

В психопатологической картине — резко выраженное слабоумие, большинство (5) больных относится к имбецилам, 2 — к дебилам. Трое страдают эпилептическими припадками. Лабораторные исследования: проба Феллинга резко положительна, качественные тесты на α -аминоазот (++) — (+++), фенилаланин в моче составляет от 0,15 до 0,3 г/л.

Следовательно, фенилкетонурия встречается в Татарии в атипичной и классической формах. Следует продолжить проведенный в Казани скрининг во вспомогательных школах республики в целях профилактики появления повторных случаев пировиноградной олигофрении в одних и тех же семьях. Ранняя диагностика ФКУ в роддомах и детских консультациях позволит избежать ее развития.

УДК 618.31

А. Ф. Щепотьева, З. В. Антропова, Р. Х. Ахунова (г. Нижнекамск, ТАССР). **Доношенная брюшная беременность**

Брюшная беременность является крайне большой редкостью. Точно распознать ее до операции обычно не удается, что подтверждается и нашим наблюдением.

Беременная 33 лет поступила в родильное отделение 18/I 1983 г. с диагнозом: беременность 37 нед, сочетанный поздний токсикоз, поперечное положение плода.

Анамнез: менструации с 16 лет по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные; последняя менструация была 27/IV 1982 г., половая жизнь с 21 года.

Первая беременность в 1972 г. закончилась срочными родами, масса тела ребенка — 2900 г. Последующие беременности были прерваны искусственными абортами, в 1980 г. установлена внематочная левосторонняя трубная беременность. Под наблюдением женской консультации с данной беременностью находилась с 10 нед.

При сроке 14—16 нед отмечала небольшие тянущие боли внизу живота, в пояснице, периодически затрудненное дыхание при положении на спине, поэтому во время сна принимала вынужденное положение с возвышенным головным концом, также чувствовала облегчение после приема ванны. На сроке беременности 37 нед возникли признаки позднего токсикоза, по поводу которого стационарно проводилось лечение, одновременно диагностировано стойкое поперечное положение плода.

7/II появились жалобы на ухудшение шевеления плода, а аускультативно отмечена глухость тонов сердца. В связи с доношенной беременностью, стойким поперечным положением плода, угрожающей внутриутробной асфиксией была предложена операция родоразрешения кесаревым сечением, которая была выполнена под эндотрахеальным наркозом.

При вскрытии брюшной полости оказалось, что к ране предлежит плацента плододвместилца, на котором был сделан разрез длиной 10 см и извлечен живой доношенный плод женского пола массой тела 3800 г и длиной 54 см. Ребенок закричал сразу, оценка по шкале Апгар — 8 баллов.

Плацента прикреплена слева в интерстициальной части трубы и по ребру матки. Плодные оболочки рыхло спаяны на небольшом участке с петлями толстого кишечника, отделены. Справа к задней поверхности плододвместилца прилегала матка, величина которой соответствовала 10 нед беременности.

В связи с невозможностью удаления плаценты и обильным кровотечением из матки была произведена надвлагалищная ампутация матки, правые придатки и левый яичник оставлены. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление произошло первичным натяжением.

Мать и ребенок выписаны из роддома на 11-й день в удовлетворительном состоянии. В настоящее время ребенок развивается хорошо.

Об этом случае было доложено на заседании Казанского и Нижнекамского филиалов научного общества акушеров-гинекологов.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 313.13(470.41):616—036.865.1

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ТАТАРСКОЙ АССР

И. Г. Низамов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. И. Г. Низамов) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) является одним из важных и высокоинформативных критериев, характеризующих здоровье трудящихся, а также эффективность лечебно-оздоровительной работы. В нашей стране ее учет

введен в 1925 г. Благодаря этому появилась возможность конкретно и рационально планировать весь комплекс соответствующих социально-экономических мероприятий. Почти 60-летняя история изучения ЗВУТ показывает, что в настоящее время она претерпела значительные структурные изменения, а кривая динамики уровня заболеваемости за эти годы имеет многочисленные подъемы и спады, причины которых не всегда поддаются объяснению. Как известно, уровень ЗВУТ чрезвычайно чувствителен к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни населения. Поэтому данная проблема выходит далеко за пределы здравоохранения и охватывает практически все сферы жизнедеятельности людей.

В настоящее время в Татарской АССР из-за ЗВУТ ежегодно теряется в среднем более 8 дней в расчете на одного работающего, что подтверждает не только медицинскую, но и огромную народнохозяйственную значимость ЗВУТ.

