

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

Опыт стационара на-дому.

Н. С. Ширкевич.

Вопросу медпомощи на-дому рабочая общественность всегда уделяла и уделяет большое внимание. Так, в г. Казани за последние годы на рабочих собраниях и на страницах газет часто поднимался вопрос о состоянии медпомощи на-дому, об условиях работы врачей на-дому, наконец—о самих врачах, их отношении к больным, их квалификации. Постановка этих вопросов, их детальное обсуждение и большое внимание к ним становятся совершенно понятными, если учесть, что больничная помощь еще не охватывает всех больных, для которых по роду заболевания необходим постельный режим и постоянное врачебное наблюдение.

Часто врачебная помощь на-дому ограничивается однократным посещением врача по вызову больного и до следующего вызова по инициативе больного врач к нему не приходит. При своем посещении больного врач, конечно, обследует его, делает нужные назначения, удостоверяет его нетрудоспособность выдачей больничного листа, дает заключение о госпитализации там, где это необходимо, и этим считает свои функции в отношении данного больного в данный момент законченными. Дальше уже сам больной с помощью своих домашних устраивается в больнице, или продолжает лечение в амбулатории, или вновь вызывает врача к себе на-дом. Но в последнем случае иногда приходит уже другой врач, для которого этот больной является первичным, и он начинает все сначала. Понятно, что при таком обслуживании больного врач упускает самое главное, он не может следить за течением болезни у данного больного, контролировать выполнение и влияние терапевтических назначений. Конечно, лечение больных при этом нередко задерживается, что не удовлетворяет ни врача, ни больного. Словом, при такой постановке дела, если обслуживание больного на-дому и обеспечено, то оно не всегда полноценно, и обезличено; при этом, конечно, много теряет и сам больной и производство, где он работает, так как количество оплачиваемых больничных дней при этом может возрасть. Врачи помощи на-дому сплошь и рядом не удовлетворены своей работой, и опытные врачи нередко избегают брать на себя эту роль, считая помощь на-дому работой неблагоприятной и тяжелой; эта работа часто поручается молодым, неопытным врачам, что несомненно отражается на качестве обслуживания больных. Бывает много вызовов, транспорта в достаточной степени не имеется; при таких условиях врачи физически не в силах справиться с выполнением поступивших вызовов, иногда приходят к больному только на второй день и, конечно, они не могут

посещать больного ежедневно до выздоровления. Мне кажется, что основной причиной такого состояния помощи на-дому является недооценка этого вида помощи здравотделами и руководством наших поликлиник.

Помощь на дому должна стать неотъемлемой частью работы каждой поликлиники; при хорошей постановке она может в значительной мере разгрузить стационары от таких больных, которым хотя и требуется постельный режим, но лечение которых может быть хорошо проведено и в домашней обстановке. Надо только этот вид помощи организовать в виде так называемого стационара на-дому, с таким расчетом, чтобы врач, получив один раз вызов к больному, нуждающемуся в таком лечении, вел бы его так же, как в больнице: ежедневно посещал бы больного до выздоровления, вел бы историю болезни, обеспечил бы необходимый уход за больным на-дому и выполнение всех назначений врача средним мед. персоналом. Там же, где больной безусловно нуждается в госпитализации, врач стационара на-дому добивается помещения его в больницу, наблюдая за больным до момента помещения его в больницу. Такой врач должен свободно пользоваться в нужных случаях консультациями на-дому специалистов поликлиники, услугами лаборатории и рентгеновского кабинета поликлиники. Сестра, выполняющая назначения врача на-дому, должна не только выполнять назначенные процедуры, но и иметь возможность предоставлять в пользование больного предметы ухода: грелки, ингаляторы, судна, термометры, кружки Эсмарха и т. д. с тем, чтобы по миновании надобности эти предметы возвращались обратно в поликлинику. Очень желательно в необходимых случаях предоставление больным на-дом постельных принадлежностей и питания. Наличие транспорта является обязательным условием работы врачей стационара на-дому, так как без транспорта, особенно при разбросанной территории обслуживания, работа становится для врачей физически невозможной и при этом, конечно, страдает и количественно и качественно. Кроме того, свободное пользование транспортом помогает врачу в нужных случаях быстро госпитализировать больного.

В виду того, что работа на-дому является вполне самостоятельной и высокоответственной работой, где от поведения врача у постели больного зависит авторитет дела здравоохранения, на пост врача стационара на-дому необходимо ставить хорошо подготовленного врача, по возможности терапевта, могущего хорошо разбираться в вопросах диагностики и терапии. К подбору врачей на эту работу надо относиться с особым вниманием еще и потому, что стационар на-дому при хорошей постановке этого дела, как было сказано выше, позволяет в большой мере разгрузить больницу. Как и в больнице, при этом виде помощи каждая история болезни должна содержать хотя бы краткий анамнез и объективные данные, чтобы из написанного можно было сделать диагностические выводы и обосновать назначенную терапию.

Изложив задачи и условия работы врача стационара на-дому, я хотел бы поделиться опытом своей работы в роли такого врача при железнодорожной поликлинике в г. Казани. Территория обслуживания своеобразная—это территория всего города Казани с пригородами и некоторыми ближайшими пунктами по линии железной дороги, с расстоянием до десяти километров. На этой территории работают два врача—один утром, а другой вечером. Оба врача не имели никакого транспорта, поэтому работа являлась тяжелой, так как частенько приходилось ходить пешком по пять-шесть километров только к одному больному. Несмотря на это я все же поставил себе задачей вести больных так, как изложено выше. Получив вызов, я посещал больного ежедневно до выздоровления и течение болезни фиксировал в истории болезни по возможности четко. Мне помогала мед. сестра, которая по моему назначению проводила на-дому необходимые процедуры—ставила банки, делала инъекции, ставила клизмы и т. д. В необходимых случаях я пользовался лабораторией, рентгеном и консультацией специалистов поликлиники.

В течение летних месяцев (71 рабочий день) я обслужил 156 больных, проделав 544 посещения; в течение дня первичных и повторных посещений в среднем было 8.

Помещая больных в стационары, я постоянно интересовался ходом болезненного процесса у своих больных и исходом их заболевания.

Эффективность лечения при таком методе обслуживания больных на-дому была вполне удовлетворительной.

Из физиотерапевт. отделения 2-го ед. диспансера г. Днепропетровска (директор Б. И. Хабинский).

Опыт лечения гриппозных больных ультрафиолетовыми лучами.

М. Д. Марьясин, Р. Я. Белостоцкая и А. Я. Фишман.

Борьба с гриппозной инфекцией, заболеванием, очень быстро распространяющимся и в несколько дней принимающим характер эпидемии, выключаяющей сотни трудящихся из строя на три—пять и больше дней,—имеет актуальный характер. Между тем терапевтический арсенал в борьбе с гриппом довольно ограничен. Поэтому всякий новый метод борьбы с гриппом заслуживает серьезного внимания.

По вопросу о применении у.-ф. терапии при гриппозных заболеваниях в нашей литературе имеются единичные статьи. В нашей работе мы исходили из наблюдений Липковича (Ленинградский институт труда и профзаболеваний). Им было установлено, что спектр вольтовой дуги, вредно действующий на глаза, оказывает благотворное влияние на весь организм. Это выразилось в понижении общей заболеваемости электросварщиков, в особенности, в снижении заболеваемости гриппом. Приведенные данные послужили поводом для применения об-