

показателей для рабочих совхозов. Разность показателей по всем и по пяти совхозам за 1962, 1963 и 1965 гг., а также по пяти совхозам за 1960 и 1965 гг. статистически достоверна с вероятностью более 95% ($t = 2,5-3,4$).

Снижение уровня заболеваемости по пяти совхозам происходит в основном за счет таких хронических заболеваний, как гипертоническая и язвенная болезнь, туберкулез органов дыхания, ревматические заболевания и болезни сердца. По другим же совхозам области отмечается некоторый рост этих заболеваний. На протяжении 6 лет по пяти совхозам отмечается также более низкий уровень заболеваемости простудными заболеваниями, гнойничковыми болезнями кожи и острыми желудочно-кишечными заболеваниями по сравнению со среднеобластными показателями для рабочих совхозов.

С целью более конкретного установления зависимости заболеваемости с временной утратой трудоспособности от форм организации медицинской помощи рабочим совхозов нами было проведено выборочное изучение заболеваемости по двум группам однотипных совхозов с относительно одинаковой доступностью и уровнем медицинской помощи, но разными организационными формами. Заболеваемость в этих совхозах изучалась за 1963—1965 гг. по специально составленным персональным картам, заполненным на кадровых рабочих (около 3000 чел.), проработавших в совхозе не менее 3 лет. «Индекс здоровья» (т. е. контингент лиц, не терявших трудоспособность) в совхозах «Восход» и «Гамовский», которые обслуживались медсанчастями по производственному принципу, был выше (65,4%), чем в совхозах «Воловский» и им. Мичурина, которые обслуживались участковой больницей («индекс здоровья» здесь составил 51,3). Соответственно в совхозах «Воловский» и им. Мичурина удельный вес рабочих, терявших трудоспособность, особенно 2—3 раза и более, был выше, чем в совхозах «Восход» и «Гамовский». Интенсивные показатели заболеваемости в случаях и днях нетрудоспособности также более благоприятны в группе совхозов, обслуживаемых по производственному принципу.

Такая закономерность по этим двум группам совхозов выявляется также при анализе заболеваемости по отдельным группам болезней, что свидетельствует о более высокой эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий в совхозах, обслуживаемых по производственно-территориальному принципу.

Таким образом, опыт работы органов и учреждений здравоохранения Тульской области по организации медико-санитарной помощи рабочим совхозов показывает, что внедрение в деятельность сельских медицинских учреждений производственного принципа дало возможность медицинским работникам более глубоко изучать состояние здоровья рабочих, условия их труда и быта, а также полнее проводить лечебно-оздоровительные мероприятия по укреплению здоровья и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Создание медико-санитарных частей на базе участковых больниц способствовало на данном этапе более активному внедрению производственного принципа.

Дальнейшее совершенствование организационных форм медико-санитарной помощи труженикам села, по нашему мнению, должно развиваться по линии расширения и внедрения в практику сельских лечебно-профилактических учреждений производственного принципа обслуживания — основы активной профилактики и проведения всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Однако было бы неправильным связывать дальнейшее внедрение производственного принципа только с организацией медсанчастей. В перспективе, когда наметилась тенденция к укрупнению сельских участковых больниц, которые будут обслуживать несколько хозяйств, целесообразно использовать опыт производственно-территориального обслуживания рабочих совхозов в организации цеховой участковой на базе мощных межсовхозно-колхозных участковых больниц, не создавая медсанчастей. Необходимо также изучить возможность организации цеховой участковой в условиях самостоятельных врачебных амбулаторий, которые должны развертываться на месте малоперспективных сельских участковых больниц.

