

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ  
ДЕКАБРЬ

1981

6

ТОМ  
LXII

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

## ЗАДАЧИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР В СВЕТЕ РЕШЕНИЙ XXVI СЪЕЗДА КПСС

*Министр здравоохранения ТАССР доцент И. З. Мухутдинов*

Программой больших свершений на благо народа вошли в нашу жизнь решения XXVI съезда КПСС, выступление на нем Генерального секретаря ЦК КПСС товарища Л. И. Брежнева. В этих исторических документах творчески обобщена практика коммунистического строительства в СССР, воплощена стратегия и тактика КПСС по важнейшим вопросам экономического, социального и духовного развития нашей страны с учетом конкретных условий современности.

В принятых XXVI съездом КПСС основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1981—1985 гг. и на период до 1990 г. сказано: «Осуществить систему мер по последовательному повышению благосостояния народа. Первостепенное внимание уделить улучшению снабжения населения товарами народного потребления, жилищных условий, медицинского обслуживания и условий труда, решению других актуальных социальных задач». Среди социальных задач важнейшее место занимает дальнейшее улучшение охраны здоровья нашего народа.

Итоги развития здравоохранения в целом по стране, в том числе и в Татарской АССР, создали надежную базу для дальнейшего повышения уровня и качества медицинского обслуживания населения, расширения сети учреждений здравоохранения, совершенствования их структуры, широкого внедрения в медицинскую практику научно-технических достижений, использования прогрессивных форм организации работы медицинских учреждений.

Целеустремленно работая над претворением в жизнь решений XXV съезда КПСС и постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 870 от 22/IX 1977 г. «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения», медицинские работники Татарии добились определенных успехов в деле улучшения медицинского обслуживания населения.

В результате проведенных в 10-й пятилетке социально-экономических и медицинских мероприятий улучшилось состояние здоровья населения республики. Снижился уровень детской и материнской смертности; сократилось число инфекционных заболеваний, в том числе существенно снизилась заболеваемость и смертность от туберкулеза; снизилась заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих промышленных предприятий; сократились и показатели инвалидизации трудоспособного населения.

Все эти успехи, имеющие большое народнохозяйственное значение, явились результатом дальнейшего укрепления материально-технической и кадровой базы здравоохранения, широкого внедрения достижений медицинской науки, совершенствования

форм работы медицинских учреждений во всех отраслях и звеньях практического здравоохранения.

За годы 10-й пятилетки введено в строй больниц на 5035 коек, 18 поликлиник на 8860 посещений, 6 санэпидстанций, медучилище в г. Зеленодольске на 640 учащихся, центральный аптечный склад, завод по ремонту медицинской техники, 20 аптек и другие объекты.

Обеспеченность койками за 5 лет выросла на 8% и составила в 1980 г. 118,9 на 10 000 населения. Медицинские учреждения существенно пополнились новыми аппаратами и оборудованием, санитарным транспортом, мебелью и предметами, облегчающими труд медицинских работников.

Значительный количественный и качественный рост претерпели за эти годы и медицинские кадры. За годы 10-й пятилетки численность врачей возросла с 9251 чел. до 10981, а обеспеченность врачами (на 10 000 населения) с 27,6 до 31,8. Подавляющее большинство молодых врачей направлялось на работу в амбулаторно-поликлинические учреждения, в медсанчасти, центральные и участковые больницы. Из стен девяти медицинских училищ выпущено 8707 средних медицинских работников. Обеспеченность средними медицинскими работниками выросла с 87,5 до 99,4 на каждые 10 000 населения. Значительная работа проведена по повышению профессионального мастерства медицинских работников. С учетом прохождения первичной специализации (интернатуры) различные формы повышения квалификации прошли 5763 врача. Ежегодно 40—50 врачей обучаются в клинической ординатуре.

Постоянно ширится движение за коммунистическое отношение к труду. По итогам смотра работы за 1980 г. переходящие Красные Знамена Совета Министров ТАССР и Татарского областного Совета профсоюзов были вручены коллективам Республиканского туберкулезного диспансера, Альметьевской ЦРБ, 11-й городской больницы г. Казани; переходящего Красного Знамени Минздрава СССР и ЦК профсоюза медработников удостоен коллектив Казанской городской санэпидстанции.

