

была низкой (15—35%). Наибольшее превышение уровня звукового давления было зарегистрировано на участке дробления отходов, на 10—21 дБА на среднегеометрической частоте.

Материалы по гигиенической оценке условий труда с рекомендациями были переданы администрации завода, некоторые из них внедрены на производстве. Например, автоматизация операции «заливка — продувка» смесительной головки позволила вывести рабочих из наиболее опасной зоны, где чаще обнаруживалось превышение допустимой концентрации. Монтаж искусственной приточно-вытяжной вентиляции в камерах temperирования обеспечил удаление вредных веществ и исключил возможность попадания их в воздух рабочей зоны.

При повторном исследовании было установлено, что концентрация ТДИ только в двух случаях из 25 превышала ПДК; содержание стирола, ДМИ, метилхлорида и формальдегида находилось в пределах допустимых концентраций. Более близкими к нормируемым величинам стали параметры микроклимата (температура и подвижность воздуха); относительная влажность воздуха в зимний период года продолжала оставаться низкой и колебалась от 12,6 до 26% на постоянных рабочих местах. Хотя нижние границы допустимых величин относительной влажности воздуха не регламентируются, низкая относительная влажность воздуха не может считаться благоприятным явлением в данной ситуации.

Тяжесть труда операторов оценивали по эргономическим и физиологическим показателям; напряженность труда — по степени утомления анализаторов при выполнении работы и состоянию сердечно-сосудистой системы с учетом производственных факторов (плотность сигналов, сменность, монотонность, эмоциональное напряжение и др.). Было установлено, что различные операции на конвейере и механической обработке значительно отличаются друг от друга по тяжести и характеру напряженности выполняемого труда.

Дано гигиеническое обоснование периодической сменяемости выполняемых операций в течение смены и недели с целью повышения работоспособности, сокращения времени контакта с химическими веществами и уменьшения в среднем тяжести труда.

При целенаправленной корректировке всех факторов производства можно уменьшить степень опасности влияния вредных веществ на организм работающих.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.379—008.64—084(470.41)

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ТАТАРСКОЙ АССР

Ф. А. Тазетдинов, Э. Н. Хасанов

Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканский противозобный диспансер (главарь — Ф. А. Тазетдинов) МЗ ТАССР

Эндокринологическая служба республики за последние годы получила определенное развитие: в поликлиниках республики открыты 52 эндокринологических кабинета, выделены 56 штатных должностей врачей-эндокринологов. Число коек возросло до 250, из них 60 коек размещены в клинической больнице № 6 г. Казани, 40 — в Республиканской клинической больнице, 150 — в районах республики (Брежнев — 45 коек, Альметьевск — 20, Лениногорск — 30, Зеленодольск — 30, Бугульма — 10, Нурлат-Октябрьский — 15).

Диагностика начальных стадий сахарного диабета, повышение эффективности диспансеризации, профилактика осложнений данного заболевания — вот узловые проблемы, стоящие в центре внимания практической диабетологии. Сахарный диабет в структуре эндокринных заболеваний занимает ведущее место (по ТАССР составляет 66%), что определяет его медико-социальное значение. Сохраняется тенденция к росту частоты и распространенности сахарного диабета. Так, с 1981 по 1985 г. заболеваемость сахарным диабетом в республике возросла с 5,7 до 8,0 на 10 тыс. населения.

В городах республики число обнаруженных больных в 6,5 раза выше, чем в сельской местности. Показатели выявляемости больных сахарным диабетом зависят от укрупненности районных поликлиник врачами-эндокринологами. Там, где функционирует эндокринологическая служба (диспансер, кабинеты), число зарегистрированных больных значительно выше. Например, за последние 5 лет число больных, стоящих на диспансерном учете, увеличилось в Брежнев в 3 раза, Нижнекамске — в 2 раза, Казани, Зеленодольске, Лениногорске, Альметьевске — в 1,5 раза. Среди вновь выявленных больных большую часть составляют лица

с легкой и среднетяжелой формами заболевания, больных с тяжелой степенью диабета становится меньше. Такая же тенденция выявляется при анализе числа всех стоящих на учете больных. Так, в 1981 г. сахарный диабет легкой степени был установлен у 18,7% больных, средней — у 66,0%, тяжелой — у 15,2%, в 1985 г. — соответственно у 22,5%, 68,3%, 9,0%.

