

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
КАБИНЕТА КИРОВСКОГО РАЙОНА г. КАЗАНИ

С. Е. Ионова

*Поликлиника № 4 г. Казани (главврач — К. Ф. Иванцова).
Научный руководитель — проф. И. Л. Билич*

Вопросы профилактики, раннего выявления ревматизма, изучение эффективности терапии находятся в центре внимания современной медицины. Одним из важных мероприятий в этой области является постановление Министерства здравоохранения СССР о создании кардиоревматологических кабинетов. При поликлинике № 4 такой кабинет был организован в конце 1967 г. со штатом врача-кардиолога и среднего медицинского работника. Кабинет оборудован электрокардиографами (чернильным и пленочным), трехканальным электрофонокардиографом. Сестра кабинета владеет техникой снятия ЭКГ и ФКГ.

Кардиоревматологический кабинет обслуживает 6 лечебных учреждений Кировского района: 4 и 14-ю поликлиники со всеми промышленными предприятиями, находящимися на преимущественном обслуживании, 13-ю поликлинику, 10-ю гор. больницу, 4-ю амбулаторию и МСЧ льнокомбината.

Основную задачу кабинета мы видим в консультативно-методической помощи всем прикрепленным медицинским учреждениям. Во время ежемесячных посещений лечебных учреждений мы проводим консультации больных и даем методические советы на местах по организации диспансерной работы. Консультация больных осуществляется и в ревматологическом кабинете при поликлинике.

При детальном ознакомлении с контингентом больных ревматизмом, состоящих на учете у участковых и цеховых врачей, нам пришлось в 38,9% отказаться от ранее поставленного диагноза ревматизма в пользу миокардитического кардиосклероза, врожденных пороков сердца, тонзилло-кардиального синдрома, нейроциркуляторной дистонии и др.

Больным ревматизмом была назначена дифференцированная терапия в соответствии с фазами заболевания по Нестерову. При активной фазе мы применяем круглогодичное пролонгированное лечение, при неактивной подразделяем больных на 2 группы: подлежащих и не подлежащих бициллино-медикаментозной профилактике. К 1-й группе относим лиц, имевших рецидивы заболевания за последние 5 лет при наличии порока сердца, и больных с ревматическими полиартритами без поражения сердца, не имевших рецидивов в последние 3 года, ко 2-й — всех остальных больных, не имевших рецидивов в течение последних 5 лет.

В целях исключения различных аллергических реакций на бициллинотерапию мы перед каждой инъекцией, как правило, определяем чувствительность больного к этому антибиотику по следующей методике: тройной слой марли, смоченной бициллином в обычном разведении, прикладываем на среднюю треть внутренней поверхности предплечья и в течение 15—20 мин. наблюдаем за местной реакцией. При появлении резкой гиперемии, петехиальной сыпи отказываемся от внутримышечной инъекции бициллина.

Как известно, одним из предвестников или ранних проявлений ревматизма могут служить прыти, иридоциклиты, церебральные васкулиты, хронические очаговые инфекции носоглотки. Поэтому лица с подобными заболеваниями подвергаются профилактическому осмотру.

Все больные, перенесшие ангины, состоят на диспансерном учете в течение месяца. В этот период они проходят повторные осмотры, лабораторно-инструментальные исследования. По истечении месяца, если ревматическое заболевание не выявлено, их снимают с диспансерного наблюдения.

Помимо сезонной бициллино-медикаментозной профилактики всем больным ревматизмом при заболевании интеркуррентной инфекцией проводим текущую профилактику антибиотиками и аспирином не менее 10 дней для предотвращения рецидивов.

В каждом отдельном случае мы делаем разбор причин возникновения рецидивов, что дает возможность разработать мероприятия по их устранению.

Налажена преемственность терапии больных ревматизмом подростков, перешедших на обслуживание из детской во взрослую сеть: не ограничиваясь передачей амбулаторных карт, мы создали комиссию (ревматологи взрослой и детской сети и врач подросткового кабинета), которая проводит осмотр подростков. Такой непосредственный контакт врачей позволяет подробно в каждом случае познакомиться с началом и течением заболевания у подростка и более точно дифференцировать боль-

ных ревматизмом от больных с ошибочным диагнозом ревматизма. Таким образом подростки сразу же попадают под фактическое диспансерное наблюдение врачей взрослой сети.

Нами изучаются условия труда страдающих ревматизмом, так как одна и та же профессия может быть то более легкой, то тяжелой. Например, работа швеи может считаться легкой, если она не связана с конвейером, со сдельным трудом и ночной сменой.

Для повышения квалификации врачей Кировского района мы ввели в практику циклы занятий по вопросам этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, лечения и профилактики ревматизма, а также по ЭКГ. В каждом лечебном учреждении района нами проводятся врачебные конференции с разборами случаев несвоевременного выявления ревматизма у больных, причин выхода на инвалидность, а также с анализом смертности от ревматизма и пр.

С целью контроля за эффективностью сезонной бициллин-медикаментозной профилактики рецидивов после каждого противорецидивного лечения весной и осенью мы организуем итоговые конференции с врачами и медицинскими сестрами в каждом лечебном учреждении района. Врачи докладывают о результатах своей работы. Затем по предварительно проверенным амбулаторным картам мы указываем на недоучеты в ведении больных и даем предложения по их устранению и улучшению диспансерного наблюдения.

На объединенной районной конференции с врачами-терапевтами всего района были подробно обсуждены годовые отчеты всех лечебных учреждений Кировского района.

В порядке пропаганды знаний по ревматизму и предупреждения его развития среди населения мы проводим лекции в поликлинике и на производствах преимущественного обслуживания.

Указанный комплекс мероприятий позволил в процессе диспансерного обслуживания получить результаты, приведенные в таблице.

