

2. Возникновение специфических помутнений в хрусталике может быть первым и единственным признаком, свидетельствующим о проникновении ТНТ в организм. В ряде случаев развитие катаракты сопровождается изменениями и в других органах (в первую очередь нарушением функции печени и нервной системы).

3. Появление и развитие катаракты зависит от стажа работы, физического состояния продукта, санитарно-гигиенических условий труда, индивидуальной чувствительности организма.

4. ТНТ может оказывать повреждающее действие на сетчатку, сосудистую оболочку и зрительный нерв. Поэтому на профосмотрах у лиц, контактирующих с ТНТ, необходимо тщательно обследовать не только хрусталик, но и глазное дно и учитывать все возможные проявления токсического действия яда на орган зрения.

5. Одним из проявлений хронической интоксикации ТНТ является нарушение темновой адаптации, которое характеризуется замедленным нарастанием хода адапционных кривых и снижением конечных величин световой чувствительности.

6. Профилактические мероприятия должны быть направлены на уменьшение или прекращение контакта с ТНТ путем улучшения условий труда, механизации, герметизации и автоматизации технологических процессов и усиления мер индивидуальной защиты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова С. Ф. В кн.: Проф. заболевания в химической промышленности. Медицина, М., 1965.—2. Глезеров С. Я. Вестн. офтальмол., 1953, 4.—3. Казанцева Г. Д. Мат. II научн. конф. офтальмологов Сибири и Урала. Сталинск, 1961.—4. Кроль Д. С., Колеватых В. П. Офтальмол. журн., 1965, 3.—5. Лаптева Р. Я. В кн.: Вопросы клинической медицины. Пермь, 1958.—6. Меркулова М. И. Тез. докл. по вопросам гигиены труда в горнорудной, химической и машиностроительной промышленности. Харьков, 1956.—7. Пеньков М. А. Вестн. офтальмол., 1965, 4.—8. Садикова С. Р. В кн.: Вопросы офтальмологии. Тр. ин-та. Пермь, 1967, т. 67, вып. 3.—9. Татарченко П. Ю. В кн.: Вопросы офтальмологии. Мат. научн. конф. офтальмологов, г. Новокузнецк, 1968.—10. Тюкина Г. А. Вестн. офтальмол., 1967, 3.—11. Шахова Н. В. Тез. докл. молодых научных работников ин-та гиг. труда и профзабол., М., 1956.—12. Aiello G. Ann. ofal., 1946, 73, 17—21.—13. Grant W. M. В кн.: Toxicology of the eye. Springfield. Minois Thomas, 1962, 562—563.—14. Nogo L. Acta med. scand., 1941, 120, 5—93.—15. Reis. Z. Augenheilk., 1922, 47, 199—208.

УДК 612.014.46

ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ РАБОТНИЦ ХИМЗАВОДА, ФИЗИЧЕСКОЕ И УМСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ ИХ ДЕТЕЙ

В. С. Добронецкий

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Многими исследователями установлено, что женский организм более чувствителен к промышленным вредностям, чем мужской [6, 8, 12, 14].

Однако некоторые авторы отмечают, что чувствительность людей к воздействию бензола и его гомологов не зависит от пола [3, 10, 19].

Литературные данные о влиянии органических растворителей на течение беременности и плод разноречивы. Так, есть указания на токсическое их действие [4, 5, 18], на увеличение процента преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей у работниц, контактирующих с этими веществами [8, 13]. По другим источникам [1, 6, 7, 9], воздействие органических растворителей не сказывается на частоте недонашивания.

Мы изучали состояние детородной функции работниц химзавода им. Куйбышева и развитие их детей (1957—1967 гг.). Рассмотрено 670 историй родов и развития новорожденных у работниц основных цехов химзавода, а в качестве контроля — у 287 работниц швейной фабрики и 100 педагогов школ. Цифровые показатели подвергнуты вариационной обработке.

63,2% работниц химзавода были в возрасте от 21 до 30 лет и 1,6% — старше 50 лет. Почти такого же возраста были и женщины контрольных групп.

У 18,4% работниц химзавода производственный стаж — от 3 до 5 лет, у 62,4% — свыше 5 лет.

