

бактериями Флекснера, последние высевались в среднем 14,0 и 16,1 дня, то по показаниям РНФ они выявлялись 17,0 и 19,8 дня. В опытах с той же водой, зараженной бактериями Зонне, последние выделялись соответственно 16,2 и 20,5, а с помощью РНФ 20,8 и 23,8 дня. Преимущество РНФ было установлено и в других сериях опытов — с некипяченой и кипяченой водопроводной водой.

Достоверность всех полученных данных подтверждена статистическими вычислениями методом дисперсионного анализа, предложенного Р. А. Фишером.

Проведенные нами исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Дизентерийные бактерии длительно выживают в искусственно инфицированной воде (от 10 до 73 дней). Долше всего они выживают в кипяченой, несколько меньше — в некипяченой водопроводной, еще меньше — в колодезной воде.

2. Високорезистентные к синтомицину дизентерийные бактерии значительно долше выживают в воде, нежели синтомициночувствительные.

3. Во всех сериях опытов микробы Зонне выживали в воде долше бактерий Флекснера.

4. Реакция нарастания титра фага является более чувствительным методом индикации дизентерийных микробов в воде, по сравнению с методом выделения чистой культуры из воды при прямом посеве ее на дифференциально-диагностические среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельский В. В. ЖМЭИ, 1958, 1. — 2. Бирковский Ю. Е. В кн.: Теоретические проблемы эпидемиологии. Киев, 1959. — 3. Быстрицкая Т. И. Роль водного фактора в эпидемиологии дизентерии в Томске. Канд. дисс., Томск, 1960. — 4. Бычковская О. В. ЖМЭИ, 1955, 4. — 5. Вальвачев Н. И. ЖМЭИ, 1959, 6. — 6. Вольфсон Г. И. и др. ЖМЭИ, 1963, 3. — 7. Гитарин Д. Ю. и Москоуенко Д. Ф. ЖМЭИ, 1963, 2. — 8. Громашевский Л. В. и Вайндрах Г. М. Частная эпидемиология. М., 1947. — 9. Иоффе Е. И. и др. ЖМЭИ, 1955, 3. — 10. Кадэн М. М. ЖМЭИ, 1953, 7. — 11. Калина Г. П. и др. Уч. зап. Моск. научно-исслед. ин-та санитарии и гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана. М., 1960, вып. 4. — 12. Книжников В. А. ЖМЭИ, 1958, 4. — 13. Корнилова Г. В. Водный фактор в эпидемиологии дизентерии в Омске. Докт. дисс., Омск, 1959. — 14. Крепышева А. Н. и др. Тр. Казанского НИИЭГ, 1957, вып. 3. — 15. Крылова В. П. ЖМЭИ, 1955, 2. — 16. Кузнецова В. Н. ЖМЭИ, 1957, 2. — 17. Медвинская К. Г. ЖМЭИ, 1953, 7. — 18. Мирзоев Г. Г. ЖМЭИ, 1962, 12. — 19. Набиев Э. Г. Казанский мед. ж., 1962, 5. — 20. Перетц Л. Г. В кн.: Живые вакцины. М., 1956. — 21. Поддубный Ф. Н. ЖМЭИ, 1962, 2. — 22. Раскин Б. М. ЖМЭИ, 1958, 4. — 23. Семенова М. А. ЖМЭИ, 1954, 6. — 24. Старикова К. И. Изменение чувствительности к сульфаниламидам и синтомицину у дизентерийных бактерий, выделенных в МССР в 1954—55 гг. Канд. дисс., Кишинев, 1958. — 25. Череватый В. С. Влияние антибиотиков на изменчивость сульфаниламидорезистентных возбудителей дизентерии и на длительность выживаемости их во внешней среде. Канд. дисс., Курск, 1960. — 26. Авдигиев Г. И. и др. Гигиена, эпидемиол. и микробиол., 1960, 3. — 27. Ciucă M., Meitert T., Meitert E. Arch. goup. Path. exp. Microbiol., 1960, 1. — 28. Raška K. Epidemiologia. Bratislava, 1959.

Поступила 16 апреля 1963 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К МЕТОДИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В. Н. Штанько

Байсаровский противотуберкулезный диспансер
(главврач — В. Н. Штанько) Татарской АССР

Имеющаяся документация диспансеризации туберкулезных больных, предназначенная для города, не оправдывает себя в условиях сельских больниц, где штаты медицинских работников значительно меньше. Поэтому для сельских больниц важно разработать несколько иную систему документации.

Как известно, основными документами диспансеризации туберкулезных больных являются «Контрольная карта» (ф. № 30) и «Диспансерная история болезни туберкулезного больного» (ф. № 81). «Контрольная карта», как явствует из названия, должна при аккуратном и систематическом заполнении являться документом, контролирующим осуществление диспансеризации туберкулезного больного. Она должна быть всегда перед глазами врача и патронажного медработника. Контрольная карта занимает главенствующее положение в организации лечения и наблюдения за боль-

ным. Диспансерная же история болезни является документом, в котором отражены ход туберкулезного процесса, проводимое лечение и т. д., но она не служит документом, на основе которого контролируются все мероприятия по диспансеризации больного, в основе которых лежит контроль за своевременностью посещения больным медицинского учреждения.

