

с туберкулезом и раздают пригласительные билеты на флюорографию тем, кто не подвергался ей по месту работы, составляют списки в двух экземплярах на все население в возрасте свыше 12 лет. На видных местах развешивают санитарные бюллетени о профилактике туберкулеза. Врачи выступают с лекциями перед населением, для чего используются кинотеатры, радио, собрания на предприятиях. В районных газетах помещаются статьи о значении флюорографических осмотров. Контроль за работой флюорографа осуществляется главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Радиус района обслуживания передвижного флюорографа от диспансера достигает 120 км. Мы создали две бригады, меняющие друг друга через каждые 3 дня. Флюорограф работает без выходных дней. В состав бригады входят: шофер-лаборант, владеющий флюорографической съемкой, и санитарка-регистратор. Рентгентехник лишь осуществляет систематический контроль за работой флюорографов, качеством флюорограмм и проводит централизованное проявление пленок. Лица, у которых обнаружены патологические признаки на флюорограмме¹, подвергаются дополнительному обследованию. При необходимости для уточнения диагноза больные госпитализируются в диагностическое отделение тубдиспансера.

Вызовы на дополнительное контрольное рентгенологическое исследование для уточнения изменений, обнаруженных при ширококадровой флюорографии, составили 1,75%, при узкокадровой — 5,5%. Осмотрено в г. Бугульме 51,5%, а в районе — 57,6% от общего числа лиц, подлежащих осмотру. Из общего числа впервые в жизни выявленных больных число больных с кавернозными формами по г. Бугульме составило 7,69%, а по Бугульминскому району — 10,8%.

Выявляемость больных активным туберкулезом легких в сельской местности, где ранее не проводились флюорографические осмотры, почти в два раза выше, чем в сельской местности, где такие осмотры проводились.

По данным литературы, до 70% больных с активными формами туберкулеза легких выявляются врачами амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений и около 30% при групповых обследованиях населения. По нашим данным, выявленные флюорографией больные с локальными формами к общему числу зарегистрированных составляют 63,5%.

Анализ работы флюорографов подтверждает бесспорное преимущество ширококадрового флюорографа перед узкокадровым.

По данным Бернара, флюорограмма 10×10 см дает по сравнению с обзорными рентгенограммами расхождение в диагнозе всего только в пределах 0,9%.

По нашим данным, выявленных больных с активным туберкулезом узкокадровым флюорографом в три раза меньше, чем ширококадровым, при условии, что осматриваемые контингенты были почти одинаковы в отношении возраста, условий труда и быта.

Большее число вновь выявленных больных среди городского населения приходится на возраст 25—50 лет, а среди сельского населения — на возраст 50—60 лет и старше.

Основное число bacillovymydeliteley падает на возраст 40—49 лет. Среди детей 12—14 лет не было выявлено локальных форм туберкулеза.

Выявлены следующие формы туберкулеза легких: очаговый туберкулез — 68,9%, инфильтративный — 16,9%, диссеминированный — 6,1% и кавернозный (все формы) — 8,1%.

Поступила 7 февраля 1964 г.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. КАЗАНИ

Р. В. Тухватуллина-Хамидуллина

Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.—проф. Ю. В. Макаров)
и кафедра организации здравоохранения и истории медицины
(зав.—проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

В настоящее время во многих городах СССР разработаны стандарты физического развития детей (Москва, Ленинград, Алма-Ата, Ташкент, Харьков, Куйбышев и др.) и ведутся динамические наблюдения за их физическим развитием (М. И. Корсунская, А. А. Горюнова, А. Г. Цейтлин и др.).

В ТАССР вопросы физического развития детей, главным образом школьного возраста, были посвящены работы Алексеевой-Козьминой (1929), А. В. Левицкого и А. В. Самойловой (1927), Ф. Г. Мухамедьярова (1935), В. В. Трейман (1945).

О физическом развитии детей дошкольного возраста имеются всего две работы: одна О. М. Войдиновой, относящаяся к 1938 г., и В. А. Трейман (1944). Поэтому

¹ В просмотре флюорограмм принимали участие врачи Г. И. Шиляева и И. Ф. Сатаев.

