

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О СОСТОЯНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАНИ И МЕРАХ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

Главный акушер-гинеколог Казанского горздравотдела

доц. З. Н. Якубова

Наряду со значительным улучшением основных показателей родовспоможения, в гор. Казани в течение ряда лет отмечается рост обращаемости по поводу гинекологических заболеваний, что свидетельствует о неудовлетворительной организации гинекологической службы. Настоящее сообщение имеет целью вскрыть некоторые организационные дефекты и наметить пути к их устранению.

Гинекологическая заболеваемость определяется по количеству первичных обращений в женские консультации и здравпункты промышленных предприятий города. Так, в 1955 г. количество таких обращений по поводу гинекологических заболеваний составляло 19 176 человек, в 1956 г. — 25 111 чел., в 1957 г. — 26 071 чел. По характеру заболеваний на первом месте стоят больные с воспалительными процессами женской половой сферы.

Это обстоятельство требует внимания, ибо известно, что воспалительные процессы лежат в основе развития более грозных заболеваний женской половой сферы, как-то: внематочная беременность, злокачественные новообразования, бесплодие.

Гинекологическая помощь населению гор. Казани оказывается 10 женскими консультациями, 16 здравпунктами промышленных предприятий и гинекологическими стационарами на 300 коек, куда входят и 40 коек в стационарах закрытого типа при медсанчастях.

Основным звеном акушерско-гинекологического объединения является женская консультация. Профилактика гинекологической заболеваемости должна идти по линии диспансеризации женского населения района обслуживания женской консультации путем систематически проводимых профилактических осмотров женщин. Но с диспансеризацией женского населения гор. Казани дело обстоит крайне неблагоприятно. Об этом свидетельствует такое небольшое количество проведенных профилактических осмотров женщин как 47 000 за год на весь город. Такое положение объясняется рядом причин, как-то: недостаточная укомплектованность штатов женских консультаций врачами и патронажными сестрами, неудовлетворительное оснащение их современным оборудованием.

К числу таких причин, устранимых самими женскими консультациями, следует отнести и то важное обстоятельство, что некоторые заведующие женскими консультациями не уделяют должного внимания профилактической работе консультации и не воспитывают в этом направлении коллективы своих работников. Работа врача в профилактический день на участке не направляется и не контролируется со стороны заведующей женской консультацией. В результате участковые врачи проводят в лучшем случае патронаж беременных на дому или санитарно-просветительную беседу на промышленных предприятиях города, используя при этом зачастую лишь часть отведенного для профилактической работы дня.

Путем следующего простого подсчета можно показать, насколько можно при желании увеличить количество профилактических осмотров женщин. Если каждая женская консультация способна легко провести 300 профилактических осмотров в неделю (по 100 осмотров на каждо-

го врача при трех врачах женской консультации), то в год на каждую консультацию это составит около 15 000 осмотров, а на все 10 женских консультаций города около 150 000.

Обоснованность приведенного подсчета подтверждается тем, что из двух равных по условиям работы женских консультаций одна (№ 3) дала 3320 профилактических осмотров за 1957 год, а другая (№ 6) — 11 749.

Вывод ясен — на основе обмена опытом необходимо коренное улучшение работы отстающих женских консультаций.

Санитарно-просветительную работу женских консультаций можно было бы признать удовлетворительной по количеству фиксированных бесед и лекций. Кстати следует сказать, что санитарно-просветительная работа женских консультаций должна идти, прежде всего, по линии борьбы с абортami со включением пропаганды противозачаточных средств, а также по пути широкого разъяснения населению основ гигиены женщины всех периодов ее жизни. Это особенно важно в смысле профилактики воспалительных заболеваний женской половой сферы, поскольку удельный вес их весьма высок.

Что касается лечебной работы женских консультаций, то теснота и неблагоустроенность их помещений практически исключает возможность развертывания таковой на должном уровне за исключением трех более или менее благоустроенных консультаций. Вся лечебная работа женских консультаций в основном сводится к малоэффективным спринцеваниям, влагалищным тампонам, ванночкам и т. п. Такие методы, как ионофорез, диатермия, термокоагуляция, кварц, солюкс, парафино-грязелечение и др., большинством женских консультаций не проводятся. Следовательно, амбулаторное лечение гинекологических заболеваний, и в первую очередь воспалительных, в городе в целом, можно сказать, поставлено неудовлетворительно. Отсюда понятно происхождение многих часов потери трудоспособности женщин. Улучшение лечебной работы женских консультаций связано с необходимостью их оснащения соответствующей аппаратурой и оборудованием, расширением их площади.

