

Если вопрос о привитии необходимых навыков безопасной работы со ртутью среди постоянных работников можно решить, подняв качество инструктажей по технике безопасности и санпросветработы, то иначе обстоит дело с учащимися, труднее воспринимающими соответствующие навыки. Поэтому устранение недочетов в подготовке кадров в области техники безопасности должно осуществляться с участием врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков С. В. Гиг. и сан., 1952, 10. — 2. Ахмеров У. Ш. Опыт хронометрического анализа корковых процессов у больных церебральной гемиплегией сосудистого происхождения. Дисс., Казань, 1953. — 3. Бенсман М. Л. Тр. Кубанского мед. ин-та, 1941, XIII. — 4. Гимадеев М. М. В кн. «Промышленная токсикология», М., 1960. — 5. Он же. Тез. докл. VII научн. конф. молодых специал. ин-та им. Эрисмана, М., 1958. — 6. Он же. Гиг. и сан., 1958, 12. — 7. Он же. Стоматология, 1958, 3. — 8. Он же. Гиг. и сан., 1959, 8. — 9. Он же. В кн. «Матер. I Кавказ. межреспубл. конф. по пробл. патофизиол.», Баку, 1958. — 10. Гольдман Э. И. Гиг. труда и профзабол., 1959, 6. — 11. Кулик Г. И. Врач. дело, 1959, 10. — 12. Левицкий В. А. Гиг. труда и техн. безоп., 1935, 2. — 13. Лилеева З. В., Панфилова К. С. и Хлопина М. С. Гиг. и сан., 1955, 9. — 14. Лыкова А. С. Тр. Ленингр. сан.-гиг. ин-та, 1956, т. 26. — 15. Мельникова Е. А. Исследования влияния высокодисперсных аэрозолей ванадия и кадмия на ЦНС. Дисс., М., 1954. — 16. Тейзингер Я., Шкрамовский С., Србава И. Химические методы исследования биологического материала в промышленной токсикологии, Медгиз, 1959. — 17. Трахтенберг И. М. Тез. юбил. сесс. ин-та гиг. тр. и профзабол. АМН СССР, М., 1957. — 18. Он же. Доровіді наукової сесії на честь 30-річ. інституту, Киев, 1958. — 19. Троп Ф. С. Сб. Вопр. гиг. тр., профпатол. и токсикол. в промышл. Свердлов. обл., 1955. — 20. Шрайбер Л. Б. и Любецкий Х. З. Тез. докл. юбил. сесс. ин-та гиг. тр. и профзабол. АМН СССР, М., 1957. — 21. Яковлева Е. А. О межцентральных отношениях в коре больших полушарий, Медгиз, 1953. — 22. Stock A. Med. Klin., 1926, 32—33. — 23. Он же. Zeitschr. f. angew. Chem., 1926, 39, 15.

Поступила 9 апреля 1960 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДИЗЕНТЕРИИ В БАВЛИНСКОМ РАЙОНЕ ТАССР

Э. Г. Набиев

Из санитарно-эпидемиологического отдела (зав. — Э. Г. Набиев) Бавлинской районной больницы ТАССР (главврач — Р. Х. Галеева)

Для изучения основных закономерностей эпидемического процесса дизентерии нами обработаны 2533 карты эпидемиологического обследования очагов острой дизентерии и 636 историй болезни из районной больницы за 1950—58 гг.

Следует отметить, что в Бавлинском районе, где производится добыча нефти и газа и ведется большое жилищное строительство, водоснабжение обеспечивается водопроводом и шахтными колодцами. В районном центре, где проживает почти половина всего населения района, имеются две части: старая, построенная индивидуальными застройщиками, и новая, состоящая из коммунальных домовладений нового типа. Имеется канализация, однако вывозная система остается пока еще основной в очистке районного центра. Сельские населенные пункты состоят из индивидуальных усадеб с колодезным водоснабжением.

Изучение эпидемиологических особенностей дизентерии за последние годы проводилось в ряде населенных пунктов, например, в Днепрпетровске (И. М. Гольштейн и др.), Ярославле (Д. Ф. Цимбалист и

др.), Казани (Н. А. Немшилова и Е. И. Вайман, Г. И. Гедзе), северной Киргизии (С. Х. Токарь), однако исследований такого рода, касающихся нефтяных районов, в литературе нам встретить не удалось.

