

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ  
ДЕКАБРЬ

1978

6

ТОМ  
LIX

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616—08—039.57 (470.41)

## ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО УЛУЧШЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ТАТАРСКОЙ АССР

XXV съезд КПСС определил задачи экономического и социально-культурного развития нашей страны, повышения материального благосостояния советского народа, что в свою очередь должно способствовать укреплению его здоровья, продолжению жизни и трудовой активности.

За 60 лет Советской власти народное здравоохранение достигло крупных успехов. Развитие ленинских принципов организации охраны народного здоровья и воплощение их в жизнь показали всему миру огромные преимущества социалистической системы здравоохранения. Благодаря заботам Советского государства и в результате построения развитого социализма постепенно отступили болезни, нужда и физические страдания. В настоящее время средняя продолжительность жизни 70 лет, суммарная продолжительность жизни семьи из 4 человек в среднем больше, чем она была ранее для семьи из 10 человек. Право граждан на охрану здоровья в нашей стране законодательно закреплено в новой Конституции СССР, а также в недавно принятых новых Конституциях РСФСР и ТАССР.

Новым ярким примером постоянной заботы партии об охране здоровья советских людей является Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 сентября 1977 г. № 870 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения».

Постановление является важнейшим программным документом, определяющим пути дальнейшего развития советского здравоохранения и медицинской науки. «Качество, эффективность, совершенствование» — именно эти понятия выражают основную линию Постановления.

Особое внимание в Постановлении обращено на необходимость совершенствования работы первичных звеньев здравоохранения — поликлиник, учреждений скорой и неотложной медицинской помощи, сельских участковых больниц и амбулаторий.

В этом виде медицинской помощи наиболее полно воплотились все основные ленинские принципы организации советского здравоохранения: единство, плановость и государственный характер, массовость,

бесплатность, высокая квалификация и специализация врачебной помощи; профилактическое направление, выраженное в диспансерном методе работы поликлиник и амбулаторий; связь медицинской науки с практикой советского здравоохранения; широкое участие трудящихся в управлении здравоохранением и в укреплении здоровья народа. Практическое значение этих научно-организационных принципов социалистического здравоохранения тем более велико, что до 80% обращений за врачебной помощью приходится на амбулаторно-поликлинические учреждения. В Татарской АССР амбулаторно-поликлиническая служба была создана и получила свое широкое развитие за годы Советской власти; в бывшей Казанской губернии практически не было поликлинических учреждений.

За 9-ю и 2 года 10-й пятилетки в ТАССР построено 30 поликлиник (амбулаторий) на 12 960 посещений в смену. Построены поликлиника на 1600 посещений, тубдиспансер, станция скорой медицинской помощи в Набережных Челнах. Введен в строй ряд учреждений в г. Казани, в том числе республиканская стоматологическая поликлиника, поликлиническое отделение республиканского тубдиспансера, поликлиника республиканской офтальмологической больницы, поликлиника 12-й горбольницы и др.

К 1977 г. по сравнению с 1970 г. мощность городских (необъединенных) поликлиник возросла в среднем с 597 посещений в день до 712 (рост на 19,3%); объединенных — с 367 до 435 (рост на 18,5%), поликлиник ЦРБ в городах — с 424 до 582 (рост на 37,3%).

Значительно улучшилось оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений, получила развитие сеть специализированных кабинетов и лабораторий. Так, за 1971—1977 гг. число рентгеновских аппаратов в лечебно-профилактических учреждениях возросло на 10,5%, клинико-диагностических лабораторий — на 3,1%, физиотерапевтических кабинетов — на 31%, кабинетов электрокардиографии — на 34%, эндокринологических — на 18%, кардиоревматических — на 14%, офтальмологических — на 12%, подростковых — на 17,9%, травматологических — в 1,7 раза, отоларингологических и урологических — более чем в 2 раза; возросло число и других специализированных кабинетов.

Во многих поликлиниках созданы условия для оказания квалифицированной амбулаторной помощи, для применения комплекса лечебных мероприятий, направленных на скорейшую реабилитацию больных. В среднем по Татарии проводится до 28,2 исследований на 100 человек, а в городских поликлиниках — до 34,2.

В обследовании больных широко применяется холецистография, урография, гастросальпингография, релаксационная дуоденография, томография, различные биохимические методы исследования, во всех учреждениях проводится электрокардиография.

В лечении более широко стали применяться физиотерапия, лечебная физкультура и массаж. В Казани, Альметьевске, Бугульме, Зинске, Набережных Челнах и многих других районах широко применяется грязе- и водолечение.