Нельзя, однако, не отметить, что наряду с хорошими коллективами, замечательными, самоотверженно работающими врачами, средними медработниками есть отдельные лица, которые не осознали всей ответственности своей гуманной профессии, не занимаются совершенствованием своих профессиональных знаний, допускают факты невнимательного, а порой преступно-халатного отношения к больным. Об этом свидетельствуют поступающие в Минздрав ТАССР письма и жалобы граждан на nepядьки в работе отдельных учреждений, грубость и невнимательность медработников. Проверки показывают, что более 60% жалоб частично или полностью подтверждаются.

Все это говорит о необходимости дальнейшего всестороннего совершенствования работы органов и учреждений здравоохранения, повышения ответственности за порученный участок работы, усиления идейно-политической и воспитательной работы среди всех работников здравоохранения.

Важнейшей формой медицинского обслуживания населения была и остается амбулаторно-поликлиническая помощь. За 10-ю пятилетку объем амбулаторно-поликлинической помощи в республике возрос на 22%. Только за 1980 г. в республике обслужено около 28 млн. человек. Среднее число врачебных посещений на одного городского жителя в год возросло с 9,7 в 1975 г. до 10,7 в 1980 г. За 5 лет дополнительно организовано 196 территориальных и 79 цеховых участков. Численность взрослого населения на один территориальный участок сократилась на 21% и составляла на 1 января 1981 г. 2800 человек.

Дальнейшее расширение получает диспансерный метод обслуживания. Охват диспансерным наблюдением на 1000 населения вырос за 5 лет на 39,3% и составляет 148,2 чел. Больные сахарным диабетом, глаукомой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим нефритом, тиреотоксикозом охвачены диспансерным наблюдением на 98—100%.

В большинстве поликлинических учреждений городов диспансеризация стала осуществляться более планоно в контакте с узкими специалистами, организовано изучение эффективности проводимых лечебных и профилактических мер. Например, при ревматизме противорецидивным лечением охвачено 98,4% диспансерных больных. Имели рецидивы из числа лечившихся больных 2,2% (в 1979 г. — 2,4%). Госпитализирован по показаниям 91%, профилактической госпитализацией охвачено около 50% больных. Неплохие результаты достигаются и при диспансеризации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

За эти годы интенсивно продолжала развиваться специализированная амбулаторная помощь населению. Возросла сеть кардиологических, ревматологических, урологических, наркологических, аллергологических, травматологических и других кабин-

тов. В настоящее время в городских поликлиниках ведется прием по 20—27 специальностям.

Большое внимание уделяется преимущественному медицинскому обслуживанию рабочих. В республике имеется 25 медсанчастей на 2650 коек. Для обслуживания трудящихся создано 350 цеховых участков, 575 здравпунктов. При медсанчастях внедряется новая комплексная форма работы — врачебно-инженерные бригады. Периодическими медицинскими осмотрами охватываются 96,5% работающих.

В поликлинических учреждениях внедрен бригадный метод обслуживания, организованы кабинеты доврачебного приема, предварительная запись и запись на прием по телефону.

Вместе с тем в организации амбулаторной помощи населению республики имеются серьезные недостатки, снижающие эффективность проводимой работы.

Решения XXVI съезда КПСС обязывают нас провести большую работу по коренному улучшению деятельности поликлиник, диспансеров, амбулаторий и других учреждений первичного звена здравоохранения.

Наряду с задачей дальнейшего увеличения объема оказываемой амбулаторной помощи населению, мы должны прежде всего повысить качество и расширить объем профилактической работы. Необходимо быстрее и активнее внедрять такую прогрессивную форму комплексной работы, как врачебно-инженерные бригады. Организация профессиональной реабилитации путем создания на крупных предприятиях отдельных участков и цехов для выздоравливающих больных является весьма эффективным средством снижения инвалидизации и служит восполнению трудовых ресурсов.

Серьезное внимание необходимо уделить улучшению работы станций и отделений скорой медицинской помощи, их взаимодействию с поликлиниками и стационарами. Повседневной заботой должно стать первоочередное укомплектование внебольничных учреждений врачами и средним персоналом и завершение начатой в 10-й пятилетке программы по разукрупнению территориальных врачебных участков.

В соответствии с решениями XXV съезда КПСС большое внимание уделялось улучшению медицинского обслуживания сельского населения. Только за годы 10-й пятилетки введены в строй 4 центральные районные больницы, 2 участковые больницы, ряд поликлиник, амбулаторий на 1000 посещений и другие объекты.

Значительно увеличилась мощность центральных районных и участковых больниц. Так, средняя мощность ЦРБ, расположенных в городах, выросла с 259 коек в 1975 г. до 296 в 1980 г. ЦРБ, расположенных в селах, соответственно с 151 до 161, а участковых больниц — с 42 до 44.

