

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1988
3
ТОМ
LXIX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 614.1:313.12:616—053.36 (470.41)

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТАТАРСКОЙ АССР

За последние годы в стране осуществлен ряд социальных и медицинских мероприятий, направленных на улучшение медицинской помощи населению, причем приоритет отдается охране материнства и детства. Однажды дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства возможно лишь при объединении усилий всех звеньев практического здравоохранения. С целью определения причин детской смертности в ТАССР, разработки путей ее снижения, а также выявления резервов совершенствования медицинской помощи женщинам и детям проанализированы результаты работы службы детства и родовспоможения за 1985—1987 гг.

Уровень детской смертности в ТАССР в течение последних лет колеблется от 15 до 16 на 1000 родившихся и находится стабильно ниже среднего показателя по РСФСР (19,2%). В структуре причин смерти детей первого года жизни основное место занимают заболевания перинатального периода (7,2—7,6 на 1000 родившихся), причем за последние годы их удельный вес имеет тенденцию к росту, затем следуют болезни органов дыхания (3,18—3,24), врожденные пороки и аномалии развития (2,5—2,87), инфекционные заболевания (1,02) и, наконец, травмы, отравления, несчастные случаи.

В структуре детской смертности по периодам жизни в 1987 г. отмечается увеличение на 2% неонатальной смертности. Это обусловлено повышением (в основном на селе) ранней неонатальной смертности, что в свою очередь привело к росту на 1,5% перинатальной смертности. Показатель мертворождаемости по республике не превышает 1,2%. Постнеонатальная смертность остается ста-

бильной как в городе, так и на селе (в среднем 5,9 на 1000 родившихся).

Анализ причин смерти детей периода новорожденности показал увеличение удельного веса заболеваний перинатального периода на 2,5%, что происходит за счет врожденных пороков и аномалий развития, гипоксических состояний, асфиксии, родовых травм.

В целом по республике смертность новорожденных возросла на 7% (в основном в сельской местности), причем свыше 60% детей умирают в первые трое суток после рождения. Определенную роль в увеличении этих показателей играет проблема невынашиваемости. У 10—12% недоношенных детей масса тела менее 1500 г, именно среди них летальность достигает 40% и более. Уровень невынашиваемости по ТАССР колеблется от 5,7 до 6,0%, однако в таких крупных промышленных городах, как Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, он превышает среднереспубликанский показатель.

Очевидно, что определяющее влияние на формирование уровня детской смертности в Татарии оказывает уровень перинатальной смертности, причем намечается тенденция к нарастанию данного показателя (1980 г.—16,3, 1987 г.—19,7 на 1000 родившихся) за счет роста ранней неонатальной смертности (в основном в промышленных городах).

Анализ причин смерти детей на первой неделе жизни, экспертная оценка медицинских документов умерших новорожденных показывают, что патологические состояния у них формируются в большинстве случаев до рождения в процессе антенатального развития, в периоде родов и зависят от состояния здоровья матери.

В связи с этим с 1986 г. в ТАССР была активизирована работа по профилактике перинатальной патологии за счет расширения программы антенатальной охраны плода. Безусловно, одним из обязательных условий при проведении данной работы является организация акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов. В программу антенатальной охраны плода входят следующие мероприятия: пропаганда повышения уровня рождаемости, учет и регистрация беременных в ранние сроки, диспансерное наблюдение и оздоровление женщин в санаториях-профилакториях, оценка риска перинатальной патологии, использование современных методов обследования, включая медико-генетическое консультирование, ультразвуковое обследование, организация консультации «Брак и семья».

В последние годы активизирована работа по профилактике нежелательной беременности путем широкого внедрения внутриматочной контрацепции, что привело к снижению числа абортов только за 1987 год на 2,4%. Своевременное взятие на учет беременных женскими консультациями во многом предопределяет благополучное течение беременности и дает возможность профилактического оздоровления при наличии акушерской и экстрагенитальной патологии. В течение ряда лет удельный вес выявленных экстрагенитальных заболеваний у беременных не превышает 12—15%, что в 2 раза ниже реального уровня. Прежде всего это свидетельствует о том, что педиатры, подростковые врачи и терапевты не уделяют должного внимания будущему материнству девочек-подростков. Отсутствие тщательного диспансерного наблюдения за девочками, девушками и женщинами детородного возраста приводит к низкой активной выявлению заболеваний почек, сердечно-сосудистых, эндокринных нарушений.

В связи с этим следует пересмотреть цели и задачи детских поликлиник при проведении дородового патронажа будущих матерей. Особое внимание при первой встрече с беременной врачам-педиатрам следует уделять состоянию ее здоровья. При этом нельзя забывать о необходимости формирования у женщины четкого представления о возможном отрицательном влиянии вредных производственных и бытовых факторов на состояние здоровья будущего ребенка.

Важное место в программе антенатальной охраны плода занимают профилактические мероприятия в отношении здоровья работающих женщин. В 1986—1988 гг. органами здравоохранения республики совместно с учеными Казанского медицинского института, сотрудниками лаборатории охраны здоровья матери и ребенка ВНИИ социального страхования ВЦСПС, Казанского ГИДУВа, Республиканским советом жен-

щин, областным советом профсоюзов были проведены комплексные исследования охраны труда работающих женщин, состояния здоровья самих матерей и их детей в период новорожденности и раннем возрасте. Работа выполнялась в соответствии с задачами, поставленными комплексной целевой программой «Здоровье», принятой в республике до 1990 г. по охране здоровья женщины, матери и ребенка. Исследования велись в крупных промышленных центрах с интенсивно развивающейся нефтехимической и автомобильной промышленностью — Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске. Экспертная оценка историй болезни умерших детей первого года жизни (по данным 1985 г.) выявила, что до 46% матерей умерших детей имели контакт с профессиональными вредностями на производстве.

