

местами образовывали узелки типа гранулем и обуславливали утолщение как барабанной перепонки, так и слизистой оболочки.

Окраска по Ван-Гизону выявила увеличение в этих участках коллагеновых волокон. В покровном эпителии барабанной перепонки отмечались явления внеклеточного и внутриклеточного отека. Имелись небольшие акантотические разрастания базальных слоев эпителия. В шиповатом слое эпителия обнаруживались группы клеток с резко выраженной вакуольной дистрофией, с набуханием и просветлением цитоплазмы. Обращала на себя внимание неравномерность, очаговость указанных изменений.

При импрегнации по Грос—Бильшовскому в модификации Кампоса в описываемых элементах среднего уха обнаружены реактивные и некробиотические процессы. Отмечена гипераргентофильность многих нервных волокон, натеки и неравномерное расположение нейроплазмы. Безмиелиновые концевые фибриллы с рецепторными элементами также проявляли повышенное сродство к серебру при наличии варикозно-стей и вакуолизации последних. Имелись участки, где, наоборот, терминальные нервные волокна слабо воспринимали серебро и распались на фрагменты.



Рис. 1. Слизистая оболочка барабанной полости кролика № 2 после введения борного спирта в среднее ухо на протяжении месяца. Безмиелиновые нервные волокна с четкообразными вздутиями, в которых отмечается распад.  $\times 1350$ .

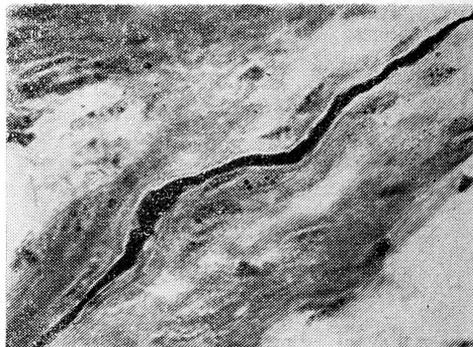


Рис. 2. Терминальные волокна в слизистой оболочке барабанной полости кролика № 5 после введения борного спирта в среднее ухо на протяжении месяца. Гипераргентофилия и натеки нейроплазмы, обуславливающий варикозность.  $\times 1350$ .

Результаты наших экспериментальных морфологических исследований дают основание более определенно говорить об ирритативно-альтеративном действии борного спирта. Частое и длительное применение последнего может вызвать необратимые изменения в нервных элементах и соединительнотканых структурах среднего уха, подготавливающие почву для развития рубцовой ткани, уменьшать и без того небольшие при хроническом воспалении защитные и функциональные резервы аппарата звукопроводения.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—053.5:362.147

### РАННЯЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ

*И. Ш. Трофимова*

*Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Проанализированы истории развития 328 детей школьного возраста с хронической патологией легких, почек, желчевыводящей системы. 80% детей посещали детские комбинаты и болели чаще, чем дети, не состоящие в организованных детских коллективах. Полная адаптация наблюдаемого контингента происходит только к 3-му году посещения детского комбината. Выявлена прямая достоверная зависимость числа обострений от качества диспансеризации.

При диспансерном наблюдении за группой школьников, находящихся на учёте по поводу хронической пневмонии, хронического холецистита и хронических заболеваний

почек, мы задались целью выяснить, какие факторы способствуют формированию хронической патологии у детей. В результате изучения историй развития 353 детей школьного возраста диспансерной группы трех поликлиник г. Казани установлено, что в большинстве случаев (70%) это дети от молодых (до 30 лет) родителей, рожденные с нормальной массой тела, от нормальной беременности и при нормальных родах (98%). У подавляющего большинства из них (88%) были хорошие и удовлетворительные домашние условия к моменту рождения. Анализ заболеваемости по числу обращений в поликлинику показал, что дети обследуемой группы с раннего детства болеют чаще, чем общая масса детей того же возраста, причем преобладают заболевания легких, инфекционные болезни и патология ЛОР-органов.

80% наблюдаемых детей посещали детские комбинаты, большинство из них — с раннего возраста. Имеющиеся в литературе сведения о большей заболеваемости детей в организованных детских коллективах по сравнению с не состоящими в них [1, 2, 5] полностью распространяются и на наблюдаемых нами детей (см. табл. 1 и рис. 1). Разница статистически достоверна после года ( $P < 0,001$ ).

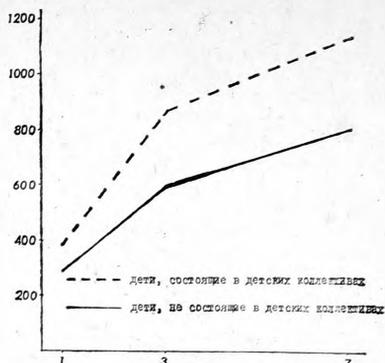


Рис. 1.

Таблица 1  
Заболеваемость детей, состоявших (1-я группа) и не состоявших (2-я группа) в организованных детских коллективах в зависимости от возраста

Группы	Число детей	Заболеваемость (число случаев на 100 детей за рассматриваемый период) в возрасте:		
		0—1 год	1—3 года	3—7 лет
1-я . . . . .	278	389,4	864,2	1170,3
2-я . . . . .	75	285,5	588,7	821,9

Некоторые авторы указывают, что максимум заболеваемости «организованных» детей приходится на 1-й месяц посещения детского комбината [4] или на 1-й квартал [3]. Мы проследили эту же закономерность за более длительное время.