Объем стационарной помощи сельским жителям сравнивался с аналогичным показателем в городах. Число посещений на одного сельского жителя к врачам за год выросло с 2,7 в 1975 г. до 3,7 в 1980 г. Большую роль в деле приближения специализированной помощи сельскому населению играют созданные в Альметьевске, Бултуле, Нижнекамске, Зеленодольске и некоторых других городах межрайонные центры по неврологии, урологии, детской хирургии, офтальмологии и т. д.

Вместе с тем качество оказываемой медицинской помощи на селе в 11-й пятилетке необходимо резко улучшить. Особенно это касается увеличения объема и качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Число посещений к врачу на одного жителя за эти годы должно достигнуть показателя не менее 6,0 за год. Для этого надо привести в действие все резервы приближения врачебной помощи: полное укомплектование больниц и амбулаторий врачебными кадрами, расширение всех видов оказания выездной помощи терапевтами, педиатрами, акушерами-гинекологами, стоматологами и другими специалистами, разукрупнение сельских врачебных участков и т. д. Одновременно необходимо вести целеустремленную работу по улучшению профилактических осмотров тружеников села, увеличению объема и качества диспансерной работы.

В дальнейшем совершенствовании нуждается и стационарная помощь населению, особенно в части оказания специализированной помощи и улучшения ее качества. В этих целях будет продолжено строительство типовых центральных районных больниц, увеличение их мощности, создание специализированных отделений; будет проводиться дальнейшее укрупнение участковых больниц с параллельной ликвидацией маломощных участковых больниц, с организацией в этих населенных пунктах врачебных амбулаторий. Безусловно, в деле укрепления всех служб сельского здравоохранения особую важную роль играют республиканские больницы. Осуществление запланированного в 1981 г. ввода республиканской клинической больницы на 1000 коек, где будет базироваться большинство клинических кафедр Казанского медицинского института, должно сыграть свою положительную роль в улучшении специализированной помощи



населению, оказании экстренной и особенно планово-консультативной и организационно-методической помощи медицинским учреждениям республики.

Необходимо улучшить и качество стационарной помощи населению как на селе, так и в городах. Объем стационарной помощи должен быть увеличен за счет роста плановых госпитализаций на санацию по показаниям, выявленным при профосмотрах, и из числа диспансерных больных.

Вместе с тем на фоне наличия отказов в госпитализации больным время эксплуатации существующих больниц остается крайне низким. Так, городская больничная койка функционировала в 1980 г. лишь 317 дней, сельская и того меньше — 286 дней. Следовательно, объем стационарной помощи зависит сегодня не столько от наращивания обеспеченности больничными койками, сколько от рационального и эффективного использования существующих больниц, от улучшения преемственности между стационаром и поликлиникой, а на селе еще и от более рационального профилирования и размещения больничных коек. В 11-й пятилетке мы обязаны довести среднее функционирование больничной койки в городах до 325—330 дней, а на селе до 300 дней в году.

В 10-й пятилетке была проделана значительная работа по улучшению педиатрической и акушерско-гинекологической службы. Укрепилась материально-техническая база детских и родовспомогательных учреждений, развивалась специализированная помощь. Введенная в 1977 г. детская республиканская клиническая больница на 510 коек с 17 специализированными отделениями и поликлиникой на 500 посещений стала важным центром по оказанию всех видов помощи больным детям и осуществляет значительную работу по организационно-методическому руководству педиатрической службой республики.

Обеспеченность детскими койками достигла в 1980 г. 16,9 на 10 000 населения, что несколько выше нормативных требований (15,0 на 10 000). Поэтому сейчас очень важно обеспечить рациональную специализацию имеющихся коек. В детских городских больницах выделяются отделения первого и второго этапа выхаживания недоношенных, патологии новорожденных, пульмонологические койки и др. Вместе с тем в ряде случаев детские стационары используются неэффективно. Детская койка функционировала лишь 295 дней в году. Это говорит о необходимости глубокого анализа факторов, препятствующих рациональному использованию коек и принятию соответствующих мер.

Нуждается в совершенствовании оказание помощи на базе специализированных межрайонных центров, созданных при Зеленодольской, Лениногорской, Альметьевской и Бугульминской ЦРБ.

Весьма важной задачей является улучшение работы детских поликлиник и амбулаторий. В республике планомерно осуществляется разукрупнение педиатрических участков, благодаря чему среднее число детей на участке сократилось до 900.

