

дистрофических явлений со стороны кожи, пищеварительного тракта, миокардиодистрофий. Хлороз возникает у учениц 9—10 классов, учащихся первых курсов техникумов и вузов. В анамнезе больных, как правило, отмечается перегрузка, вызванная стремлением родителей к тому, чтобы дочь помимо общеобразовательной школы посещала еще и специальную. Школьным врачам следует вменить в обязанность массовое исследование крови у учащихся 6—7—8-х классов, широкое определение индекса негемоглобинного железа. Нормализация режима питания, профилактический прием препаратов железа, как это рекомендовал И. А. Кассирский, приводят к положительным результатам еще до того, как симптомы хлороза становятся хрестоматийными.

Тесное содружество врачей всех специальностей с гематологами, организационно-методическая деятельность гематологических отделений и центров, преемственность в лечении и обследовании, в экспертных решениях при современных возможностях комплексной терапии способны уже сейчас привести к резкому снижению частоты анемий.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ

М. А. Яблонских

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц.  
Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

До сих пор для обозначения результатов лечения детей с нарушением осанки имеют широкое распространение такие не содержащие количественной меры понятия, как «ухудшение», «улучшение» и т. д., носящие субъективный характер, что лишает возможности более точно оценить эффективность лечения.

Мы предлагаем количественный метод определения результатов лечения детей с нарушенной осанкой, основанный на балльной системе. Попытка применения такого метода была сделана Н. М. Хайкинсоном в 1968 г. при анализе исходов лечения инвалидов войны и показала его целесообразность.

Для оценки успешности лечения детей дошкольного возраста с нарушением осанки нами были разработаны 3 карты, учитывающие: 1) нарушение осанки в сагиттальной плоскости; 2) во фронтальной плоскости; 3) комбинированное нарушение осанки. В карты мы старались включить все данные, полученные при обследовании и характеризующие детей с дефектами осанки. Эти сведения вошли в раздел частных признаков (силовая выносливость мышц спины, живота, миографическое исследование мышц, величина физиологических изгибов и асимметрия плечевого пояса). Кроме того, в карту были включены результаты оценки общего состояния здоровья, которые характеризуются количеством дней, пропущенных воспитанниками дошкольного учреждения по поводу различных заболеваний в течение года, как одним из важных показателей общего состояния ребенка.

Выраженность частных признаков и общее состояние здоровья мы определяли по балльной системе — 0, 1, 2, 3. 0 баллов получают дети с наименьшей силовой выносливостью, биоэлектрической активностью и наибольшей величиной асимметрии плечевого пояса, разности в биопотенциалах исследуемых мышц, а также с наибольшей и наименьшей величиной физиологических изгибов. По мере приближения полученных данных к норме они оцениваются 1 или 2 баллами. Оценку 3 получает ребенок, у которого нет отклонений от нормы в данном частном признаке и за год нет ни одного дня пропусков по болезни.

Для определения состояния ребенка в целом вычисляется коэффициент  $K_c = Ч + С$ , где Ч — число баллов, оценивающих частные признаки, и С — общее состояние здоровья. Вычислив коэффициент состояния ребенка до ( $K_{c1}$ ) и после лечения ( $K_{c2}$ ), можно определить коэффициент эффективности лечения данного ребенка ( $K_{э}$ ), который равен  $K_{c2} - K_{c1}$ . Приводим пример использования этой методики при оценке эффективности лечения Оли Р., 1965 г. рождения, с нарушением осанки во фронтальной плоскости.

Силовая выносливость мышц спины		
1. 10—20 сек.	0	0
2. 21—40 сек.	1	1
3. 41—60 сек.	2*	2
4. 61 сек. и более	3	3*
Силовая выносливость мышц брюшного пресса		
1. 10—20 сек.	0	0
2. 21—30 сек.	1	1
3. 31—40 сек.	2	2
4. 41 сек. и более	3*	3*
Отклонение плечевого пояса в градусах		
1. Разница на 6° и более	0	0
2.       на 5—4°	1	1
3.       на 3—2°	2*	2
4. Разницы нет, уровень лопаток одинаковый	3	3*
Миография трапециевидной мышцы		
1. Асимметрия в 300 мкв и более	0*	0
2.       в 225—150 мкв	1	1
3.       в 75 мкв	2	2
4. Биопотенциалы одинаковы с обеих сторон	3	3*
Миография длинной мышцы спины (поясничный отдел)		
1. Асимметрия в 225 мкв и более	0	0
2.       в 150 мкв	1	1
3.       в 75 мкв	2*	2
4. Биопотенциалы одинаковы с обеих сторон	3	3*
Общее состояние здоровья		
1-я группа	0	0
2-я	1	1
3-я	2*	2
4-я	3	3*
Коэффициент состояния	K <sub>c1</sub> 11	K <sub>c2</sub> 18
Коэффициент эффективности (Кэ)	7	

Примечание: Звездочкой отмечены баллы, полученные ребенком.