При анализе детородной функции в изучаемых группах у работниц химзавода выявлены следующие особенности:

1) более частое осложнение беременности и родов токсикозами, как ранними (у работниц химзавода — 37,4%, у швей-мотористок — 15,9% и у педагогов — 13,5%), так и поздними (соответственно 14,2%; 4,2% и 0,8%);

2) несколько более высокий процент недонашивания беременности (9,8%, в контрольных группах 8; 8%);

3) наклонность к повышенной кровопотере в родах (средняя кровопотеря в основной группе 373,8 *мл* у швей-мотористок — 144 *мл* и у педагогов — 241 *мл*), в связи с этим большой процент внутриматочных вмешательств (7,8 против 1,3 у швей-мотористок и 2,0 у педагогов), анемии в послеродовом периоде (6,6; в контрольных группах не зарегистрировано) и местной инфекции (8,7 против 1,0 у швей-мотористок и 2,0 у педагогов).

По другим показателям во всех 3 группах существенной разницы не установлено. Изучение кровопотери в связи с прерыванием беременности по собственному желанию в сроки до 12 недель у 241 работницы химзавода, у 100 работниц швейной фабрики и у 100 педагогов с учетом всех моментов, влияющих на степень кровопотери (возраст, число абортот и срок беременности), показало, что средняя кровопотеря у работниц химзавода составила 120,2±4,7 *мл*, у швей-мотористок — 77,0±3,6 *мл*, у педагогов — 71,5±3,2 *мл*. Разница оказалась статистически достоверной (*t* соответственно = 7,3 и 8,6).

Анализируя исходы родов для плода, мы установили, что у работниц химзавода асфиксия новорожденных в родах составила 7,7%, у швей-мотористок — 5,2% и у педагогов — 4,0%, общая перинатальная смертность детей равнялась соответственно 3,12; 2,1 и 1,0%. Некоторую разницу в перинатальной смертности детей работниц химзавода и контрольных групп можно объяснить большим процентом недоношенных и смертностью за счет них.

Показатели физического развития (вес, длина тела, окружность головы и грудной клетки) и развитие детей в первые 7 суток периода новорожденности в основной и контрольных группах существенно не отличаются.

Развитие детей в грудном возрасте — до года (340 детей работниц, 100 детей швей-мотористок и 100 детей педагогов) изучено по материалам детских поликлиник.

В показателях физического развития детей в 3, 6, 9 и 12 месяцев заметных различий не выявлено. Что касается развития моторики, то дети работниц химзавода начали сидеть позже 6 месяцев в 31,0%, стоять позже 10 месяцев — в 18,1% и ходить позже 12 месяцев — в 31,3%.

Прорезывание зубов позже 8 месяцев отмечено у 26,8% детей работниц химзавода, у 2,9 детей швей-мотористок и у 2,7 детей педагогов.

Средние показатели времени перехода на искусственное вскармливание у детей работниц химзавода оказались существенно меньшими, чем у детей швей-мотористок и педагогов (соответственно 5 месяцев 9 дней, 6 месяцев 7 дней и 9 месяцев 27 дней).

Установлены 2 причины раннего перехода на искусственное вскармливание: гипогалактия и отказ от груди ребенка.

В течение первого года ничем не болели 39 детей работниц химзавода (11,5%), 22 ребенка (22%) швей-мотористок и 38 детей (38%) педагогов. В основной группе чаще, чем в контрольных, наблюдались следующие заболевания: катар верхних дыхательных путей, желудочно-кишечные заболевания, анемия, рахит I и II ст.

Мы совместно с педиатрами Н. Н. Сокол и В. Е. Подтяжкиной изучали физическое развитие 341 ребенка работниц химзавода в возрасте от 1 года 3 месяцев до 7 лет и умственное развитие у 247 детей в возрасте от 4 до 8 лет.

У 100 детей работниц химзавода произведен общий анализ крови.

Средние показатели физического развития или не отличались от литературных данных, или были несколько выше.

Результаты анализа крови мы сравнивали со стандартными показателями А. Ф. Тура. Содержание гемоглобина оказалось ниже нормы в 97% (9,0—12,5 г%), число эритроцитов — в 100% (от 2 740 000 до 4 043 000). Отмечено уменьшение количества лейкоцитов, небольшой нейтрофилез за счет умеренной лимфопении и снижения процента моноцитов. РОЭ была в пределах 9—12 *мм/час*. Количество тромбоцитов и время свертывания крови были нормальными.

В умственном развитии детей дефектов не выявлено.

