

в районе превратилось в народное движение. За последние 3—4 года количество родильных домов, выстроенных на средства колхозов, увеличилось с 3 до 15. В результате охват стационарным родовспоможением в нашем районе достиг в 1961 г. 100%, против 34% в 1956 г.

С октября 1957 г. в нашем районе был введен «день акушерки», который проводится ежемесячно. На этих «днях» заслушиваются отчеты акушерок колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов о состоянии стационарного родовспоможения и профилактической работы с беременными на участке с обменом опытом этой работы и обсуждением каждого случая родов на дому.

Во всех колхозных родильных домах и фельдшерско-акушерских пунктах был внедрен метод психопрофилактической подготовки беременных к родам. Во время занятий с беременными подчеркивалось значение родов в стационаре для благополучного родоразрешения. Женщины с патологическим течением беременности направлялись на профилактическую койку в районный родильный дом.

Охват беременных психопрофилактической подготовкой составил в 1961 г. 100%. В результате материнская смертность с 9 на 1000 родов в 1956 г. снизилась до 0 в 1960 г.

Значительно снизилась в 1959 г. по сравнению с предыдущими годами смертность новорожденных и мертворождаемость.

Опыт Больше-Березниковского района Мордовии наглядно свидетельствует, что в осуществлении 100% охвата стационарным родовспоможением сельских жителей решающую роль играет расширение сети колхозных родильных домов.

Следует особо отметить, что на современном этапе здравоохранения изменилось и содержание колхозных родильных домов нашего района. Современный колхозный роддом как по своему оборудованию, так и по уровню подготовки персонала значительно отличается от родильных домов, которые открывались в районе еще несколько лет назад. Сейчас все колхозные родильные дома нашего района имеют электричество, автоклавы, стиральные машины. Санпропускники их оборудованы ванными и душевыми установками. Полы в большинстве случаев выстланы линолеумом. Родовые палаты оборудованы кроватями Рахманова, имеют оповестительную сигнализацию, обеспечены наглядными пособиями для проведения занятий в школе молодой матери. В большинстве колхозных родильных домов введен свободный метод пеленания новорожденных. Все колхозные родильные дома обеспечены системными методами переливания крови и кровезаменяющих жидкостей, имеют дежурных доноров. В каждом колхозном родильном доме имеются всегда стерильный материал, кислород и все необходимое для дачи наркоза. Все колхозные родильные дома Больше-Березниковского района Мордовии обеспечены телефонной связью с ближайшими больницами.

В настоящее время нередко можно встретить в колхозном родильном доме санитарку со средним образованием. Такая санитарка сознательно выполняет санитарно-гигиенические требования во всех элементах работы родильного дома, знакома с правилами асептики и антисептики. Она является надежным помощником акушерки и в случае необходимости помогает при выполнении неотложных акушерских вмешательств. Большинство акушерок колхозных родильных домов последних выпусков имеет 10 классов общего образования. Это также влияет положительно на качество их работы.

Большую роль в воспитании сельских акушерок играет старшая акушерка района. Введение должности старшей акушерки района способствовало значительному улучшению качества работы акушерок колхозных родильных домов. Эти новые колхозные роддома и составляют основную отличительную черту современного этапа родовспоможения Больше-Березниковского района Мордовской АССР.

Поступила 8 февраля 1962 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНГИНОЙ ПО ДАННЫМ 1-й ПОЛИКЛИНИКИ КАЗАНИ

Р. А. Абукова

1-я поликлиника 7-й городской больницы Казани (главрач — С. Г. Соркина, научный консультант — проф. Н. Н. Лозанов)

Важность изучения заболеваемости ангиной, методов борьбы с нею вытекает из того, что среди острых инфекционных заболеваний ангина занимает второе место после гриппа и катара верхних дыхательных путей.

По данным обращаемости в нашу поликлинику, оториноларингологическая заболеваемость составляет около 19,6%, и первое место занимает ангина. Заболеваемость ангиной на различных предприятиях различна, что свидетельствует о зависимости ее не только от инфекции и реактивности организма, но и от профессиональных факторов, в частности микроклимата на предприятиях и времени года.

По данным поликлиники, наибольшая заболеваемость отмечается в январе, наименьшая — в июне, июле.

