

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

БОЯРШИНОВА
Нина Павловна

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ
НА МАШИНОСТРОИТЕЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ
города СВЕРДЛОВСКА

(14.00.07 — гигиена)

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск
1972

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

БОЯРШИНОВА
Нина Павловна

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ
НА МАШИНОСТРОИТЕЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ
города СВЕРДЛОВСКА

(14.00.07 — гигиена)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск
1972

Работа выполнена на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения с историей медицины Свердловского государственного медицинского института.

Научный руководитель — доцент, кандидат медицинских наук **И. Г. ВИНОГРАДОВ**

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор **С. С. БАРАЦ**
2. Кандидат медицинских наук, доцент **И. М. АИЗМАН**

Учреждение, дающее отзыв о научно-практической ценности диссертации — Ленинградский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социального обеспечения РСФСР.

Автореферат разослан « *13* » *декабря*, 1973 г.

Защита состоится « *13* » *января*, 1973 г.
на заседании Медико-биологического Ученого Совета Свердловского государственного медицинского института (ул. Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института (ул. Ермакова, 17).

Ученый секретарь Совета, кандидат медицинских наук

В. Г. КОНСТАНТИНОВ

За годы Советской власти Коммунистической партии и Советским правительством проведены широкие экономические и социально-культурные мероприятия, направленные на улучшение благосостояния народа, укрепление здоровья, продление активного трудового долголетия.

В исторически короткий срок в нашей стране средняя продолжительность жизни увеличилась более, чем в 2 раза, значительно снизились показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

XXIV съезд КПСС ставит перед медицинской наукой дальнейшие большие задачи по предупреждению и преодолению таких болезней, как рак, вирусные, сердечно-сосудистые, углубленному изучению причин заболеваемости и инвалидизации.

В этих условиях особую значимость приобретает проведение конкретных социологических или социально-гигиенических исследований сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, занимающих в настоящее время ведущее место в структуре инвалидности и смертности почти всех экономически развитых стран.

К одному из направлений таких исследований относится изучение социально-гигиенических аспектов инвалидности.

Данные об инвалидности имеют важное значение в комплексной оценке состояния здоровья населения, особенно его работающей части.

Проблема инвалидности на протяжении многих лет привлекала к себе внимание ученых (Н. А. Вигдорчик, Ф. Д. Маркузон, А. Я. Авербах, В. М. Бурейко, М. Ю. Магарил, Г. Г. Копелько, Л. И. Вольфсон, В. Я. Якобашвили, Т. Н. Елисеева и др.).

Между тем, до сих пор нет работ, дающих полное представление о зависимости инвалидности от материальной обеспеченности, жилищных условий, семейного положения, профессии, производственных санитарно-гигиенических условий, организации и качества медицинской помощи, врачебно-трудовой экспертизы. Мало изучены экономические вопросы инвалидности. Нет методики ее углубленного социологического исследования.

Настоящая работа посвящена социально-гигиеническому исследованию первичной инвалидности при сердечно-сосудистых заболеваниях и злокачественных новообразованиях.

Мы сделали попытку решить следующие задачи:

1. Изучить причины первичной инвалидности при различных формах сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний; особенности ее проявления в зависимости от вида труда.

2. Рассмотреть вопросы методики углубленного изучения стойкой потери трудоспособности, связанной с определенным комплексом социально-гигиенических факторов.

3. Определить экономические потери в результате инвалидности.

4. Разработать некоторые рекомендации, направленные на оздоровление условий труда, быта, совершенствование форм медицинского обслуживания, социально-трудовой реабилитации инвалидов и способствующие как снижению заболеваемости, так и профилактике инвалидности.