Как известно, проведенные за последние годы мероприятия по борьбе с острыми кишечными заболеваниями привели к значительному снижению этих заболеваний; это можно видеть и из следующих собранных нами материалов по Бавлинскому району:

Таблица 1

Наименование заболеваний	Г о д ы				
	1954	1955	1956	1957	1958
Острая дизентерия	489	352	269	381	315
Энтериты и колиты	193	152	63	70	58
Диспепсия	300	107	57	59	81
Токсическая диспепсия	64	17	24	14	15
Всего:	1046	628	413	524	469

Начиная с 1955 г. значительно увеличился охват госпитализацией больных острой дизентерией. Если в 1954 г. было госпитализировано 75,7%, то в 1955 — 95,4%, в 1957 г. — 97,1%, в 1958 г. — 96,8%. Одновременно в практику введена госпитализация больных и острыми кишечными расстройствами недизентерийной этиологии. Так, если в 1954 г. таких больных было госпитализировано 49,7%, то в 1955 г. уже 85,3%.

Провизорная госпитализация больных острыми кишечными расстройствами и осуществление дифференциальной диагностики в условиях стационара позволили значительно улучшить учет больных острыми кишечными заболеваниями и выявление среди них дизентерии, что привело к росту соответствующих цифр. Об этом росте свидетельствуют изменившиеся количественные соотношения между дизентерией и острыми кишечными заболеваниями. Удельный вес дизентерии среди острых кишечных расстройств в 1950 г. составлял 13,8%, в 1954 — 46,7%, в 1955 г. — 57,9%, в 1956 г. — 65,1%, в 1957 г. — 72,8%, в 1958 г. — 67,1%. Несомненно, такие сдвиги произошли не из-за учащения дизентерии, а за счет улучшения ее диагностики. При этом не исключена возможность, что в 1956—58 гг. имела место и «гипердиагностика» дизентерии.

Следует отметить, что в Бавлинском районе в 1955—58 гг. эпидемические данные по дизентерии претерпели существенные изменения. В 1955 г. все острые кишечные заболевания, включая и дизентерию, снизились на 38,2%, по сравнению с 1954 г., а заболеваемость дизентерией — на 21,3%. В 1956 г. это снижение, по сравнению с 1955 г., достигало соответственно 35,6 и 23,6%. В 1957 г., по сравнению с 1956 г., наблюдался рост острых кишечных заболеваний на 26,8% и острой дизентерии — на 41,6%. Однако заболеваемость острыми кишечными заболеваниями, в том числе и дизентерией, в 1957 г. была ниже, чем в 1955 г., на 16,2%. Острые кишечные заболевания в 1958 г., по сравнению с 1957 г., снизились на 10,5%, а заболеваемость острой дизентерией — на 17,4%; по сравнению с 1955 г. это снижение составило соответственно 28,2 и 10,6%.

Таким образом, снижение всех острых кишечных расстройств, как и относительный рост числа диагнозов дизентерии, свидетельствует об улучшении постановки борьбы с дизентерией в 1955—58 гг.

Одной из особенностей заболеваемости дизентерией в 1955—58 гг. являлась сглаженность ее сезонных подъемов, выражавшаяся в некото-

ром падении заболеваемости в летние месяцы. Если в 1952 г. заболеваемость дизентерией в III квартале составила 80,5%, а в 1953 г. — 89,8%, то в 1955 г. она составила 39,2%, в 1956 г. — 43,4% и в 1958 г. — 43,1%.

Это можно объяснить тем, что в течение 1955—58 гг. были осуществлены мероприятия по санитарному благоустройству районного центра: подведение канализации к коммунальным домам, проведение регулярной очистки наружных санитарных узлов, цементирование площадок вокруг надворных санитарных установок, улучшение санитарно-гигиенических условий централизованного водоснабжения и др. Кроме того, количество осадков в 1955—56 гг. было наибольшим, по сравнению с 52, 53, 54, 57 и 58 годами, благодаря чему метеорологические условия в третьих кварталах 1955—56 гг. были неблагоприятными для развития мух.

Интенсивность сезонного подъема дизентерии в 1956 и 1958 гг. неодинакова в разных возрастных группах. Если в 1956 г. в группе взрослых максимум заболеваний (в августе) превышает минимум (в январе) только в 2 раза, а в 1958 г. — в 1,4 раза, то в 1956 г. в группе детей августовские цифры превысили январские в 7,8 раза, а в 1958 г. — в 14,3 раза.

Анализ острых кишечных заболеваний у детей в возрасте до 2 лет показал, что в 1956 г. заболеваемость дисфункциями кишечника и диспепсиями снизилась в 2,4, в 1957 г. — в 3,8 и в 1958 г. — в 3,5 раза, по сравнению с 1954 г. Заболеваемость же дизентерией среди детей этой возрастной группы в 1954—56 гг. была на одинаковом уровне.

За последние годы значительно уменьшилась частота заболеваний дизентерией среди детей, посещающих ясли.

