

Поступила 12 ноября 1962 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ

М. И. Когурова, Е. С. Воробьева, К. А. Леонтьева

Поликлиника № 7 (главврач — В. Д. Потукин) г. Казани (научный руководитель работы — проф. Л. М. Рахлин)

Значение противорецидивной профилактической терапии при ревматизме общеизвестно и не вызывает сомнений. Однако методы проведения и организация работы по ее осуществлению требуют еще во многом уточнения.

В настоящем сообщении мы ставим себе целью поделиться опытом более чем трехлетней работы ревматологического кабинета городской поликлиники, касаясь в основном организационных вопросов.

Врач-ревматолог кардиоревматологического кабинета является у нас не только методистом по борьбе с ревматизмом в районе поликлиники, но и лечащим врачом больных ревматизмом. Это позволило сосредоточить в руках ревматолога в тесном контакте с участковыми терапевтами всю диспансерную работу с больными ревматизмом. Врач-ревматолог не только следил за состоянием здоровья своих больных и направлял их к другим специалистам для санации, но не оставлял наблюдения и при «случайных» заболеваниях, например, во время эпидемий гриппа и других. Таким образом, врач все время был в курсе того, что происходит с больными ревматизмом, находящимися на диспансеризации. Эта система, по нашему мнению, лучше всего гарантирует цельность и полноту наблюдения у диспансеризованных больных, обеспечивая реальную эффективность предупредительных мероприятий.

Под наблюдением ревматологического кабинета поликлиники находится 237 больных ревматизмом, из них женщин 193 и мужчин 44. В возрасте до 30 лет было 60 человек, от 31 до 40 лет — 83, от 41 до 50 — 47 и старше — 47.

Собственно профилактическое противоревматическое сезонное лечение получали 208 человек, 29 требовали систематической терапии.

Из 208 человек недостаточность митрального клапана была у 22, комбинированный митральный порок — у 137, сложный митрально-аортальный порок — у 22, миокардиты — у 22 и полиартрит с очаговым миокардитом — у 5.

Трудоспособны 182 человека, трудоспособность ограничена у 26.

Наши больные проходят систематический отоларингологический осмотр. Инфекционные очаги обнаружены у 137 больных, у 112 — хронический тонзиллит, у 25 — хронический отит, гайморит, синусит и т. д. Не дожидаясь полного затухания ревматического процесса при затянувшемся течении болезни, мы 22 больным с выраженными инфекционными очагами произвели тонзиллэктомию и гайморотомию. Остальным больным с выявленными инфекционными очагами проводилась консервативная терапия в форме внутриминдаликового введения пенициллина, промывания лакун, физиотерапии, рентгенотерапии и т. д.

Профилактическую противорецидивную противоревматическую терапию мы проводили в марте — апреле и сентябре — октябре. Эти сроки объясняются особенностями климата нашей республики.

В эти месяцы всем диспансеризованным назначался аспирин по 3,0 или пирамидон по 1,5 (под контролем анализов крови), в более редких случаях натрия салициловый по 4,0 и всем аскорбиновая кислота по 0,4—0,6 в сутки.

В предыдущем нашем сообщении мы отметили преимущество комбинированной профилактической терапии — противоревматической и противинфекционной, включая тонзиллэктомию, но осуществить последнюю не всегда удавалось из-за недостаточности коечного фонда.

Применение бициллина-3, наиболее удобного для предупредительной противинфекционной терапии, также не могло быть нами обеспечено в должной мере (лишь у 75 из 208). У всех больных, назначаемых на инъекции бициллина, тщательно выяснялась переносимость пенициллина в прошлом. Вначале мы применяли бициллин по 1 200 000 ед. через 10 дней. Однако при этом у некоторых больных отмечались

слабость, общее недомогание. Это нас заставило перейти на более частые инъекции по 600 000 ед.

