

Симптомы	Число больных, у которых проявлялись симптомы							
	с I стадией заболевания		со II стадией		с III стадией		после операции	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
Адинамия, вялость.	62	10	12	7	1	1	5	1
Одышка . . . . .	9	3	2	2	2	1	—	—
Субфебрилитет . . .	5	—	3	—	—	—	—	—
Плохой сон . . . . .	29	5	6	—	1	—	3	—
Плохой аппетит . . .	86	25	14	7	1	—	4	—
Частые обострения.	—	—	2	2	—	—	—	—

## РОЛЬ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ В ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕФТЯНИКОВ

Г. Х. Хузин

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и санаторий-профилакторий треста «Татбурнефть» (главрач — Г. Х. Хузин)*

Одно из ведущих мест среди причин потери трудоспособности у рабочих-нефтяников, особенно занятых в бурении, принадлежит различным поражениям периферической нервной системы (М. Х. Вахитов). Они возникают через разные сроки от начала работы в бурении, иногда через 1—3 года, нередко у рабочих молодого и среднего возраста (Н. А. Мустаева). Это объясняется тем, что несмотря на технический прогресс, механизацию и автоматизацию ряда процессов, при современной технологии добычи нефти имеется ряд факторов, способствующих возникновению заболеваний периферической нервной системы.

Мы изучили материалы о 120 больных с заболеваниями периферической нервной системы, лечившихся в санатории-профилактории за 1959—1965 гг. У 108 из них были первичные или вторичные подострые или хронические пояснично-крестцовые радикулиты, радикулоалгии, у 12 — шейные или шейно-плечевые хронические плекситы или плексалгии. В возрасте от 20 до 29 лет было 7 чел., от 30 до 49 лет — 27 и от 50 до 59 лет — 16. 32 чел. работали в конторе бурения № 1, 30 — в специализированном управлении механизированных работ, 22 — в вышкомонтажной конторе, 20 — в конторе энергохозяйства, 9 — в тампонажной конторе, 6 — в автотранспортной, 1 — в управлении треста. Среди больных преобладали работающие непосредственно в поле, на буровой.

В зависимости от обострения или затишья процесса больные получали физиотерапевтическое лечение (индуктотермию, нафталано-парафиновые аппликации, кристаллотерм, ультрафиолетовое облучение и соллюкс, токи УВЧ, ноногальванизацию с 2—5% новокаином, гальваногрязь); медикаментозное (внутрикожные инъекции 0,5—1% новокаина по М. И. Аствацатурову в область наибольшей болезненности по ходу седалищного нерва, новокаиновые блокады паравертебрально 0,25% раствором; антибиотики, внутривенные инъекции 0,25—0,5% новокаина по 5—10 мл), витаминотерапию (витамин В<sub>1</sub> под кожу и внутримышечно, витамин В<sub>12</sub> в различных дозировках). Отдельным больным назначали прозерин, дибазол. В последние годы начали применять препараты пчелиного и змеиного ядов, а также пирабугол (Б. Г. Будашевский), амидопирин, анальгин, пиркофкаин, пинат, салитропин. Применяли и тканевые препараты — стекловидное тело, плазмол; биостимуляторы — алоэ, пелоидодестиллат, фибс; средства, успокаивающие центральную нервную систему, — микстуры Бехтерева и Павлова, гальванический воротник с 2% бромистым натрием по Шербаку, хвойные и хвойно-солевые ванны.

После выписки из профилактория больные продолжали находиться под наблюдением.

В описываемой группе больных в течение года до лечения в профилактории было 160 случаев обострений заболеваний периферической нервной системы и 2091 день утраты трудоспособности по этому поводу; после лечения число больных, пользовавшихся листком временной нетрудоспособности, сократилось на две трети. На 63% снизилось число рецидивов (со 160 до 59) и на 62% — общее число дней утраты трудоспособности (с 2091 до 798). Уменьшилась и частота обострений. Если до лечения в профилактории по 2 и более обострений в год имели 29 чел., то после лечения число их сократилось до 12 чел., а 79 чел. (66%) вообще не имели обострений.

