

вить в зависимость от условий труда, так как преобладающее число рабочих с повышенным АД имели его при поступлении на завод.

3. Высокие показатели пораженности (36,6%) слизистых оболочек органов зрения в значительной мере связаны с условиями труда.

4. Нельзя исключить влияния неблагоприятных условий труда на возникновение гипертрофических ринитов и атрофических ринофарингитов (43,7%).

5. Результаты терапевтического обследования не позволяют установить прямого влияния условий труда на возникновение выявленных хронических заболеваний, за исключением заболеваний периферических нервов, которые часто являются результатом неблагоприятных температурных условий в цехах.

Поступила 29 апреля 1958 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЮТАЗИНСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ТАССР

Н. А. Мифтахов

Главный врач района

Партия и правительство проявляют повседневную заботу об улучшении материального благосостояния советских людей. С каждым годом увеличиваются ассигнования, выделенные государством на медицинское обслуживание, растет сеть больниц, поликлиник, детских яслей, детских садов, санаториев, домов отдыха.

Это хорошо видно и на примере Ютазинского района Татарской АССР.

Если в 1950 г. количество коек в больницах Ютазинского района было 80, то в 1959 г.—240, ясельных мест в районе в 1950 г. было 85, в 1959 г.—205, количество фельдшерско-акушерских пунктов увеличилось в 2 раза.

В 1950 г. ассигнования на медицинские учреждения района составляли 1 800 000 р., в 1959 г. они составляют более 4 000 000 р.

Сейчас в районе 4 больницы, 19 фельдшерско-акушерских пунктов, 2 здравпункта при промышленных предприятиях, 3 детских яслей, 2 колхозных роддома.

За последние годы в рабочем поселке Уруссу вырос больничный городок на 155 коек, включающий двухэтажную типовую поликлинику, акушерско-гинекологическое отделение, хирургическое, терапевтическое, инфекционное отделения и ряд хозяйственных помещений. В текущем году построены типовые детские ясли на 80 мест.

В районе применяются многие специальные методы диагностики и лечения. В частности, в Уруссинской больнице применяется интратрахеальный наркоз.

В районе постепенно увеличивается рождаемость, снижается смертность, уменьшаются инфекционные заболевания.

В районном и участковых стационарах сейчас принимаются 85—90% родов и отсутствует материнская смертность.

Прошедшая в 1957 г. реорганизация сельского здравоохранения дает свои результаты особенно в отношении сельских участковых больниц и медпунктов, которые стали получать систематическую методическую и практическую помощь со стороны специалистов и районной больницы. Каждый врач районной больницы имеет свой участок, куда он выезжает не реже одного раза в месяц для контроля и помощи местным медработникам. Благодаря этому все фельдшерско-акушерские пункты района обеспечены всем необходимым для работы.

Оперативнее стало осуществляться и санитарно-эпидемиологическое обслуживание района. Сейчас нет разрыва между лечебными и санитарными работниками в районе, что ранее имело место.

Районная больница оказывает большую практическую помощь участковым больницам и в отношении хозяйственного обеспечения. Благодаря этому с лучшими показателями отретенированы амбулатория, общежитие и прачечная Байрякинской участковой больницы, проведен капитальный ремонт хирургического, инфекционного и детского отделений Уруссинской районной больницы.

Поступила 21 июля 1959 г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТОЧНИКОВ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ В ТАССР В 1944—1958 гг.

Орд. Т. С. Шарлыкова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Н. Н. Яснитский)
Казанского медицинского института

Одним из элементов диспансерной методики в борьбе с венерическими болезнями, и, в частности, с сифилисом, является выявление и привлечение к обязательному лечению лиц, послуживших источником заражения. Как известно, контингенты источников заражения нельзя рассматривать как нечто постоянное, неизменное по своему составу в различные периоды времени. В зависимости от изменений социально-экономических условий неизбежно в какой-то степени меняется и состав источников заражения. Знание этих изменений имеет большое эпидемиологическое значение, поскольку они определяют направление и характер организационно-профилактических мероприятий.

До Октябрьской революции в подавляющем большинстве случаев мужчины заражались от проституток. В последующие годы роль проституток как источников заражения прогрессивно падала, и большинство заражений происходило от незнакомых и случайных партнерш.

Доминирующая роль в заражении сифилисом женщин как до Октябрьской революции, так и после нее принадлежит мужьям, в значительно меньшей степени — знакомым и незнакомым мужчинам.

Несмотря на продолжающееся снижение заболеваемости сифилисом, изучение состава лиц, послуживших источником заражения, не теряет своего значения и актуальности. Учитывая то обстоятельство, что источники заражения сифилисом по Татарии на протяжении последних лет изучались недостаточно, мы предприняли исследование этого вопроса на материале Республиканского кожно-венерологического диспансера.

Разработке подвергались амбулаторные карточки больных заразными формами сифилиса (сифилис первичный и вторичный свежий) за 1944—58 годы.

Общее количество карточек 1736, из них на мужчин — 998, или 57,6%, на женщин — 738, или 42,4%. Из общего количества больных жителей города было 858, жителей сельской местности — 834, местожительство неизвестно у 44 больных.

По социальному положению больные распределялись следующим образом:

Социальный состав	Мужчин	Женщин	Всего
Служащих	216 (21,7%)	152 (20,5%)	368 (21,1%)
Рабочих	280 (28,1%)	244 (33,1%)	524 (30,1%)
Колхозников	53 (5,3%)	82 (11,1%)	135 (7,7%)
Учащихся	23 (2,3%)	15 (2%)	38 (2,1%)
Прочих	417 (41,6%)	245 (32,9%)	671 (38%)

В 1944—48 гг. было зарегистрировано больных свежим сифилисом 1415 (776 мужчин и 639 женщин), в 1949—53 гг. — 211 (148—63) и в 1954—58 гг. — уже только 109 (73—36).

Источники заражения мужчин

Источники	1944—48	1949—53	1954—58	Всего
Знакомые	280 (36%)	58 (19,1%)	23 (31,5%)	361 (36,1%)
Незнакомые	374 (48,1%)	72 (48,6%)	43 (58,8%)	489 (48,9%)
Жены	51 (6,5%)	14 (9,4%)	4 (5,4%)	69 (6,9%)
Неизвестные	59 (7,6%)	4 (2,6%)	2 (2,7%)	65 (6,5%)
Бытовое заражение	—	—	1 (1,3%)	1 (0,1%)