В настоящее время поликлиническая помощь в крупных городах оказывается по 17—27 специальностям, в рабочих поселках — по 12—19.

В работу поликлинических учреждений внедряются новые организационные формы: бригадный метод обслуживания, предварительный доврачебный прием больных, безрегистрационный метод записи больных на прием, запись предварительная, по телефону и др. В поликлинике Альметьевской центральной районной больницы внедрен библиотечный способ ведения картотеки, что содействует ликвидации дубликатов амбулаторных карт. Для экономии времени врачей изго-

товлены различные штампы-клише, бланки направления на анализы, рецептурные. Разработан и внедрен в практику участковых и цеховых терапевтов единый паспорт участка.

Непременным условием совершенствования амбулаторно-поликлинического обслуживания является целенаправленная работа по повышению квалификации медицинских работников, обмен опытом работы. За последние 3 года повысили свою квалификацию 167 из 670 участковых и цеховых врачей. На 1/1 1978 г. имеют квалификационные категории 1158 врачей, в том числе аттестовано 102 участковых и цеховых терапевта — 15% общего числа участковых врачей.

В республике ежегодно проводятся смотры работы лечебно-профилактических учреждений, в которых принимают активное участие и амбулаторно-поликлинические учреждения. Развернуто движение за коммунистическое отношение к труду. Получило развитие движение наставничества.

В основу работы амбулаторно-поликлинических учреждений положен участково-территориальный принцип.

Среди участковых терапевтов много врачей, которые хорошо знают и любят свое дело, с большой ответственностью относятся к своим обязанностям, проводят эффективную профилактическую работу среди населения.

Вместе с отмеченными выше достижениями в организации амбулаторно-поликлинического обслуживания населения имеются, к сожалению, и серьезные недостатки. В ряде поликлиник не упорядочена работа, графики приема врачей составлены без учета обслуживаемого контингента, не везде введена талонная система, предварительная запись на прием, все еще не изжиты очереди к специалистам, имеют место факты невнимательного, грубого отношения к больным.

Из-за неправильной организации работы участковых врачей и отчасти неполной укомплектованности в ряде учреждений невысок показатель участковости. Немало нареканий вызывает работа учреждений здравоохранения в субботние и воскресные дни. В некоторых из них по субботам нарушаются часы приема врачей узких специальностей, не работают физиотерапевтические, процедурные и другие вспомогательные кабинеты. В поликлиниках Бавлинской, Кукморской, Заинской, Мамадышской центральных районных больниц в 1977 г. от 7,7% до 15% обратившихся были приняты средними медицинскими работниками. В ряде поликлиник не уделяется должное внимание качеству и полноте ведения медицинской документации.

Имеются недочеты и в преемственности работы поликлиник и стационаров, особенно в преемственности между скорой помощью и поликлиникой.

Ведущая фигура поликлиники — участковый врач-терапевт. Терапевтическая помощь является наиболее массовой, а внутренняя патология — наиболее трудной для диагностики и лечения. В структуре заболеваемости, смертности и причин инвалидизации около 25% составляют больные терапевтического профиля. В связи с этим важнейшим делом является правильная, научно обоснованная организация труда участкового врача. Решение данной задачи невозможно без дальнейшего резкого снижения нагрузки участкового врача, без полного укомплектования участков врачами.

За 1971—1977 гг. число терапевтических участков возросло на 34,3% — с 350 участков в 1970 г. до 470 в 1977 г., и все же количество населения на один терапевтический участок значительно превышает существующие нормативы. Недостаточна укомплектованность участков врачами-терапевтами.

Постановление ЦК КПСС и СМ СССР обязывает нас начиная с 1978 г. осуществить разукрупнение терапевтических участков, доведя

к 1982 г. численность обслуживаемого взрослого населения на одного участкового врача-терапевта в среднем до 2 тыс. чел. и к 1985 г. — до 1,7 тыс. чел. Это очень серьезная и ответственная задача. Приказом Министра здравоохранения РСФСР от 17 февраля 1978 г. № 130 установлено плановое задание — довести к 1985 г. число терапевтических участков в республике до 1156, т. е. начиная с этого года ежегодный их прирост должен составлять не менее 80. Чтобы укомплектовать новые участки врачами, мы планируем уже с этого года увеличить число направляемых на работу участковых врачей из молодых специалистов. Сложность решения данного вопроса обусловлена не только недостатком врачей, но и, в известной мере, недооценкой некоторыми руководителями роли участковых врачей в улучшении медицинского обслуживания населения, а отсюда — и нерациональной тактикой расстановки кадров.

Надо добиться большей плановости в организации учебы участковых и цеховых врачей, предоставлять право первоочередного прохождения аттестации лучшим участковым и цеховым врачам.