В соответствии с поставленными задачами объектом исследования явились крупные машиностроительные предприятия Орджоникидзевского района г. Свердловска. Такой выбор обусловлен следующими причинами:

одинаковая система медицинского обслуживания (медико-санитарная часть); одна ВТЭК, отличающаяся высокой квалификацией врачебных кадров и применяющей передовые формы и методы врачебно-трудовой экспертизы; большая численность производственных коллективов, позволяющая получить репрезентативные данные; высокий уровень сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний; значительный экономический ущерб, наносимый инвалидностью от указанной группы болезней.

Для выполнения исследования применена методика, при разработке которой использованы различные источники информации: учетной медицинской документации лечебных учреждений, отчетов о работе медико-санитарных частей, актов медицинского освидетельствования, данных о смерти инвалидов с 1960 по 1969 гг., материалов заводских лабораторий, областной и районной санэпидстанций, данных социально-гигиенических и социологических анкет (4 образца).

С целью получения необходимых сведений:

а) пересмотрено более 20 тысяч актов медицинского освидетельствования в областной кардиологической, онкологической и общей районной ВТЭК, и отобрано для углубленного исследования 830 дел.

Чтобы собрать сведения о влиянии социально-гигиенических факторов на потерю трудоспособности и изучения социально-трудовой реабилитации, 533 инвалидам, имеющим сердечно-сосудистую патологию, были разосланы анкеты.

Одновременно с анкетированием, врачами совместно с представителями администрации предприятий, студентами 6 курса медицинского института проводилась проверка фактического трудоустройства инвалидов. Изучена также группа неработающих инвалидов (преимущественно III группы) и выяснены причины незанятости их общественно-полезным трудом.

Выявленные данные дополнялись проверкой медицинской документации в лечебных учреждениях, оценкой жилищно-бытовых условий инвалидов.

Наша методика, таким образом, отличается использованием различных приемов достижения цели исследования;

б) изучены акты медицинского освидетельствования 217 больных, направленных на врачебно-трудовую экспертную комиссию без признаков инвалидности и проанализированы причины расхождений экспертных решений ВКК и ВТЭК в отношении этих лиц, проверено также качество заполнения «Направлений на ВТЭК»;

в) изучена технология производства и санитарно-гигиенические условия труда с целью выявления влияния профессионально-производственных факторов на здоровье работающих, проанализирована организация медицинской помощи;

г) изучены информационные письма Свердловского областного отдела социального обеспечения и Министерства социального обеспечения РСФСР о динамике инвалидности на машиностроительных предприятиях Свердловской области, близлежащих к ней областей за 1960—1969 гг.

В процессе всей работы применялись статистические и математические методы анализа: стандартизация (прямой и обратный), дисперсионный анализ, вариационная статистика (определены ошибки показателей и коэффициенты достоверности различий t), вычисление коэффициента корреляции (метод рангов), критерия согласия Пирсона (χ^2), построения таблиц инвалидности и др.

Началу работы предшествовало изучение первичной инвалидности в Свердловской области за 1960—1969 гг., уровень которой имеет четко выраженную тенденцию к снижению. За 10 лет в целом по Свердловской области первичная инвалидность снизилась более, чем в 2,5 раза, а на изучаемых нами предприятиях — лишь на 10,0%.

Сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования остаются ведущими в структуре инвалидности.

Частота инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний нарастает с возрастом и достигает наибольшей величины в допенсионный период (мужчины 56,9, женщины 31,1 на 10000 рабочих и служащих).

Уровень инвалидизации мужчин во всех возрастных группах, кроме 40—49 лет, выше, чем у женщин. Стандартизованные показатели у мужчин — 9,6, у женщин 6,6 (на 10000 работающих соответствующего пола).

Для более полного представления о последовательности инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний, а также злокачественных новообразований, нами построены таблицы (по аналогии с таблицами смертности) и вычислены коэффициенты инвалидности стационарного числа работающих. Результаты изучения данных таблиц показывают увеличение с возрастом вероятности инвалидности. Например, для мужчин такая вероятность возрастает с 20 лет ^{до} конца трудоспособного периода в 10, а для женщин в 9 раз. Переход в каждую последующую возрастную группу сопровождается уменьшением числа трудоспособных, увеличением инвалидов и продолжительности трудоспособности.

