

Отдаленные результаты лечения больных, прошедших санаторный этап реабилитации

Всего обследовано	Больные, вернувшиеся на работу			Неработающие		Умерло	
	без инвалидности	имеют инвалидность, группа		переведены на инвалидность	пенсия по старости		
		I—II	III				
526 (из них в трудоспособном возрасте 476)	прежний труд	182	4	42	—	—	—
	легкий труд	40	10	74	—	—	—
		352 (66,9%)			104 (19,8%)	50 (9,5%)	20 (3,8%)

лидность не по основному заболеванию, а большей частью по сопутствующим болезням и их осложнениям.

Анализ анкет показал, что больные, прошедшие курс восстановительного лечения, продолжают амбулаторное лечение до 4—6 мес согласно давно существующим инструкциям. Нет индивидуального подхода к каждому конкретному больному в зависимости от его физической активности: некоторые больные, переведенные на инвалидность, сохраняют довольно высокую двигательную активность. У 26% больных, имеющих II—III группы инвалидности, констатирована хорошая двигательная активность, однако треть из них не работает. Удовлетворительную двигательную активность имеют 49,5% инвалидов, из них почти половина признана инвалидами II группы и не участвует в производственной деятельности, и только у 23,9% инвалидов двигательную активность можно считать неудовлетворительной, хотя часть из них (инвалиды II группы) продолжает работать.

Мы рассмотрели продолжительность нетрудоспособности до выхода на работу и до установления группы инвалидности. Оказалось, что 46,9% больных, вернувшихся к труду, и 43,6% находившихся на инвалидности получали листы нетрудоспособности на срок до 6 и более месяцев.

По нашему мнению, следует более оперативно решать вопросы перевода больных на инвалидность, если они в этом нуждаются.

Диспансерное наблюдение за больными ишемической болезнью сердца и перенесшими острый инфаркт миокарда во многом предопределяет эффективность восстановительного лечения. По результатам исследования, участкового врача посещают 369 (80,1%) из 456 человек трудоспособного возраста, в то время как под диспансерным наблюдением находится весьма незначительное число больных. 87 (19,9%) больных вообще не состоят на диспансерном учете, и у них нет постоянных врачей.

При оценке двигательной активности установлено, что 148 (32,5%) больных сохраняют хорошую физическую работоспособность, много занимаются дозированной ходьбой, некоторые приступили к бегу, спортивным играм, плаванию, работают на садовых участках. 244 (53,5%) больных сохраняют удовлетворительную двигательную активность, и только 64 (14%) больных считают свою двигательную активность неудовлетворительной.

Для успеха реабилитации чрезвычайно важное значение имеет ее своевременное начало в стационаре и последовательное продолжение в санатории и поликлинике до полного восстановления физического и психического состояния больного. При этом необходимо соблюдение преемственности и непрерывности всех проводимых мероприятий.

УДК 616.155.392—036.11

Ю. К. Плотников, В. М. Сухов (Куйбышев-обл.). Заболеваемость острым лейкозом и ее динамика в различных возрастных группах

Для организации и прогнозирования мероприятий специализированной медицинской помощи и ориентации научных исследований большое значение имеет знание тенденций распространения тех или иных заболеваний среди различных групп населения.

В основу настоящей статьи положены результаты сплошного углубленного учета всех заболевших острым лейкозом жителей Куйбышевской области в течение 15 лет (1965—1979). За это время острым лейкозом заболело 1602 человека с двухнедельного, и до 78-летнего возраста (см. табл.) Мужчин было 770 (48%), женщин — 832 (52%).

