

Из Единого диспансера Молотовского района гор. Казани (директор А. С. Виноградов) - поликлинической базы Государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (дир. Б. С. Гинзбург).

Опыт использования внебольничной сети района в качестве учебной базы.

А. С. Виноградов.

В связи с огромными победами, которых добилась наша страна под руководством партии и ее гениальных вождей и учителей Ленина и Сталина, советское здравоохранение за 20 лет развернулось в целую государственную систему, обеспечивающую широчайшие мероприятия в области медико-санитарного обслуживания трудящихся.

Больничная сеть в городах СССР насчитывает на 1 января 1937 года 308 700 коек, не включая сюда Трансанупра. К концу 1938 г. количество коек будет доведено примерно до 361 000. Во всех крупных больницах организованы специализированные отделения (детское, нервное, туберкулезное и др.¹⁾.

Особенно бурными темпами развилась за этот период внебольничная помощь, обслуживающая огромные массы населения. Уже к началу 1937 г. на территории Союза, только в системе Наркомздрава СССР, в городах и рабочих поселках имелось 14 806 поликлинических учреждений, из них 3708 врачебных здравпунктов на предприятиях, а в 1914 г. в городах и в городских поселках было всего лишь 1230 амбулаторно-поликлинических учреждений²⁾.

До революции специализированная врачебная помощь в амбулаторно-поликлинической сети составляла всего 15%, а в 1936 г.—91%. На селе вместо 4000 врачебных и фельдшерских пунктов в довоенное время, уже в 1936 г. насчитывалось 16 тыс. врачебных амбулаторных учреждений и больше 17 тыс. фельдшерских пунктов³⁾. В настоящее время мы имеем дальнейший рост количества всех этих учреждений.

Эти данные красноречиво говорят об удельном весе внебольничной помощи в системе советского здравоохранения, и совершенно естественно, что учреждения, занимающиеся подготовкой врачебных кадров и их усовершенствованием, мединституты и институты для усовершенствования врачей—должны в своих учебных планах и в процессе проведения учебно-педагогической работы уделить должное внимание этой форме медико-санитарного обслуживания трудящихся.

К сожалению, до настоящего времени в повседневной работе мединститутов, а также институтов для усовершенствования

1) Проппер-Гращенко. Клин. мед., XV, стр. 1185, 1937.

2) Г. Магальский, Сов. мед., №№ 9—10, стр. 46, 1937.

3) Проппер-Гращенко, Клин. мед., XV, стр. 1184, 1937.

врачей учебно-педагогическая работа сосредоточена по преимуществу на клиническом материале.

Дальше общих разговоров о необходимости поликлинических занятий большинство наших институтов подчас не идет, ссылаясь на неблагоустроенность внебольничной сети; большинство институтов ограничивается занятиями в амбулаториях при клиниках, что отнюдь не может заменить врачам-курсантам и студентам своеобразие и богатство поликлинического материала наших поликлиник и единых диспансеров.

То обстоятельство, что усовершенствование и специализация врачей, а также занятия со студентами в мединституте проводятся по преимуществу на клиническом материале, возможно, и является одной из причин, вызывающих в сознании врачебных масс ложное представление о том, что в наших поликлиниках, амбулаториях и единых диспансерах врачам приходится сталкиваться с „неинтересным“ материалом и что, мол, врач внебольничной сети является как бы врачом второго сорта. Отсюда и сидение „на чемоданах“ ряда врачей, работаю^{щих} во внебольничной сети, рассматривающих свою работу здесь как временное явление и мечтающих перейти на работу в стационар.

Из практики работы института для усовершенствования врачей известно, что врачи-курсанты (состоящие на 98—99% из работников внебольничной сети) из года в год настойчиво выдвигали вопрос перед руководством института и кафедр о необходимости более широкого использования для учебных занятий поликлинического материала. У врачей-курсантов всегда существовала большая потребность в знакомстве с лучшими образцами поликлинической работы, которая является основной для большинства направляемых в институт для усовершенствования врачей.

Вот почему Казанский институт усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в 1937 г. уделил значительное внимание вопросу организации поликлинической базы путем перестройки работы внебольничной сети одного из районов города (Молотовский район).

В связи с этим институт приступил к перестройке сети внебольничной помощи района, так как она являлась наиболее отсталым участком. Без этой предварительной работы не представлялось возможности использовать ее для целей преподавания, вследствие запущенности, примитивности оборудования и отсталых форм работы по обслуживанию населения в данной районной поликлинике.

Иллюстрацией состояния внебольничной помощи может служить коэффициент обращаемости во все учреждения внебольничной сети Молотовского района (130 тыс. населения): в 1936 г. коэффициент этот составлял 2,5 посещения на 1 жителя; хотя в 1937 г. после перестройки работы этот коэффициент возрос (до 4,5), он все же значительно отстает от среднего коэффициента обращаемости в наших областных и краевых центрах.

