

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 применяем 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 ордена 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

деревни и жилищ, водоснабжения, питания населения, физического и полового развития детей, условий обучения в школе, некоторых биохимических показателей, заболеваемости. Казанбаш — деревня с татарским населением, застроена добротными деревянными домами. Во многих из них имеется водяное отопление. В таких жилищах концентрация окиси углерода оказалась незначительной, тогда как в домах с печным отоплением она достигала 25—500 мг/м³. Температура воздуха в жилых комнатах зимой в 77,7% случаев была выше гигиенической нормы (19—27°), тогда как осенью и весной в большинстве домов она была в пределах 16—18°.

Отличительной чертой быта деревни является чистота в жилых комнатах, лишь в 18% домов курят в помещениях. Вместе с тем только в трети домов имеются форточки, с чем, очевидно, связана повышенная концентрация углекислого газа во многих жилищах (0,15—0,50%); недостаточна естественная освещенность жилых комнат; отсутствуют благоустроенные уборы.

Водоснабжение мы оценивали на основании санитарно-топографического и лабораторного исследования водоисточников с учетом гидрогеологических данных. Анализ воды проводили осенью, зимой, весной, определяли 27 ингредиентов. Все 7 водоисточников (родники и колодцы) базируются на водоносных горизонтах верхнепермских отложений. Вода всех водоисточников (в том числе и в водопроводе, питающемся из родника) однородна по химическому составу (гидрокарбонатно-кальциевого типа), мало минерализована (сухой прокаленный остаток не более 131,2 мг/л), но с относительно высоким содержанием кальция (75,6 мг/л). Явно заметны сезонные колебания состава воды, особенно в колодцах, но большого загрязнения не было выявлено даже весной (окисляемость до 2,42 мг/л, содержание азота аммиака — до 0,1 мг/л, хлоридов — не более 12 мг/л). Отмечена низкая концентрация фтора в воде (0,1—0,3 мг/л) и достаточно высокий уровень йода (5,7—11,4 мкг/л). Количество всех других ингредиентов не превышает допустимых пределов. Оборудование водоисточников в гигиеническом отношении имеет ряд недостатков.

Изучено питание 56 семей (280 чел.) опросно-весовым методом, рекомендованным Институтом питания АМН СССР. Полученный материал дает представление о питании всех профессиональных и возрастных групп. Для взрослого трудоспособного населения характерным является трехкратный прием пищи в строго определенные часы. У учащихся режим питания нарушен в связи с отсутствием горячих завтраков в школе. Осенью и зимой в рационы обязательно включается мясо, весной и летом — яйца, молоко, молочные продукты. Из овощных культур жители деревни в течение всего года потребляют картофель и лук. Морковь, помидоры, ягоды выращивают в небольшом количестве и используют ограниченное время. Другие овощи (капусту, салат, редис и т. п.) не выращивают и покупают редко, что связано с национальными особенностями питания татар. Очевидно, поэтому не было выявлено существенной разницы в химическом составе рационов по сезонам.

Калорийность суточного рациона работающих колхозников находится в пределах норм для работников полумеханизированного труда и составляет для мужчин 18—40 лет 3460 ккал, для женщин того же возраста — 3100 ккал, из них 11,2% обеспечивается за счет белка. Содержание животного белка составляет 45,5% от общего, у жителей старшего возраста — несколько больше. Соотношение между белками, жирами и углеводами в рационе 1 : 1,1 : 5,2. Ограниченно используется растительный жир. Содержание витаминов А и С значительно ниже рекомендуемых норм, что связано с недостатком овощей в питании.

В химическом составе рационов школьников отмечены те же недостатки, что и у взрослого трудоспособного населения. Фактическое питание детей, посещающих детсад, по основным показателям приближается к физическим потребностям (калорийность 1655 ккал, из которых 12% составляют белковые калории, содержание белков, жиров и углеводов в суточном рационе соответственно $49 \pm 1,72$; $53,4 \pm 1,61$; $234 \pm 6,84$ г). В 1971 г. по сравнению с 1969 г. в рационах детского сада увеличился ассортимент и уровень потребления животных продуктов и овощей.

Ретенция азота у школьников находится на нижней границе нормы. При исследовании выделения витамина С с мочой обнаружен скрытый гиповитаминоз С у ряда школьников. Найдено также понижение содержания гемоглобина и эритроцитов в крови.

При обследовании средней школы д. Казанбаш, расположенной в специально построенном одноэтажном кирпичном здании с водяным отоплением, с типовыми классами и рекреациями, отмечены некоторые отклонения от гигиенических норм в оборудовании, в частности нестандартный набор парт, неудачная окраска стен, недостаточное искусственное освещение.

По общепринятой методике, на основании измерения роста, веса и окружности грудной клетки, проведено определение физического развития школьников — мальчиков и девочек в возрасте 7—17 лет. Более чем у половины детей (58,2%) физическое развитие оценено как среднее, у 20,8% — ниже среднего, у 15,9% — как чрезмерное и у 4,9% — как низкое. Сельские школьницы-татарки отстают в половом развитии от своих сверстниц-горожанок на 1—1,5 года. В частности, средний возраст появления менархе у них — 14 лет 2 месяца. Общее состояние здоровья школьниц д. Казанбаш удовлетворительное. Лишь у единичных девочек обнаружены хронический тонзиллит, ревматизм, бронхит, порок сердца. В пубертатном возрасте у ряда девочек установлено переходящее повышение кровяного давления и вегетативная лабильность. У 16,5% школьников найдены нарушения осанки, у 15,4% — нерезко выраженные сколиозы, у 12,1% — остаточные явления рахита.

Во время экспедиции специалисты вели амбулаторный прием и подворный обход, выявляя заболеваемость, и оказывали населению специализированную помощь. У взрослых женщин в гинекологической патологии преобладали хронические воспалительные заболевания различной локализации. У 84% жителей деревни обнаружен кариес зубов. Деревня Казанбаш является микроочагом эндемического зоба. Увеличение щитовидной железы всех степеней найдено у 86,4%, выраженные формы зоба (III—V ст. и узловая) — у 13,5% обследованных.

Среди причин зоба в этой деревне следует назвать несбалансированность питания (относительный дефицит йода, белка, витаминов А и С) и высокое содержание кальция в воде.

Результаты обследования доведены сведения районного и сельского Советов и правления колхоза. В имеющийся перспективный план развития колхоза рекомендовано включить озеленение улиц, упорядочение дорог, развитие коллективного и приусадебного овоще- и садоводства, благоустройство домов и дворов (в том числе замена печного отопления на местное водяное), строительство единого водопровода и колхозной столовой, организацию горячего питания в школе. В деревне широко проводилась санитарно-просветительная работа (выступления по радио, на собраниях колхозников, беседы в каждой семье при подворном обходе). Организована профилактика эндемического зоба антиструмином.

Поступила 8 января 1973 г.