Дальнейшее развитие получила специализированная помощь детям в поликлиниках. Так, в детской поликлинике № 8 Казани открыт городской стоматологический кабинет; в 18-й детской поликлинике — городской иммунологический кабинет, в Альметьевске — городской пульмонологический кабинет, в Бавлах — детский психоневрологический кабинет, в Набережных Челнах — детское реабилитационное отделение.

Определенные успехи достигнуты в снижении заболеваемости детей и детской смертности. За годы 10-й пятилетки детская смертность по республике снизилась на 15,9%.

В соответствии с решениями XXVI съезда КПСС наряду с укреплением материально-технической базы учреждений здравоохранения будет уделяться большое внимание повышению уровня профилактической работы среди здоровых детей, посещающих детские дошкольные учреждения и школы; совершенствованию диспансерного наблюдения за детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья. Получит дальнейшее развитие стационарная и внебольничная специализированная помощь. Будет широко организовано восстановительное лечение детей с хронической патологией в детских стационарах, поликлиниках, санаториях, а также в специализированных дошкольных учреждениях.

Важное место в деятельности органов здравоохранения в последние годы занимала работа, направленная на повышение уровня профилактической работы женских консультаций и гинекологических кабинетов МСЧ, развитие специализированной помощи беременным, централизацию стационарного родовспоможения в районах. В частности, в Татарии обеспеченность акушерскими койками на 10 000 населения в 1980 г. достигла 7,1, гинекологическими — 6,7.

Во всех женских консультациях г. Казани и 9 городах республиканского (АССР)



значения организованы специализированные приемы по лечению и профилактике недонашивания, по бесплодию, гинекологии детского возраста, открыт республиканский центр по контрацепции при 6-м роддоме. При поликлинике РКБ создан медико-генетический кабинет.

В результате проводимых мер улучшены многие показатели обслуживания матерей и новорожденных.

В предстоящий период должна проводиться дальнейшая работа по улучшению диспансерного наблюдения за беременными и роженицами, оказанию специализированной помощи беременным и матерям. Особое внимание должно быть обращено на борьбу с послеродовым сепсисом, снижение заболеваемости новорожденных. Должна быть значительно улучшена работа по контролю за условиями труда работающих женщин. В период беременности необходимо создавать облегченные условия работы и нормальные условия быта.

Важнейшее место в осуществлении профилактического принципа советской медицины занимает санитарно-эпидемиологическая служба.

За годы 10-й пятилетки в республике построено 6 типовых санэпидстанций, улучшено оснащение лабораторий, выросла обеспеченность врачами и средними кадрами. Деятельность санитарно-эпидемиологической службы проходит в тесном контакте с партийными, советскими органами и общественными организациями. Санитарный надзор за объектами стал более систематическим и эффективным. Почти повсеместно достигнут 100 % охват обследования объектов предупредительного и текущего надзора. Увеличивается объем обследований с проведением инструментальных и лабораторных методов исследования. Все новые объекты вводятся в эксплуатацию только после согласования с органами санэпидслужбы. Неуклонно улучшается в республике водоснабжение населения, строятся новые водозаборы, расширяются и реконструируются существующие.

Значительно вырос объем санитарно-просветительной работы среди населения. Актив Красного Креста и широкие слои населения активно участвуют в санитарно-оздоровительных мероприятиях в своих населенных пунктах. Систематически из года в год проводятся «Дни здоровья».

В свете задач, поставленных XXVI съездом КПСС, необходимо осуществлять работу по дальнейшему совершенствованию и усилению государственного санитарного надзора. Особое внимание должно быть обращено на проведение гигиенических и санитарных мер, обеспечивающих резкое снижение травматизма, профессиональной заболеваемости, заболеваемости острыми кишечными инфекциями, вирусным гепатитом и гриппом. Работникам санэпидслужбы необходимо больше уделять внимания санитарному содержанию лечебных учреждений, особенно контролю за обеспечением санитарно-эпидемиологического режима в родильных домах, детских стационарных, хирургических отделений и др.

В целях успешного выполнения больших задач, поставленных XXVI съездом КПСС, в Татарской АССР намечены конкретные планы по дальнейшему развитию и расширению материально-технической базы учреждений здравоохранения, по увеличению обеспеченности кадрами и совершенствованию организационных форм работы медицинских работников. Эти планы уже успешно претворяются в жизнь в текущем году — в первом году 11-й пятилетки.