Итак, у работниц химзавода мы нашли наклонность к токсикозам при беременности и к повышенной кровопотере при абортах и родах, а также некоторое отставание в развитии моторики и более высокий процент анемий у их детей. При этом мы не можем отрицать определенного влияния производственных факторов, в частности органических растворителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахарева Е. М. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1962, т. XXI.—2. Богатина М. А. Сб. научн. работ, т. X. Физическое развитие, санитарное состояние и организация детского здравоохранения. Ростов-на-Дону, 1958.—3. Виноградов О. Н. Случай благоприятного исхода тяжелой бензольной интоксикации. Тр. I Московского мед. ин-та им. И. М. Сеченова, т. XXVIII, 1964.—4. Гирш М. Вредности женского

промышленного труда в связи с беременностью и родами. Изд. «Охрана материнства и младенчества». М., 1928.—5. Дыхно-Лейбзон Р. А. Тр. I съезда Азербайджанского мед. общества, 1936.—6. Каневская С. М. Гиг. труда и профзабол., 1962, 12; Гигиена и санитария, 1963, 1.—7. Калянович В. А. и соавт. Тр. Горьковского НИИ гиг. труда и профзаболеваний, 1959.—8. Коган Д. И. Информ. бюлл. Московского НИИ сан. и гиг. им. Ф. Ф. Эрисмана, 1959, 24.—9. Михайлова Н. И. Сб. научн. работ каф. акуш. и гинек. Горький, 1960, в. 1.—10. Мытник П. Я. Тер. арх., 1963, 3.—11. Нечаев А. П. Руководство к экспериментально-психологическому исследованию детей. Медгиз, М., 1925.—12. Новикова Л. А. Тр. ин-та по изучению профессиональных болезней им. В. А. Обуха, 1929, в. 28; Тр. VIII Всесоюзн. съезда акуш.-гинек., Киев, 1930.—13. Решетова Л. А. Тез. докл. XI Всесоюзн. съезда акуш.-гинек., 1963.—14. Русинова А. П. Научн. тр. ин-та усоверш. врачей. Л., 1958.—15. Тухватуллина Р. В. В кн.: Материалы по физическому развитию детей и подростков городов и сельских местностей. Медицина, М., 1965.—16. Шварева А. И. Физическое развитие детей в яслях г. Казани в послевоенную пятилетку. Автореф. канд. дисс., Казань, 1951.—17. Якубова С. Н. Физическое развитие детей ТАССР. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964.—18. Kogan J. F., Schreder J. U. Am. J. publ. Hlth. 1929, 13, 279—282.—19. Loewy J. VI internationale Kongresse für gewerbliche Unfälle und Berufs Krankheiten. Genève, 1931, 635—648.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Проф. Г. Л. Ратнер

Куйбышевский медицинский институт

Успехи, достигнутые медициной за последние годы, несомненно связаны с внедрением значительного числа новых лабораторных и инструментальных диагностических методов исследования. Стремление ученых и врачей сделать медицину наукой более точной вполне естественно и закономерно. Однако нередко при этом волею или неволею на второй план отодвигаются традиционные методы субъективного и объективного обследования больного.

Многие врачи настолько абсолютизируют диагностические возможности лабораторных и инструментальных методов, что не стремятся получить достаточно полные сведения о состоянии больного путем его расспроса и физикального обследования, а самое главное, перестают размышлять о больном.

Последствия этого сказываются не только в увеличении диагностических и тактических ошибок, не только в нарушении столь необходимого контакта между врачом и больным, но и в превращении активно думающего врача-гуманиста в формалиста, действующего по стандартным схемам и рецептам.

Формирование личности врача закладывается в институте, и отношение его к делу во многом определяется тем, какое образование и воспитание он получил, как были развиты в нем качества, необходимые врачу.

Основной задачей обучения студента в клинике является развитие у него клинического мышления.

Что такое клиническое мышление? Некоторые вкладывают в понятие клинического мышления умение врача проанализировать информацию, полученную в результате субъективного и объективного обследования больного, и синтезировать диагноз. Другие добавляют сюда и логику дифференциального диагноза. Мы полагаем, что в понятие клинического мышления следует включить все мысленные действия студента или врача во время всей его работы с больным. Действительно, мыслительная работа начинается с момента первой встречи с больным. Логика мышления не может соответствовать прокрустову ложу общепринятой схемы «обработки» больного: жалобы → анамнез → объективное обследование. Врач прежде всего знакомится с больным визуально и с помощью других органов чувств. Эти первые впечатления о больном придают определенную направленность мыслям врача. Сразу же начинается первичный дифференциальный диагноз, который идет на самом грубом уровне и проходит скорее подсознательно. Отсюда появляется определенная направленность в расспросе больного. Чем наблюдательнее врач, тем меньше он задает «лишних» вопросов больному.

При расспросе больного необходимо ставить перед больным такие вопросы, ответы на которые вносили бы максимум ясности и исключали бы необходимость дополнительных вопросов. Конечно, четкость и полнота ответов зависит не только от качества вопросов, но также и от характера больного, его интеллекта и общего состояния. Если врач хороший психолог, то после одного-двух ответов больного он сумеет по-