90,0% случаев инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний обусловлено ревматизмом, гипертонической и ишемической болезнью, болезнями артерий, артериол и капилляров.

Выявлены существенные половые различия в распределении отдельных форм сердечно-сосудистых заболеваний. Среди причин инвалидности у мужчин преобладают ишемическая болезнь (29,5%), гипертоническая болезнь (21,3%), болезни артерий, артериол и капилляров (19,6%), ревматизм (16,4%); у женщин — ревматизм (50,4%), гипертоническая болезнь (31,5%).

Основная масса инвалидов (66,8%) имела длительность заболевания к моменту направления на ВТЭК более 3 лет. 56,9% рабочих и 67,9% служащих были полностью нетрудоспособными в связи с сердечно-сосудистым заболеванием.

У мужчин (как рабочих, так и служащих) процент лиц с высокой степенью утраты трудоспособности (I и II группы) меньше, чем у женщин (соответственно 56,1% и 61,3%).

Особенно тяжелые изменения вызывают (у мужчин и женщин) сосудистые поражения мозга, инфаркт миокарда, хронические ревматические болезни сердца.

Из числа ограниченно трудоспособных инвалидов за период

с 1960—1969 гг. 61,6% получили полную медицинскую реабилитацию и смогли приступить к трудовой деятельности в обычных производственных условиях; из инвалидов II группы полностью восстановили трудоспособность 8,8% их, 10,6% — переведены в III группу инвалидности.

Более 80% инвалидов принадлежит к работникам, которые выполняли такие виды труда как квалифицированный, преимущественно физический и нефизический, неквалифицированный, преимущественно физический и нефизический. Наибольшее число инвалидов среди работников инженерно-технического, счетно-канцелярского и административно-хозяйственного труда (главным образом, умственного).

Больные, имеющие стойкую утрату трудоспособности в связи с ревматизмом, подвергались воздействию таких факторов, как неблагоприятные метеорологические условия (40,7%), систематическое физическое напряжение (31,6%), вынужденная рабочая поза (29,3%) и др., что подтверждает мнение об указанных факторах, играющих вполне определенную роль в возникновении этого заболевания.

В 65,4% случаев инвалидность наступила при стаже работы свыше 20 лет.

После определения инвалидности 55,9% больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, прекратили работу на производстве; 30,0% — продолжали общественно-полезный труд.

Женщины чаще мужчин прекращают производственную деятельность. Достоверность различий статистически подтверждается ($t=10,1$).

Выявлена обратная высокой степени корреляционная связь между использованием дополнительных перерывов в работе и степенью нетрудоспособности инвалидов ($z = -0,75$).

Объем выполняемой работы на производстве и в домашних условиях уменьшен у большинства инвалидов ($z = +1$).

Размер заработной платы у половины работающих инвалидов не изменился, у 23,3% — уменьшился, а у 26,7% возрос.

Выявлена зависимость инвалидности от материальной обеспеченности и жилищных условий. Чем выше степень нетрудоспособности, тем меньше материальная обеспеченность ($z = -0,8$) и чем лучше жилищные условия, тем меньше инвалидов указанной патологии ($z = -0,97$).

Изучение анкетных данных показало, что организация режима питания, отдыха этих больных находится еще на недос-

таточно высоком уровне, имеют они и различные вредные привычки.