По нашим данным, наибольшее число больных сахарным диабетом среди мужчин приходится на возраст от 50 до 59 лет, у женщин — на 60 лет и старше.

Диспансеризация больных сахарным диабетом в республике достигает 100%. Однако в связи с быстрым ростом численности диспансеризуемых больных в работе врачей-эндокринологов из-за их перегруженности возникают трудности, которые могут отрицательно сказаться на качестве диспансеризации. Поэтому наряду с активным амбулаторным лечением предусматривается и специализированная стационарная помощь. Благодаря некоторому расширению коечной сети в 1983 г. специализированное стационарное лечение получили 94% больных, из них 23% сельских жителей.

У 16% больных обнаружены выраженные осложнения сахарного диабета, среди них 33,5% составили ангиопатии сосудов нижних конечностей, 30,4% — диабетическая ретинопатия, 21,2% — катаракта, 8,1% — диабетическая нефропатия, 1,8% — диабетическая гангрена. Летальность больных сахарным диабетом по ТАССР равняется 2,9—3,0% от общего числа больных с данной патологией. Среди причин инвалидности и летальности первое место занимают поражения сосудов (около 50% от всех осложнений). Удельный вес смертности больных от диабетических и гипогликемических ком уменьшился с 2,7% в 1983 г. до 0,6% в 1985 г. Нетрудоспособность в расчете на 100 работающих больных сахарным диабетом по г. Казани и районам республики снизилась к 1985 г. в случаях на 2,8, в днях — на 70.

Сахарный диабет требует привития больным минимума знаний по самоконтролю за течением заболевания, например за глюкозурией с помощью глюкометра, особенно у больных с лабильным течением заболевания. К сожалению, недостаточное поступление глюкометра не дает возможности обеспечить им больных, а также выделять его для массовых обследований населения.

Важнейшими задачами эндокринологической службы, в первую очередь в области диабетологии, в ближайшей перспективе следует считать:

- 1) повышение эффективности диспансеризации больных сахарным диабетом, целью которой является обеспечение стойкой компенсации обменных процессов, предупреждение развития осложнений и снижение инвалидизации больных;
- 2) активное выявление лиц в начальных стадиях заболевания;
- 3) активная массовая профилактика сахарного диабета с включением санитарной пропаганды, пропаганда различных видов физкультуры, рационального питания;
- 4) контроль за общественным питанием и индивидуальная профилактика среди лиц с риском развития сахарного диабета.

Эти задачи эндокринологической службы, возможные пути и способы их решения рассматривались в ряде публикаций последних лет [1—3]. Для их выполнения требуются повышение квалификации врачей в области диабетологии, в первую очередь терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, совершенствование и увеличение мощности лабораторной службы во всех лечебных учреждениях, создание эндокринологических кабинетов во всех центральных районных больницах и перспективное планирование названных мероприятий. В связи с ростом числа больных с эндокринной патологией в пересмотре нуждается и действующий штатный норматив обеспечения врачами-эндокринологами городских поликлиник (один врач-эндокринолог на 50 тыс. взрослого населения), утвержденный около 25 лет тому назад.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимов А. С. // Пробл. эндокринологии.— 1984.— № 4.— С. 3—6.— 2. Талантов В. В. // В кн.: Сахарный диабет, вопросы профилактики и лечения.— Казань, 1980.— 3. Хавин И. Б. // Пробл. эндокринологии.— 1982.— № 6.— С. 7—11.

Поступила 20.06.85.