При ознакомлении с противотуберкулезной работой Актанышского, Мензелинского, Муслюмовского и Набережно-Челнинского районов выяснено, что ведение документации в участковых больницах и в тубкабинетах районных больниц не отвечает полностью задачам диспансеризации.

Так, в Актанышском и Муслюмовском районах контактные (4 гр. диспансерного учета) вообще не брались на учет, хотя бацилловыделителей было много.

В большинстве больниц картотека на туберкулезных больных вообще отсутствовала или была весьма примитивной (Муслюмовская райбольница), неудобной и громоздкой (Мензелинский и Наб.-Челнинский тубкабинеты).

Патронажные медработники не пользовались картотекой для решения вопросов, когда и каких больных необходимо вызывать к врачу, почему диспансеризация велась бесплано, от случая к случаю.

Такие упущения в ходе диспансеризации в основном объясняются неполным ведением контрольных карт из-за отсутствия, с одной стороны, необходимого персонала, а с другой — необходимой простоты документации.

В Байсаровском диспансере в ходе работы создавался упрощенный способ ведения картотеки туберкулезных больных, позволяющий при небольшом количестве врачей (1—2 врача) и одного патронажного работника вести диспансеризацию туберкулезных больных и подлежащих наблюдению без каких-либо затруднений. Этот способ ведения картотеки, отвечающий в большей мере сельским условиям, дает возможность вести наблюдение и лечение больного так, что больной постоянно чувствует, что за его лечением следит и врач, и патронажный медработник.

Байсаровский диспансер обслуживает 27 деревень в радиусе до 15 км. Состав населения — колхозники, рабочие совхоза и рабочие небольших промышленных предприятий (маслозавод, кирпичный завод). Деревни, обслуживаемые диспансером, были разделены на 4 гр. — А, Б, В, Г (от 4 до 6 деревень в каждой группе). Для каждой группы составлен годовой график диспансерного наблюдения с точными датами активных вызовов каждой группы диспансерного учета.

Например, в группе В — 6 деревень, в которых взято на диспансеризацию 64 туберкулезных больных, из которых в 1 гр. — 15, во 2 гр. — 22, в 3 гр. — 14 и 4 гр. — 13 человек. На все 6 деревень составлен объединенный следующий график диспансерного наблюдения:

Группы диспансерного учета	Месяцы											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
	дни активных вызовов											
1	10	9	7	11	11	6	11	10	12	10	9	14
2	12	—	8	13	—	7	13	—	13	12	—	13
3	—	—	9	—	—	—	13	—	—	—	29	—
4	—	9	—	—	11	—	—	10	—	—	9	—

Согласно этому графику больные 1 гр. диспансерного учета вызываются в диспансер для медицинских обследований ежемесячно, 2 гр. — 8 раз в год, 3 гр. — 3 раза и 4 гр. — 4 раза. Вызов в диспансер 4 гр. учета 4 раза в год совпадает с вызовом 1 гр., что облегчает транспортировку вызываемых.

Даты вызовов в графике позволяют установить, когда и какие именно больные должны быть вызваны в диспансер, при этом не создается перегрузки у врача на приеме, т. к. количество больных распределено примерно равномерно. Идентичные графики диспансеризации составлены для всех деревень, включенных в группы А, Б, В, Г.

Для проведения диспансеризации по таким графикам в диспансере создана специальная картотека, состоящая из одних только «контрольных карт». Картотека состоит из 4 отделов (полок), соответствующих группам деревень — А, Б, В, Г. Каждая из полок представляет собой общеизвестную картотеку диспансеризации туберкулезных больных, но несколько видоизмененную. В обычной картотеке (общего приема) имеется 5 отделов, соответствующих 5 группам диспансерного учета. В нашей картотеке имеется только 3 отдела, соответствующих трем группам диспансерного учета (1, 2 и 3), отдела для 4 гр. в картотеке нет. Контрольные карты 4 гр. распределены между контрольными картами 1 гр., где контактные находятся в «семейных пакетах» бацилловыделителей.

Каждая из 3 групп (1, 2, 3) делится на подотделы, соответствующие датам активных вызовов.

1 гр. имеет 6 отделов, где каждый соответствует двум датам вызовов — январь, июль; февраль, август; и т. д. Во 2 гр. — 4 отдела, каждый соответствует также двум датам вызовов. 3 гр. имеет 3 отдела, каждый отдел соответствует дате вызова. Годовой план работы и схема картотеки имеют следующий вид:

1 и 4 гр. учета		2 гр. учета		3 гр. учета		
11/VII	10/I	13/VII	12/I	12/X	7 VI	9 марта
10/VIII	9/II	13/IX	8/III	13 XII		13 июля
12/IX	7/III					29 ноября
10 X	11/IV					
9/XI	11/V					
14/XII	6/VI					

При посещении диспансера больным согласно этого плана контрольные карты отмечаются и перекладываются в следующее отделение картотеки, соответствующее следующему очередному посещению больным диспансера. В случае неявки больного в диспансер контрольная карта остается на месте, тем самым напоминая врачу и патронажному работнику, что больной своевременно не явился. Детские контрольные карты могут быть разложены в общей картотеке, если же имеется врач физиатр-педиатр, который ведет отдельный прием, то детская картотека составляется отдельно, идентично описанной. Благодаря такому устройству картотеки, контрольные карты действительно оправдывают свое название, т. е. помогают контролировать посещаемость больных, отчего значительно упорядочилась и облегчилась вся работа по диспансеризации.