по предложению Минздрава РСФСР и ТАССР мы изучили физическое развитие детей в детсадах г. Казани.

Обследование проводилось в октябре — декабре 1961 и 1962 гг. Всего обследовано 4633 ребенка в 41 детсаду Советского, Бауманского и Приволжского районов г. Казани.

В статистическую разработку по унифицированной методике, предложенной А. Б. Ставицкой и Д. И. Арон, вошли 2089 карт детей (1013 девочек и 1076 мальчиков) русской национальности, родившихся и постоянно проживающих в г. Казани. Интервалы между возрастными группами составляли 6 месяцев при численности групп от 100 до 170.

В разработку не включались карты детей с резко выраженными костными деформациями после перенесенного рахита, умственно отсталых детей, родившихся недоношенными, детей, о которых не получены достаточные анамнестические данные.

Измерения проводились только в утренние часы. Детей раздевали и осматривали, определяли рост стоя и сидя, вес, окружность грудной клетки и головы, передне-задний и боковой диаметры грудной клетки.

По всем показателям выведены средняя арифметическая величина (M), ошибка средней арифметической (m), среднее квадратическое отклонение (σ) с его ошибкой, коэффициент регрессии, вариации и корреляции.

На основании полученных данных составлены стандарты физического развития детей в возрасте от 3,5 до 7 лет и оценочные (коррелятивные) таблицы по шкале регрессии.

Средние величины основных показателей в этом сообщении приведены в таблицах 1 и 2, которые могут служить стандартами физического развития русских дошкольников г. Казани.

Таблица 1

	Возраст (в годах)	Рост (в см)	Вес (в кг)	Окружность груди (в см)
Мальчики	4	100,86 $\pm$ 0,39	16,36 $\pm$ 0,17	54,79 $\pm$ 0,18
	5	106,86 $\pm$ 0,34	17,73 $\pm$ 0,16	56,08 $\pm$ 0,19
	6	113,56 $\pm$ 0,39	20,32 $\pm$ 0,20	58,78 $\pm$ 0,22
	7	118,19 $\pm$ 0,40	21,75 $\pm$ 0,20	59,88 $\pm$ 0,22
Девочки	4	99,56 $\pm$ 0,40	15,51 $\pm$ 0,16	54,74 $\pm$ 0,19
	5	107,07 $\pm$ 0,38	17,75 $\pm$ 0,17	55,61 $\pm$ 0,20
	6	112,67 $\pm$ 0,42	20,43 $\pm$ 0,19	56,81 $\pm$ 0,24
	7	118,46 $\pm$ 0,44	22,13 $\pm$ 0,25	58,91 $\pm$ 0,26

Наибольшая годовая прибавка роста, веса и окружности груди у мальчиков отмечается между 5-ю и 6-ю годами и равна по росту 6,7 см, по весу 2,6 кг, по окружности груди 2,7 см; наименьшее — между 6-ю и 7-ю годами и равно по росту 4,6 см, по весу 1,43 кг, по окружности груди 1,08 см.

У девочек наиболее интенсивный рост отмечается между четырьмя и пятью годами и равен 7,4 см. Нарастание веса идет более равномерно, в среднем около 2,5 кг в год.

Таким образом, положение Штратца (1922) об ускорении роста между шестью и семью годами нашими наблюдениями не подтверждается. Мы присоединяемся к мнению других авторов (А. А. Горюнова, Л. Х. Виленкина, Г. Фанкони) о более равномерном увеличении роста и веса в дошкольном возрасте.

Индивидуальная оценка физического развития обследованных детей позволила разделить их на пять групп: низкое физическое развитие, ниже среднего, среднее, выше среднего, высокое. Соотношение их в процентах к общему числу обследованных детей представлено в табл. 2.

Общий уровень физического развития русских дошкольников г. Казани вполне удовлетворительный, дети с физическим развитием ниже среднего составляют незначительный процент от общего числа детей.

