

гудят моторы»). Указывалось и на нарушение сна (кошмарные сновидения с частым пробуждением среди ночи или бессонница), на изменения в характере и поведении (раздражительность, неуравновешенность).

У контрольных лиц порог слышимости не был изменен ни в одном случае.

Описанное влияние производственного шума на слуховой анализатор аналогично данным других авторов (А. А. Князева, 1953; М. И. Светланов и А. М. Большаков, 1957 и др.).

Результаты работы послужили основанием для следующих рекомендаций по ограничению шума и его влияния на организм:

- а) организация дистанционного управления насосами из специального звукоизолированного помещения;
- б) оборудование звукоизолированных комнат для периодического отдыха рабочих;
- в) применение амортизаторов и шумопоглотителей при использовании вибрирующего и генерирующего шум оборудования;
- г) сокращение рабочего дня до 6 часов и установление дополнительного 12-дневного отпуска лицам, постоянно работающим в шумовой обстановке описанной интенсивности;
- д) применение при работе в насосном зале наушников-антифонов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Князева А. А. Тр. Всесоюзного научно-исслед. ин-та охраны труда ВЦСПС в Ленинграде, 1953. — 2. Пантелеев Г. А. Нефтяное хозяйство, 1959, 8. — 3. Светланов М. И. и Большаков А. М. Военн.-мед. журн., 1957, 9. — 4. Славин И. И. Производственный шум и борьба с ним. Профиздат, 1955. — 5. Тимофеев Н. В. и Покрывалова К. Л. Пробл. физиол. акустики, 1950, т. 11. — 6. Фаниев Г. Д. и Мушин А. З. Новое в технологии и технике добычи нефти. Гостоптехиздат, М., 1958. — 7. Цирешкин Б. Д. Вестн. оториноларингол., 1953, 4. — 8. Эфрусси М. М. Вестн. оториноларингол., 1951, 5.

Поступила 21 марта 1960 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ О ЕСТЕСТВЕННОМ ДВИЖЕНИИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР за 1910—1960 гг.

Проф. Т. Д. Эпштейн

Зав. кафедрой организации здравоохранения и истории медицины Казанского медицинского института

Занимаясь с 1935 г. изучением естественного движения населения Татарской АССР (рождаемости, общей и детской смертности, причин смерти, естественного прироста населения) и располагая сравнительными данными за ряд предыдущих лет, мы поставили перед собою задачу в настоящем сообщении проанализировать важнейшие демографические процессы в Татарии за 50-летний промежуток времени (1910—1960, за исключением всех военных лет).

Названный нами исторический отрезок времени (1910—1960) вмещает события крупнейшего исторического значения, связанные с преобразованием технически и культурно отсталой страны в передовую индустриально-аграрную с высоким развитием науки и техники, страну,

на XXII съезде КПСС принявшую Программу построения коммунистического общества.

Как известно, бывшая Казанская губерния, одна из отсталых в царской России, за годы Советской власти стала основой образования трех национальных республик — Татарской, Чувашской и Марийской. Татарская республика, наиболее крупная из них по территории и численности населения, является одним из важнейших нефтедобывающих районов Советского Союза, республикой большой химии, энергетики, машиностроения и металлообработки, производства точных приборов, разнообразных отраслей легкой и пищевой промышленности, высокопроизводительного сельского хозяйства.

По переписи 1959 г. население Татарской АССР составляет 2 850,4 тыс. жителей, причем на долю городского населения (1 195,7 тысячи) приходится 41,9% против 10,8% по переписи 1926 г. Удельный вес жителей села соответственно понизился до 58,1% (при абсолютном числе 1 654,7 тысячи) против 89,2% по переписи 1926 г.

Население Казани составляет по переписи 1959 г. 646 800 человек, между тем как по городской переписи 1923 г. числилось всего 158 085 человек, то есть население города возросло за 36 лет на 408,5%.

Из других данных переписи 1959 г. по ТАССР отметим следующие наиболее важные: ко всему населению татары составляют 47,3%, русские — 43,9%, остальные национальности — 8,8%; в народном хозяйстве занято 702 тыс. рабочих и служащих (против 119 тыс. в 1929 г.); учащихся в общеобразовательных школах — 461,5 тыс., в вузах — 33,8 тыс., в техникумах и других специальных учебных заведениях — 18,1 тыс., — всего же учащихся 513,4 тыс.; на 10 000 населения приходится 16,9 врача и 56,6 среднего медицинского персонала против 1,6 врача и 1,4 среднего медперсонала в 1913 г.