Ряд особенностей имеет первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований:

- уровень инвалидизации женщин выше, чем мужчин во всех возрастных группах;

- наибольшая инвалидизация в возрасте 40—59 лет;

- коэффициент инвалидизации резко снижается у лиц, вышедших на пенсию;

- по социальному положению среди инвалидов преобладают рабочие (87,5% мужчин и 78,6% женщин);

- инвалиды I, II, III групп составляют соответственно 24,5%, 62,4%, 13,1%;

- структура злокачественных новообразований по локализации подвержена половым различиям: у мужчин наибольший удельный вес занимают рак желудка (39,6%), мочеполовой системы, костей и пр. (30,2%), органов дыхания (17,2%); у женщин — рак шейки матки и молочной железы (66,6%), желудка (10,9%);

- динамика трудоспособности этих больных неблагоприятна, тем не менее, 8,2% инвалидов полностью восстановили трудоспособность;

- материальная обеспеченность и жилищно-бытовые условия данного контингента в основном удовлетворительные.

Таким образом, всесторонний и глубокий анализ инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований в социально-гигиеническом аспекте целесообразен и только такой подход может вооружить работников органов здравоохранения и социального обеспечения, руководителей предприятий, партийные, профсоюзные организации необходимыми рекомендациями для дальнейшей, более успешной борьбы с заболеваемостью и инвалидностью и возвращения в народное хозяйство страны большого числа квалифицированных работников.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

1. Ведущее место в структуре причин инвалидности рабочих и служащих машиностроительных предприятий г. Свердловска за 1960—1969 гг. занимали сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования.

2. Экономические затраты общества, связанные с потерей трудоспособности в результате этих заболеваний, велики. Ущерб, наносимый инвалидностью на изученных нами заводах, составил в 1969 году — 1921.825 рублей.

3. Несмотря на значительное улучшение технологии производства и организации труда на машиностроительных предприятиях, санитарно-гигиенические условия еще имеют профессионально-производственные вредности, к основным из которых относятся: повышенные концентрации мелкодисперсной пыли, производственный шум, выделение лучистого и конвекционного тепла, большие колебания температуры в производственных помещениях в различные сезоны года, наличие ряда немеханизированных трудоемких операций, требующих физического напряжения.

4. Медицинское обслуживание работающих на машиностроительных предприятиях Орджоникидзевского района г. Свердловска осуществляется в основном качественно и имеет много положительных моментов. Заслуживает широкого распространения опыт: ведения полицевого учета заболеваемости; организации работы комплексных бригад, кардиологической службы, постоянно-действующих комиссий при медико-санитарной части Уралмашзавода; формы контакта медицинских работников с администрацией, партийными и профсоюзными организациями в проведении оздоровительных мероприятий.

5. Дальнейшему снижению заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности может способствовать переход от диспансеризации отдельных контингентов к всеобщей. В условиях машиностроительных предприятий всеобщая диспансеризация работающих возможна путем:

- выделения из числа диспансерных больных группы «практически здоровых» с ежегодным 1—2 разовым осмотром и постепенным расширением группы лиц, подлежащих обязательному динамическому наблюдению;

- использования каждого первичного обращения к врачу для всестороннего обследования (в порядке периодического осмотра);

- осуществления мер социальной профилактики.

6. Нами сделана попытка усовершенствовать методику комплексного изучения первичной инвалидности на промышленных предприятиях, которая позволяет:

- определить уровень, структуру и динамику показателей инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований;

- рассчитать экономический ущерб, наносимый инвалидностью;

- определить особенности инвалидности при различных

формах изучаемой нами патологии, особенности ее проявления в различных видах труда;

— выявить влияние некоторых социально-гигиенических факторов на инвалидность;

— изучить вопросы социально-трудовой реабилитации инвалидов;

— провести анализ причин расхождений экспертных решений ВКК и ВТЭК в отношении лиц, необоснованно направленных на освидетельствование, изучить качество заполнения на них «Направлений на ВТЭК»;

— разработать некоторые рекомендации, направленные на профилактику и снижение инвалидности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

7. Проведенный нами анализ экспертных решений в отношении лиц, непризнанных инвалидами во ВТЭК в 1966 г., показал, что 16,2% больных были направлены на освидетельствование ошибочно, без признаков стойкой утраты трудоспособности. Для исключения необоснованного направления нами рекомендовалось шире использовать стационарное или тщательное поликлиническое обследование больных, направляемых во ВТЭК первично; преемственность в работе врачей ВКК и ВТЭК, предварительные консультации врачами ВТЭК больных с неуточненным диагнозом и неясным трудовым прогнозом; повышение экспертной квалификации врачей. Практическое осуществление этих рекомендаций позволило снизить в 1969 году показатель необоснованного направления во ВТЭК до 4,0%.

8. Инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний значительно сокращает трудоспособный период и характеризуется следующими особенностями:

а) показатели частоты первичного выхода на инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний на исследованных предприятиях имеют ясно выраженную тенденцию к снижению — в 1969 году по сравнению с 1960 годом число впервые признанных инвалидами на 10000 рабочих и служащих снизилось у мужчин с 13,2 до 12,0, а у женщин с 10,5 до 7,6, но темп снижения этих показателей меньше, чем по РСФСР в целом;

б) мужчины подвержены инвалидизации больше, чем женщины (как рабочие, так и служащие), что подтверждается данными таблиц инвалидности и стандартизованными показателями;

в) частота инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, кроме ревматизма, нарастает с возрастом, дости-

гая максимума в десятилетие, предшествующее наступлению пенсионного возраста;

г) 2/3 рабочих и служащих, впервые вышедших на инвалидность, были признаны полностью нетрудоспособными (инвалидами I и II группы), женщины имели более высокие степени утраты трудоспособности, чем мужчины;

д) из всех сердечно-сосудистых заболеваний, обуславливающих инвалидность, важнейшими по значимости являются как у мужчин, так и у женщин хронические ревматические болезни (29,8%), гипертоническая болезнь (29,6%), ишемическая болезнь (19,4%), болезни артерий, артериол и капилляров (14,1%);

е) в ряду причин инвалидности ревматизм занимает особое место, поражая наиболее часто возраст от 30 до 49 лет и вызывая полную потерю трудоспособности (71,6% мужчин и 63,5% женщин).

9. Статистически доказано, что на уровень и структуру инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний, помимо организации и качества медицинского обслуживания, влияют: возраст, степень тяжести и форма заболевания, условия труда, материальная обеспеченность, жилищные условия.

10. Более 80,0% изучаемого контингента инвалидов относится к работникам, выполняющим квалифицированный и неквалифицированный (преимущественно физический и нефизический) труд, имеющим большой опыт работы.

Наибольшая частота выхода на инвалидность отмечена у лиц, условия труда которых связаны с повышенным физическим, нервно-психическим напряжением и наличием профессиональных вредностей (карусельщики, токари, крановщики, контролеры, слесари и пр.). 55,9% инвалидов с различными заболеваниями системы кровообращения прекратили работу на производстве с получением I и II группы инвалидности, 30,0% продолжали свою профессиональную деятельность, но с уменьшением объема работы; часть инвалидов перешла на работу более низкой квалификации (7,8%), повысила квалификацию (0,6%); осталась на прежней профессии другого профиля (5,7%).

11. Проведение комплекса мероприятий, направленных на улучшение медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов от сердечно-сосудистых заболеваний, позволило восстановить трудоспособность третьей части их и способствовало активной трудовой и общественной деятельности.

12. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований характеризуется следующим:

а) с возрастом показатели инвалидизации увеличиваются и достигают наибольшей величины в 40—59 лет;

б) уровень инвалидизации во всех возрастных группах женщин выше, чем мужчин;

в) в структуре инвалидности и по уровню распространения первое место занимает у мужчин — рак желудка и органов дыхания, у женщин — рак шейки матки, молочной железы и желудка;

г) из общего числа инвалидов 87,5 % мужчин и 78,6 % женщин — рабочие;

д) изучаемая патология отличается особой тяжестью течения и вызывает полную потерю трудоспособности в 86,9 % случаев.

