

Положительные аллергические реакции через 24—48 часов на туляремийную вакцину дали 25 чел. (6,2%), из них у 18 (4,5%) реакции на оспенную вакцину были положительные, а у 7 (1,7%) — отрицательные. Вокруг насечек отмечалась гиперемия и припухлость ткани размером от 0,5 до 1,5 см, исчезавшие на 6-е сутки, оставалось лишь незначительное гиперемизированное пятно или шелушение эпидермиса. Очевидно, эти люди были привиты против туляремии в прошлом. Мы расцениваем эти реакции как аллергические. Они свидетельствуют о сохранившемся иммунитете.

Увеличение регионарных лимфатических узлов размером до крупной горошины без повышения температуры тела наблюдалось у 23 привитых (5,7%). Недомоганий, головной боли, а также потери трудоспособности у привитых нами не отмечено.

О продолжительности иммунитета после туляремийной вакцинации судили по результатам кожной аллергической пробы с тулярином и реакции агглютинации с сывороткой крови привитых людей, которые мы ставили в разные сроки после иммунизации (через 1, 18 и 27 месяцев).

Реакцию агглютинации с сывороткой крови привитых ставили по обычной методике с туляремийным диагностикумом завода бактериальных препаратов Одесского НИИЭМ им. И. И. Мечникова.

Для кожно-аллергической пробы был применен кожный тулярин Омского НИИПОИ. Пробу ставили общепринятым способом на средней трети правого плеча (место бывшей прививки). Реакцию учитывали через 48 часов и считали ее положительной при величине реагирующего участка кожи в 0,5 см и более или наличии вдоль насечек ясного покраснения и небольшой отечности (валика). Измерения делали по границе красноты поперек насечек.

Обнаружены достаточно высокие иммунологические показатели на туляремийную вакцину. Реакция агглютинации с туляремийным диагностикумом через месяц после прививки оказалась положительной у 96,8% обследованных (90 из 93), через 18 месяцев — у 90,8% (285 из 314), через 27 месяцев — у 81,1% (99 из 122) при среднем агглютинационном титре соответственно 1:70 (колебания от 1:20 до 1:320), 1:48 (колебания от 1:20 до 1:320), 1:49 (колебания от 1:10 до 1:320).

Иммунная прослойка к туляремии среди привитых по данным кожной туляриновой пробы оказалась достаточно высокой и способной надежно предотвратить возникновение эпидемических вспышек в очагах интенсивных эпизоотий туляремии. Кожная проба с тулярином через месяц после прививки была положительной у 97,5% обследованных (119 из 122), через 18 месяцев — у 97,8% (179 из 183), через 27 — у 98,3% (117 из 119).

ВЫВОДЫ.

1. Получены достаточно высокие иммунологические показатели к туляремии в сроки от 1 до 27 месяцев после одновременной (раздельной) иммунизации людей против туляремии и натуральной оспы соответствующими вакцинами.
2. Реактогенность туляремийной и оспенной вакцин при одновременной иммунизации была не выше, чем при раздельном их применении.
3. Одновременные (раздельные) прививки людям против туляремии и оспы можно проводить в энзоотичных и эндемичных по туляремии местностях.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Акименко В. Г. Реф. научно-исслед. работ Ростовского-на-Дону научн.-исслед. противочумного ин-та. 1949, т. VIII.— 2. Беляков В. Д., Бобровский И. А. и др. Воен.-мед. ж., 1960, 10.— 3. Кучеренко Л. И. Расширенные авторефераты научных работ Одесского НИИЭМ, выполненных в 1958 г. Одесса, 1959; Тр. Одесского НИИЭМ, 1961, т. 5.— 4. Савельева Р. А. ЖМЭИ, 1964, 2.— 5. Серенко А. Ф. Заносные вспышки натуральной оспы. Медгиз, М., 1962.— 6. Шпигунов Ф. А. ЖМЭИ, 1959, 11.— 7. Эльберт Б. Я. ЖМЭИ, 1945, 12.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Г. Г. Григорьев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Канашская центральная районная больница (главрач — Ф. Г. Григорьев)

Осуществление диспансерного метода медицинского обслуживания населения в нашей стране стало одной из важнейших задач, поставленных перед органами здравоохранения Программой КПСС и XXIII съездом партии. Однако при осуществле-

нии этого передового метода в условиях села пока еще встречается ряд трудностей, обусловленных недостаточным количеством врачей и коек, значительным отдалением многих сел от лечебных учреждений и сложностью посещения больниц в осенне-весенний период. В связи с этим комплексная работа по диспансеризации, проводимая сельским фельдшером, участковым врачом и районным ведущим специалистом, представляет практический интерес для работников здравоохранения. В настоящей статье освещается опыт внедрения диспансерного метода обслуживания больных терапевтического профиля в Канашском районе Чувашской АССР.