Обратимся к рождаемости населения Татарской АССР за 50-летний период (1910—1960). Для ориентировки в значении показателей рождаемости позволим себе заметить, что коэффициенты выше 35,0 на 1 000 следует считать очень высокими, между 35,0 и 25,0 надо признать высокими, от 24,0 до 20,0 — можно считать средними; наконец, от 19,0 до 10,0 должны квалифицироваться как низкие¹.

Для сравнения приведем данные о движении рождаемости параллельно по Татарской АССР и по СССР.

Годы	Число родившихся на 1000 жителей	
	в ТАССР	в СССР
1910	46,9	
1913	41,5	47,0
1926	43,6	44,0
1940	37,1	31,3
1950	26,4	26,7
1960	28,3	24,9

Представленные показатели дают основание сделать следующие выводы:

Если с 1910—1913 гг. вплоть до 1939 г. сохраняется с небольшими отклонениями дореволюционный патриархальный, близкий к натуральному, тип рождаемости на уровнях выше 40,0, то с 1940 до 1950 г. в связи с войной происходит падение до 26,4 на 1 000.

С 1951 г. рождаемость в Татарии повышается и стабилизируется на уровнях между 28,0 и 29,0 на 1 000.

¹ Проф. А. М. Мерков. Демографическая статистика, 1959, М., стр. 160.

Тип кривой рождаемости в Татарской АССР повторяет кривую СССР, с той лишь разницей, что в последние годы количественные ее выражения заметно выше в Татарии, чем в среднем по СССР.

В уменьшении рождаемости в Татарской АССР, как и во всей стране, играют роль такие факторы, как прогрессивно увеличивающаяся доля городского населения и приближение современного села к городскому типу, рост культуры, просвещенность относительно способов предупреждения беременности и право беспрепятственного производства аборт, доступность врачебной консультации по связанному с предупреждением и прерыванием беременности вопросам. Нельзя не учитывать и того факта, что вступают в брак родившиеся в годы Великой Отечественной войны, когда мужчины, находившиеся на фронтах, были оторваны от семьи, чем и объясняется уменьшение рождаемости в это время.

Следует учесть происшедшие в последние два десятилетия изменения в возрастном составе населения страны: за годы Советской власти значительно увеличилась средняя продолжительность жизни (с 32 лет в 1896—97 гг. до 69 лет в 1958—59 гг.), и, следовательно, стало значительно больше людей в возрастах, не участвующих в деторождении. Между тем расчеты делаются на все население, численность которого с каждым годом абсолютно все увеличивается,— естественно, коэффициенты рождаемости не могут не оказаться уменьшающимися на некоторую величину.

На сокращение рождаемости в связи с повышением возраста людей обратил внимание К. Маркс еще в 60-х годах прошлого столетия. Он писал: «Прирост населения в результате рождаемости определяется, главным образом, соотношением между числом лиц в возрасте от 20 до 35 лет и остальным населением. Соотношение же между числом лиц в возрасте от 20 до 35 лет и населением Соединенного королевства равно примерно 1 : 3, или 25,06 %...»¹, чем Маркс и объяснил уменьшение естественного прироста населения в Англии в 1851—1861 гг.

По итогам Всесоюзной переписи населения 1959 г., лица в возрасте 20—34 лет составляют в СССР 27,5% ко всему населению, то есть величину, ненамного превышающую приведенную К. Марксом. Следовательно, поскольку нет существенной разницы в количестве лиц, имеющих главное значение в высоте рождаемости, надо считать сохраняющими силу и для нашей страны рассуждения К. Маркса о естественности при такой возрастной структуре более низких показателей рождаемости.

Небезынтересны в этом плане данные академика С. Г. Струмилина о градациях рождаемости внутри возрастной группы 20—44 лет. Оказывается, в группе «...20—25 лет число рождений на 100 лет брачной жизни в 1933 г. составляло 29, а для возрастов от 40 до 44 лет — 7,7, то есть почти в 4 раза меньше»². Таким образом, уменьшение показателей рождаемости в последние годы в числе многих отмеченных выше причин зависит и от изменений возрастной структуры населения в результате неуклонного удлинения средней продолжительности жизни населения.