Опыт, проделанный институтом по перестройке внебольнич-

ной сети, заслуживает внимания; он показывает какие большие возможности имеются на местах для быстрого повышения качества медикосанитарного обслуживания трудящихся на существующей материальной базе и как можно повысить эффективность учебно-педагогической работы с врачами-курсантами при правильном использовании внебольничной сети.

Казанский Горздравотдел предоставил институту поликлинику № 2, расположенную рядом с клиниками, для использования ее в качестве поликлинической базы по проведению учебных занятий с врачами-курсантами.

К этой поликлинике были присоединены и другие учреждения внебольничной помощи, как детская консультация, детская поликлиника, женская консультация и т. п.

Перестройка работы всех учреждений внебольничной помощи Молотовского района началась в первую очередь с упорядочения работы основного отделения будущего единого диспансера—терапевтического отделения, для которого в штатах по смете 1937 г. на район в 130 тыс. чел. было предусмотрено всего 12 врачебных единиц; из них 5 врачей работу проводили исключительно в поликлинике, остальные 7 оказывали помощь на-дому. В этом районе, как во всех районах Казани, участковый принцип обслуживания населения еще не был проведен. По предложению института работа терапевтического отделения и отделений старшего и раннего детства была построена по принципу участков. Наряду с этим были также организованы приемы по ряду специальностей в близко расположенных к единому диспансеру клинических зданиях института.

Уже эти небольшие мероприятия в короткий срок дали возможность устранить огромные очереди, имевшие раньше место в этой поликлинике; был положен предел обезличке в обслуживании больных, где довольно часто бывали случаи, когда один и тот же больной за время своего кратковременного заболевания успевал побывать у 3—4 врачей (одной и той же специальности) и лечиться на дому опять-таки у другого врача.

Институт усовершенствования врачей вынужден был оказать на первых порах помощь как специальными ассигнованиями, так и выделением для работы в поликлинической базе 9 доцентов и 18 ассистентов.

Все это, вместе взятое, дало возможность в короткий срок (2 месяца) перестроить работу учреждений внебольничной помощи всего района, и позволило уже с начала учебного года приступить к плановым занятиям с врачами-курсантами по всем специальностям на поликлиническом материале.

Эти занятия, которые обычно проводились во всех отделениях диспансера с 13 до 15 часов, нисколько не нарушали жизни этого большого учреждения, пропускная способность которого почти вдвое выросла в настоящее время (до 2000—2500 человек в день).

Заслуживают внимания также улучшения, проведенные нами в работе участковых врачей: врач половину рабочего дня при-

нимает по предварительной записи больных у себя в кабинете, а остальную часть рабочего времени он уделяет оказанию помощи на-дому. С введением транспорта работа эта значительно облегчилась и, как уже было отмечено выше, для всех стало очевидным исключительное преимущество оказания медико-санитарной помощи населению по принципу разделения на участки. Конечно, не прав Подольский ¹⁾, утверждающий в своей статье, что метод участковой работы оправдывал себя в 1930—31 г., а теперь, мол, этот метод мешает дальнейшему повышению качества работы медицинской помощи на-дому. Это совершенно неверно, ибо принцип деления района на участки и в современных условиях дает ряд преимуществ в постановке помощи больному. Этот принцип дает возможность лучшего изучения врачами больного, следовательно,—более правильной организации его лечения, выдачи больничного листа и т. п.

С введением метода работы по участкам нам удалось также повысить качество мед. обслуживания больного, нуждающегося в коечном лечении, но вынужденного лечиться дома из-за недостатка мест в стационарах города. Это удалось достигнуть, правда, пока частично с помощью квалифицированных участковых сестер, прикрепленных к участковым врачам и выполняющих назначения врачей у больного на-дому.

В настоящее время единый диспансер—поликлиническая база института—приступил к организации выдачи через участковых сестер некоторым больным предметам ухода (грелки, кружки Эсмарха, термометры, нательное и постельное белье); вводится штат санитарок для расширения помощи больным на-дому.

Увеличением числа участковых врачей, в соответствии с нормативами НКЗдрава, будет создана возможность более широкой помощи на-дому; кроме того в исключительных случаях можно было бы даже обеспечивать больных диетпитанием на-дому.

Ограниченное количество коек в стационарах обязывает нас использовать все возможности для всемерного повышения эффективности этих коек, быстрой оборачиваемости их, естественно, не нарушая качества оказания стационарной помощи больным.

Данные 1936/37 гг. говорят о слабой оборачиваемости коек как в клиниках ГИДУВ и Мединститута, так и в больницах гор. Казани.

С момента организации поликлинической базы госпитализация больных во всех клиниках института проводится исключительно через единый диспансер; это создает возможность предварительного обследования больных, намечаемых к госпитализации. Это мероприятие безусловно скажется на увеличении оборачиваемости коек.

