

ва (г. Бугульма, ТССР). Лептоспироз, вызванный лептоспирой Помона

Лептоспирозная инфекция (как ряд других инфекционных болезней) перешла на уровень спорадических случаев. Это значительно затруднило ее выявление, соответственно и утратилось внимание к ней со стороны врачей-практиков. По нашему же мнению, случаи лептоспироза не так уж редки, просто обычно они проходят под другими диагнозами.

Н., 40 лет, госпитализирован на 3-й день болезни в тяжелом состоянии без диагноза. С высокой температурой ($39,4^{\circ}$) он был доставлен из приемного покоя ЦРБ, где его осмотрели терапевт и хирург. После консультации инфекциониста возникло подозрение на геморрагическую лихорадку с почечным синдромом и больной был переправлен в инфекционную больницу.

Заболел остро: головная боль, высокая температура (40°), слабость, сухой кашель, боли в животе и во всем теле, особенно в икроножных мышцах, из-за которых больной испытывал трудности при ходьбе. В доме больных нет.

Объективно: 3-й день болезни, температура высокая — $40,8^{\circ}$. Состояние тяжелое, вялый, кожа бледная. Склеры инъекцированы, частота пульса — 90 уд. в 1 мин, АД — 12,7/8,0 кПа. Тоны сердца приглушены, ритмичны. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы справа. Живот при пальпации мягкий, болезненный в верхней половине живота. Печень по сосковой линии у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных знаков нет. Анализ крови: л. — $14,5 \cdot 10^9$ /л. Рентгеноскопия грудной клетки: в легких очаговых теней нет, усилена легочной рисунок.

Анализ крови на 4-й день болезни: Hb — 2,1 ммоль/л, эр. — $4,41 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $8,3 \cdot 10^9$ /л, п. — 9%, с. — 66%, лимф. — 22%, мон. — 3%; СОЭ — 14 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл. — 1,012, реакция кислая, содержание белка — 0,66%; л. — 3—5 в поле зрения, эр. — 0—2, геалиновые

цилиндры — 3—5 в поле зрения.

К 5-му дню болезни температура снизилась до нормы, но на 6—7-й день вновь поднялась до $37,8^{\circ}$, состояние ухудшилось, появились сильная головная боль, рвота, боли в животе; печень была на 3—4 см ниже края реберной дуги, селезенка — у края дуги. Менингеальных знаков не отмечалось. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

На 13-й день состояние вновь ухудшилось — возникла головная боль; боковые поверхности грудной клетки покрылись розеола-папулярной сыпью, которая держалась в течение 2 суток. На 16-й день болезни состояние улучшилось. Жалоб нет. Частота пульса — 60 уд. в 1 мин. АД — 14,7/9,3 кПа. Печень по сосковой линии находится у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Лабораторная диагностика: реакция агглютинации лизиса на лептоспироз положительная с серотипом Помона 1:1000 от 14.12.1989 г. (отдел особо опасных инфекций Республиканской СЭС).

Был выписан 12.12.1989 г. в удовлетворительном состоянии; поставлен на диспансерный учет в кабинете инфекционных заболеваний. Диагноз: лептоспироз Помона, безжелтушная форма, тяжелое течение.

Находясь в стационаре, больной получал пенициллин внутримышечно, повторный курс тетрациклина, преднизолон в убывающей дозе с 14.11 по 26.11.1989 г., димедрол, глюкостат кальция, поливитамины, аскорбиновую кислоту, внутривенные вливания 5% раствора глюкозы и гемодеза № 3.

Описываемый случай клинической картины безжелтушного лептоспироза вызван лептоспирой серотипа Помона. Диагностика спорадических случаев лептоспироза представляет определенные трудности, особенно в условиях районных больниц, однако она возможна при учете эпидемиологических данных, профессии и характерных клинических признаков (острое начало, головные боли, боли в мышцах, особенно икроножных).

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.7—053.2

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

А. Р. Залялетдинова

Детский офтальмологический центр (зав. — А. Р. Залялетдинова), г. Набережные Челны

В городе, в котором насчитывается 160 тыс. детей, к 1989 г. сложилась крайне неблагоприятная обстановка с оказанием им офтальмологической помощи. В специализированном детском саду по лечению косоглазия и амблиопии работают 6 детских окулистов (то есть занято 6,5 единиц штатного расписания против нормативных 16,5). Из-за нехватки кадров создавались большие очереди на прием к врачам, которые работали с большими перегрузками (не имея материальной заинтересованности).