Решающее значение в вопросе о естественном приросте населения имеет соотношение рождаемости и смертности. Нельзя не отметить тот факт, что на протяжении каких-нибудь четырех десятилетий наша страна, которая в условиях царизма была самой неблагополучной в Европе по уровню смертности населения, к настоящему времени стала страной самой низкой смертности во всем мире!

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., изд. 1960 г., т. 16, стр. 476.

² Новое время, 1961, 7.

Татарская АССР (б. Казанская губерния), имевшая в 1910 г. чрезвычайно высокую смертность (33,1 на 1 000 населения), также достигла небывало низких показателей общей смертности, о чем свидетельствуют следующие цифры:

Годы	Число умерших на 1000 жителей	
	в ТАССР	в СССР
1913	30,9	30,2
1926	21,4	20,3
1940	26,4	18,3
1950	10,2	9,6
1960	8,0	7,1

Хотя по сравнению со средними величинами смертности в СССР Татария имеет несколько худшие показатели (что должно насторожить наши органы здравоохранения), однако в столице Татарии Казани показатели смертности за шесть последних лет ниже, чем в среднем по Татарской АССР и по всему Союзу ССР, что видно из следующих данных:

Годы	Умерло на 1000 населения		
	в г. Казани	в ТАССР	в СССР
1955	7,6	9,1	8,2
1956	7,1	8,5	7,6
1957	7,7	9,3	7,8
1958	6,6	7,9	7,2
1959	6,3	8,5	7,6
1960	6,1	8,0	7,1

На примере Казани доказано, что может быть достигнута весьма низкая общая смертность населения.

Для суждения о степени санитарного благополучия населения особо важен, как известно, коэффициент детской смертности (до 1 года). Хотя и по этому признаку Татария отстает от средних величин по СССР, однако достигнут огромный прогресс в деле снижения смертности в Татарской АССР, в чем можно убедиться из следующих цифровых данных:

Годы	Умерло детей в возрасте до 1 г. на 1000 ролившихся	
	в ТАССР	в СССР
1913	300,0	273,0
1940	207,0	184,0
1950	82,0	81,0
1960	40,7	35,0

Таким образом, в результате коренных преобразований в экономике, культуре и санитарных условиях труда и быта, а также в здравоохранении детская смертность снизилась в 7,5 раз, что не имеет прецедента в истории всех стран и народов.

Располагая данными Всесоюзной переписи населения 1959 г., мы можем привести повозрастные коэффициенты смертности населения Татарии за 1959 г. (на 1 000 жителей): от 0 до 4 лет — 14,37; от 5 до 9 — 1,18; от 10 до 14 — 0,90; от 15 до 19 — 1,09; от 20 до 24 — 1,73; от 25 до 29 — 2,19; от 30 до 34 — 2,83; от 35 до 39 — 3,61; от 40 до 44 — 3,95; от 45 до 49 — 5,20; от 50 до 54 — 8,00; от 55 до 59 — 11,37; от 60 до 64 — 17,55; от 65 до 69 — 27,77; от 70 и старше — 73,51 (в среднем — 8,48).

Среди детей наиболее высокой по смертности является группа в возрасте от 0 до 4 лет, а среди нее ранимым в отношении смертности, как известно, является первый год жизни детей (0 — 1 г.), он-то и оказывает влияние на высоту смертности всего контингента детей от 0 до 4 лет.

Возрастом наиболее низкой смертности является период от 10 до 14 лет; дальше, с каждым следующим пятилетием до 45 лет происходит довольно равномерное незначительное повышение смертности. С 45—49 лет темп повышения смертности с каждым пятилетием ускоряется, и с 65-летнего возраста происходит значительное увеличение коэффициентов смертности, что, в частности, связано с арифметическим результатом расчета на непрерывно уменьшающуюся с каждым годом численность живущих в этом возрасте.

Для характеристики санитарного состояния особенно важен уровень заболеваемости. В первые десятилетия Советской власти, когда проводившиеся ею социальные, экономические и культурные преобразования еще не могли полностью сказаться на санитарном состоянии, среди населения преобладали заболевания дооктябрьского периода и, в частности, инфекционные болезни, отличительной чертой которых является повышенная смертность.