Наряду с этим наши клиники, в первую очередь терапевтическая, стали практиковать в отношении ряда больных, выписываемых из клиник, дальнейшее лечение через единый диспансер

¹⁾ Сов. врач. журн., № 2, 1937.

под наблюдением ассистентов клиник. Эти ассистенты продолжают лечение на-дому по тем же принципам, по которым их проводила клиника, имея возможность пользоваться данными клинических историй болезни, а в случае надобности и консультациями профессора и доцентов. Эта форма помощи больному на-дому заслуживает самого серьезного внимания, судя по положительным данным, полученным за небольшой период времени.

Институт тесно связан со всеми отделениями единого диспансера не только своей лечебной, но и учебной работой. Прделаны уже первые шаги и в части постановки научно-исследовательской работы на поликлиническом материале.

Занятия в поликлинической базе вызывают большой интерес врачей-курсантов и показывают им, насколько велики возможности врачей внебольничной помощи в повышении качества обслуживания больных уже в настоящее время на существующей материальной базе, насколько ответственна, почетна и интересна, с врачебной точки зрения, работа в поликлинике и амбулатории.

В настоящее время все клиники института перестроили свои учебные планы в направлении выделения достаточного времени для работы с врачами-курсантами на поликлиническом материале.

Осуществляя тесную связь с поликлинической базой и увязывая теорию с практикой здравоохранения, институт привлекает профессорско-преподавательский состав клиник не только при организации консультаций (разбора сложных больных и проведения дифференциального диагноза и назначения правильного лечения), но нередко также к участию в определении трудоспособности б-х.

Включение единого диспансера в учебную сеть института создало для всего его персонала, в первую очередь врачебного, новые возможности усовершенствования и повышения квалификации. У врачей диспансера появился интерес к работе клиник. Врачи, ведущие специальные приемы, а также участковые врачи единого диспансера начали чаще обращаться за консультацией к ассистентам, профессорам; уже многие поликлинические врачи аккуратно посещают обходы профессоров и доцентов в клиниках, участвуют в разборе тех больных, которых они сами же направили в данную клинику. Они все чаще присутствуют на лекциях профессоров, доцентов, участвуют в клинических конференциях, активно включились в изучение иностранных языков и т. п.

Все это, вместе взятое, в свою очередь в значительной мере повысило интерес врачей к поликлинической работе. Новые, более совершенные формы работы, проведенные в течение последнего периода в едином диспансере—поликлинической базе института, благодаря тесной связи с клиниками, привлекают туда на работу квалифицированных врачей города. Повысился интерес и молодых врачей к работе единого диспансера.

Органы здравоохранения должны уделить больше внимания

так называемым „мелочам“, потому что эти „мелочи“ нередко ведут к большим прорывам в работе. Например, отсутствие регистрационных карточек резко снижает и по существу сводит на-нет документацию заболеваний, затрудняя разработку ценнейших материалов, собираемых в поликлиниках и единых диспансерах.

Работа, проделанная институтом по перестройке внебольничной сети района, находит одобрение в органах здравоохранения и среди врачей, стимулируя руководителей поликлиник других районов к перестройке работы этих учреждений на основе опыта единого диспансера—поликлинической базы ин-та.

Вышеприведенные материалы отражают только первые шаги по улучшению работы внебольничной сети на сравнительно небольшом участке. Прделанная в этом направлении работа на существующей материальной базе без дополнительных ассигнований на содержание штатов и на капиталовложения говорит о больших возможностях, имеющихся в руках работников учреждений как стационаров, так и внебольничной сети для поднятия качества и эффективности работы этих учреждений.

Выводы: 1. Организация специальных занятий по усовершенствованию и специализации врачей, а также со студентами медицинских институтов на поликлиническом материале является одним из важных разделов учебной работы и соответствует насущным запросам студентов, а в особенности врачей-курсантов, командированных на курсы усовершенствования и специализации.

2. Включение единого диспансера или поликлиники в систему учебных баз институтов для усовершенствования врачей и медицинских институтов в значительной степени повышает качество медико-санитарного обслуживания населения района.

3. Тесная связь поликлинической базы с клиниками заметно улучшает систему госпитализации больных, повышает эффективность использования коечной сети.

4. Поликлиническая база, пользуясь вспомогательными диагностическими учреждениями клиник (главным образом рентгеном и лабораториями), получает возможность предварительного обследования больных, подлежащих госпитализации, что способствует повышению оборачиваемости коек.

5. Совместная работа клиник с поликлиникой позволяет продолжать наблюдение и лечение большого контингента больных и после выписки их из клиники, что в свою очередь также повышает оборачиваемость коек, а в ряде случаев имеет исключительное значение для больных, нуждающихся в специальном наблюдении (диабет, онкологические заболевания, некоторые болезни сердца и т. д.).

6. Приближение клиник к поликлиникам повышает интерес у клинических врачей к работе по внебольничной помощи населению и содействует органической увязке теории с практическими вопросами здравоохранения.
