

выше, в четкой организации работы женской консультации по выявлению доклинических (патологическая прибавка веса, лабильность сосудов, функциональные пробы, кондуктометрия и т. п.) и начальных форм позднего токсикоза беременных с обязательной своевременной госпитализацией.

Прогноз благоприятен. Повышение квалификации врачей, соответствующее регламентирование и оснащение женских консультаций, организация в роддомах палат интенсивной терапии, совместная работа с анестезиологами-реаниматологами, своевременное выявление, госпитализация и лечение беременных с поздним токсикозом будут способствовать снижению частоты тяжелых форм болезни, в том числе и эклампсии.

Мы видим благоприятность прогноза и в перспективном развитии содружества акушеров с другими специалистами—педиатрами, терапевтами, нефрологами, невропатологами, эндокринологами, так как поздний токсикоз беременных возникает на фоне гипертонической болезни (в 20—40% случаев), эндокринопатии (в 15—25%), заболеваний почек (до 47%), изосерологической несовместимости (до 26%).

По-видимому, в дальнейшем такое творческое содружество в работе по оздоровлению ныне живущего поколения женщин и рождение нового здорового поколения с более совершенными механизмами адаптации будет служить залогом ликвидации позднего токсикоза беременных вообще и эклампсии в частности.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.379—008.64—039.71:362.174

### ПРЕДПОСЫЛКИ К ПОСТРОЕНИЮ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА КО ВСЕОБЩЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

*Ш. М. Вахитов, В. В. Талантов*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. И. Г. Низамов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Сахарный диабет является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний: в ряде стран он занимает третье место среди причин смерти, первое — среди причин слепоты населения; в 25 раз усиливает предрасположенность к слепоте, в 17—к заболеваниям почек, в 5—к гангренозным поражениям нижних конечностей, в 2—к болезням сердца [5]. Пораженность населения сахарным диабетом постоянно растет и достигает в развитых странах 3% [3], при этом установлено, что уровень заболеваемости, выявленный по данным обращаемости населения за медицинской помощью, может быть в несколько раз ниже того, который определяется по результатам медицинских осмотров [7].

Существует множество предрасполагающих к сахарному диабету факторов, прежде всего избыточный вес [8], который отмечается у 30—50% населения развитых стран [2, 3]. Общепризнано [8], что рождение ребенка с массой тела, превышающей 4,0—4,5 кг, означает увеличение вероятности развития сахарного диабета и у ребенка, и у матери. Частота его возникновения связана с отягощенной в этом плане наследственностью, наличием сосудистой патологии, факторами социально-гигиенического характера: у мужчин, например, на уровень заболеваемости сильно влияют отрицательные эмоции и нервное напряжение на работе, у женщин—нарушение питания и личные переживания [4].

Лечение сахарного диабета требует особой тщательности в организации соответствующих условий труда и быта, лечебного питания, медикаментозного обеспечения и медицинского обслуживания, что связано с немалыми финансовыми и материальными затратами для здравоохранения и других отраслей народного хозяйства. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактика и, особенно, диспан-

серизация лиц группы риска, позволяющая снижать заболеваемость сахарным диабетом в несколько раз [6]. Рациональная диспансеризация значительно облегчает и состояние больных. Отмечено, что среди больных детей, леченных в санатории, состояние декомпенсации встречается в 2 раза реже, чем среди нелеченных [1].

Разработка и внедрение в жизнь мероприятий, направленных на выявление преморбидных состояний, рациональную организацию труда и быта населения в целом, особенно лиц группы риска и больных сахарным диабетом, комплексное использование всех известных лечебно-оздоровительных факторов должны дать большой социальный, медицинский и экономический эффект. Сложность и многофакторность сахарного диабета как медико-социальной проблемы диктуют необходимость участия в ее решении не только медиков, но и представителей различных отраслей народного хозяйства по единой программе. В связи с этим надо определить роль и место ряда министерств, ведомств, учреждений, отдельных должностных лиц в борьбе с сахарным диабетом, провести четкие границы между выполняемыми задачами, то есть создать комплексную программу решения вопросов, связанных не только с эпидемиологией, но и с проблемой сахарного диабета в целом.

Начинать разработку такой программы надо с составления подробного перечня целей и задач, подлежащих реализации и решению совместными усилиями представителей различных отраслей народного хозяйства. Одним из наиболее удобных способов представления целей и задач планируемой работы является построение «дерева целей», которое, по нашему мнению, должно выглядеть следующим образом.

Основная цель — разработка и усовершенствование организационных основ борьбы с сахарным диабетом — складывается из трех подцелей первого уровня: 1. Профилактика. 2. Диагностика начальных стадий. 3. Лечение. Каждая из названных подцелей делится в свою очередь на частные.

**1. Профилактика сахарного диабета: предотвращение возникновения заболевания.**

**1.1. Профилактика у лиц группы риска.**

**1.1.1. Определение лиц группы риска: по наследственным факторам; заболеваниям и состояниям, предрасполагающим к сахарному диабету; традициям и привычкам; условиям жизни.**

**1.1.2. Учет лиц группы риска.**

**1.1.3. Активное ведение лиц группы риска: индивидуальная информация каждого представителя группы риска о факторах риска и степени их проявления у него, о необходимом режиме питания, психогигиене, регламентации физической нагрузки; профориентация; контроль за состоянием здоровья лиц группы риска.**

**1.1.4. Санитарно-просветительная работа среди лиц группы риска: проведение бесед и лекций с ними и с их родственниками, обеспечение лиц группы риска необходимой печатной информацией о сахарном диабете и его профилактике.**