Весьма характерны следующие данные о заболеваемости населения в б. Казанской губернии (по материалам «Отчетов о состоянии народного здоровья...» Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел за 1910 г.):

Умерли	в б. Казанской губернии	в ТАССР
	в 1910 г.	в 1960 г.
от оспы	3108	нет
от скарлатины	3186	нет
от дифтерии	568	20
от холеры	1796	нет

В этом же «Отчете о состоянии народного здоровья...» за 1910 г. приведены цифры больных, зарегистрированных в Казанской губернии (в действительности же множество этих заболеваний, вследствие отдаленности медицинских учреждений и малой их доступности для населения, протекало без обращения к медицинской помощи и, следовательно, не попало в этот статистический учет): с чесоткой — 182 188, малярией — 76 736, трахомой — 42 736, гриппом — 39 779, ревматизмом — 10 068, рожей — 3 147, брюшным тифом — 2 554, паразитарными тифами — 1 149, сифилисом — 1 035.

С таким тяжелейшим наследием пришлось органам здравоохранения Татарии начать после Октябрьской революции героическую борьбу за оздоровление населения.

Каков же итог к 1960 году? Не стало оспы, холеры, возвратного тифа, чумы. Татария — накануне полной ликвидации трахомы; становится реальной задачей полной ликвидации дифтерии в ближайшие несколько лет; малярии в 1959 и 1960 гг. по всей Татарии зарегистрировано всего по 2 случая; к единичным случаям сведены заболевания сыпным и брюшным тифами; то же самое следует сказать о сифилисе; значительно уменьшилась и заболеваемость туберкулезом.

С ликвидацией многих инфекционных заболеваний определяющее влияние в борьбе за дальнейшее снижение смертности приобретают уже иные, по преимуществу хронические, заболевания.

Приводим для иллюстрации таблицу важнейших причин смертности населения за 1960 г. по городам Татарской АССР.

Наименование причин	Смертность на 10 000 среднего населения	Смертность (в % к итогу)
Болезни сердца и сосудов (включая гипертоническую болезнь, атеросклероз, кровоизлияния в мозг)	20,6	32,7
Рак и другие злокачественные новообразования	12,3	19,4
Травмы бытовые и производственные	5,1	7,9
Заболевания органов дыхания	5,1	7,9
Инфекционные болезни	4,9	7,7
в том числе туберкулез органов дыхания	2,5	3,9
Болезни новорожденных	3,2	5,0
Болезни органов пищеварения	1,9	3,2
Прочие болезни	7,4	12,3
Всего:	63,0	100,0

Как видно, на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования, а инфекционные болезни отступили на пятое место; равное положение занимают травмы и заболевания органов дыхания; туберкулез легких представлен еще довольно значительно; обращают на себя внимание и цифры патологии новорожденных.

Таким образом, среди причин смерти преобладают так называемые хронические заболевания, а среди причин острого характера — травмы и заболевания органов дыхания. Очевидно, что структура причин смерти должна определять и задачи органов здравоохранения в построении плана снижения заболеваемости и смертности населения.

В балансе населения Татарской АССР за ряд последних лет заметна весьма благоприятная конъюнктура в результате устойчивого падения смертности при относительно высоком уровне рождаемости. Приведем данные о естественном приросте населения Татарской АССР за ряд лет в сравнении с СССР.

Годы	Естественный прирост на 1000 жителей	
	в ТАССР	в СССР
1913	10,6	16,8
1926	22,2	23,7
1940	10,7	13,4
1950	16,2	16,9
1960	20,3	17,8

По сравнению с дореволюционным временем, естественный прирост населения в Татарии значительно увеличился (до 20,3 в 1960 г. против 10,6 в 1913 г., то есть почти вдвое) и, благодаря более высокой рождаемости, в последние 10 лет несколько превышает средний естественный прирост населения по СССР.

Небезынтересно, что по естественному приросту населения СССР значительно опережает «передовые» капиталистические страны, в чем можно убедиться из следующих цифр:

Естественный прирост населения в 1959 г. (на 1 000)	
СССР	— 17,4
США	— 14,7
Япония	— 10,1

Франция	— 8,1
Италия	— 8,1
Федеративная республика Германия	— 6,8
Англия	— 5,2

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принятая XXII съездом КПСС величественная Программа построения коммунистического общества провозглашает одной из главных задач в области охраны народного здоровья осуществление мер по дальнейшему увеличению продолжительности жизни советского человека.