В районе проживают 65 тыс. чел., в основном чувашей (99,6%). Плотность населения — 65 чел. на 1 км². Медицинские учреждения представлены 3 больницами на 305 коек, 58 фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, 1 фельдшерским здравпунктом, 3 аптеками, районной станцией скорой медицинской помощи, санэпидстанцией. Ведущим лечебно-профилактическим учреждением является центральная районная больница на 215 коек, расположенная в селе Шихазаны, радиус ее обслуживания — до 28 км. В центральной райбольнице работают 22 врача, в том числе 3 терапевта, кроме того 4 врача работают в двух участковых больницах.

На территории района имеются райпромкомбинат, отделение «Сельхозтехника», 25 колхозов и 1 совхоз, занимающиеся полеводством и животноводством. Ввиду чисто сельскохозяйственного профиля района диспансеризуемый контингент в основном составляют колхозники. Охват диспансерным наблюдением с каждым годом расширяется. Так, охват диспансерным наблюдением при заболеваниях ревматизмом возрос с 87% в 1963 г. до 95,9% в 1966 г., при гипертонической болезни — соответственно с 69,0 до 90,5%. В последние годы (1965—1967) мы стали также наблюдать и больных с коронарной болезнью, заболеваниями системы крови, гипотонической болезнью.

К осуществлению диспансерного метода мы широко привлекаем фельдшеров. С целью усиления их внимания на районных совещаниях периодически проводится анализ работы по диспансеризации. На соответствующих семинарах была уточнена роль фельдшеров в осуществлении диспансеризации. Для повышения квалификации им прочитаны соответствующие лекции. Проведены практические занятия по ведению документации на фельдшерских пунктах — индивидуальных карт амбулаторного больного, контрольных карт диспансерного наблюдения (уч. формы № 25 и № 30). В этих картах фельдшера записывают дату явки больных, свои текущие наблюдения, отмечают выполнение назначений врача, в конце года записывают данные о количестве выработанных трудовых. Таким образом, при диспансеризации в условиях села часть функций врача-терапевта переходит к фельдшеру.

В амбулаторной карте-подлиннике диспансерного больного, которая хранится в районной поликлинике, разработан индивидуальный план обследования и лечения, внесены результаты физикального и лабораторного обследований, имеются записи врачей-консультантов, рекомендации врачей Республиканского кардиоревматологического центра, оценка результатов наблюдения и состояния здоровья в конце года (эпикриз). При взятии вновь выявленного больного на диспансерный учет врачи больницы в обязательном порядке высылают на фельдшерский пункт вкладыш к форме № 25 с краткими данными, некоторыми лабораторными анализами и рекомендациями. Такой порядок обеспечивает преемственность и вызывает интерес фельдшера к диспансерной работе.

Вопросы трудоустройства диспансерных больных неоднократно обсуждались на расширенных заседаниях правлений колхозов и сельских Советов в присутствии прикреплённых врачей, районного терапевта и местного фельдшера. Все фельдшера приняли участие в работе районного кардиоревматологического кабинета по активному выявлению больных с артериальной гипертонией и гипотонией. В 1965 г. опытные фельдшера и медицинские сестры терапевтических отделений больницы под руководством терапевтов провели измерение АД у 12 000 сельских жителей. Артериальная гипертония была выявлена у 280 чел., причем 9/10 из них не знали о своем заболевании. С целью расширения массового обследования сельского населения центральная районная больница на свой счет снабдила все фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты аппаратами для измерения АД.

В центральной районной поликлинике амбулаторные карты лиц, состоящих на диспансерном учете, находятся в кабинетах врачей-специалистов. Контрольные карты (форма № 30) хранятся в специальных ящиках с отделениями для раскладки по заболеваниям. В ящике имеется еще 3 отделения, куда медсестра кабинета раскладывает карты для вызова диспансерных больных по декадам каждого месяца соответственно записям врача. Больным посылают приглашение на специальном бланке через фельдшеров, явившихся в больницы на совещания или семинары, а иногда через других больных, что исключает дополнительные почтовые расходы. Однако большинство диспансерных больных является к врачу без напоминания.

Накопленный опыт работы с диспансерными больными в условиях села подсказал нам необходимость выделить среди диспансерно наблюдаемых контингентов 5 групп: 1-я — здоровые (механизаторы, животноводы, работники партийно-советского аппарата, работники просвещения и колхозники, допущенные к работе с ядохимикатами); 2-я — практически здоровые; 3-я — больные с компенсированным течением заболевания; 4-я — с субкомпенсированным и 5-я — с декомпенсированным. Некоторые врачи не берут под диспансерное наблюдение больных 4 и 5-й групп, мы же считаем наблюдение над

4 и 5-й группами при таких заболеваниях, как гипертоническая болезнь, ревматизм, инфаркт миокарда, сахарный диабет, обязательным.