**1.2. Профилактика сахарного диабета среди всего населения.**

**1.2.1. Санитарно-просветительная работа: чтение лекций на предприятиях, в учреждениях, учебных заведениях, по радио и телевидению; выпуск специальной литературы, кинофильмов, киножурналов, санитарных бюллетеней.**

**1.2.2. Активное участие врачей в рациональной организации труда, быта, питания населения: организованного — детей дошкольного и школьного возраста, работников промышленных предприятий, учащихся средних и высших учебных заведений, проживающих в общежитиях, и неорганизованного — детей, пенсионеров.**

**2. Диагностика начальных стадий сахарного диабета.**

**2.1. Среди лиц группы риска.**

**2.1.1. Среди детей.**

**2.1.2. Среди взрослых.**

**2.2. Среди всего населения.**

**2.2.1. Среди работников промышленных предприятий — в медико-санитарных частях, на цеховых участках территориальных поликлиник.**

**2.2.2. В поликлиниках.**

**2.2.3. В стационарах.**

**3. Лечение сахарного диабета: всесторонняя медико-социальная помощь больных с целью сохранения их жизнеспособности и работоспособности.**

**3.1. Оказание квалифицированной врачебной помощи в плановом порядке.**

**3.1.1. Установление индивидуального развернутого диагноза.**

**3.1.2. Проведение терапии для сохранения жизнедеятельности и работоспособности больных, профилактики обострений и ухудшения их состояния.**

**3.1.2.1. Организация контроля за состоянием здоровья больных сахарным**

диабетом: разработка индивидуальных схем и методов контроля, соблюдение графиков контрольных исследований, обучение больных самоконтролю и обеспечение для этого условий.

3.1.2.2. Проведение комплекса контрольных исследований: анализы крови — общий и на глюкозу (натощак и суточный профиль глюкозы в крови), анализы мочи — общий и на сахар (порционно и в суточной моче), изучение липидного обмена, контроль за массой тела, печеночные пробы, исследования для исключения специфических заболеваний, изучение глазного дна, состояния периферических кровеносных сосудов, ЭКГ.

3.1.2.3. Коррекция состояния больных с целью максимальной компенсации нарушений обмена веществ.

3.1.2.3.1. Проведение амбулаторных лечебно-оздоровительных мероприятий (процедуры, ЛФК, физиотерапия).

3.1.2.3.2. Плановая госпитализация в эндокринологическое отделение (для всестороннего обследования, консультации специалистов, проведения комплекса лечебных мероприятий), в другие отделения (терапевтическое, хирургическое, неврологическое, акушерско-гинекологическое и др.).

3.1.2.3.3. Организация лечения в санаториях, профилакториях: правильный отбор больных для лечения в санаториях и профилакториях, оформление документов с целью обеспечения преемственности в лечении, разработка плана организации питания и медикаментозного обеспечения во время переезда, адаптация к условиям санатория, обеспечение преемственности лечения в санатории и по месту жительства.

3.1.2.3.4. Воспитание навыков самоконтроля, предупреждения обострений и ухудшений состояния больных сахарным диабетом.

3.2. Оказание медицинской помощи при острых нарушениях жизненных функций.

3.2.1. Работниками скорой медицинской помощи: быстрая и правильная постановка диагноза, оказание неотложной помощи, доставка в стационар.

3.2.2. Врачами районных поликлиник: постановка диагноза, оказание неотложной помощи, доставка в стационар.

3.2.3. Врачами стационарных лечебных учреждений: постановка диагноза и оценка состояния больных, выбор лечения, нормализация обмена веществ, обеспечение преемственности лечения с районными эндокринологами.

3.2.4. Работниками министерства внутренних дел, транспорта, населением.

3.3. Организация лечебно-профилактических мероприятий сопутствующего характера.

3.3.1. Организация медикаментозного обеспечения.

3.3.2. Организация рационального питания больных.

3.3.3. Организация рационального режима труда и отдыха больных сахарным диабетом.

Исходя из приведенного перечня целей можно заключить, что к борьбе с сахарным диабетом необходимо привлекать не только медицинских работников, но и сотрудников министерств пищевой промышленности, торговли, внутренних дел, транспорта, а также руководителей предприятий и учреждений, в которых работают больные сахарным диабетом.

Руководящим и организационно-методическим центром должен явиться, по-видимому, эндокринологический диспансер, который будет не только координировать деятельность всех перечисленных министерств и ведомств, но и поддерживать тесные контакты с различными лечебно-профилактическими и научно-исследовательскими учреждениями с целью внедрения в свою работу передового опыта и достижений науки и техники.

В заключение следует заметить, что опыт, полученный в процессе разработки и реализации комплексной программы борьбы с сахарным диабетом, может с успехом использоваться при профилактике и лечении других болезней.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Башляева З. А., Коростелева Н. А. В кн.: Сахарный диабет у детей. М., 1966.—2. Бурмейстер М. Ф., Жихар Л. Г., Кац М. Н. В кн.: Специализированная медицинская помощь в Латвийской ССР. Рига, РМИ, 1980.—3. Воробьев В. И., Лобов В. А. Сов. здравоохран., 1981, 2.—4. Жуковский Г. С., Зыбина В. Д., Самохвалова М. А. Пробл. эндокринолог., 1976, 1.—5. Зельцер М. Е. В кн.: Патология эндокринной системы, Алма-Ата, 1980.—6. Златкина А. Р., Ракчеева М. А., Сидельникова М. В. и др. Пробл. эндокринолог., 1973, 6, 1.—7. Самохвалова М. А., Джураева-Ахмедова С. Д., Жуковский Г. С. и др. Там же, 1976, 2.—8. Хавин И. Б. Там же, 1982, 6.

Поступила 17 апреля 1984 г.