С целью улучшения охраны здоровья работающих женщин разработан комплекс мероприятий, условно разделенных на 4 группы. 1-я группа объединила задачи для всех министерств и ведомств по неукоснительному выполнению законодательства об охране здоровья женщин. Во 2-ю группу вошли общие мероприятия по приведению к санитарным нормативам рабочих мест на предприятиях, обеспечению работающих средствами индивидуальной защиты, а также профилактические осмотры и т. д. В 3-ю группу включены мероприятия, охватывающие всех женщин детородного возраста с учетом каждой профессиональной группы — причинно-следственный анализ гинекологической заболеваемости, осложнений беременности и родов, создание цеховой акушерско-гинекологической службы, перевед женщина на работу без вредных производственных факторов и т. д.; в 4-ю — мероприятия по охране здоровья беременных — целевые заезды в санатории-профилактории, организация специальных цехов и участков для их трудоустройства, ультразвуковое исследование, своевременный перевод беременных на легкую и безвредную работу и т. д.

Выполнение этой программы на предприятиях нефтехимической промышленности в г. Нижнекамске в 1987 г. привело к снижению гинекологической заболеваемости и частоты осложнений беременности, а также уровня детской смертности на 10%.

Следующим направлением в работе гд снижению детской смертности в республике явилось совершенствование организации медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным в условиях акушерских стационаров. С этой целью в 1985 г. в г. Набережные Челны на базе родильного дома был открыт перинатальный центр, перед которым были поставлены следующие задачи: пролонгирование беременности при невынашиваемости, лечение патологии беременности, создание оптимальных условий

для выхаживания недоношенных детей. Большое значение в оказании квалифицированной помощи детям и матерям имеет организация в роддомах круглосуточных лабораторий. Рядом с роддомом расположена многопрофильная детская больница с отделениями реанимации и анестезиологии, патологии новорожденных, что способствует соблюдению преемственности в организации медицинской помощи новорожденным, особенно недоношенным. Результатом работы

перинатального центра явилось снижение ранней неонатальной и перинатальной смертности в роддоме за 1985—1987 гг. более чем в 2 раза, что значительно лучше среднереспубликанского показателя.

Таким образом, снижение детской смертности возможно лишь при совместных комплексных действиях служб практического здравоохранения, профсоюзных и хозяйственных органов.

Г. А. Бардина, Л. А. Никольская,
Ф. А. Фаттахова, Х. Х. Миннекаев (Казань)

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616—001.17—053.2—08—089.8

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ У ДЕТЕЙ

С. П. Пахомов, Е. С. Верещагина, Е. Ч. Ахсалян, Е. Н. Леванова

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — доктор мед. наук В. В. Азолов) МЗ РСФСР

Нами обобщен опыт лечения в Республиканском ожоговом центре с 1970 по 1986 г. 1847 детей со свежими ожогами в возрасте от 7 дней до 14 лет и 368 детей с рубцами контрактурами и деформациями после ожогов. Общая летальность при термической травме у детей составила 4,9%, у больных с глубокими ожогами — 9,2%, что в значительной мере определялось тяжестью состояния пострадавших. Удельный вес детей с глубоким поражением кожного покрова был довольно высоким — 53,2% от числа всех госпитализированных, при этом у 522 больных площадь глубоких ожогов была в пределах 10% поверхности тела, у 225 — от 11 до 20%, у 132 — от 21 до 30%, у 66 — от 31 до 40%, у 38 — от 41 до 50%, у 19 — от 51 до 60%, у 11 — более 60% поверхности тела.

Некоторые авторы [1, 3] считают, что дети значительно хуже переносят ожоги, чем взрослые. Нами проведен сравнительный анализ летальности у 3964 взрослых и у 1744 детей при одинаковой площади и глубине поражения (см. табл.).

Как видно из данной таблицы, при ожогах до 50% поверхности тела летальность ниже у пострадавших детского возраста, при более обширных площадях поражения частота смертельных исходов не различается, что позволяет сделать вывод о лучшей переносимости ожогов детьми.

Как показывает наш опыт, у детей до 3 лет отмечается более тяжелое течение первых периодов ожоговой болезни, что, по-видимому, обусловлено относительной незрелостью функциональных систем, харак-

терной для этого возраста. У детей старше 3 лет значительные компенсаторные возможности и высокие регенеративные способности организма способствуют более благоприятному течению ожоговой болезни, чем у взрослых; происходит быстрая эпителизация поверхностных ожогов и заживание ран донорских участков, раннее спонтанное отторжение струпов.

Летальность у детей и взрослых в зависимости от площади глубокого ожога

Площадь глубокого ожога, %	Летальность, %	
	дети	взрослые
до 10	1,1	4,7
11—20	3,7	16,4
21—30	17,3	29,8
31—40	23,3	40,2
41—50	50,0	63,6
51—60	63,6	66,6
61—70	66,6	68,0
71—80	74,0	76,9
более 80	100,0	100,0

Наиболее частыми осложнениями ожоговой болезни у детей были сепсис и пневмония. На протяжении последних 15 лет частота развития сепсиса у обожженных детей сохраняется на уровне 4,3—5,5%, а летальность среди заболевших сепсисом достигает 57,3%. Характерно развитие раннего сепсиса, осложняющего периоды шока и токсемии. Поэтому в первый период ожоговой болезни у детей, наряду с восстановлением гемодинамики, микроциркуляции, нормализацией водно-электролитного баланса, важными задачами являются лечение и профилактика сепсиса.