

ные характеристики, обеспечивающие активное функционирование гепарина в различных гемостатических реакциях, осуществляемых при его участии, неодинаковы. Более того, гомогенная фракция гепарина, обладающая определенной химической структурой, по-видимому, не может служить полноценным аналогом природного материала в обеспечении всех многообразных аспектов его антикоагулянтного действия [45].

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицюк А. И. Клиническое применение гепарина. Киев, Здоров'я, 1981.—
2. Зубаиров Д. М. Биохимия свертывания крови. М., Медицина, 1978.—
3. Кудряшов Б. А. Биологические проблемы регуляции жидкого состояния крови и ее свертывания. М., Медицина, 1975.—
4. Ченборисова Г. Ш., Киселев А. О. Казанский мед. ж., 1982, 3.—
5. Andersson L.-O., Barrowcliff T. W., Holmer E. a. o. *Thromb. Res.*, 1976, 9, 6.—
6. Chang T.-L., Feiman R. D., Landis B. H., Fenton J. W. *Biochemistry*, 1979, 18, 1.—
7. Cifonelli J. A. In: *Heparin—Structure, Function and Clinical Implications*. New York—London, Plenum Press, 1975.—
8. Cifonelli J. A., King J., *Biochim. Biophys. Acta*, 1973, 320, 2.—
9. Danishefsky I., Steiner H., Bella A., Friedlander A. J. *biol. Chem.*, 1969, 244, 7.—
10. Downing M. R., Bloom J. W., Mann K. G. *Biochemistry*, 1978, 17, 13.—
11. Feinman R. D. In: *The Physiological Inhibitors of Coagulation and Fibrinolysis*. Elsevier, North-Holland Biomed. Press, 1979.—
12. Holmer E., Söderström G., Andersson L.-O. J. *Biochem.*, 1979, 93, 1.—
13. Höök M., Björk I., Nopwood J., Lindahl U. *FEBS Lett.*, 1976, 66, 1.—
14. Hopwood J., Höök M., Linker A., Lindahl U. *Ibid.* 1976, 69, 1.—
15. Hovingh P., Linker A. J. *biol. Chem.*, 1970, 245, 22.—
16. Jeanlos R. W. In: *Heparin—Structure, Function and Clinical Implications*. New York—London, Plenum Press, 1975.—
17. Jordan R. E., Beeler D., Rosenberg R. J. *biol. Chem.*, 1979, 254, 8.—
18. Jordan R. E., Oosta G. M., Cardner W. T., Rosenberg R. D. J. *biol. Chem.*, 1980, 255, 21.—
19. Jordan R. E., Favreau L. V., Braswell E. H., Rosenberg R. D. *Ibid.*, 1982, 257, 1.—
20. Kurachi K., Shmer G., Hermodson M. A. a. o. *Biochemistry*, 1976, 15, 2.—
21. Lam L. H., Silbert J. E., Rosenberg R. D. *Biophys. Res. Commun.*, 1976, 69, 2.—
22. Laurent T. C. *Arch. Biochem. biophys.*, 1961, 92, 2.—
23. Laurent T. C., Tengblad A., Thunberg L. a. o. *Biochem. J.*, 1978, 175, 2.—
24. Lindahl U., Bäckström G., Höök M. a. o. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1979, 76, 7.—
25. Lindahl U., Bäckström G., Thunberg L. a. o. *Ibid.*, 1980, 77, 11.—
26. Machovich R. *Biochim. biophys. Acta*, 1975, 412, 1.—
27. Machovich R., Borsodi A., Blasko G., Orakzai S. A. *Biochem. J.* 1977, 167, 2.—
28. Hordenman B., Nyström C., Björk I. *Eur. J. Biochem.*, 1977, 78, 1.—
29. Nordenman B., Björk I. *Biochemistry*, 1978, 17, 16.—
30. Nordenman B., Danielsson A., Björk I. *Eur. J. Biochem.*, 1978, 90, 1.—
31. Ofosu F. A., Modi G., Cerskus A. L. a. o. *Thromb. Res.*, 1982, 28, 4.—
32. Olson S. T., Shore J. D. J. *Biol. Chem.*, 1981, 256, 21.—
33. Olson S. T., Srinivasan K. R., Björk I., Shore J. D. *Ibid.*—
34. Oosta G. M., Gardner W. T., Beeler D. L., Rosenberg R. D. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1981, 78, 2.—
35. Owen W. G. *Biochim. biophys. Acta*, 1977, 494, 1.—
36. Pomerantz M. W., Owen W. G. *Ibid.*, 1978, 535, 1.—
37. Radoff S., Danishefsky I. *Arch. Biochem. biophys.*, 1982, 215, 1.—
38. Rosenberg R. D. *Fed. Proc.*, 1977, 36, 1.—
39. Rosenberg R. D., Damus P. S. J. *biol. Chem.*, 1973, 248, 18.—
40. Rosenberg R. D., Jordan R. E. In: *Chemistry and Biology of Thrombin*. Ann. Arbor. Sci. Publ., 1977.—
41. Rosenberg R. D., Armand G., Lam L. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1978, 75, 7.—
42. Rosenberg R. D., Lam L. *Ibid.* 1979, 76, 3.—
43. Shapiro S. S., Anderson D. B. In: *Chemistry and Biology of Thrombin*. Ann. Arbor. Sci. Publ., 1977.—
44. Smith G. F. a) *Ibid.*; b) *Biochem. Biophys. Res. Commun.*, 1977, 77, 1.—
45. Thunberg L., Lindahl U., Tengblad A. a. o. *Biochem. J.*, 1979, 181, 1.—
46. Walker F. J., Esmon C. T. *Thromb. Res.*, 1979, 14, 1.—
47. Yin E. T., Wessler S., Stoll P. J. J. *biol. Chem.*, 1971, 246, 11.