Сейчас наблюдается изменение структуры патологии населения, которая выражается поливалентностью и ростом хронических заболеваний. В настоящее время не выявляются многие эпидемические болезни, характерные для тридцатых годов; в десятки раз снизился уровень туберкулеза органов дыхания и производственного травматизма. Более чем в три раза уменьшилась заболеваемость болезнями органов пищеварения, женских половых органов. Вместе с тем в динамике ЗВУТ отмечаются и неблагоприятные тенденции. Так, за это время в 2,5 раза возросла в случаях заболеваний сердечно-сосудистыми болезнями, существенно растет уровень заболеваний нервов и периферических ганглиев, костно-мышечной системы, хронических заболеваний органов дыхания.

За последние пятьдесят лет (1933—1982 гг.) уровень ЗВУТ в целом удалось снизить как в случаях, так и в днях примерно на 35%. При этом следует особо подчеркнуть, что за эти годы произошли благоприятные изменения в социальном страховании трудящихся, улучшилось благосостояние, повысился уровень общей и санитарной культуры населения, обусловившие возрастание ответственности людей за сохранение своего здоровья и здоровья окружающих. Эти позитивные факторы, естественно, оказали значительное влияние и на снижение заболеваемости.

В табл. 1, основанной на сводных отчетных данных 1982 г. Татарского облсовпрофа, представлена структура важнейших нозологических форм, которые привели к временной утрате трудоспособности. Как видно из этой таблицы, в структуре ЗВУТ около половины всех случаев и одной трети потерянных дней приходится на долю заболеваний органов дыхания. Думается, что реализация мероприятий, направленных на профилактику и эффективное лечение указанных нозологических форм, является одним из крупных резервов для дальнейшего снижения заболеваемости. Данные табл. 1 также показывают, что болезнями, «делающими погоду» в проблеме ЗВУТ, являются также заболевания системы кровообращения, костно-мышечной системы, нервов и периферических ганглиев, женских половых органов, органов пищеварения, почек и мочевых путей, инфекции кожи и подкожной клетчатки. На эти группы нозологических форм приходится 14,5% всех случаев и 62,2% дней нетрудоспособности.

Следует отметить, что в различных отраслях народного хозяйства наблюдается неодинаковый уровень заболеваемости. Традиционно более высокая заболеваемость констатирована у работников текстильной и легкой промышленности, местной промышленности и коммунально-бытовых предприятий, машино- и приборостроения. У работников связи, сельского хозяйства, государственной торговли и потребкооперации, нефтяной и газовой, химической и нефтехимической промышленности заболеваемость более низкая, чем в среднем по

Таблица 1
Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Татарской АССР (1982 г., случаи и дни в процентах к итогу)

Нозологические формы	Их доля в структуре ЗВУТ	
	случаи	дни
Заболевания органов дыхания	43,2	26,5
Болезни костно-мышечной системы	8,6	9,3
Болезни системы кровообращения	6,0	7,9
Болезни органов пищеварения	4,4	5,9
Болезни нервов и периферических ганглиев	3,6	3,2
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	3,6	2,8
Болезни женских половых органов	2,9	3,9
Болезни почек и мочевых путей	2,2	2,7
Прочие причины	25,5	37,8
Всего	100,0	100,0

республике. Разница между максимальным и минимальным уровнями заболеваемости по отраслям в случаях достигает 66%, а в днях — 48,2% (табл. 2).

Высокая вариабельность уровней заболеваемости объясняется прежде всего сложившимися производственными условиями в отдельных отраслях народного хозяйства, а также демографическими и медицинскими факторами. Работники здравоохранения крайне заинтересованы в выявлении этих причин, их количественной оценке, что возможно только при использовании современной вычислительной техники.

Большое внимание уделяется средней продолжительности случая заболевания. Этот показатель является производным, его уровень формируется под воздействием

Таблица 2

Уровни заболеваемости с временной нетрудоспособностью по отраслям народного хозяйства в Татарской АССР (1982 г., случаи и дни в процентах по отношению к их среднереспубликанскому уровню)

Обком профсоюза работников	Случаи	Дни
Текстильной и легкой промышленности	123,8	111,4
Лесной, бумажной и деревообрабатывающей промышленности	91,6	110,1
Связи	88,3	91,6
Пищевой промышленности	106,5	115,2
Культуры	95,6	86,3
Строительства и промстройматериалов	101,6	105,1
Сельского хозяйства	66,3	93,0
Электростанций и электротехнической промышленности	99,1	100,5
Местной промышленности и коммунально-бытовых предприятий	112,3	113,4
Автотранспорта и шоссейных дорог	101,2	107,7
Государственной торговли и потребительских операций	93,8	76,6
Машиностроения и приборостроения	132,6	124,8
Тяжелого машиностроения	107,7	118,4
Медицинских работников	99,7	109,5
Нефтяной и газовой промышленности	79,5	90,0
Химической и нефтехимической промышленности	96,3	94,7
В среднем по всем отраслям	100,0	100,0

Таблица 3

Средняя продолжительность ЗВУТ в ведущих отраслях народного хозяйства Татарской АССР (1982 г., %)