Именно в целях укрепления кадров участковых врачей постановлением ЦК КПСС и СМ СССР с 1 января 1979 г. врачам участковых больниц, участковым врачам, врачам выездных бригад скорой помощи устанавливается ряд дополнительных льгот. Надо умело использовать и эту возможность для укрепления амбулаторно-поликлинической службы.

Самым сложным является расстановка и использование врачебных кадров. В 1977 г. среднегодовое число посещений одного городского жителя у нас составило 10,2. Минздрав СССР планирует в перспективе довести число посещений до 13.

При рациональной организации работы поликлиник, основанной на анализе структуры, сезонности, колебаний в течение рабочего дня числа посещений, можно уже сейчас избегать перегрузок на приеме, не допускать очередей и т. д.

Опыт работы лучших поликлиник свидетельствует, что на современном этапе, при недостаточно высокой обеспеченности врачами, можно широко проводить медицинские профилактические осмотры и диспансерное наблюдение. На количество посещений большое влияние оказывают посещения в целях профилактики заболеваний, что создает возможность регулировать посещения для снижения нагрузки врача на приеме и тем самым для повышения качества поликлинического обслуживания. Это может быть достигнуто прежде всего путем ограничения приема лиц, не нуждающихся по состоянию здоровья в приеме в день обращения. При этих условиях записываются на прием только такое число больных, какое может принять наличный состав врачей. Преимущественное медицинское обеспечение рабочих, принципы которого сформулированы и развиты многими партийными документами, предусматривает более высокие нормативы обеспечения рабочих всеми видами медицинской помощи по сравнению с территориальными учреждениями здравоохранения, создание системы медико-санитарного обеспечения, в основе которой лежит ярко выраженная профилактическая направленность, максимальное приближение медицинской помощи к производству, широкое использование цеховой участковости.

В настоящее время в республике имеются 24 медсанчасти, из которых 15 располагают стационарами (общее число коек в них — 2195).

Медицинское обслуживание рабочих и служащих промышленных предприятий осуществляется медико-санитарными частями и территориальными лечебно-профилактическими учреждениями по цеховому принципу. Из года в год этот принцип обслуживания развивается.

Так, если в 1970 г. было 211 цеховых врачебных участков, то в 1976 г. — 287, а в 1977 г. — 310. Широко практикуется организация цеховых участков при территориальных поликлиниках путем обеспечения преимущественного обслуживания работающих. Из 310 цеховых участков 162 организованы при территориальных поликлиниках.

На предприятиях создано 545 здравпунктов, расположенных непосредственно в цехах. Укомплектованность врачами цеховых участков составляет 98,7%. Принимаются меры к улучшению работы лечебно-профилактических учреждений в вечернее время и в субботные дни с учетом режима работы соответствующих предприятий.

В крупных поликлиниках внедрен бригадно-участковый метод обслуживания, а на ряде предприятий созданы инженерно-врачебные бригады (поликлиника № 3 г. Набережные Челны, медсанчасть авиационного производственного объединения и др.).

У нас имеется немало учреждений, которые достигли хороших показателей в борьбе за здоровье рабочих. Среди них в первую очередь надо отметить медсанчасть авиационного и моторостроительного производственных объединений, химзавода им. Куйбышева. Значительную работу по преимущественному медицинскому обслуживанию рабочих проводят коллективы больницы № 2 г. Набережные Челны, поликлиники № 4 г. Казани, Зеленодольской, Нижнекамской, Азнакаевской, Альметьевской центральных районных больниц и ряда других учреждений. Положительный опыт работы этих учреждений изучается и распространяется.

В нашей стране охрана здоровья рабочих является не только ведомственной функцией органов здравоохранения, она обеспечивается системой социально-экономических мероприятий, совместной деятельностью государственных, хозяйственных и общественных организаций, направленной на создание здоровых условий труда, улучшение условий жизни, предупреждение заболеваемости. Поэтому вопросы охраны здоровья рабочих являются предметом постоянной заботы партийных и советских органов, профсоюзных организаций, руководителей ведомств и предприятий. Во многих учреждениях Татарии администрация, медицинские работники, профсоюзы, скоординировав мероприятия по охране здоровья рабочих и выработав единый план, добиваются неплохих результатов. К таким предприятиям можно отнести производственные объединения им. Горбунова, органического синтеза и многие другие.

Вопросы охраны труда и промсанитарии, снижения заболеваемости рабочих часто рассматриваются на областном совете профсоюзов, на коллегиях Минздрава. Санитарные органы стали более настойчиво и принципиально проводить в жизнь меры по оздоровлению условий труда.

