

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.

Согласно классификации С. П. Борисова дети с хронической пневмонией по стадиям болезни распределялись следующим образом: 1-я ст. — 66, 2-я — 26 и 3-я ст. — 4. В возрасте от 4 месяцев до года было 10 детей (10,4%), от года до 3 лет — 6 (6,3%), от 3 до 7 лет — 46 (47,8%) и от 7 до 14 лет — 34 (35,5%). Мальчиков было 52 (54,2%), девочек — 44 (45,8%). Сроки наблюдения детей были различными: в 1965 г. взят на диспансерный учет 21 ребенок, в 1966 г. — 40 и в 1967 г. — 35.

Среди причин, способствующих возникновению хронической пневмонии, преобладает мелкоочаговая или бронхопневмония, перенесенная на 1—2-м году жизни ребенка (на нашем материале — у 46 больных, или у 48%). У 25 больных (26%) наблюдались частые бронхиты, катары верхних дыхательных путей. Хронической пневмонией чаще болевают дети с нарушением режима питания, рано переведенные на искусственное вскармливание, мало бывающие на свежем воздухе, ослабленные. У 28 больных была установлена экссудативная аномалия конституции, 18 детей перенесли рахит. У 45% матерей наблюдалась в той или иной степени токсикоз в первой или во второй половине беременности. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечалась патология носоглотки (у 46 детей) и глистная инвазия (в 45%).

Детей с положительной реакцией Пирке мы обследовали совместно с фтизиатром В. М. Лаптевой.

После стационарного обследования и окончательного установления диагноза ребенка берут на диспансерный учет. На него заводят 2 диспансерные карты: одну в участковой больнице, где наблюдается больной, и другую (копию) — по месту жительства ребенка на фельдшерском пункте. В карте проставляется дата явки больного на осмотр, сроки противорецидивного лечения, дата стационарного лечения вне обострения. Один раз в месяц контрольные карты просматривает педиатр для проверки своевременной явки ребенка.

В диспансеризации сельского населения обязательное и, пожалуй, первостепенное участие принимают медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов. В целях повышения квалификации средних медицинских работников по вопросам диспансеризации детей с хронической пневмонией проводятся семинары на базе районной и участковой больницы. За 3 года было проведено 12 занятий. В программу занятий включается информация о новейших методах лечения, лечебной гимнастике, профилактике данного заболевания, о роли медработников фельдшерско-акушерских пунктов в лечении детей с хронической пневмонией.

Фельдшер, имея на руках диспансерную карту с планом лечения, обеспечивает явку больных детей на осмотр в указанные сроки, контролирует на месте проведение лечения. В случае неявки диспансеризуемого в назначенное время его приглашают особым вызовом через фельдшера.

Диспансерное ведение больного складывается из периодических обследований (1 раз в 2 месяца на фельдшерско-акушерском пункте и 1 раз в 3—4 месяца в амбулатории) и проведения лечебно-профилактических мероприятий. При этом используются все этапы лечения: стационар — амбулатория — ФАП — санаторий.

Сущность этапности лечения наблюдаемых нами детей заключалась в следующем: стационарное лечение больных с 1-й ст. при обострении, со 2-й ст. при обострении и осенью для проведения противорецидивного лечения, с 3-й ст. — при обострении и для проведения противорецидивного лечения весной и осенью и при любом интеркуррентном заболевании, могущем спровоцировать обострение. Сроки госпитализации были различны в зависимости от стадии заболевания, тяжести обострения, сопутствующих заболеваний: при 1-й стадии — 2—4 недели, при 2-й — 3—6 недель и при 3-й — 3—8 недель. В стационаре детям назначали антимикробные средства, в том числе в виде аэрозолей. Проводили борьбу с токсикозом, кислородным голоданием, применяли стимулирующие, физиотерапевтические, симптоматические средства. После выписки из стационара в период ремиссии или остаточных явлений обострения большинство детей переводили сразу в местный (непрофильный) санаторий «Криуша». Если это по тем или иным причинам невозможно, ребенка выписывают домой под наблюдение фельдшера, который на месте проводит рекомендуемое врачом лечение.

Каждую среду педиатр выезжает в один из фельдшерских пунктов. Задача врача при выезде: выявить фазу процесса, при обострении направить в стационар, проверить действенность намеченного лечения, ознакомиться непосредственно с условиями быта каждого ребенка и при необходимости внести коррективы в лечение. На фельдшерском пункте врач не может провести необходимые лабораторные исследования, поэтому 1 раз в 3—4 месяца ребенка вызывают в амбулаторию для более детального обследования. Осмотр детей с хронической пневмонией на ФАП педиатр проводит раз в 2 месяца независимо от стадии заболевания, в амбулатории — 1 раз в 3—4 месяца.