Такое подразделение диспансерных больных на группы облегчает изучение эффективности диспансеризации, а взятие больных 4 и 5-й групп на диспансерный учет, как показывает практика, способствует приобщению их к посильному труду и общественной деятельности, а также продлению их жизни. Подобным подразделением на 5 групп, по сообщению Л. Г. Вебер и Л. Н. Покровской, пользуются и другие авторы, которые предлагают разрабатывать для каждой из этих групп свой план диспансерного наблюдения.

Для проведения диспансеризации в нашем районе мы составили специальную схему. За основу взяли схему диспансеризации больных терапевтического профиля, разработанную главным терапевтом Минздрава РСФСР и кафедрой организации здравоохранения ЦИУ. Учитывая особенности села, а также новые клинические данные, опубликованные в печати, мы в эту схему внесли некоторые изменения. Так, больных с хронической дизентерией, легочным туберкулезом, трахомой и новообразованиями не следует включать в терапевтическую группу. Этих больных в нашем районе наблюдают врачи соответствующих кабинетов.

В то же время необходимо включить в терапевтическую группу больных с такими нозологическими формами, как «гипотоническая болезнь», заболевания печени и желчевыводящих путей, заболевания системы крови, а также больных с кардио-тонзиллярным синдромом (так называемая «угрожаемая» группа по отношению к ревматизму).

При разработке лечебных мероприятий и советов по трудоустройству для больных гипертонической болезнью, ревматизмом и болезнями почек нами были использованы соответствующие рекомендации институтов терапии и ревматизма АМН СССР. В графах «кто ведет наблюдение» и «консультанты» мы указываем также районного кардиоревматолога и фельдшера самостоятельного пункта.

Показателями эффективности диспансеризации, по нашему мнению, могут являться снижение количества случаев выхода на инвалидность, снижение летальности, продление трудоспособности, а в конечном итоге продление жизни.

УДК 616—053.2/.5—616.24—002

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В. А. Воробьева

Горьковский научно-исследовательский педиатрический институт МЗ РСФСР (директор — канд. мед. наук Н. П. Жукова) и Криушинская участковая больница Горьковской области (главврач — В. М. Лаптева)

Вопросам диспансерного ведения детей с хронической пневмонией в условиях города в литературе уделено достаточно внимания. Однако работ по изучению диспансеризации больных хронической пневмонией в сельской местности мы не нашли. Надо отметить, что хроническая пневмония у детей в сельской местности — нередкое заболевание (на нашем материале — 2,19%). Условия сельской местности вносят свои особенности в этапное лечение таких детей.

В настоящем сообщении изложены материалы, полученные в одном из районов Горьковской области на базе сельской участковой больницы. Криушинская участковая больница (на 50 коек) хорошо оборудована, имеет клиническую лабораторию, физиокабинет. В районе обслуживания участковой больницы — 7 фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в радиусе 3—12 км от больницы.

С сентября 1956 г. по июль 1967 г. нами произведен осмотр 4370 детей в возрасте до 14 лет, проживающих в зоне обслуживания Криушинской участковой больницы, с целью выявления больных хронической пневмонией и подозрительных по данному заболеванию. Осмотр детей мы проводили на фельдшерских пунктах и по школам. Точные данные о развитии ребенка, о перенесенных заболеваниях можно было получить лишь на основании опроса родителей, фельдшера, ребенка и ознакомления с регистрационными журналами, что особенно необходимо, так как имеющиеся в амбулатории индивидуальные карты не отражали состояния здоровья ребенка. Дальность расстояния до больницы, плохие дороги, особенно в весенне-осенний период, занятость колхозного транспорта заставляют больных обращаться чаще к фельдшеру, чем к врачу. После ознакомления с историей развития каждого ребенка производили тщательный осмотр по разработанной схеме. В результате было выделено 157 детей, у которых заподозрена хроническая пневмония. Все они были подвергнуты более детальному (клинико-лабораторному, электрокардиографическому, рентгеноскопическому и рентгенографическому) обследованию в стационаре участковой больницы. Все рентгеновские снимки были проконсультированы рентгенологом Н. В. Владиславлевой. Из 157 детей диагноз хронической пневмонии был подтвержден у 96 (2,19% к общему числу детей, проживающих в районе обслуживания участковой больницы), и 20 выделены в группу подозрительных.