Все эти комплексные мероприятия позволили в 1977 г. по сравнению с 1976 г. снизить в целом по республике заболеваемость с временной утратой трудоспособности в случаях на 3,2% и в днях на 4%. Уменьшилась профессиональная заболеваемость и производственный травматизм. Охват периодическими медицинскими осмотрами рабочих в 1977 г. составил 96,1%.

Из года в год возрастает число здоровых и больных лиц, взятых на диспансерное наблюдение. Так, в 1970 г. находились на диспансерном учете 172 500 больных и 482 000 здоровых, или 60,1% городского населения; в 1977 г. на диспансерном учете уже состояло 1 326 642 здоровых и больных, или 62,5% городского населения, т. е. за 7 лет число диспансеризируемых выросло на 33%. Важно отметить, что наряду с ростом охвата диспансеризацией достигнуто также повышение ее эффективности. Так, если в 1970 г. число снятых с диспансерного учета больных по излечении составляло 13% состоявших

на диспансерном учете, то в 1977 г. — 14,2%, или 42 439 оздоровленных людей.

По данным анализа эффективности диспансеризации, который проводится практически во всех лечебных учреждениях республики, процент рецидивов у больных ревматизмом в 1977 г. составил 2,4%, у больных язвенной болезнью — 11%, у больных гипертонической болезнью — 20%. Во многих лечебно-профилактических учреждениях применяется групповая комплексная диспансеризация.

Вместе с этим в организации диспансерного метода обслуживания населения имеются и серьезные недостатки. Во многих учреждениях не изжит формализм в организации диспансеризации, страдает качество и активность проводимых мероприятий, что снижает эффективность всей работы. В ряде учреждений не осуществляется плановая госпитализация больных, находящихся на диспансерном наблюдении, недостаточно используется санаторно-курортное лечение, особенно лечение в санаториях-профилакториях.

Диспансерный метод обслуживания населения — это сложная и целостная система плановых социально-экономических, организационно-медицинских, лечебно-профилактических, санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий, в проведении которых должны участвовать партийные, советские, хозяйственные и общественные организации, органы и учреждения здравоохранения и вся медицинская общественность.

Получила дальнейшее развитие служба скорой медицинской помощи. В республике функционируют 11 станций и 32 отделения скорой медицинской помощи. Улучшилась укомплектованность их санитарным транспортом (количество автомашин возросло со 151 до 274). На станциях скорой медицинской помощи Казани и Набережных Челнов созданы специализированные бригады, автомашины радиофицированы. Число жителей в городах на одну штатную врачебную должность уменьшилось с 9,3 тыс. в 1970 г. до 6 тыс. в 1977 г., число обслуженных больных возросло почти на 50%.

И все же работа службы скорой помощи оставляет желать лучшего. Об этом свидетельствуют жалобы и письма граждан. Низка укомплектованность врачебных должностей станций и отделений скорой помощи. Значительная часть станций размещена в приспособленных помещениях, гаражи маломощны. В соответствии с требованием Постановления нам необходимо в 1980 г. завершить организацию единых гаражей с автотранспортными мастерскими, увеличить число специализированных бригад на станциях скорой медицинской помощи Казани и Набережных Челнов, создать специализированные бригады для оказания помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения и оснастить специализированные бригады новейшей медицинской аппаратурой.

В постановлении ЦК КПСС и СМ СССР № 870 обращено внимание на необходимость улучшения специализированных видов медицинской помощи населению и особенно на развитие кардиологической помощи.

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться проблемой номер один для современной медицинской науки и практики. Самыми распространенными заболеваниями органов кровообращения являются атеросклероз и гипертоническая болезнь, а грозным осложнением — инфаркт миокарда. Смертность при инфаркте миокарда среди городского населения страны составила в 1960 г. 21,9 и в 1968 г. — 27,3 на 100 000 человек.

В Татарской АССР наряду с некоторой тенденцией к снижению заболеваемости ревматизмом отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний, особенно за счет ишемической болезни сердца. Распро-

страненность ревматизма на 1000 городского населения составляет 10,3, а ишемической болезни сердца — 10,0. Только с ишемической болезнью сердца на диспансерном учете состоят более 30 тыс. больных, в том числе в Казани — 17 тыс. В связи с этим в 1979—1985 гг. предусматривается организация новых кардиологических диспансеров в республиканских центрах и крупных городах, развитие сети кардиоревматологических кабинетов в поликлиниках и медико-санитарных частях, оснащение кардиологической службы необходимой аппаратурой и оборудованием.