Из наблюдаемых нами в течение 3 лет 105 человек до профилактической терапии за последние 2 года были вспышки ревматизма у 52 (у 49,5%) и дали 1765 дней нетрудоспособности. С проведением профилактической противорецидивной терапии в первый год они наблюдались у 45,5% больных. После второго года вспышки отмечены у 16,2%. В течение третьего года рецидивы наблюдались лишь у 8,5%. Количество дней нетрудоспособности снизилось до 745.

Такую же закономерность постепенного снижения склонности к рецидивам мы наблюдали и в группе больных, диспансеризованных позже, с двухлетним сроком наблюдения.

Там, где противорецидивная профилактика осуществлялась наиболее полно (санация инфекционных очагов, противоревматическая и противонфекционная комплексная терапия), эффект был более выраженным.

Интеркуррентные заболевания (309 за 3 года) послужили причиной к внесезонной активации ревматизма у 18,7% больных.

ВЫВОДЫ

1. Систематическая профилактическая противоревматическая «сезонная» терапия приводит к значительному снижению рецидивов ревматизма и уменьшению дней нетрудоспособности у страдающих сердечными формами ревматизма.

2. Больные ревматизмом должны иметь одного лечащего врача в лице ревматолога, который при показаниях должен направлять их к другим специалистам. Это даст возможность своевременно выявлять те или иные проявления ревматизма от или после интеркуррентных заболеваний, своевременно проводить противоревматическое лечение.

3. Необходимо поставить перед органами здравоохранения вопрос об обеспечении ревматологических кабинетов поликлиник соответствующими фондами медикаментов (бициллин и т. д.) для бесплатного применения их у диспансеризованных больных.

4. Для ликвидации задержки с санацией инфекционных очагов необходимо срочное увеличение коечного фонда в ЛОР-отделениях для больных ревматизмом и угрожаемых по ревматизму.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. К. Материалы 18 научн. конф. Рязан. мед. ин-та, 1960.
2. Кассирский И. А. и др. Клиническая медицина, 1960, 3.
3. Мазур М. М. Клиническая медицина, 1962, 1.
4. Мясоедов Е. С. Тер. арх., 1960, 8.
5. Нестеров А. И. Клиническая медицина, 1958, 5; Тер. арх., 1960, 8; Клиническая медицина, 1959, 3.
6. Пшетаковский И. Л. Клиническая медицина, 1960, 8.
7. Ясиновский М. А. Вопросы ревматизма, 1961, 2.

Поступила 29 марта 1962 г.

ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ИСХОДЫ ПО ЮТАЗИНСКОМУ РАЙОНУ ТАТАРСКОЙ АССР

З. А. Заринов

Уруссинская райбольница (и. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин) и Казанский институт травматологии и ортопедии (директор — канд. мед. наук У. Я. Богданович)

Нами изучены истории болезни и амбулаторные карты больных с механическими травмами, лечившихся в Уруссинской районной больнице Татарской АССР с января 1956 г. по декабрь 1961 г. Рассмотрены сведения ВТЭК и органов социального обеспечения о лицах, получивших стойкую утрату трудоспособности после травмы. Сведения заносились в разработанную нами карту-анкету.

Из лечившихся за этот период в стационаре 7450 хирургических больных с механическими травмами было 928 (12,5%).

Мужчин было 641, женщин — 287.

Травмы распределились следующим образом: переломы костей тела и конечностей — у 403, переломы черепа и сотрясения головного мозга — у 126, ушибы тела, головы, растяжения, вывихи, раны и т. п. — у 399 человек. В поликлинике за этот же срок были 4113 первичных больных с механическими травмами, в том числе — 516 (12,5%) имели повреждения костей.

Движение травматизма по годам показано в таблице 1, из которой видно, что в районе есть тенденция к постепенному снижению травматизма.

Заметный рост числа госпитализированных с травмами, особенно в 1959 г., объясняется расширением показаний к госпитализации.