

Риниты, фарингиты, ларингиты выявлены у 47% рабочих основной группы. Жалобы на частые носовые кровотечения были у 7,8%, на постоянную сухость в носу и горле — у 15,5%, затрудненное носовое дыхание — у 9,5%, неприятные ощущения в глотке (першение, царапанье) — у 8,75% и периодически наступающую охриплость — у 3,7%. Сухость в носу и горле чаще беспокоили летом. Катаральные изменения слизистой оболочки найдены у 24,8% обследованных, гипертрофические — у 8,4%, суб- и атрофические — у 13,5%, вазомоторные риниты — у 3,95%, хронический тонзиллит — у 11%, хронический гнойный средний отит — у 2,5%, негнойные заболевания ушей — у 2%. Хронический ринит диагностирован у 31,7%, хронический фарингит — у 15,6% и хронический ларингит — у 5,7% рабочих, тогда как в контрольной группе указанные заболевания встречались в 2—3 раза реже.

Обоняние оказалось сниженным у 36,7% рабочих основной группы, а в контрольной группе — только у 14%. Температура слизистой оболочки носа у первых была ниже ($31,4 \pm 1,7^\circ$), чем у вторых ($33,1 \pm 0,4^\circ$). Цитологические исследования выявили у рабочих основной группы воспалительные и дегенеративные изменения слизистой оболочки носа, проявляющиеся усиленной эмиграцией лейкоцитов, десквамацией цилиндрического эпителия и его метаплазией в плоский. С увеличением стажа работы количество патологических изменений со стороны ЛОР-органов нарастает (коэффициент корреляции указывает на прямую связь), и процесс принимает нисходящий характер, а дистрофические явления становятся более глубокими.

Сухость и шелушение кожных покровов обнаружены у 54% рабочих производства изопренового каучука, причем у женщин чаще на ногах, у мужчин — на руках. Рабочие, у которых во время осмотра кожа не была изменена, отмечали появление сухости и шелушения после контакта с формальдегидной водой. Лишь отдельные рабочие не предъявляли подобных жалоб. У 4 рабочих были выявлены дерматиты, у 28 в анамнезе отмечены контактные дерматиты, сохранявшиеся в течение нескольких дней. У части работающих поражение периодически рецидивировало. 30 человек, контактировавших с формальдегидной водой и диметилдиоксаном, указывали на однократное или повторное появление на предплечьях и тыле кистей «красных пятен», разрешавшихся в течение нескольких часов или первых суток. 9 рабочим с дерматитами и экземой были поставлены кожные пробы с производственными веществами, у 6 они оказались положительными. У 13 из 28 рабочих, у которых в анамнезе отмечены контактные дерматиты и «красные пятна», кожные пробы также оказались положительными. У 10 чел. обнаружены поверхностные депигментированные рубцы на коже верхних и нижних конечностей вследствие ожогов за период работы в цехах: у 9 — от горячего пара, у 1 — от серной кислоты. Поражение кожи чаще всего возникало у лаборантов (25,5%), аппаратчиков, особенно женщин (18,7%), слесарей и электриков (12%).

За 1966—1968 гг. число дней нетрудоспособности на 100 работающих в наиболее неблагоприятных цехах в 2—3 раза больше, чем в целом по заводу. Особенно наглядна разница этих показателей по гриппу, катару верхних дыхательных путей, ангинам, бронхитам и пневмониям, а также по группе прочих заболеваний. Из-за гриппа и катара верхних дыхательных путей в 1967 и 1968 гг. по заводу было потеряно 78 и 70 дней, а по одному из цехов — соответственно 157 и 194; по бронхитам и пневмониям за эти же годы данные по тому же цеху превышают общезаводские в 4 и 2,6 раза. Очевидно, диметилдиоксан, формальдегид, изопрен и изобутилен снижают сопротивляемость организма к инфекциям и ведут к увеличению обших заболеваний, особенно дыхательных путей.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—084—618.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Проф. З. Н. Якубова, Р. Х. Амиров

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 6-й роддом (главрач — Р. Х. Амиров) г. Казани

Проблема регуляции народонаселения изучается в настоящее время Всемирной Организацией Здравоохранения, а правительства ряда стран приняли ее программу свою национальную политику. В Советском Союзе мероприятия, проводимые по охране материнства и детства, направлены на то, чтобы предоставить женщине возможность выполнения своих материнских обязанностей, совмещая их с активным участием во всех областях производственной, государственной и общественной жизни страны.