Поступила 10 сентября 1984 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 614.2

З. С. Садыков (Казань). Опыт улучшения охраны здоровья трудовых коллективов

Важным и наиболее информативным критерием здоровья трудовых коллективов является заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Как известно, ее уровень и структура зависят от различных по силе и направленности причинно-следственных связей, включающих целый комплекс природно-климатических, социально-

бытовых, медико-биологических, производственно-профессиональных и других факторов. Охрана и укрепление здоровья сегодня перестали быть делом сугубо медицинским, и для решения вопросов, связанных с этой проблемой, требуется привлечение самых широких слоев населения, партийных, советских, хозяйственных органов, профсоюзных и других общественных организаций.

Мы использовали системный подход для усиления связи с немедицинскими учреждениями и организациями, имеющими отношение к охране и укреплению здоровья рабочих и служащих предприятия. Благодаря деятельности созданных на заводе противозидемической комиссии, комиссии по работе среди женщин, штаба по борьбе с туберкулезом, комиссии по работе среди подростков и молодежи заболеваемость с временной утратой трудоспособности стала частично управляемой, что позволило добиться значительного снижения ее уровня по таким нозологическим формам, которые в большей степени зависят от организационных мер и являются объектом деятельности указанных общественных комиссий. Так, за 1975—1983 гг. заболеваемость с временной утратой трудоспособности, вызванная кишечными инфекциями, уменьшилась в случаях на 91%, в днях — на 94%, туберкулезом органов дыхания — соответственно на 60% и 31,2%, фарингитом и тонзиллитом — на 38,3% и 22%, заболеваниями женских половых органов — на 84,7% и 82,3%, простудными заболеваниями — на 17,1% и 19,3%.

Связи с немедицинскими организациями мы расширяем и углубляем. В настоящее время при профкоме предприятия с целью снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности действуют комиссии по охране труда и технике безопасности, социальному страхованию, спортивно-массовой работе, содействию добровольным обществам, общественный технический комитет по охране природы. Кроме того, в состав советов, штабов и комиссий при поликлинике включены представители общественности предприятия. Если решение какого-либо вопроса зависит от других (районных, городских) лечебных учреждений или он носит общий характер, мы обращаемся за помощью к постоянной депутатской комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению при исполкоме райсовета (горсовета) народных депутатов. Так, по предложению депутатской комиссии в 1982 г. на предприятии была создана врачебно-инженерная бригада, работа которой позволила добиться значительного снижения уровня заболеваемости в некоторых цехах. Совместная работа с общественностью дала возможность выработать единую стройную систему решения проблем снижения заболеваемости. Суть системы в том, что каждое подразделение ставит перед собой конкретные задачи и подчиняет их единой программе охраны и укрепления здоровья. Тесный контакт с руководством и общественностью предприятия способствует улучшению материального и морального стимулирования работы медперсонала.

Использование описанных методов системного подхода к охране и укреплению здоровья рабочих и служащих предприятия позволило добиться снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности только за последние два года по сравнению с 1981 г. в случаях на 18,4%, в днях — на 20,6%.

Следовательно, целенаправленная деятельность партийных, советских, хозяйственных, профсоюзных и других общественных организаций по вопросам охраны и укрепления здоровья трудящихся является весьма эффективным рычагом совершенствования лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий среди широких масс трудящихся. Системный программно-целевой подход к охране здоровья трудовых коллективов позволяет высокоэффективно использовать ресурсы общественности и добиться значительного снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

УДК 616.127—005.8—073.97

Н. С. Протасова, Н. В. Красникова (Саратов). Диагностическая ценность электрокардиографического исследования при инфаркте миокарда

Целью нашей работы было сопоставление электрокардиографических признаков наличия инфаркта миокарда, его локализации и фазы с патологоанатомическими данными. Изучены истории болезни 100 больных инфарктом миокарда, умерших в клинике в 1975—1979 гг. Среди них были 49 мужчин в возрасте от 32 до 83 лет и 51 женщина от 49 до 84 лет. Наибольшая летальность наблюдалась среди мужчин 60—69 лет и женщин 70—79 лет. Инфаркт миокарда развивался на фоне атеросклероза коронарных сосудов (у 95), узелкового перикардита (у 2), бактериального подострого эндокардита (у 2), хронического гломерулонефрита (у 1).

В 63 случаях ЭКГ-данные совпали с результатами патологоанатомического вскрытия по наличию, локализации, глубине и длительности инфаркта миокарда.

У 30 больных на ЭКГ не точно были отражены локализация и фаза инфаркта миокарда. Из них у 18 правильно распознан острый инфаркт передней стенки, однако не был выявлен инфаркт миокарда или рубцовые изменения задней стенки левого желудочка после ранее перенесенного инфаркта миокарда. У 12 больных на секции были подтверждены данные ЭКГ-диагностики заднего инфаркта миокарда, но не распознан свежий или давний передний инфаркт миокарда. У 7 пациентов на ЭКГ признаков инфаркта миокарда не обнаружено. Непосредственной причиной смерти 18 человек являлся разрыв стенки левого желудочка с гемоторпонадой полости перикарда.