Пятая группа диспансерного учета (больные с внелегочным туберкулезом) разделена, как и обычно, согласно активности процесса, на подгруппы. «Контрольные карты» внелегочной группы находятся отдельно от «контрольных карт» больных туберкулезом легких, так же отдельно находятся и их «диспансерные истории болезни».

К I подгр. отнесены активные и все свищевые формы, наблюдаемые 1—2 раза в месяц, ко II подгр. — подострые, наблюдаемые 6 раз в год, к III подгр. — затихшие процессы, наблюдаемые 2 раза в год, IV подгр. — пассив, т. е. снятые с учета.

Если в больнице есть врач-хирург, вся картотека 5 гр. диспансерного учета должна храниться и вестись у него.

Вообще эта группа не создает особенных трудностей для учета, наблюдения и ведения больных благодаря сравнительно небольшому количеству больных этой группы. Все же ведение картотеки и этой группы должно быть обязательным.

Для контроля за правильностью амбулаторного лечения антибактериальными препаратами в Байсаровском диспансере создана следующая специальная карточка, выдаваемая больному на руки. Такие карточки могут выдаваться каждой сельской больницы больным, находящимся на диспансерном учете.

Листок диспансерного наблюдения Байсаровского диспансера
(хранящийся у больного)

Ф. И. О. адрес взят на учет с группа . .

[illegible]

Байсаровским диспансером неоднократно проверялось, как больные, получающие антибактериальные препараты, принимают эти лекарства. Всех больных туберкулезом легких можно условно разделить на следующие группы:

Дата	Совет и подпись патронажного медработника из диспансера	Дата	Совет и подпись медработника ФАП, ведущего наблюдение за больным

I гр. — включает больных, регулярно принимающих все выданные им на руки лекарства.

II гр. — включает больных, принимающих полученные лекарства до наступления у них улучшения, лишь после чего они прекращают прием лекарств.

III гр. — больные, принимающие лекарства от случая к случаю.

IV гр. — больные выданные лекарства не принимают.

I гр., к сожалению, составляет примерно около 20%, большинство больных относится ко II и III группам.

Иногда больной получает лекарство и забывает, как его принимать. В таком случае больным помогает выданный на руки «листок диспансерного наблюдения», напоминающий больному, как нужно принимать лекарство, и облегчающий общий контроль за приемом лекарств.

Описанная методика диспансеризации туберкулезных больных обеспечила довольно заметные положительные сдвиги в работе диспансера.

В районе обслуживания диспансера совсем нет оторвавшихся от диспансеризации больных, заметно повысилась активность больных при вызовах. Обычно являются почти все вызываемые. Больные стали значительно аккуратнее принимать дома препараты, значительно улучшилась связь диспансера с фельдшерскими пунктами.

Описанная методика ведения картотеки при диспансеризации туберкулезных больных может с успехом использоваться любой сельской больницей, любым туберкулезным кабинетом районной больницы и небольшого города, расположенного в сельской местности.

Поступила 5 марта 1962 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

АППАРАТ ДЛЯ АСПИРАЦИИ СОДЕРЖИМОГО ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С МАНОМЕТРИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Канд. мед. наук Б. Ф. Сметанин

Госпитальная хирургическая клиника № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев)
Казанского медицинского института

В связи с расширением операций на органах грудной полости за последние годы было предложено значительное количество аппаратов для эвакуации из плевральной полости крови, воздуха, выпота, в большинстве сложных по устройству. Мы сконструировали более простой и удобный аппарат, которым успешно пользуемся уже в течение 6 лет.

Аппарат состоит из 2 стеклянных банок с резиновыми пробками и продетыми через них стеклянными трубками. Первая банка соединена посредством тройника резиновой трубкой с ртутным манометром (укрепленным на дверке ящика) и с иглой, вводимой в плевральную полость; посредством другой трубки первая банка сообщается со второй банкой, из которой выкачивается воздух резиновым баллоном (рис. 1).

Манометр из прозрачной пластмассы или стекла имеет воронкообразные расширения на концах трубки. Расширение свободного колена манометра в нерабочем состоянии аппарата закрывается пробкой. Другое колено манометра закрывается наглухо резиновой пробкой, через которую введена в расширенную часть манометра короткая трубка из нержавеющей стали или толстая инъекционная игла, соединенная резиновой трубкой с плевральной полостью и банкой.