В настоящее время ведется строительство 48 объектов здравоохранения. В этом году войдут в строй Республиканская клиника, больница и детская больница в г. Казани; детская больница и поликлиника в Набережных Челнах; поликлиника и тубдиспансер в Нижнекамске; ЦРБ в Рыбной Слободе и Мензелинске; участковые больницы в Бирюлях и Шаймурзино и ряд других объектов. В целом за пятилетку мы должны ввести больниц на 5 тысяч коек и довести обеспеченность в 1985 г. до 134,0 коек на каждые 10 000 населения. Будут построены поликлиники на 8000 посещений, станция скорой медицинской помощи в г. Казани. За счет расширения сети дальнейшее развитие получают такие специализированные службы, как стоматологическая, травматологическая, кардиологическая, реанимационная, психиатрическая, наркологическая, реабилитационная и др.

В 11-й пятилетке в республике должно прибавиться более 2000 врачей и 5000 средних медработников. Обеспеченность врачами на каждые 10 000 населения должна быть доведена в 1985 г. до 35,8, а средними медицинскими работниками — до 111,0. Большое внимание будет уделено росту профессионального уровня медицинских работников, планируется повысить квалификацию более 5000 врачей и 7000 средних медицинских работников.

Будет обеспечено первоочередное направление кадров на укомплектование участ-

ковых служб, станций и отделений скорой медицинской помощи, кардиологической сети.

Особое внимание будет уделено мероприятиям по интенсивному внедрению в практику здравоохранения достижений медицинской науки и передового опыта работы, быстрейшему освоению новых методов профилактики, диагностики и лечения болезней, применению новых лекарственных средств и изделий медицинской техники, особенно в первичных звеньях здравоохранения.

Можно выразить твердую уверенность в том, что большие задачи, поставленные историческими решениями XXVI съезда КПСС по дальнейшему развитию советского здравоохранения, медицинские работники Татарии под руководством партийных и советских органов успешно выполняют.

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.711—007.55—053.2—02

### ЭТИОЛОГИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

А. Л. Латыпов, А. А. Рызванов, Ш. Г. Сатдаров, Н. А. Латыпова

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. А. Л. Латыпов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра патологической анатомии (зав. — проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского институт\* им. С. В. Курашова

**Реферат.** Изучена морфология паравертебральных мышц, биопсированных у 5 больных сколиозами, а также мышц, аутопсированных у 35 трупов новорожденных и детей, погибших от случайных причин и не имевших признаков сколиоза. Обнаружена асимметрия структуры паравертебральных мышц у новорожденных и детей, обусловленная врожденной дисплазией мышечной ткани. Эта асимметрия может рассматриваться как этиологический фактор возникновения сколиоза.

Ключевые слова: позвоночник, сколиоз, врожденная мышечная дисплазия. 3 иллюстрации. Библиография: 3 названия.

Сколиозы у детей по распространенности, неясности этиологии и трудности лечения относятся к одной из сложных проблем ортопедии. Среди различных этиологических форм выделяют группу идиопатических сколиозов, на долю которых приходится от 24,4 до 70% [2, 3].

Имеющиеся в литературе сведения о роли слабости мышц туловища и позвоночника в возникновении сколиоза носят предположительный характер, а большую частоту сколиоза у женского пола многие авторы объясняют слабостью скелетной мускулатуры.

Цель наших исследований состояла в проведении сравнительного анализа данных морфологического исследования симметричных паравертебральных мышц, биопсированных у подвергшихся операции по поводу сколиоза детей и аутопсированных у трупов детей раннего возраста и мертворожденных.

В работе был использован операционный материал, полученный в детском отделении Казанского НИИТО, и секционный — из патологоанатомического отделения

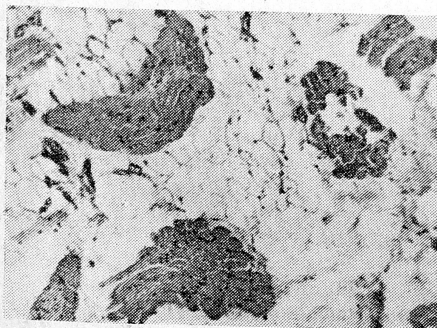


Рис. 1. Атрофия и замещение жировой тканью мышечных пучков. Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 200$ .

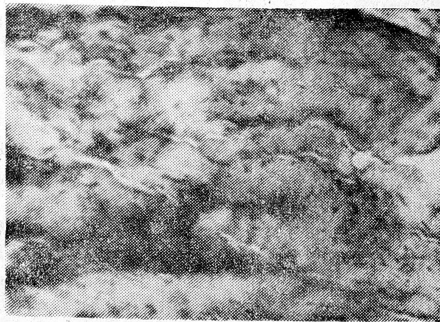


Рис. 2. Глыбчатый распад мышечных волокон. Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 400$ .