13. На трудовой прогноз при злокачественных новообразованиях оказывают влияние возраст и пол больного, локализация опухоли, длительность заболевания до установления инвалидности, эффективность примененного вида лечения.

Материальные и жилищно-бытовые условия инвалидов вследствие злокачественных новообразований в основном удовлетворительные.

14. При динамическом наблюдении за инвалидами от злокачественных опухолей с 1960 по 1969 гг. установлено, что полное восстановление трудоспособности произошло у 8,2 % их. Врачам и экспертам ВТЭК следует принять во внимание более широкие возможности медицинской и социально-трудовой реабилитации онкологических больных, чем это принято считать.

Пребывание этих больных в производственных коллективах положительно влияет на их психо-эмоциональное состояние и здоровье.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Для более глубокого, полного и всестороннего изучения инвалидности целесообразно:

а) выделять два периода: допенсионный и пенсионный;

б) применять метод построения таблиц инвалидности;

в) использовать методику комплексного первичного изучения инвалидности на промышленных предприятиях.

2. Учитывая, что 1/3 инвалидов от сердечно-сосудистых заболеваний имеют крайне короткий срок длительности болезни (до 3 лет) и высокую степень нетрудоспособности, необходимо;

а) улучшить диспансерную и лечебно-оздоровительную работу с больными, страдающими этими заболеваниями;

б) шире применять и контролировать врачами ВКК и ВТЭК такие формы трудоустройства как предоставление дополнительных перерывов и сокращенного рабочего дня, особенно для больных инфарктом миокарда.

3. Руководителям и врачам медико-санитарных частей промышленных предприятий совместно с администрацией, ВТЭК, партийными и профсоюзными организациями необходимо:

а) для работников профессий, имеющих наибольшую частоту выхода на инвалидность, улучшить условия труда и быта (создание специальных цехов, участков, первоочередность предоставления благоустроенных квартир, санаторно-курортного лечения, диетпитания и пр.);

б) определить перечень профессий и должностей, показанных по состоянию здоровья для инвалидов с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, и обеспечить первоочередное предоставление их лицам с этими заболеваниями.

4. Для всех медико-санитарных частей целесообразно разработать единую методику учета инвалидов.

При определении названной методики может быть использована разработанная нами карта инвалида.

5. Учитывая особую тяжесть течения ревматизма, для prolongации жизни и сохранения трудоспособности больных ревматизмом широко рекомендовать осуществление следующих специальных мер социального и медицинского порядка:

а) проведение целевых осмотров населения с выделением группы лиц «угрожаемых по ревматизму»;

б) широкий охват диспансерным наблюдением «угрожаемых» по ревматизму детей, подростков, молодых рабочих. Организация оздоровления этого контингента в дошкольных учреждениях, школах и профилакториях;

в) обязательное санаторно-курортное лечение после выписки больного из стационара;

г) создание на предприятиях участков с облегченными видами труда, особенно для тех, кто занят тяжелым физическим трудом; в необходимых случаях своевременная переквалификация.

6. Собранные и изученные нами материалы по первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований позволяют внести на рассмотрение органов здравоохранения и социального обеспечения следующие предложения:

1) Для повышения эффективности профилактических меро-

приятный необходимо: совершенствовать профилактические осмотры населения; широко применять современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей; улучшить противораковую пропаганду.

2) Улучшить качество и объем диспансерного наблюдения, повысить квалификацию врачей в области экспертизы трудоспособности онкологических больных.

3) Для сохранения материального благополучия и учитывая психологическое состояние онкологических больных, не проявлять поспешности в переводе их на инвалидность, особенно I и II групп.

4) Внести в тематический план научно-исследовательских работ соответствующих учреждений вопросы, связанные с всесторонним изучением психологии онкологических больных для определения моральных факторов, положительно влияющих на сохранение их трудоспособности и общественной активности.