Таблица 2  
Заболеваемость детей в зависимости от возраста, в каком ребенок начал посещать детские дошкольные учреждения

Возраст ребенка к началу посещения детского учреждения	Число детей	Заболеваемость (число случаев на 100 детей)			
		до посещения детского учреждения	годы посещения дошкольного учреждения		
			1-й	2-й	3-й
1-й год жизни . . . . .	98	305,0	693,8	446,3	416,9
2 года . . . . .	67	341,7	597,6	425,0	333,3
3 года . . . . .	59	302,0	454,0	304,0	248,8
4 года . . . . .	34	289,3	385,7	289,3	241,7
5 лет . . . . .	20	173,3	300,0	200,0	158,3

Как видно из табл. 2 и рис. 2, максимум заболеваемости приходится на 1-й год посещения, на 2-й она заметно снижается, а на 3-й год не отличается от заболеваемости до начала посещения детского комбината. Так, дети, посещающие комбинат с 1 года, на 1-м году посещения болеют достоверно ( $P < 0,001$ ) чаще, чем дома, на 2-м году посещения — реже ( $P < 0,01$ ), чем на 1-м; между 3-м и 2-м годами разница недостоверна. По-видимому, только к 3-му году происходит полная адаптация к новым условиям у нашего контингента детей. Кроме того, чем позже дети начинают посещать детский комбинат, тем менее они восприимчивы к заболеваниям. Особенно это показано относительно до 3-летнего возраста.

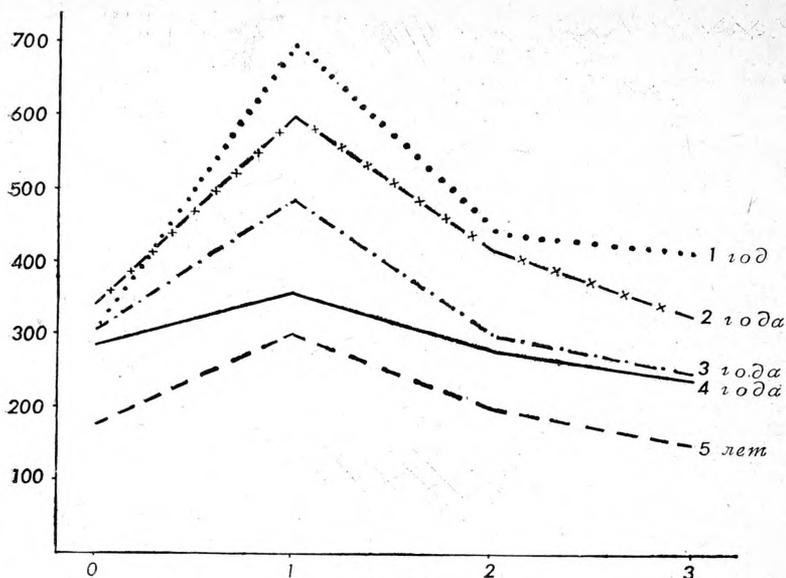


Рис. 2.

Анализ сроков взятия наблюдаемых детей на диспансерный учет выявил, что хроническая пневмония формируется ранее другой патологии. Дети с хронической пневмонией были поставлены на учет по нашим данным в среднем в возрасте 4 лет, с хроническим заболеванием почек — в 6 лет, с хроническим холециститом — в 9 лет. Следует отметить, что имеется значительный разрыв между началом формирования хронической патологии у детей и временем взятия их на диспансерный учет. Так, согласно данным литературы, формирование хронической пневмонии, например, у большинства детей приходится на первые 2 года жизни [6].

При оценке качества диспансерного наблюдения с учетом сроков, полноты охвата анализами, осмотрами специалистов и профилактическим лечением оказалось, что курация 25% детей поставлена неудовлетворительно. Между тем выявлена прямая достоверная зависимость количества обострений от качества диспансеризации ( $P < 0,001$ ). Кроме того, только 25% обследованных детей получили санаторное лечение. Все это указывает на необходимость улучшить качество диспансеризации, особенно детей с хроническими пневмониями. Благоприятные результаты дала бы, безусловно, организация летних пионерских лагерей санаторного типа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Головина И. Н. Состояние здоровья детей дошкольных учреждений в связи с условиями их жизни и медицинским обслуживанием. Автореф. канд. дисс., Л., 1974.— 2. Готлиб В. О. Сов. здравоохран., 1974, 2.— 3. Кобзева Л. Ф. Состояние здоровья детей дошкольных учреждений и мероприятия по снижению их заболеваемости в период адаптации. Автореф. канд. дисс., М., 1975.— 4. Молчанова Л. Ф. Состояние здоровья ясельных детей и влияние на него некоторых социально-гигиенических факторов. Автореф. канд. дисс., Казань, 1971.— 5. Оноприенко А. В. Состояние здоровья и развитие детей, посещающих и не посещающих дошкольные учреждения. Автореф. канд. дисс., М., 1973.— 6. Шевелев З. А., Чуйко А. И. В сб.: Материалы V съезда врачей-педиатров. Киев, 1972.

Поступила 20 декабря 1977 г.

УДК 616—036.003.1

## ИСЧИСЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

*М. В. Алехнович, В. Ч. Бржеский*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф.  
В. Ч. Бржеский) Гродненского медицинского института*

**Реферат.** Проанализирован ряд методик исчисления экономических потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Самой эффективной из них признана методика, предложенная А. И. Гороховером (1968). Однако ввиду того, что она не учитывает стоимости прошлого труда, следует дополнить ее определением дохода предприятия на один человеко-день по М. И. Маламуду (1976).