Обком профсоюза работников	Средняя продолжительность ЗВУТ
Текстильной и легкой промышленности	89,3
Культуры	89,3
Государственной торговли и потребительских операций	93,4
Машиностроения и приборостроения	93,4
Химической и нефтехимической промышленности	95,1
Местной промышленности и коммунально-бытовых предприятий	100,8
Строительства и промстройматериалов	102,4
Связи	103,3
Электростанций и электротехнической промышленности	104,9
Автотранспорта и шоссейных дорог	105,7
Пищевой промышленности	108,2
Тяжелого машиностроения	109,8
Медицинских работников	109,8
Нефтяной и газовой промышленности	113,9
Лесной, бумажной и деревообрабатывающей промышленности	119,7
Сельского хозяйства	140,1
В среднем	100,0

множества причин. В табл. 3 представлены показатели средней продолжительности заболеваний в различных отраслях по отношению к среднереспубликанскому уровню. Перед органами здравоохранения ставится задача снижения трудопотерь от заболеваний и травм на фоне уменьшения их общего уровня в случаях. Снижение средней продолжительности ЗВУТ по Татарской АССР только на 0,1 дня равносильно возвращению в народное хозяйство около 900 дополнительных работников.

Отрадно отметить, что в республике ЗВУТ из года в год снижается. По сравнению

с 1974 г. она уменьшилась в случаях на 19%, в днях — на 14%, благодаря чему народное хозяйство получило дополнительно около 12 тысяч условно-годовых работников. Таким образом, органы здравоохранения своими лечебно-оздоровительными мероприятиями активно участвуют в укреплении экономического потенциала республики.

Поступила 14 апреля 1983 г.

УДК 362.147:616—055.2—058.9:353.1

ОПЫТ РАБОТЫ ПО МЕТОДУ СПЛОШНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н. Л. Банищук, В. Т. Якубова, Ф. И. Волобаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Лекина, Министерство здравоохранения ТАССР

Мы провели анализ профилактических осмотров женского населения Азнакаевского района после активного выявления женщин, нуждающихся по состоянию здоровья в лечении или систематическом наблюдении акушера-гинеколога. Профилактические осмотры по методу сплошной диспансеризации были обусловлены промышленно-сельскохозяйственным профилем данного района, в котором преобладало женское население.

Особое внимание было уделено женщинам с предопухолевыми заболеваниями. Профилактическому осмотру подлежали все женщины старше 18 лет, постоянно проживающие в районе деятельности женской консультации, а также работающие на обслуживаемых ею предприятиях. Работа по методу сплошной диспансеризации ведется с 1979 г. по разработанной нами схеме, основанной на разделении больных на диспансерные группы с учетом частоты осмотров, длительности периода наблюдения. Кроме того, охватываются группы здоровых женщин, которые в современных условиях подлежат систематическому наблюдению у гинеколога.

Для правильной организации этой службы имеющиеся предприятия и цехи в районе распределены между тремя гинекологическими участками. Картотека профилактических осмотров находится в кабинете участкового гинеколога и разделена по предприятиям, каждая из них состоит из 5 ячеек, соответственно 5-групповой системе профосмотров.

Профосмотры проводятся по графику. Оповещение происходит через руководителей предприятия, отделы техники безопасности. Кроме того, широко используются письменные приглашения, санитарные посты и радио. Каждая организация в начале года представляет списки женщин, подлежащих осмотру. Профилактические карты сверяются по этому списку. Для неорганизованного населения ведутся подворные обходы в начале года. Частота профосмотров зависит от группы.

К 1-й группе были отнесены здоровые женщины. Осмотр их проводится один раз в год. Во 2-ю группу вошли практически здоровые женщины, у которых, однако, были выявлены небольшие отклонения от нормы. Их осматривают 2 раза в год. 3-ю группу составили гинекологические больные, нуждающиеся в систематическом наблюдении и обследовании 1 раз в квартал: женщины с лейкоплакией, эритроплакией наружных половых органов, бессимптомной миомой матки, после опорожнения пузырного заноса, операций по поводу внематочной беременности, кесарева сечения.

В 4-ю группу были включены гинекологические больные, которым в настоящее время необходимо соответствующее лечение. К ним относятся женщины со злокачественными и доброкачественными опухолями яичников и влагалища, зудом вульвы, больные с цервиказами, рубцовой деформацией шейки матки, полипами слизистой матки, воспалительными заболеваниями половых органов с нарушением менструальной функции, с подозрением на внематочную беременность, апоплексией яичников, с бесплодием и невынашиванием беременности.

5-ю группу диспансерного наблюдения составили больные с декомпенсированными формами заболевания, наблюдающиеся ежеквартально. Женщины этой группы имеют инвалидность по поводу рака (после операции, лучевой терапии), доброка-