Таким образом, после лечения в профилактории у многих больных снизилась частота обострений или они вообще не возникали. Однако, если обострения все же развивались, их продолжительность оставалась такой же, как и до лечения в профилактории. Это связано с тем, что обострения отмечались лишь у лиц (41 чел.), которые страдали упорными и тяжелыми формами заболеваний, трудно поддающимися лечению. Однократное пребывание в профилактории у этих больных не дало положительного эффекта.

Пребывание больных в санатории-профилактории приводит к снижению и общей заболеваемости. Мы не склонны считать, что снижение заболеваемости является результатом только лечения больных в санатории-профилактории. Здесь, безусловно, сказались и другие факторы. Несомненно, механизация и частичная автоматизация трудовых процессов в бурении повлияли на снижение заболеваемости в буровых конторах треста. В то же время во вспомогательных конторах, где меньше внедряется новая техника, снижения заболеваемости от поражений периферической нервной системы не отмечается.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вахитов М. Х. Некоторые данные о заболеваемости рабочих нефтяной промышленности Татарской АССР за 1954—1957 гг. Автореф. канд. дисс., Казань, 1958. —
2. Мустаева Н. А. Казанский мед. ж., 1962, 1.

## ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616.1/4 (092 Рахлин)

### ПРОФЕССОР ЛЕОПОЛЬД МАТВЕЕВИЧ РАХЛИН

(К 70-летию со дня рождения)

В январе 1968 г. исполнилось 70 лет со дня рождения и 45 лет врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности заведующего первой кафедрой терапии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина заслуженного деятеля науки ТАССР, доктора медицинских наук, профессора Леопольда Матвеевича Рахлина.

Леопольд Матвеевич в первую очередь терапевт-клиницист, впитавший в себя все лучшее и ценное из казанской школы терапевтов и далее развивший богатое наследие прошлого.

Студентом он слушал лекции виднейших представителей этой школы профессоров С. С. Зимницкого, М. Н. Чебоксарова и Н. К. Горяева. По окончании в 1922 г. медицинского факультета Казанского университета Леопольд Матвеевич был оставлен ординатором в терапевтической клинике ГИДУВа у проф. Р. А. Лурья и работал в отделении С. С. Зимницкого. В этой клинике уделялось большое внимание индивидуальным особенностям каждого больного, его жалобам и душевным переживаниям, изучалась «внутренняя картина» болезни. В основе такого подхода лежало убеждение в единстве и взаимодействии телесного и духовного начала. По существу такой подход отражал учение И. П. Павлова о роли нервной системы, включая высшую нервную деятельность, в жизнедеятельности организма. С другой стороны, для клиники проф. Р. А. Лурья характерно было обязательное широкое привлечение к изучению больного всего арсенала лабораторных и инструментальных исследований, что позволяло вскрывать происходившие под влиянием болезни физиологические сдвиги.

С первых лет своей врачебной деятельности Леопольд Матвеевич работал в физиологической лаборатории проф. А. Ф. Самойлова, где проявил себя увлеченным исследователем. Из лаборатории проф. А. Ф. Самойлова пришла в клинику электрокардиография, и Леопольд Матвеевич был одним из пионеров внедрения в практику этого ценнейшего и незаменимого метода изучения деятельности сердца. Он создал в ГИДУВе при терапевтической клинике электрофизиологическую лабораторию, вложив в это дело много труда, забот и организационных усилий.

Первые исследования Леопольда Матвеевича были посвящены различным вопросам клиники внутренних болезней, в основном обменным нарушениям. Начиная же с 1934 г. он полностью отдается проблемам электрокардиографического изучения сердца в патологии. Выполненная и защищенная им в 1936 г. докторская диссертация на тему: «ЭКГ при компенсаторных нарушениях в миокарде» вылилась в последующем в монографию. Вся дальнейшая научная работа Леопольда Матвеевича и его много-

