В 1965 г. при родильном доме была организована палата II этапа выхаживания недоношенных. Выписку детей на педиатрический участок стали производить только по достижении ими веса доношенного ребенка и овладения всеми физиологическими функциями, свойственными зрелому новорожденному. Маловесных детей держали в роддоме до 3—4-месячного возраста. Средняя длительность пребывания недоношенного ребенка в роддоме увеличилась с 11 койко-дней в 1960 г. до 25 койко-дней в 1965 г. В этот период значительно расширился объем оказываемой детям помощи. Мы стали практиковать внутривенные вливания плазмы, крови, растворов глюкозы, кровезаменителей. При тяжелых состояниях вводили внутривенно сердечные гликозиды, антибиотики широкого спектра действия. В последнее время мы с хорошим эффектом применением прямое переливание крови при септических состояниях и пневмониях.

Детям, перенесшим асфиксию и имеющим признаки родовой травмы ц. н. с., назначаем комплекс мероприятий: кислородную, антигеморрагическую, дегидратационную, стимулирующую терапию, седативные средства, введение 4% раствора бикарбоната натрия. Профилактику анемии и рахита проводим с двухнедельного возраста (препараты железа, витамины D₂, B₁₂, B₆, C, ультрафиолетовое облучение).

Большое внимание уделяем вскармливанию. Все дети получают стерилизованное или сырое грудное молоко, пищеварительные ферменты. С 2—4 недель (в зависимости от веса при рождении и характера весовой кривой) даем белковую дотацию в виде кефира, начиная с половины чайной ложки.

При гипогалактии у матери постепенно переводим ребенка на смешанное вскармливание в роддоме в возрасте 2,5—3 месяцев. Это значительно облегчает адаптацию ребенка к вскармливанию в домашних условиях, у таких детей после выписки почти не наблюдалось диспепсических явлений. За день до выписки проводим беседу с матерью о вскармливании, при необходимости вручаем ей рецепт для получения молочных смесей в детской молочной кухне.

В результате проведенной работы отмечено снижение смертности недоношенных детей в родильном доме с 15,7% в 1965 г. до 6,8% в 1971 г.

Уменьшилась также смертность недоношенных детей в течение первого года жизни на городских педиатрических участках. Есть основания считать, что это обусловлено более высоким уровнем здоровья недоношенных детей, выписанных из родильного дома за последние годы. В отдельные годы (1965, 1967, 1969) среди выписанных на городские участки недоношенных детей не было смертности в течение первого года жизни.

В 1972 г. палата II этапа выхаживания недоношенных организована в стационаре детской городской больницы, что должно способствовать дальнейшему улучшению здоровья недоношенных детей.

Наш опыт показывает, что при условии строгого соблюдения противозидемического режима организация палат II этапа выхаживания недоношенных детей как временное мероприятие возможна при родильных домах. Это ведет к снижению смертности недоношенных как в периоде новорожденности, так и после выписки из родильного дома. В то же время руководители детского здравоохранения, в соответствии с современными требованиями педиатрии, должны изыскивать возможности для открытия отделений (палат) II этапа выхаживания недоношенных вне родильных домов.

Поступила 28 августа 1972 г.

ГИГИЕНА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

УДК 614.6/7:613.2

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ГИГИЕНЫ СЕЛА

А. Т. Гончаров, М. М. Мельникова, В. М. Смирнов, А. М. Хакимова,
[А. Н. Юнусова], Г. Ф. Амирханова, З. С. Ахтямова, Л. Г. Копп,
Н. А. Мельникова, Т. Н. Москвина, С. И. Третьякова, М. Г. Зарипова,
И. Ш. Трофимова, С. Р. Шаихова

Казанский орден Трудового Красного Знамени медицинский институт
им. С. В. Курашова, противозидный кабинет Республиканской клинической больницы
ТАССР

В 1968—1970 гг. нами проведено комплексное изучение условий жизни и здоровья населения д. Казанбаш Арского района Татарии. В исследовании участвовали гигиенисты, эндокринолог, гинеколог, хирург, педиатр, стоматолог. Было предпринято несколько экспедиций в разные сезоны года для всестороннего изучения благоустройства