7. Основные направления работы, способствующие профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а следовательно и предупреждению инвалидности, целесообразно сгруппировать следующим образом:

I. Лечебно-оздоровительные, главные из них:

— своевременное выявление сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний;

— активное профилактическое или противорецидивное лечение;

— качественное диспансерное наблюдение в кардиоревматологических и онкологических диспансерах и кабинетах;

— занятие лечебной физкультурой;

— периодическое санаторно-курортное лечение;

— организация рационального отдыха.

II. Социально-гигиенические:

— улучшение условий труда;

— своевременное и рациональное трудоустройство;

— улучшение бытовых и жилищных условий.

III. Санитарно-технические:

— улучшение производственных условий и борьба с неблагоприятными профессионально-производственными факторами (шум, запыленность, вибрация и пр.);

— активное внедрение производственной эстетики;

— проведение мероприятий по технике безопасности.

* * *

Диссертация изложена на 164 страницах машинописи, состоит из введения, 7 глав, выводов и предложений, содержит 63 таблицы, 10 диаграмм. Указатель литературы включает 366 источников, в том числе 311 — отечественных авторов.

По теме диссертации сделаны следующие доклады:

1. Динамика инвалидности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Свердловской области за 1959—1965 гг. XXX годовичная научная сессия Свердловского медицинского института, 1968 г.

2. Причины расхождений экспертных решений ВКК и ВТЭК в отношении лиц, необоснованно направленных во ВТЭК. 2 межобластная научно-практическая конференция по врачебно-трудовой экспертизе и трудоустройству инвалидов, 1969 г.

3. О социально-трудовой реабилитации инвалидов, работающих на предприятиях машиностроительной промышленности. XXXII и XXXIII годовичные научные сессии института, 1970 г.

4. О первичной инвалидности лиц, работающих на машиностроительных предприятиях. Там же.

5. Первичная инвалидность при ревматизме в связи с некоторыми социально-гигиеническими факторами. XXXIV годовичная научная сессия института, 1971 г.

6. Первичная инвалидность при сердечно-сосудистых заболеваниях на машиностроительных предприятиях г. Свердловска. XXXV годовичная научная сессия института, 1972 г.

7. Социальная и профессиональная реабилитация инвалидов от сердечно-сосудистых заболеваний. 9 Международный Конгресс геронтологов, Киев, 1972 г.

8. Медико-социологическое изучение эффективности реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. 4 межобластная конференция терапевтов Урала и Приуралья, 1972 г.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Динамика инвалидности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Свердловской области за 1959—1965 гг. В кн: Материалы 30 годовичной научной сессии Свердловского медицинского института, 1968, 26—27.

2. Динамика первичной инвалидности рабочих и служащих в Свердловской области. В кн: Материалы межобластной научной конференции по социальной гигиене и организации здравоохранения. Пермь, 1968, 225—228.

3. О социально-трудовой реабилитации инвалидов, работающих на предприятиях машиностроительной промышленности.

ти. В кн: Материалы 32 из33-годичных научных сессий Свёрд-
ловского мединститута, Свердловск, 1970, 419—421.

4. О первичной инвалидности лиц, работающих на машино-
строительных предприятиях. Там же, стр. 421—422.

5. Причины расхождений экспертных решений ВКК ВТЭК.
Сб: Некоторые вопросы социальной гигиены, здравоохранения
и истории медицины, Свердловск, 1971, 64—67.

6. Таблицы смертности и средней продолжительности жизни
населения г. Свердловска за 1958—1959 годы. Там же, 76—78
(совместно с Н. К. Курсаковым).

7. Социальная и профессиональная реабилитация инвали-
дов от сердечно-сосудистых заболеваний. Тезисы 9 Междуна-
родного Конгресса геронтологов, Киев, 1972, 183 (514).

8. Медико-социологическое изучение эффективности реабил-
итации больных, перенесших инфаркт миокарда. Тезисы 4
межобластной конференции терапевтов Урала и Приуралья,
1972, 12—14 (совместно с В. С. Волковым).