Кроме среднегодовых показателей заболеваемости мужчин и женщин моложе 20 лет в 5-летних возрастных группах и лиц более старшего возраста — в 10-летних,

Заболеваемость острым лейкозом в Куйбышевской области в 1965—1979 гг. на 100 000 населения соответствующего возраста

Возрастные группы, лет	Число заболевших за 15 лет	Показатели заболеваемости		
		оба пола	мужчины	женщины
0—4	153	5,1	5,2	5,0
5—9	117	3,3	4,2	2,4
10—14	113	3,0	2,4	3,5
15—19	137	3,3	4,1	2,5
20—29	211	3,2	3,8	2,5
30—39	159	2,4	2,2	2,5
40—49	163	2,7	2,4	3,0
50—59	195	4,8	5,7	4,2
60—69	214	6,8	6,9	6,7
70—79	140	8,5	9,1	7,9
Для всех возрастов	1 602			
Обычные показатели		3,8±0,1	3,9±0,1	3,7±0,1
Стандартизованные по возрасту		3,9	4,0	3,6

нами также вычислены стандартизованные по возрасту показатели прямым способом. За стандарт принята возрастная структура населения СССР по данным Всесоюзной переписи 1970 г., что позволило более объективно оценивать вероятные различия заболеваемости между другими областями и республиками.

Анализ возрастного распределения свидетельствует, что кривая заболеваемости острым лейкозом имеет бимодальный характер с первым пиком у детей до 5 лет и вторым — у лиц в возрасте 70—79 лет. Во всех возрастных группах от 10 до 50 лет заболеваемость имеет сравнительно низкий уровень, и лишь у лиц в возрасте старше 50 лет она начинает круто подниматься вверх до 8,5 в 70—79 лет. В отличие от нередко бытующего представления, наиболее высокие показатели заболеваемости острым лейкозом зарегистрированы нами не в молодом возрасте, а у лиц самой старшей возрастной группы. Из данных таблицы также следует, что различия показателей заболеваемости между мужчинами и женщинами в целом очень небольшие и статистически недостоверные. Повозрастные показатели соотносятся как 1 : 1,7.

Суммарно для всех возрастных групп динамика показателей заболеваемости оказалась статистически незначимой. Для более детального ее изучения мы провели вычисления раздельно в 20-летних возрастных промежутках: у лиц моложе 20 лет, в 20—39, 40—59 и 60—79 лет заболеваемость практически не изменялась, что было подтверждено регрессионным анализом. Однако в возрастной группе 60—79 лет констатировано повышение заболеваемости с коэффициентом регрессии 0,19 ($P < 0,001$). В этой группе рост заболеваемости выявлен в основном с 1973 г. Регрессионный анализ позволяет экстраполировать в определенной мере полученные данные на последующие годы. Можно предположить рост численности больных острым лейкозом за счет продолжающегося увеличения в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста.

УДК 616—053.7—02

И. В. Каюшева (Пермь). Об этиологии и заболеваемости пубертатно-юношеским базофилизмом

Цель настоящей работы заключалась в изучении заболеваемости школьников базофилизмом и выяснении ее возможных причин для разработки путей профилактики.

Для учета влияния географических и социальных особенностей целесообразным представлялось обследование школьников в разных пунктах Советского Союза. нами осмотрено 6072 школьника в возрасте от 10 до 16 лет (2977 мальчиков, 3095 девочек): 2608 — в Перми, 783 — в Пермской области и 2681 — в Смольнинском районе Ленинграда. При этом мы обращали внимание на физическое и половое развитие подростков, состояние кожных покровов (наличие стрий, пигментации, сухости) и внутренних органов, уровень АД, размеры щитовидной железы. При обнаружении базофилизма проводили подробный опрос этих подростков по специальной анкете, изучали карты их развития.

Пубертатно-юношеский базофилизм диагностирован у 224 (3,7%) осмотренных: у 19 (0,6%) мальчиков и 205 (6,6%) девочек, из них в Ленинграде у 88 (3,3%) школьников, в Перми и области — у 136 (4%). Прослеживается примерно одинаковая частота выявленного базофилизма в Ленинграде и Перми. Значительно большую распространенность заболевания среди девочек можно объяснить тем, что регуляция герминативной функции женского организма более сложная, чем мужского.

Среди 10-летних детей не было случаев юношеского базофилизма. Подъем заболеваемости базофилизмом в обеих группах отмечен у подростков 13 лет, поскольку у большинства из них коренная перестройка нейроэндокринной системы в связи с пубертацией наступает именно в этом возрасте. Среди 14-летних школьников уровень заболеваемости оставался примерно таким же, как и среди 13-летних. С 15 лет