Одним из важных звеньев в этапной терапии больных хронической пневмонией является санаторно-курортное лечение. В литературе опубликован ряд сообщений о благотворном влиянии отдыха детей на Черноморском побережье Кавказа и Крыма, а также в местных санаториях.

Пребывание в местных санаториях показано большинству детей, страдающих хронической пневмонией. Местные лечебницы имеют то преимущество перед южными курортами, что вызывают наименьшее колебание в физиологических механизмах теплорегуляции, не требуют дополнительных затрат энергии на адаптацию.

Много детей в ремиссию направляли в местный санаторий «Большая Ельня». Некоторых детей (с частыми и длительными обострениями, при плохих жилищно-бытовых условиях) помещали в непрофильный санаторий «Криуша», расположенный рядом с больницей. С сентября 1965 г., по июнь 1968 г. из 96 детей с хронической пневмонией 30 получили санаторное лечение в «Большой Ельне» и 21 — в санатории «Криуша».

Для лечения хронической пневмонии у детей предложено много схем. Мы пользовались схемами, разработанными проф. А. И. Титовой. Наряду с этим старались максимально индивидуализовать лечение, учитывая стадию заболевания, возраст ребенка, сопутствующие заболевания, ранее проводимое лечение и его эффективность, домашние условия, возможность проведения лечения на ФАП. Надо отметить, что при обострении в начальной стадии мы не всегда прибегали к назначению антибиотиков, не столь широко пользовались гормональными препаратами, применяя их лишь тогда, когда другие средства не давали эффекта. Хорошие результаты наблюдались нами при применении препаратов нитрофуранового ряда. Из физиотерапевтических процедур широко применяли парафиновые аппликации, УВЧ, кальций-электрофорез и индуктотермию. Противорецидивные курсы лечения, независимо от стадии, проводили 2 раза в год (весной и осенью).

Динамическое наблюдение за 30 детьми с 1965 г. позволяет подвести некоторые итоги этапного лечения. Одним из основных критериев в оценке результатов диспансеризации являлось изучение частоты, тяжести и течения обострений хронической пневмонии. Из 21 больного, взятого под наблюдение в 1965 г., в первый год не дали обострений всего 6, во 2-й год — 11 и в 3-й год — 15, из них 5 не имеют обострений на протяжении 3 лет и 9 — на протяжении 2 лет диспансерного наблюдения. У 6 детей обострения стали реже и менее тяжелыми. Из 40 больных, выявленных в 1966 г., в 1-й год диспансерного наблюдения не дали обострения 15, во 2-й год — 23. У 17 чел. обострения стали значительно реже и менее тяжелыми. У всех детей, выявленных в 1965 г., в 1-й год наблюдения было зарегистрировано 59 обострений, причем у 3 они возникали часто, во 2-й год — 16 обострений (у 1 — часто). В 3-й год обострения регистрировались лишь у 10 (у 1 — часто).

Особенно заметное сокращение числа обострений отмечалось со 2-го года активного наблюдения и лечения, что, по-видимому, в значительной степени связано с определенной длительностью воздействия проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий. Эти результаты вполне удовлетворительны, если учесть, что некоторые родители еще не учитывают тяжести этого страдания, не создают для детей необходимых условий, считая их практически здоровыми.

Можно с уверенностью сказать, что диспансеризация детей с хронической пневмонией на селе необходима, и, так же как в условиях города, должна проводиться с включением всех звеньев этапной терапии: стационар — амбулатория — ФАП — санаторий.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ, РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 614.894.72

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ И НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ

В. А. Куприянов и Я. М. Шевах

Ожоговое отделение (зав. — докт. мед. наук Н. И. Атясов) Горьковского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Мы предлагаем приспособление, удобное для длительной кислородной терапии.

Основной частью является дугообразная полая трубка из нержавеющей стали (см. рис.) с двумя приемниками (П) и двумя датчиками (Д), шарообразные концы которых обеспечивают надежную фиксацию к ним резиновых трубок.

Кислород поступает в датчики и по трубке проходит в приемники. Металлические приемники наращаются короткими резиновыми трубками до входа в полость носа или катетерами, введенными до задней стенки носоглотки.