После указа Президиума Верховного Совета СССР от 3/XI 1956 г. «Об отмене запрещения аборт» снизился процент криминальных абортов и связанных с ним тяжелых осложнений. Однако число искусственно прерываемых беременностей в акушерско-гинекологических учреждениях остается высоким, а вредные последствия их внушают опасения за состояние здоровья женщин. Все это заставило ученых изыскивать новые средства для предупреждения нежелательной беременности.

В настоящее время все более широкое распространение получают два современных метода предохранения от беременности: синтетические гормональные препараты (оральные гестагены) и механические внутриматочные средства (ВМС).

Механизм действия синтетических гестагенов основан на подавлении овуляции. Несмотря на высокий процент (по данным ряда авторов, до 100) контрацептивного действия, указанные препараты в нашей стране еще не нашли широкого применения, по-видимому, из-за отмечаемых многими авторами осложнений (тромбозы, нарушение менструального цикла, обмена веществ, поражение почек и др.); отрицательной стороной гестагенов является и неудобство их использования, заключающееся в необходимости ежедневного приема до 20-го дня каждого менструального цикла. Нарушение этого правила резко снижает эффективность метода.

Современные достижения химии, физики и биологии принесли успех в решении вопроса о внутриматочной контрацепции — появилась идея использования полиэтилена и других синтетических средств в целях предохранения от беременности. После опубликования работ Опленгеймера (1959) и Ишихамо (1959) об успешном длительном применении внутриматочных средств этот способ контрацепции быстро распространился во многих странах.

В конце 1967 г. общими усилиями коллектива медико-инструментального завода и других организаций было освоено производство внутриматочных противозачаточных средств (петель типа Липпа, зонтиков Чиладзе и др.). Это дало возможность Казанскому медицинскому институту совместно с органами здравоохранения ТАССР организовать на базе роддома № 6 г. Казани Республиканский противозачаточный кабинет, который работает с апреля 1968 г.

Итоги первых двух лет работы кабинета показывают достаточную эффективность и целесообразность внутриматочной контрацепции. За прошедшие два года кабинет провел большую работу по пропаганде нового метода предупреждения беременности среди населения, а также по передаче опыта работы курсантам Казанского ГИДУВа, акушерам-гинекологам республики, направленным главным специалистом ТАССР на рабочие места, и студентам старших курсов медицинского института.

В начале второго года работы центра, после подготовки на рабочих местах специальных кадров, в помощь центру были организованы 6 филиалов, из них 4 — в районах ТАССР. В настоящее время под наблюдением кабинета и его филиалов находится более 6000 женщин, все они взяты на строгий диспансерный учет. На каждую женщину заведены специально разработанные карты и менструальный календарь. Последний выдается на руки женщине в день введения ВМС. Повторные осмотры проводятся врачом кабинета через месяц (после первой менструации), затем через 3, 6 и 12 месяцев после введения. При каждом посещении женщина подвергается клиническому и лабораторному (степень чистоты влагалищного мазка, РОЭ и лейкоцитоз) исследованиям. Через 3 месяца после вставления ВМС женщина переходит под наблюдение женской консультации по месту жительства.

Степень эффективности контрацептива определяется формулой Пирла (Г. И. Садовокосова, 1969)

$$E = \frac{A \times 1200}{B},$$

где E — эффективность контрацептива, A — число наступивших нежелательных беременностей, B — общее количество месяцев экспозиции, когда женщина могла забеременеть, 1200 — число месяцев в 100 годах.

Эффективность современных внутриматочных контрацептивов, по разным авторам, колеблется от 0,8 до 4,8.

А. А. Вербенко и С. Е. Ильин разработали более точный метод расчета определения степени эффективности контрацептива, но он сложнее (учитывается отдельно возрастной состав супружеских пар, сроки экспозиции контрацептива по сравнению с теми же возрастными группами, но не применявшими противозачаточных средств). Предложенная авторами формула выглядит следующим образом:

$$E = \frac{A - B \times 100}{A},$$

где E — эффективность противозачаточного средства в процентах, A — число зачатий за определенный срок на 100 женщин, не применявших противозачаточных средств, B — число зачатий на определенный срок на 100 женщин, применявших противозачаточные средства.