Как свидетельствует ряд авторов (Б. Б. Койранский, А. С. Токман, И. В. Филатов и др.), наибольшее влияние на заболеваемость ангиной из всех метеорологических факторов имеют колебания температуры воздуха и относительной влажности.

По нашим наблюдениям, неблагоприятное сочетание высокой влажности и низкой температуры в январе совпадает с высокой заболеваемостью; в июне — июле при наиболее благоприятном сочетании температуры воздуха и относительной влажности падает и заболеваемость.

По клиническим формам наблюдавшиеся нами ангины распределяются следующим образом: фолликулярная — 38,8%, катаральная — 31,7%, лакунарная — 16,2%, флегмонозная — 1,6%, прочие и неясные формы — 11,7%.

Среди заболевших мужчин было 37,9%, женщин — 62,2%.

Среди них до 19 лет было 12,2%, 20—29 лет — 40,6%, 30—39 лет — 20,1%, 40—59 лет — 23,3%, свыше 60 лет — 3,8%.

Статистические данные по другим местностям также указывают на большую частоту ангин в возрастной группе 20—29 лет (Т. А. Бурлакова, А. С. Токман и др.).

Средняя продолжительность пребывания на больничном листе — 6—8 дней.

Для диспансеризации часто болеющих ангиной осуществлялись выявление и взятие на учет больных, страдающих хроническими тонзиллитами, на основе не только обращаемости в нашу поликлинику, но и профилактических осмотров.

Число хронических тонзиллитов в 1959 г. возросло, в то время как заболеваемость острыми ангинами снизилась.

Из обратившихся по поводу ангин под диспансерное наблюдение взято 72 человека.

По формам тонзиллиты распределялись (по классификации Л. А. Луковского) следующим образом: 1) компенсированная форма — 10, 2) субкомпенсированная — 32, 3) декомпенсированная — 30.

Среди взятых на учет преобладал возраст 20—29 лет (43 человека), женщин было 40, мужчин — 32.

При профилактических просмотрах взято на диспансерное наблюдение 103 человека в 19—20-летнем возрасте.

Здесь преобладали компенсированные тонзиллиты (39) и субкомпенсированные (52).

Наблюдение за больными проводилось дифференцированно в зависимости от формы заболевания, общего состояния, условий труда и быта.

Среди взятых на диспансерное наблюдение нами отмечены заболевания зубов у 50%, других ЛОР-органов — у 12%, другие хронические заболевания — у 42%, что свидетельствует о частоте сочетаний и связи хронического тонзиллита с другими заболеваниями, преимущественно хроническими.

Лечение больных, взятых на диспансерное наблюдение, начиналось нами с санации ротовой полости и верхних дыхательных путей, одновременно больные наблюдались и врачами других специальностей: терапевтом, хирургом, гинекологом.

При лечении компенсированных хронических тонзиллитов применялись промывания лакун миндалин, массаж миндалин раствором Люголя, смазывание лакун настойкой йода. При промывании лакун мы отдавали предпочтение раствору фурацилина, учитывая литературные данные о его эффективности (В. А. Антонова, Н. С. Красовская); лечение проводилось в течение двух недель и повторялось через разные промежутки в зависимости от клинического течения.

При субкомпенсированных формах, наряду с промыванием, массажем, широко применялись внутритонзиллярные инъекции растворов пенициллина, гальванокаустика, рентгенотерапия и физиотерапевтическое лечение (УВЧ, ультрафиолетовое облучение).

При декомпенсированных формах производилась тонзиллэктомия, и лишь у некоторых больных применялось сочетание гальванокаустики и рентгенотерапии миндалин.

Проводилось также физиотерапевтическое и медикаментозное лечение. Применялись и десенсибилизирующие препараты (хлористый кальций, димедрол). В некоторых случаях использовались тонзиллин и ангиноль № 1 и 2; эффективным оказалось применение тонзиллина и при хронических тонзиллитах. Широко назначали витамины

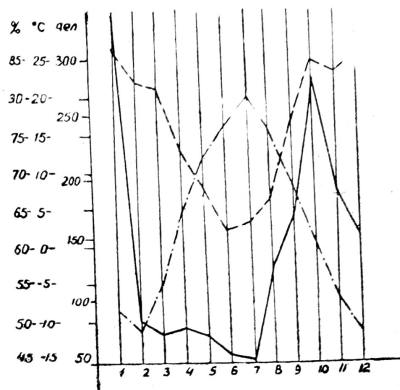


Рис. 1. Зависимость заболеваемости ангиной от температуры и относительной влажности воздуха за 1959 год. Обозначения: — количество заболевших; --- % относительной влажности; - · - · - температура воздуха.