Эта благородная цель воодушевляет армию медицинских работников на самоотверженный труд и поиски лучших путей для осуществления вековой мечты человечества о долгой, здоровой и счастливой жизни. Углубленное изучение демографических процессов, заболеваемости населения и факторов, влияющих на его здоровье, — один из путей к решению проблемы повышения уровня здоровья народа — строителя коммунизма.

Великим завоеванием социализма является снижение общей и детской смертности в Татарии, как и во всем Советском Союзе, в темпах, неведомых в истории какой-либо страны в мире, в результате чего смертность населения за 40 с небольшим лет оказалась значительно ниже, чем в «передовых» капиталистических странах.

Наиболее актуальными задачами органов здравоохранения на будущее следует признать организационные и лечебные мероприятия в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями, травмами, туберкулезом, воспалением легких и последовательные мероприятия в отношении всех других заболеваний, острых и хронических, как причин временной потери трудоспособности и стойкой инвалидности.

Учреждениям охраны материнства и младенчества предстоит провести большую работу по предупреждению аборт и их снижению, патронажу беременных, обслуживанию детей в консультациях, яслях, детских садах и других детских учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дыхно М. Сб. здравоохранения изд. НКЗдрава ТССР, 1928, стр. 39. — 2. Здравоохранение в СССР. Статистич. сб., М., 1960. — 3. Народное хозяйство СССР в 1960 году. Статистич. ежегодник, М., 1961. — 4. Отчеты о состоянии народного здоровья... Управления врачебного инспектора Министерства внутренних дел, СПб, за 1910 и 1913 гг. — 5. Победоносцев И. Казанский мед. журн., 1929, 4. — 6. 40 лет Татарской АССР. Статистич. сб., Казань, 1960.

Поступила 2 ноября 1961 г.

О ПРОФИЛАКТИКЕ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА В АРСКОМ РАЙОНЕ ТАССР

В. В. Голубев

Организационно-методический отдел (руководитель — канд. мед. наук Я. И. Тарнопольский) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — канд. мед. наук У. Я. Богданович) и Арокая районная больница ТАССР (главрач — А. К. Кудякова)

Чтобы разобраться в причинах сельскохозяйственного травматизма и наметить меры по его снижению, с 1959 г. нами проводился на фельдшерско-акушерских пунктах, в участковых больницах и амбулаториях, в районной больнице и поликлинике учет всех травм. На все случаи травм с потерей трудоспособности заполняются травматологи-

ческие карты, случаи травм без утраты трудоспособности регистрировались в отдельном журнале по определенной форме.

Анализируя травмы с временной утратой трудоспособности за 1959—1960 гг., мы обратили внимание на то, что почти две трети (60,4%) приходится на молодых людей в возрасте до 29 лет, энергичных, подвижных, но часто не имеющих достаточного практического опыта и специальной подготовки.

По видам сельскохозяйственного производства травмы распределяются следующим образом: у полеводов — 20,6%; у овощеводов — 11,1%; у животноводов — 12,2%; при выполнении разных работ — 56,1%. К последним относятся: заготовка торфа, ремонт сельскохозяйственного инвентаря и машин, починка сруи, строительные работы, заготовка и вывозка леса, ремонт дорог и т. д.

У полеводов и овощеводов травмы появляются с началом полевых работ, и резко увеличивается число их в период уборки.

Чаще всего травмы происходят при использовании различных инструментов (24,7%), главным образом из-за их неисправности и плохого качества. В 8,8% травму получают при работах по транспортировке грузов, в основном вследствие плохой организации погрузочно-разгрузочных работ, малой их механизации. В 12,8% травмы получены при работе на различных машинах со снятым ограждением и в 8,4% — при работе на прицепных агрегатах. При уходе за животными произошло 8,4% всех травм.

21,3% всех травм было зарегистрировано у механизаторов.

По характеру повреждения распределяются следующим образом: раны — 57,1%, ушибы — 16,4%, вывихи и растяжения — 6,6%, переломы — 15,3%, прочие — 4,6%.

В 57,5% случаев травмы вызвали утрату трудоспособности до 10 дней, в 24% — от 11 до 20 дней и в 18,5% — свыше 21 дня. Две трети повреждений пришлось на опорно-двигательный аппарат.