Таким же образом можно вывести средний коэффициент состояния всей группы детей с нарушением осанки. Применяя затем параметрические и непараметрические методы статистики, можно определить достоверность показателей эффективности.

УДК 616—084

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИЯХ-ПРОФИЛАКТОРИЯХ

Г. Х. Хузин

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (руководитель работы — доц. И. А. Гороховер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и санаторий-профилакторий треста «Татбурнефть» (главрач — Г. Х. Хузин)

Санаториям-профилакториям принадлежит большая роль в решении одной из основных задач, стоящих перед советским здравоохранением, — в снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Пребывание в рабочих здравницах ведет к укреплению здоровья рабочих и служащих.

Мы провели анализ эффективности лечения рабочих и служащих треста «Татбурнефть», которые находились в нашем санатории в 1967 г. Из общего числа больных мы отобрали для анализа лишь впервые отдохавших в профилактории (423 чел.). Собранные сведения о заболеваемости каждого из них за год до лечения и в течение года после лечения. При этом дни и случаи нетрудоспособности, связанные с травмами, в общую заболеваемость не включены. Не вошли в разработку также данные о снижении заболеваемости, обусловленном радикальным хирургическим вмешательством. При сравнении выплаченных сумм по больничным листам учитывалось постановление Президиума

ВЦСПС от 18 ноября 1967 г., изменившее выплату по больничным листам с 1 января 1968 года.

В течение года после выписки из профилактория число больных, имевших случаи нетрудоспособности, снизилось с 185 до 145. Число случаев нетрудоспособности уменьшилось с 337 до 234, а число дней нетрудоспособности — с 3513 до 3061.

Выяснилось, что у больных, страдающих хроническими желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями периферической нервной системы и остеохондрозами, профилактическое лечение дало особенно хорошие результаты. При других болезнях результаты лечения были менее выраженными.

В связи с широким внедрением на предприятиях новых принципов планирования и экономического стимулирования мы считаем целесообразным измерить полученный эффект от лечения и в денежном выражении. С этой целью мы подсчитали суммы, выплаченные по больничным листам за год до и за год после лечения. Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности привело к значительной экономии средств по оплате больничных листов. Она составила 1863 руб. К этому нужно добавить, что снижение числа дней нетрудоспособности за год на 452 рабочих дня, безусловно, благоприятно сказалось на повышении производительности труда и других производственных показателей работы предприятий.

## ВЫВОДЫ

1. Профилактическое лечение в санатории-профилактории в большинстве случаев ведет к снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности и экономически эффективно.

2. Полученный эффект от лечения целесообразно измерять в денежном выражении.

УДК 616.24—002.5—616—073.75

## АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАТРАТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРЕДВИЖНЫМИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИМИ УСТАНОВКАМИ

*А. В. Хрисанов*

*Батыревская центральная райбольница (главврач — В. И. Иголкин);  
МСЧ Тольяттинского ВАЗа (главврач — В. И. Зинькович)*

Флюорография в наше время заняла прочное место в противотуберкулезной работе. Неотенима ее роль и в выявлении нетуберкулезных заболеваний органов грудной клетки. В связи с этим планирование и организация флюорографической службы приобретают важное значение для здравоохранения в масштабах нашей страны. Поиски наиболее приемлемых форм работы в различных условиях окажут существенное влияние на снижение экономических затрат при проведении флюорографических обследований населения. Однако этому вопросу по данным периодической литературы в настоящее время уделяется очень мало внимания.

Р. Г. Мамин и Г. П. Кочеткова (1968), определяя экономические затраты на стационарные флюорографические исследования в городских условиях, подсчитали, что 1 флюорографическое исследование стоит от 23,7 до 26,5 копеек. По данным М. Г. Герасимовой и Е. Г. Пинхосевич (1967), стоимость 1 исследования на передвижных флюорографических установках в городских условиях составляет 14,5 копеек.

Нами проведен анализ экономических затрат при обследовании на туберкулез сельского населения передвижными крупнокадровыми установками в 1967 и 1968 гг. В обоих случаях обследование проводили по заранее составленной картотеке на все население тремя флюорографами. В 1967 г. работали с передвижными электростанциями, а в 1968 г. — от государственной электросети.

Стоимость флюорографических исследований исчисляли суммированием всех экономических затрат и делением на число обследованных.

Амортизационные отчисления на используемую аппаратуру исчисляли исходя из стоимости установок и автобусов, срока эксплуатации и нормы нагрузки. Срок службы флюорографической аппаратуры определен в 10 лет, за норму нагрузки принято 40 000 исследований в год. Расходы на заработную плату, командировочные, пленку и химикаты, картотеку, канцелярские и хозяйственные нужды мы исчисляли по учетной документации в бухгалтерии.

В табл. 1 показана стоимость одного флюорографического исследования по годам в зависимости от дневной нагрузки флюорографа.