Плановая ежегодная диспансеризация детей с пониженной остротой зрения проводилась не во всех поликлиниках, низким оставалось и их качество.

Из-за нехватки времени в дошкольных учреждениях осматривались дети, поступающие в 1-й класс, в школах — учащиеся 2, 5, 7-х классов и 15-летние.

Зачастую это приводило к тому, что дети с патологией органов зрения выявлялись только к 7 годам, в то время как коррекция аномалий рефракции, лечение косоглазия и амблиопии к этому

возрасту практически должны быть закончены. Указанная же патология обнаружена у 40% детей, то есть около 50% дошкольников к моменту поступления в школу могли бы иметь зрение 0,7 и выше.

В поликлинике № 1 профилактической работой охвачено 14% детей с пониженной остротой зрения, № 2—6% (один врач на 40 тыс. нас.), № 3—14%, № 4—11%, № 5—12%, № 6 (вновь организована в марте 1988 г.) — 4%.

Если у врача-педиатра количество диспансерных больных исчисляется десятками или сотнями, то у офтальмолога — тысячами (на 1 января 1989 г. их было 15 740 человек, а на 1 января 1990 г. — уже 17 132, то есть 10,6% от численности всего детского населения). За последние 7 лет 2 раза полностью сменился состав детских окулистов, что, несомненно, сказывалось на качестве оказания помощи. При существующей системе организации труда врачи вынуждены выполнять 40—50% объема работы среднего медицинского персонала.

Нерациональное использование оборудования (в одну смену), проблема амбулаторных операций, отсутствие плановой подготовки офтальмологов через интернатуру в республике при обеспеченности кадрами на 40% привели нас к тому, что работать в таких условиях было невозможно. Единственно правильным в данной ситуации, на наш взгляд, оказалась централизация детской офтальмологической помощи. Поток нуждающихся в помощи был разделен в 2 направлениях: наиболее простую часть работы переложили на подготовленный средний медицинский персонал; врачи же были собраны для оказания высококвалифицированной помощи в одной из детских поликлиник города. Для этого было подготовлено положение о детском офтальмологическом центре (ДОЦ), среднем медицинском работнике глазных кабинетов детских поликлиник; проведен месячный цикл усовершенствования средних медицинских работников; в декабре 1988 г. по спецпрограмме было подготовлено 12 медсестер.

Центр был создан в 1-й поликлинике на правах городского поликлинического отделения: выделены и оборудованы 4 кабинета для приема больных, операционная. Врачи и средний медицинский

персонал были переведены из глазных кабинетов в ДОЦ, туда же перевезено офтальмологическое оборудование.

Ортопедические кабинеты лечения косоглазия и близорукости остались в штатах детских поликлиник с целью приближения лечения к месту жительства больных.

Лечение детей с амблиопией и косоглазием в специализированном детском саду обеспечивается за счет ставок ДОЦ. На врачей ДОЦ возлагается полная ответственность за осуществление всего объема диспансерных, в том числе профилактических мероприятий в микрорайонах обследования (дети, школы, неорганизованные дети и т. д.). Микрорайонами являются территории прикрепленных поликлиник. Оказание офтальмологической помощи организовано следующим образом.

В глазных кабинетах 6 поликлиник ведется прием детей средним медицинским персоналом. В круг их обязанностей входит осмотр здоровых детей 3, 5, 6, 7 лет и старше, подбор очков детям с миопией и гиперметропией до 4,0 D, лечение острых конъюнктивитов и ячменей. Медсестры проверяют зрительные функции, клиническую рефракцию, осматривают глазное дно, назначают тренировки резервов аккомодации, удаляют инородные тела с конъюнктивы, оказывают неотложную помощь при ожогах и травмах. При невозможности оказания помощи (недостаточной квалификации, сложной оптической коррекции зрения и т. д.) больного направляют в ДОЦ. В результате выполнения работ такого рода за счет среднего медицинского персонала нагрузка врачей-офтальмологов сокращается на 40%.