Уже в 1959 г. мы начали борьбу с травматизмом в колхозах, добились стабильности в бригадах. С этой целью был использован опыт хирурга Н. К. Родосского из Ципьи (Тат. АССР). По его предложению выделенные для обслуживания машин колхозники проходили медицинский осмотр, затем обучались работе на сельскохозяйственных машинах. После окончания обучения председатель колхоза и бригадир проверяли их техническую подготовку. Одновременно составлялись списки личного состава бригад, которые подписывались председателем колхоза, бригадиром и врачом. Замена лиц в укомплектованных бригадах разрешалась только в исключительных случаях по согласованию с каждым из трех подписавших список лиц и после проверки здоровья и технических знаний у заменяющего колхозника.

Для осуществления контроля за выполнением правил техники безопасности в колхозах Арского района введены общественные инспекторы во всех бригадах, которые подчиняются старшему инспектору по охране труда и технике безопасности в колхозе. Общественный инспектор выбирается из лиц, не относящихся к руководящему составу.

Учитывая, что открытые повреждения составляют более половины всех травм, мы приняли меры для улучшения асептики при оказании первой помощи.

С этой целью, по предложению М. С. Знаменского и проф. С. Я. Фрейдлина, мы стали комплектовать биксы со стерильным материалом в полотняных мешочках, содержимое которых рассчитано для работы на один день. В эти мешочки помещаются микроиндивидуальные пакеты в бумажных обертках (в виде «конфет»). Это позволило бесперебойно иметь стерильный материал даже на самых отдаленных фельдшерско-акушерских пунктах.

Организованы 83 санитарных поста, оснащенных аптечками первой помощи, которые находятся в бригадах, на молочнотоварных фермах, в мастерских. В состав санитарных постов вошли активисты Красного Креста, подготовленные по программе ГСО и работающие в этих же бригадах учетчиками, табельщиками и др.

В организации первой помощи теперь участвует весь коллектив врачей районной больницы. Они регулярно выезжают на фельдшерско-акушерские пункты, проверяют готовность санитарных постов, следят за выполнением профилактических мероприятий.

Мы получаем повседневную поддержку со стороны райкома КПСС и райисполкома. Случаи тяжелых травм были предметом обсуждения на заседаниях бюро райкома КПСС и райисполкома, на которых присутствовали все руководители колхозов. По итогам обсуждения принимались специальные решения.

Все перечисленные мероприятия дали свои плоды. В 1960 г., по сравнению с 1959 г., число сельскохозяйственных травм в районе сократилось почти вдвое. Особенно существенным было снижение в овощеводстве и при так называемых прочих работах, в животноводстве же число травм несколько возросло.

Важно отметить, что это сокращение наблюдается одновременно с ростом кадров механизаторов и с расширением производства.

Для дальнейшей эффективной профилактической работы мы считаем необходимым: 1) ликвидировать текучесть во всех отраслях сельскохозяйственного производства путем создания стабильных бригад; 2) усилить работу общественных инспекторов в осуществлении контроля за выполнением правил охраны труда и техники безопасности; 3) улучшить постановку травматологической помощи во всех звеньях — от санитарных постов до районной больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Знаменский М. С. Сов. мед., 1939, 11. — 2. Фрейдлин С. Я. Профилактика травматизма и организация травматологической помощи, М., 1956. — 3. Шулутко Л. И. и Тарнопольский Я. И. Ортопедия, травм. и протез., 1960, 7.

Поступила 10 марта 1961 г.

БОРЬБА С ГЕЛЬМИНТОЗАМИ В КАЗАНИ

(1951—1959 гг.)¹

В. Я. Царева, Ц. Д. Матт и С. А. Байгулова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и паразитологический отдел гор. СЭС (главврач — А. И. Крепышева)

В текущем семилетии (1959—1965 гг.) ряд гельминтозов (тенийдозы, гименолепидоз, энтеробиоз и др.) подлежит ликвидации, а аскаридоз — резко снижению (до 0,5%).

В нашу задачу входило проанализировать распространенность гельминтозов в Казани и оценить эффективность мероприятий по оздоровлению населения, проводившихся в предыдущие годы (с 1951 по 1959), с тем, чтобы наметить пути дальнейшего снижения и ликвидации инвазий.

Выявление инвазированных больных осуществлялось сетью лечебно-профилактических учреждений и паразитологических отделов санитарно-эпидемических станций Казани путем копрологических исследований.

¹ Доложено в мае 1960 г. на межвузовской научной конференции Казани.