При сопоставлении наших наблюдений 1961—1962 гг. с данными за 1944 год (В. А. Трейман) необходимо подчеркнуть, что положительные сдвиги в основных показателях физического развития за прошедшие 18 лет

Таблица 2

Физическое развитие	Мальчики		Девочки	
	N	%	N	%
Низкое	22	2,04	37	3,65
Ниже среднего . . .	68	6,32	90	8,88
Среднее	836	77,69	759	74,91
Выше среднего . . .	102	9,47	81	7,98
Высокое	48	4,76	46	4,53
Всего	1076	100	1013	100

гсворят о повышении жизненного уровня и здоровья населения, о ликвидации последствий военного времени, что отмечено и по другим городам: Москве (М. И. Корсунская), Орлу (М. Д. Большакова), Куйбышеву (Л. П. Кочеткова).

Сравнивая наши данные с показателями физического развития московских дошкольников в 1958—1959 гг. (М. И. Корсунская), отметим, что рост и вес 4- и 6-летних мальчиков Казани и Москвы одинаковы, а в возрасте 5 и 7 лет казанцы несколько уступают москвичам.

По окружности груди обследованные нами дошкольники превышают москвичей. Например, окружность груди у мальчиков-казанцев в возрасте 4 лет 54,8 см, а у москвичей 53,88 см. Примерно такая же разница и в других возрастных группах.

Дошкольницы г. Казани имеют более низкие, чем в Москве, показатели роста и веса во всех возрастных группах, а по окружности груди немного превышают московских ровесниц.

Казанские дошкольники по своему физическому развитию ничем существенно не отличаются от куйбышевцев (А. П. Кочеткова — 1958—1959 гг.), и только вес казанских мальчиков семи лет и девочек четырех лет ниже, чем у куйбышевцев. Объем груди у 6-летних мальчиков и 4- и 5-летних девочек несколько больше, чем у их ровесников в г. Куйбышеве.

Рост и окружность груди русских дошкольников г. Казани значительно превышают показатели для русских дошкольников г. Пензы за 1958—1959 гг., например, рост мальчиков Пензы 6 лет равен 111,61 см, а Казани — 113,56 см, у 7-летних мальчиков соответственно 115,61 и 118,19 см; весовые же показатели у них близки.

ВЫВОДЫ

1. Уровень физического развития русских дошкольников г. Казани следует признать удовлетворительным.

2. Значительные положительные сдвиги в физическом развитии дошкольников г. Казани за последние 18 лет говорят об улучшении состояния здоровья наших детей и, следовательно, об общем повышении жизненного уровня.

3. Показатели физического развития русских дошкольников г. Казани близки к таковым дошкольников Москвы, Куйбышева и превышают г. Пензы, поэтому разработанные нами стандарты физического развития и оценочные таблицы могут быть предложены учреждениям здравоохранения г. Казани для практического их использования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева-Козьмина. Педиатрия, 1927, 3. — 2. Большаков М. Д. Физическое развитие детей г. Орла. 1943—1946 гг. Автореф. канд. дисс., М., 1947. — 3. Войдинова О. М. Педиатрия, 1938, 9. — 4. Корсунская М. И. Опыт динамического контроля за физическим развитием детей в детских садах Москвы. Педиатрия, 1957, 12. — 5. Ставицкая А. Б. и Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков. М., Медгиз, 1959. — 6. Материалы по физическому развитию детей и подростков, вып. 1, М., Медгиз, 1962. — 7. Фанкони Г. и Вальгрен А. Руководство по детским болезням. Перевод с немецкого. М., Медгиз, 1960. — 8. Труды Казанского медицинского института, т. 1—2, Казань, 1935. — 9. Цейтлин А. Г. Тез. науч. конф. по вопросам школьной гигиены, М., Медгиз, 1958.

Поступила 6 февраля 1963 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

К ИСТОРИИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТАТАРИИ (1917—1920 гг.)¹

Г. А. Чуцелин

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины (зав. — проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института.

После победы Великой Октябрьской социалистической революции в 1917 г. перед пришедшим к власти рабочим классом и Коммунистической партией в ряду множества задач по созданию нового общественного строя и государственного управления встала задача организации советских органов здравоохранения. Разре-

¹ Доложено на заседании Об-ва историков медицины Каз. мед. ин-та 26 сентября 1963 г.