Итоги диспансерного обслуживания больных ревматизмом

Показатели	Годы		
	1968	1969	1970
Состояло на учете	972	1052	1068
% охвата двукратным противорецидивным лечением	68,3	76,1	72
% рецидивов после двукратного противорецидивного лечения	8,7	5,8	5,2
% больных, у которых активная фаза болезни перешла в неактивную	5,4	8,3	20,8
Экспертиза временной нетрудоспособности больных в неактивной фазе:			
а) число лиц, имевших больничные листки	110	75	43
б) число больничных листков	142	109	56
в) число дней нетрудоспособности	3840	3264	1887
Временная нетрудоспособность на 100 работающих			
а) в случаях	30,4	19,8	19,2
б) в днях	859,2	607,9	317,6
Экспертиза стойкой утраты трудоспособности:			
а) число больных, впервые выведенных на инвалидность	10	6	8
б) число больных с повышением группы инвалидности (изменение группы с III до I)	6	3	2
в) число больных с понижением группы инвалидности (изменение группы с I до III)	3	6	3
г) число лиц, снятых с инвалидности	2	1	4
Умерло от ревматизма	17	16	7

Итак, из года в год увеличивался процент охвата больных двукратным противорецидивным лечением, соответственно снизилось количество рецидивов с 8,7% в 1968 до 5,2% в 1970 г. Почти в 4 раза (с 5,4 до 20,8) возрос процент больных, у которых достигнут переход из активной в неактивную фазу заболевания. Обнадеживающие результаты получены также в снижении числа больничных листков и числа дней нетрудоспособности, хотя длительность пребывания на больничном листке в среднем на одного больного при активации процесса даже несколько увеличилась; мы рассматриваем это как свидетельство достижения более стойкой ремиссии. Перспек-

тивными являются показатели по экспертизе временной нетрудоспособности на 100 работающих: число случаев снизилось с 30,4 до 19,2, а число дней — с 859 в 1968 г. и 607,9 в 1969 г. до 317,6 в 1970 г.

Уменьшилось число лиц с повышением группы инвалидности (с III по I гр.), что указывает на улучшение состояния здоровья.

Снизилась летальность от ревматизма.

Мы считаем, что полученные нами результаты в области курации больных ревматизмом за сравнительно короткий срок (3 года) ни в коем случае не могут считаться предельными.

Очевидно, с усовершенствованием работы кардиоревматологического кабинета мы сумеем добиться дальнейшего улучшения показателей и тем самым восстановить здоровье значительного контингента молодой, трудоспособной части населения.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ХІХ СЪЕЗД ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ПОЛЬСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

11—13/V 1972 г. в Варшаве состоялся XIX съезд ортопедов и травматологов Польской Народной Республики с участием видных ортопедов-травматологов Англии, Болгарии, Венгрии, ГДР, Италии, Франции, ФРГ, Чехословакии, Швейцарии, Швеции, Югославии и др. От Советского Союза в работе съезда приняли участие профессора В. Н. Гурьев (Москва) и У. Я. Богданович (Казань).

Заседания проходили во дворце культуры и науки — величественном здании, построенном Советским Союзом в дар польскому народу.

В первый день обсуждались вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения коксартроза. С основным докладом об этиологии и патогенезе коксартроза выступил Р. Кречко (ортопедическая клиника Варшавской медицинской академии), об оперативном лечении — М. Гарлицкий (директор той же клиники).

В обстоятельном докладе В. Н. Гурьева (Москва, ЦИТО) были рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза и классификации коксартрозов.

В докладах и развернувшихся прениях указывалось, что деформирующий артроз является клиническим и рентгенологическим проявлением различных по своим причинам заболеваний. В развитии его имеют значение нарушения кровообращения и иннервации, расстройства обмена. Подчеркивалась, в частности, важность для выяснения патогенеза деформирующего артроза биохимических исследований, выполняющихся советскими учеными (Т. Я. Балаба и сотр.).

Говоря об оперативном лечении больных с коксартрозом, все выступавшие единодушно признали, что на ранних стадиях заболевания весьма эффективными являются операции типа остеотомии, в более поздних стадиях показана операция тотальной аллопластики. Сохраняет свое значение при определенных показаниях и операция артрореза.

Второй день съезда проходил в санатории им. Красицкого, расположенном в живописном местечке Отвок в 30 км от Варшавы. На базе санатория развернут крупнейший в стране восстановительный центр для больных с поражением опорно-двигательного аппарата. Возглавляет его доктор медицины С. Малявский.

В этот день обсуждались вопросы лечения переломов костей предплечья. Указывалось, что консервативное лечение переломов костей предплечья дает во многих случаях неудовлетворительные результаты, что объясняется особыми анатомо-физиологическими и биомеханическими условиями, в которых находится этот сегмент конечности, частой интерпозицией мягких тканей, трудностью удержания отломков в правильном положении даже после удачной репозиции и т. п. Поэтому стали расширяться показания к оперативному лечению таких переломов. Наибольшее распространение получили операции с использованием для соединения отломков металлических стержней и пластинок Лена, однако подобные операции не уменьшили числа неблагоприятных исходов переломов предплечья.

По свидетельству многих докладчиков, наилучшие результаты оперативного лечения переломов предплечья были получены при фиксации отломков костей компрессирующими пластинками, обеспечивающими надежную фиксацию костных фрагментов со сдвиганием их раневых поверхностей.

Опыту Казанского института травматологии и ортопедии по оперативному лечению свежих нерепонируемых переломов, а также несросшихся переломов и ложных суставов диафизов костей предплечья с применением компрессирующих пластинок (оперировано 156 больных) был посвящен доклад У. Я. Богдановича.

Проф. У. Я. Богданович (Казань) и проф. В. Н. Гурьев (Москва).