Если частота заболеваний у детей, посещающих ясли, была в 1956 г. выше, чем у непосещающих, то в 1958 г. она снизилась в 2,3 раза.

Основными причинами снижения частоты заболеваний дизентерией среди детей, посещающих ясли, по нашему мнению, являются: строгое соблюдение санитарно-дезинфекционного режима в детских учреждениях, осуществление тщательного медицинского освидетельствования с трехкратным бактериологическим исследованием каждого поступающего в ясли ребенка, ежедневное наблюдение за функцией кишечника, обязательное бактериологическое исследование обслуживающего персонала.

Лечение больных острой дизентерией проводилось в соответствии с общепринятой методикой синтомицином, левомицетином, тетраамицином в комплексе с фталазолом и общеукрепляющими средствами (гемотерапия, витамины, диета и др.).

Что касается хронической дизентерии, то в 1954—58 гг. наблюдался ее рост. Так, если в 1954 г. зарегистрированные случаи хронической дизентерии составляли 12,8% среди острых кишечных заболеваний, то в 1956 г. — 21,5%, а в 1958 г. — 37%, что свидетельствует об улучшении качества диагностики среди участковых медицинских работников.

Изучение этиологической структуры дизентерии показало следующее. После 1954 г. дизентерию Григорьева — Шига выявить не удалось; удельный вес возбудителя дизентерии Флекснера в 1954 г. составил 96,5%, в 1956 г. — 77,1%, в 1957 г. — 43,1%, в 1958 г. — 72,8%; возбудитель дизентерии Зонне составлял в 1956 г. — 21,5%, в 1957 г. — 56,9% и в 1958 г. — 27,5%; подвид Ньюкасла, составлявший в 56 г. 1,3%, в дальнейшем выделен не был.

Организация в районной больнице оснащенного ректоскопом кабинета кишечных инфекций позволила улучшить дифференциальную диагностику при первичных обращениях вообще и особенно при стертых формах дизентерии среди больных кишечными расстройствами. Только

в 1958 г. участковыми врачами в кабинет кишечных инфекций направлено 112 лиц с неустойчивым стулом. Среди них выявлено 28,9% больных хронической дизентерией и 2,9% больных стертыми ее формами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гедзе Г. И. Тр. Казанского НИИЭГ, 1957, вып. 3. — 2. Гольштейн И. М., Горайнова З. П., Лакиза П. И. Гиг. и сан., 1957, 3. — 3. Гуслиц С. В. Эпидемиология и профилактика дизентерии, Медгиз, 1956. — 4. Донская Р. Б., Вайман Е. И. Тр. Казанского НИИЭГ, 1957, вып. 3. — 5. Немшилова Н. А., Вайман Е. И. Там же. — 6. Токарь С. Х. ЖМЭИ, 1955, 3. — 7. Цимбалист Д. Ф., Моравкин Н. С., Курочкин И. Д. и Каменская З. Х. ЖМЭИ, 1957, приложение за 1956 г.

Поступила 22 июля 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Канд. мед. наук У. Я. Богданович

Из Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Настоящее сообщение посвящено обобщению опыта диспансеризации больных с различными переломами конечностей, лечившихся в институте в течение последних лет.

Весь курс лечения больные проходили стационарно или амбулаторно. Для контроля одновременно проводился учет исходов лечения аналогичных больных, которые после первой помощи на травмпункте или в стационаре института последующее лечение получали в поликлиниках города, где диспансеризации не было.

Взятые под диспансерное наблюдение больные вызывались в институт 1—2 раза в месяц (в зависимости от характера и вида перелома), где производилось полное клиническое и рентгенологическое их обследование. Результаты обследования заносились в специальную «Карту диспансерного обследования травматологического больного», разработанную в институте. Вызовы и обследование продолжались вплоть до восстановления трудоспособности и выхода на работу.

Такое наблюдение было проведено С. А. Тинчуриной над больными с переломом плечевой кости.

Она установила, что постоянное наблюдение специалиста-травматолога с относительно ранней разработкой функции суставов, своевременная и методически правильно проведенная физио- и механотерапия привели к значительному сокращению сроков нетрудоспособности больных с переломом плечевой кости.

Диспансерные наблюдения А. Ю. Подвального над больными, имевшими различные виды переломов дистального конца лучевой кости, сравненные с результатами лечения больных с аналогичными повреждениями в поликлиниках города, также подтверждают, что сроки восстановления функции значительно сокращаются, а функциональные результаты получаются при диспансеризации гораздо лучше.

Диспансерное обследование в одном из районов Казани 192 детей, имевших переломы различных сегментов скелета, показало (Г. М. Михайлова), что у всех, за исключением одного, лечившихся в стационаре института или весь период лечения находившихся под наблюдением