Важнейшим условием для перехода к дифференцированному обслуживанию по производственному принципу является укомплектованность сельских лечебно-профилактических учреждений врачебными кадрами.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛХОЗНИКОВ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

И. Г. Низамов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Бавлинская центральная районная больница (главврач — И. Г. Низамов)

До настоящего времени вопрос о заболеваемости с временной утратой трудоспособности у работников колхозного производства не получил должного отражения в литературе. Имеются только отдельные работы, посвященные этой проблеме (М. М. Чумак, 1961; М. Ф. Мазурик, 1961; Т. П. Дубовская, 1956, 1959, 1964, и др.).

В 1954 г. Министерство здравоохранения СССР разработало инструкцию о порядке выдачи справок о болезни членам колхоза и была утверждена учетная форма № 289.

В 1967 г. нами было начато изучение заболеваемости колхозников с временной утратой трудоспособности в Бавлинском районе ТАССР. Ввиду неполного учета справок, выданных медицинскими учреждениями района, пришлось сделать выписку данных с листов нетрудоспособности и справок ф. № 289 в бухгалтериях колхозов. Анализ проведен по всем 17 колхозам района, имеющим в основном животноводческое направление. Обработка материала проведена на местной машинно-счетной станции.

В 1967 г. оплата по листкам нетрудоспособности и справкам ф. № 289 во всех колхозах района производилась с первого дня нетрудоспособности до трех месяцев, после чего больных при необходимости направляли на ВТЭК.

По данным годовых отчетов колхозов, в колхозном производстве участвовал 6661 колхозник. Заболеваемость в абсолютных числах составляет: в случаях — 1431, в днях — 25136. При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности по кварталам года отмечается заметное увеличение случаев и дней временной нетрудоспособности в I и IV кварталах. Оно идет в основном за счет гриппа, острого катара верхних дыхательных путей и заболеваний периферической нервной системы.

Таблица 1

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности колхозников Бавлинского района ТАССР за 1967 г. (на 100 работающих)

Колхозы	Случаи	Дни
„Байкал“	37,7	581,4
„Берлек“	10,6	243,4
им. Ильича	39,1	533,1
им. К. Маркса	26,1	567,1
„Канаш“	11,9	379,3
„Коммунизмга“	35,2	553,2
им. Кирова	18,4	307,0
им. Ленина	7,0	167,0
„Ленин юлы“	17,1	352,9
„Новая деревня“	17,0	604,9
„Правда“	25,2	473,7
им. XXI партсъезда	13,1	282,7
„Победа“	8,0	184,1
„Совет“	13,0	232,8
им. Тукая	30,0	492,0
„Урал“	14,6	117,8
им. Фрунзе	38,2	613,4
В среднем	21,5	377,3

Наибольшее число случаев временной нетрудоспособности (39,1 на 100 работающих) было в колхозе им. Ильича, а наибольшее число дней (613,4) — в колхозе им. Фрунзе; наименьшее число случаев на 100 работающих (7,0) — в колхозе им. Ленина, наименьшее число дней (117,8) — в колхозе «Урал». Средние показатели по району составляют в случаях 21,5, в днях — 377,3 на 100 работающих.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности по нозологическим формам и профессиональным группам изучена в 9 наиболее типичных колхозах района (табл. 2).

Болезни половины всех случаев и дней занимают такие нозологические формы, как заболевания периферической нервной системы, грипп и острый катар верхних дыхательных путей, ангина, пиодермия и несчастные случаи на производстве. Среди этих заболеваний на первом месте стоят несчастные случаи на производстве (3,1), на втором — грипп и острый катар верхних дыхательных путей (2,8), на третьем — заболевания периферической нервной системы (2,6). По количеству дней утраты трудоспособности первое место занимают заболевания периферической нервной системы (68,4), второе — несчастные случаи на производстве (48,6), третье — пиодермия (22,2). Все 3 группы заболеваний чаще встречаются у механизаторов, причем длительность временной нетрудоспособности у них гораздо больше, чем у животноводов и растениеводов. Это, по-видимому, связано с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями труда (неравномерная интенсивность труда в разные времена года, неблагоприятный микроклимат в кабинах сельскохозяйственных машин, вынужденное положение тела в течение длительного времени, недостаточная освещенность рабочего места, вибрация и т. д.), несоблюдением правил техники безопасности, отдельными упущениями в лечебно-профилактическом обслуживании работников ведущих профессий сельского хозяйства.