Переходя к анализу работы здравпунктов промышленных предприятий, следует сказать, что в руководстве их работой встают немалые трудности ввиду закрытого типа большинства из них. Поскольку гинекологи, работающие в здравпунктах, подчинены прежде всего главному врачу медико-санитарной части, его указаниями, часто далекими от этой специальности, и определяется постановка гинекологической службы данного здравпункта. В результате все врачи-акушеры-гинекологи, как правило, вовлекаются в работу не по специальности, в ущерб своей основной работе. Они проводят профилактические осмотры в отношении кожных заболеваний, вовлекаются в борьбу с малярией, дизентерией, гриппом, проводят диспансерное наблюдение за ревматиками, гипертониками и пр. Санитарно-просветительные беседы и лекции врачи-акушеры-гинекологи проводят по вопросам общей медицинской практики, терапии, хирургии и других специальностей. Для примера приведем работу врача-акушера-гинеколога здравпункта льнокомбината. Рабочий день врача складывается из приема гинекологических больных, на что отводится 3 часа. Остальные 3,5 часа врач занят не по специальности — работает по диспансеризации больных гипертонией, ревматизмом, трахомой и т. д.

Таким образом, работа врача-акушера-гинеколога на промышленных предприятиях сводится, главным образом, к амбулаторному приему больных, sporadическим санитарно-просветительным беседам по специальности и недопустимо малым количествам профилактических ги-

некологических осмотров, которыми по городу в 1957 г. было охвачено примерно лишь 40% женщин, работающих на данных промышленных предприятиях.

Следует сказать, что здравпункты промышленных предприятий, как правило, хорошо оборудованы, имеют соответствующие помещения, и в отношении организации профилактических осмотров пользуются постоянной поддержкой начальников цехов. Поэтому 40% охвата женщин профилактическими осмотрами является для этих здравпунктов недопустимо малой цифрой. Необходимо в ближайшее время довести ее до 100%. По данным профилактических осмотров, количество женщин, подлежащих диспансеризации, составляет 1,4%¹ из общего числа осмотренных. Госпитализация обеспечена лишь 70% из них, поскольку 30% подлежащих госпитализации не получили койку из-за постоянного отсутствия мест в стационарах.

Крайняя недостаточность гинекологических коек в городе известна давно. Некоторое увеличение их числа в последние годы большого облегчения не принесло. Это видно из процента выполнения койко-дней по гинекологическим стационарам города, который равен в среднем 123%. Количество гинекологических коек на 1000 населения, вместо нормы 0,8 в 1956 г., было 0,46, а в 1957 г. — 0,53. Следовательно, недостает примерно 30% гинекологических коек в городе. Отсюда понятно и то, что стационары города обслуживают почти исключительно экстренных больных, требующих оперативного вмешательства. Консервативная стационарная помощь по поводу воспалительных заболеваний, можно сказать, близка к нулю. Из 1786 отказов (неполные данные) в госпитализации более чем 1400 падает на больных с воспалительными процессами женской половой сферы. Если исходить из того, что воспалительные процессы предшествуют самопроизвольному выкидышу, внематочной беременности, кистам яичников, злокачественным новообразованиям шейки и тела матки и т. д., то ясно, что пока мы не организуем должным образом предупреждение и лечение воспалительных процессов в условиях здравпунктов и женских консультаций, нам не удастся снизить гинекологическую заболеваемость вообще.

В заключение, несколько слов о закрытых стационарах при медсанчастях промпредприятий. Гинекологические отделения последних, как правило, имеют небольшое количество коек, но отличаются хорошим оборудованием, обеспечивающим возможность проведения всех видов консервативного лечения заболеваний женской половой сферы. Наблюдаются попытки ликвидировать некоторые из таких отделений. Нам кажется, что их нужно не ликвидировать, а всемерно развешивать, и 15—10 коек во многих медсанчастях составят солидную сеть стационарной помощи, где женщины, страдающие воспалительными процессами, смогут получить надлежащее и своевременное лечение.

Поступила 30 мая 1958 г.

ОБЗОР

СРЕДСТВА ДЛЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Асс. Д. М. Зубаиров

Из кафедры фармакологии Казанского медицинского института
(зав. — доц. М. А. Алуф)

Применение антикоагулянтов для лечения значительно улучшило прогноз различных заболеваний, связанных с тромбозом и эмболией. За последнее десятилетие было испытано большое количество новых антикоагулянтов как в нашей стране, так и за