По нашему мнению, в повседневной практике вполне применим расчет по общепринятой формуле Пирла.

Эффективность внутриматочных контрацептивов казанского производства за первый год применения, подсчитанная по формуле Пирла, колеблется в пределах 1,8—5,5.

Коэффициент 1,8 относится к петле Липпа № 3, а 5,5 — к зонтикам Чиладзе и к петлям Липпа № 1 и № 2. В настоящее время мы применим только петли (преимущественно № 3 и реже № 2), как более эффективные и безвредные.

Большие трудности возникли при комплектовании штатов кабинета, так как в штатных расписаниях родовспомогательных учреждений таковые не предусмотрены. Для нормальной работы кабинета необходимы: врач, две сестры и санитарка. В республиканском кабинете в соответствии с объемом и профилем работы должно быть два врача, две медсестры, регистратор, санитарка и медстатист. Безусловно, содержание этих штатов в будущем компенсируется сокращением числа абортот и освобождением медицинских работников, занятых в настоящее время искусственным прерыванием беременности.

Регулярные повторные осмотры женщин, носящих внутриматочные контрацептивы, представляют собой по сути дела диспансеризацию женщин чадородного возраста и будут способствовать массовому оздоровлению женского населения страны. Это возможно только в социалистических странах, где медицинское обслуживание бесплатное.

Исходя из опыта первых двух лет работы республиканского кабинета, мы считаем возможным предложить следующее.

1. В целях широкой пропаганды и разумного внедрения новых методов контрацепции необходимо организовать республиканские и областные кабинеты профилактики беременности, основными функциями которых являются: а) подготовка и обучение врачебных кадров; б) дальнейшее изучение проблем контрацепции; в) контроль и координация деятельности районных противозачаточных кабинетов.

2. Противозачаточные кабинеты должны быть организованы на базе стационаров акушерско-гинекологических объединений с привлечением к организационно-методической и научно-исследовательской работе сотрудников медицинских институтов.

3. Документация наблюдения за женщинами должна быть единой для всех противозачаточных кабинетов.

4. По истечении 3 месяцев после введения ВМС дальнейшее наблюдение за женщинами можно передавать в женские консультации по месту жительства.

5. Республиканский противозачаточный кабинет не может существовать как самостоятельная единица. Целесообразно открытие республиканских центров планирования семьи, имеющих в своем составе 2 кабинета: а) кабинет профилактики беременности, или противозачаточный; б) кабинет по борьбе с бесплодием.

Наш республиканский центр планирования семьи в составе 2 указанных выше отделений начнет функционировать в ближайшие месяцы.

УДК 616.711—007.5

НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

М. А. Яблонских

(Казань)

Научные руководители — проф. Л. И. Шулуто и канд. мед. наук М. А. Самсонова

Воспитание правильной осанки у дошкольников и детей школьного возраста не может быть оторвано от заботы об их здоровье и физическом развитии. Нарушения нормальной осанки начинаются в раннем возрасте. Они могут развиваться, если ребенка носят на одной руке, если он спит на одном боку, при несоответствии размеров мебели росту ребенка, неправильном физическом воспитании, общей гипотонии, рахите, хроническом заболевании легких и др.

По мнению многих авторов, наиболее эффективным в предупреждении нарушений осанки и деформаций позвоночника у детей является систематическое и более раннее (в дошкольном и младшем возрастах) проведение общих оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление физического развития и повышение сопротивляемости организма ребенка к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды (рациональный режим питания, сна и отдыха, соблюдение правильной статической позы).

Нарушения осанки делятся на сагиттальные и фронтальные (система Л. И. Шулуто).

Под сагиттальными нарушениями осанки подразумеваются изменения в статике позвоночника в передне-заднем направлении (плоская и плосковогнутая, круглая и кругловогнутая спина, кифоз и лордоз). Асимметричное расположение плечевого и тазового пояса, не дающее искривления позвоночника, рассматривается как фронтальное нарушение осанки. Нарушение осанки может в дальнейшем способствовать развитию более сложных деформаций позвоночника.

Для определения частоты и характера нарушения осанки у детей дошкольного возраста и выявления факторов, вызывающих эти нарушения, нами было осмотрено более 500 детей в возрасте от 2,5 до 7 лет из 4 детских садов и комбинатов г. Казани. Результаты приведены в таблице.