Частота отдельных заболеваний в профессиональных группах колхозников Бавлинского района ТАССР (в случаях и днях на 100 работающих)

Профессиональные группы	Нозологические формы													
	нечастные случаи на производстве		заболевания периферической нервной системы		грипп и острый катар верхних дыхательных путей		ангина		панариции, абсцессы, флегмоны		фурункулы, карбункулы, гидрадениты		прочие	
	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.
Всего . . .	3,1	48,6	2,6	68,4	2,8	21,6	2,2	12,6	1,2	15,6	2,6	22,2	6,1	210,0
В том числе:														
Механизаторы . . .	4,9	103,0	3,1	77,0	2,1	20,3	0,9	8,4	1,5	14,2	1,2	30,6	9,4	263,0
Животноводы . . .	2,8	24,3	2,9	39,8	3,2	21,1	1,5	13,2	1,3	17,3	1,1	13,8	12,2	244,0
Растениеводы и прочие . . .	1,7	34,9	2,3	55,9	1,4	10,5	1,1	7,4	0,8	10,3	0,6	12,5	4,8	182,0

Ангиной, гриппом, катаром верхних дыхательных путей чаще и длительнее болеют животноводы. Этому способствуют сырость, низкая температура, сквозняки на фермах. Систематическое проведение анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по колхозам, бригадам позволяет своевременно принимать необходимые меры как по улучшению санитарно-гигиенических условий труда, так и по повышению качества медицинского обслуживания колхозников.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 617.7—007.681—616—089

СПОСОБ ПОСЛОЙНОГО ИССЕЧЕНИЯ УЧАСТКА ТРАБЕКУЛЫ И ШЛЕММОВА КАНАЛА (ТРАБЕКУЛОСИНУСОЭКТОМИЯ)

Проф. А. П. Нестеров

(Казань)

Известен способ иссечения трабекулы вместе с участком шлеммова канала, описанный Кеирнс в 1968 г., М. М. Красновым и Л. Н. Колесниковой в 1969 г. После приготовления конъюнктивального лоскута выкраивают поверхностный лоскут склеры основанием (или вершиной) к лимбу. Из глубоких слоев склеры параллельно лимбу иссекают полоску шириной 2 мм. Предполагается, что в эту полоску попадает шлеммов канал и трабекула. На склеральный лоскут и конъюнктиву накладывают швы.

Описанный способ имеет два недостатка. Первый заключается в трудности, а иногда даже невозможности иссечения трабекулы и синуса по всей их ширине. Проведенные нами совместно с Ю. Е. Батмановым исследования показали, что только в 41% шлеммов канал находится на некотором расстоянии (до 0,3 мм) впереди от цилиарного тела. В 40% исследованных глаз задний край канала совпадал с передним контуром цилиарного тела, а в 19% наблюдений канал (а вместе с ним и трабекула) на треть — половину своей ширины заходили назад от переднего края цилиарного тела.

Второй недостаток заключается в трудности проведения разреза глубоких слоев склеры точно в области склеральной шпоры. Шпора имеет ширину в среднем около 0,1 мм. Обнаружить ее через глубокие слои склеры удается не всегда даже при использовании операционного микроскопа. Если разрез глубоких слоев склеры будет проведен назад от шпоры, пострадает цилиарное тело. При смещении разреза слегка впереди (на 0,2—0,3 мм) шлеммов канал и деятельная часть трабекулы останутся вне зоны резекции.

Целью данного предложения является разработка простого, доступного для любого офтальмохирурга способа, гарантирующего иссечение синуса и трабекулы на определенном участке по всей их ширине, с последующим полным или частичным закрытием образовавшегося дефекта лоскутом склеры.