С, В, исходя из данных ряда авторов (Л. А. Луковский, Г. И. Тихонов и др.) о гиповитаминозе при хронических тонзиллитах.

При лечении больных выясняли условия труда, характер питания. Одновременно с лечебными мероприятиями проводилась и санитарно-просветительная работа.

Результаты диспансеризации выразились в отсутствии обострений хронических тонзиллитов в течение 1—1,5 лет у 95% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Т. А. Вестник ОРЛ, 1959, 5.—2. Койранский Б. Б., Заке Р. А. Гиг. и сан., 1958, 2.—3. Преображенский Б. С. Журнал МЭИ, 1956, 8.—4. Сахаров П. П. Клин. мед., 1955, 4.—5. Токман А. С. Заболеваемость болезнями уха, горла, носа и задачи организации ЛОР-помощи, М., 1957.

Поступила 12 декабря 1960 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

О ВСТРЕЧЕ ВРАЧЕЙ, ОКОНЧИВШИХ В 1922 ГОДУ МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

14—16 мая с. г. в Казани в одной из старейших медицинских школ страны собрались через сорок лет после окончания медицинского факультета Казанского университета врачи выпуска 1922 года.

С августа 1917 года, то есть накануне Великой Октябрьской социалистической революции, 268 юношей приступили к занятиям на медицинском факультете Казанского университета и 200 девушек — в только что открывшемся Женском медицинском институте. Большинство были дети разночинцев, торговцев, промышленников, духовенства, и совсем мало оказалось детей из рабочих и крестьянских семей, среди них было всего двое татар — дети казанских купцов. Среди студентов были представлены жители более чем 30 губерний.

Бурные события Октябрьской революции и последующей гражданской войны внесли большие изменения в жизнь вуза и состав студенчества.

В 1918 г. после освобождения Казани от белогвардейцев на втором курсе занятия были возобновлены при наличии лишь пятой части студентов, собравшихся в один курс из обоих медицинских вузов. В последующие годы курс пополнялся фельдшерами (с 3-го курса) и демобилизованными из Красной Армии бывшими студентами 4-го и 5-го курсов, поступления 1910—1916 годов. За годы обучения студенчество понесло потери и за счет погибавших в борьбе с эпидемиями, так как почти все студенты работали в лечебных и санитарных учреждениях. Немало из них и оставило учебу по разным причинам.

Характерно, что на курсе в те годы еще не существовало общественных организаций, и некоторые их функции выполнял старостат, избиравшийся на общих собраниях курса, ставивший своей целью помогать студентам в учебе, для чего и организовывал некоторые общественные мероприятия. Со стороны деканата и профессорско-преподавательского состава в то время воспитательной работы не проводилось.

Жизнь выдвинула задачи и учиться, и работать к моменту окончания факультета каждый студент имел не меньше 3—4 лет стажа практической медицинской работы в учреждениях здравоохранения, строивших свою работу на основе задач Программы Коммунистической партии, принятой в 1919 году на ее VIII съезде; это и оказывало на студентов того времени огромное воспитательное влияние, благодаря которому они заняли свое место среди активных строителей советского здравоохранения.

6 июля 1922 г. медицинский факультет Казанского университета выпустил 153 врачей (91 мужчина и 67 женщин в возрасте от 22 до 57 лет). Среди окончивших были только 21 юноша и 32 девушки, принятые в числе 468 человек в 1917 г. Это был первый выпуск врачей при Советской власти, оформленный нормально в установленный срок — пятилетний, так как с 1915 г. до 1922 г. врачи выпускались ускоренным порядком.

Молодые врачи для выбора мест работы были предоставлены самим себе. Большинство возвратилось в свои родные края, где быстро и включилось в работу, так как нужда во врачах была острейшая. Теперь стало известным, что больше 90 врачей заполнило пустовавшие места в сельских больницах, часть — в уездных больницах, и лишь около 40 врачей начали работать в г. Казани и других крупных городах.

Жизнь требовала от молодых врачей того времени быстрой ориентировки и решительных действий по приезде в заброшенные, плохо оснащенные сельские боль-