В ДОЦ офтальмологическую помощь оказывают уже врачи, причем по определенному графику: 4 врача-окулиста ведут прием больных детей в 2 смены с 8 часов утра до 8 часов вечера. Врачей посещают около 240 человек. 2—3 врача ежедневно проводят углубленный осмотр школьников с пониженной остротой зрения, которых направили к ним школьные фельдшеры. По средам организован единый профдень по осмотру детей с пониженной остротой зрения в детских садах. В эти дни в ДОЦ ведется один дежурный прием. По вторникам врачи работают в своих прикрепленных поликлиниках для проведения

Сравнительная оценка основных показателей
за 3 года

Показатели работы	Годы		
	1987	1988	1989
Всего детей	149858	156041	160385
Всего школ	53	54	55
Всего школьников	62910	68750	76000
из них	не осмот- рены 26—50%	не осмот- рены 25—50%	осмотре- ны все
Всего дошкольных учреждений	133	135	137
Всего дошкольников	48796	52250	83071
из них	не осмот- рены 40—53%	не осмот- рены 43—58%	осмотре- ны все
Количество посещений к окулистам к средним медицинским работникам	68350	76018	94265
Число первичных больных	17542	18336	20974
Число детей с миопией	13201	14899	17213
Сделано амбулаторных операций	250	320	653
Число слепых на один глаз	62	67	71
слабовидящих	14	17	19
Общее количество травм	111	136	190

профосмотра детей до 3 лет. Ежедневно выделен один день для амбулаторных операций (работают 2 врача). Прием больных проводится с 2 часов дня до 7 часов вечера. В субботу осуществляется дежурный прием 2 врачами с 8 часов утра до 1 часу дня.

Работа сотрудников организована с оплатой труда по бригадной форме. В доступной нам литературе мы не нашли разработок оплаты труда в условиях городских центров. В новых условиях персонал работает по согласованному коллективному графику, построенному на принципах взаимозаменяемости, взаимоучебы, взаимопомощи. Появились идеальные условия для совместного решения вопросов в сложных случаях диагностики, лечения путем совместных консультаций, клинических разборов, проведения монотематических конференций. Дорогостоящее офтальмологическое оборудование используется с максимальной нагрузкой в 2 смены и сконцентрировано на одном месте.

Такая организация работы позволила провести большую профилактическую и лечебную работу (см. табл.).

За указанный срок был осуществлен следующий объем работ:

1. Ликвидированы очереди на само-запись впервые за последние 10 лет, поскольку помощь детям в настоящее время оказывается во всех случаях.

2. Увеличено количество посещений к врачам-офтальмологам на 18 147 человек, к среднему медперсоналу — на 33 762.

3. Возрос в 2 раза объем амбулаторных операций.

4. Проведен 100%-ный охват школьников 2—8-х классов (в 1987—1988 гг. — только 40—50%); вновь выявлены и поставлены на учет 4250 человек.

5. Сокращено до минимума число больных, необоснованно направляемых в глазное отделение БСМП (больницы скорой медицинской помощи).

6. Шире были использованы такие виды амбулаторного лечения, как подконъюнктивальные, ретробульбарные инъекции, ультразвук, ванночковый электрофорез, что также отразилось на качестве лечения больных.

Первое место среди причин первичных амбулаторных посещений занимают аномалии рефракции (76%). Среди детей с пониженной остротой зрения близорукие составляют 50% и 5% от общей численности детей, с косоглазием — соответственно 5,8% и 0,6%. Травмы не превышают 1,1—1,2% и не имеют тенденции к росту. Число слабовидящих и слепых практически не увеличивается.

Экономия фонда заработной платы оказалась равной 9772 руб. (если исходить из нормативных 17,5 ставок). Мы же в течение года использовали 11,5 ставок, оказывая 100%-ную офтальмологическую помощь. Если отсчет вести от выделенных 14,0 ставок, то экономия фонда зарплаты будет равна 3569 руб.

Следовательно, создание офтальмологического центра и организация работы по бригадной форме оплаты труда, использование среднего медперсонала согласно предназначению в условиях острой нехватки врачей-офтальмологов являются одним из путей решения и улучшения качества офтальмологической помощи населению.