За 1970—1977 г. число кардиоревматологических кабинетов в республике возросло с 43 до 60. За 1979—1985 гг. должно быть организовано 6 кардиологических отделений, 42 кардиологических кабинета в поликлиниках, 16 кардиологических бригад скорой медицинской помощи. В Казани будет открыт кардиологический диспансер.

Постановлением Бюро Обкома КПСС и Совета Министров ТАССР от 19 декабря 1977 г. определены города, в которых указанные учреждения должны быть открыты. Задача заведующих горздравотделами, главных врачей районов — обеспечить организацию кардиологических учреждений в установленные постановлением сроки и подготовить квалифицированные кадры кардиологов.

За последние годы органами и учреждениями здравоохранения проведена определенная работа по улучшению медицинского обслуживания подростков. В поликлинических учреждениях создано 53 подростковых кабинета, в которых работают 68 врачей. Из 87 профессионально-технических училищ в 54 в соответствии с нормативами созданы фельдшерские здравпункты. Организованы врачебные и фельдшерские здравпункты при техникумах и средних специальных учебных заведениях. Во всех вузах, кроме консерватории и института культуры, функционируют врачебные здравпункты, кроме того, для группы вузов при поликлинике № 2 организовано студенческое отделение.

Вместе с тем некоторые районы несколько отстают в расширении сети подростковых кабинетов. Так, согласно перспективному плану развития сети подростковых кабинетов в ТАССР за 1976—1978 гг. в Набережных Челнах к началу 1978 г. должно быть организовано 6 подростковых кабинетов, а пока работает 3, в г. Альметьевске по плану должно быть 5 кабинетов, а развернуто 2.

В 1977 г. углубленными медицинскими осмотрами было охвачено 98,1% подростков, а из числа подлежащих лечению излечено 23,6%. Большое внимание уделялось оздоровлению юношей и призывников.

Заведующим гор(рай)здравотделами, главным врачам районов необходимо повысить ответственность руководителей учреждений здравоохранения за полноту и качество лечебно-оздоровительной работы среди подростков.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» определены следующие задачи:

— добиться активного участия в борьбе с туберкулезом всех лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений, использовать помощь других министерств и ведомств, профсоюзных и общественных организаций, комитетов общества Красного Креста;

— расширить сеть стоматологических поликлиник и кабинетов, улучшить укомплектование их врачами-стоматологами; до 1 марта 1978 г. разработать и в последующие годы осуществить дополнительные мероприятия по дальнейшему расширению зубопротезирования из фарфора и драгоценных металлов;

— совершенствовать психиатрическую помощь населению; принять необходимые меры к выполнению заданий по строительству психиатрических больниц и внебольничных психиатрических учреждений.

Развитию этих важных специализированных служб в республике уделяется большое внимание. Борьба с туберкулезом особенно активизировалась после принятия очень конкретного и развернутого постановления Совета Министров ТАССР и Татоблсовпрофа № 32 от 25 января 1974 г. «О мерах по усилению борьбы с туберкулезом в ТАССР» и постановления Совета Министров ТАССР № 410 от 30 июля 1976 г. «О дополнительных мерах по усилению борьбы с туберкулезом в ТАССР». В республике имеется 13 городских противотуберкулезных диспансеров и 38 тубкабинетов. Приказом по Минздраву ТАССР № 562 от 20 августа 1976 г. на базе Альметьевского, Бугульминского, Лениногорского, Чистопольского и Набережно-Челнинского противотуберкулезных диспансеров организованы межрайонные диспансеры, которые оказывают существенную помощь прикрепленным районам в проведении противотуберкулезных мероприятий.

Обязательной и важной предпосылкой эффективности противотуберкулезных мероприятий является участие в их проведении всей медицинской сети. Противотуберкулезные учреждения республики действуют в тесном контакте с общей лечебной сетью и санэпидслужбой.

Наши совместные усилия должны быть направлены на повышение осведомленности лечебных учреждений о больных туберкулезом, на снижение заболеваемости и повышение эффективности лечения больных туберкулезом, а также на уменьшение численности контингентов больных туберкулезом, состоящих на диспансерном учете.

На современном этапе борьбы с туберкулезом организация раннего выявления туберкулеза является одним из важнейших звеньев в общем комплексе противотуберкулезных мероприятий.

Проводимые с целью раннего выявления туберкулеза флюорографические осмотры населения городов и рабочих поселков республики с картотечным учетом осмотренных могут осуществляться успешно лишь при условии совместной работы противотуберкулезных и поликлинических учреждений.

Большое значение имеет совместная работа врачей поликлиник и тубдиспансеров по выявлению больных с внелегочными формами туберкулеза и амбулаторному лечению больных туберкулезом. Амбулаторное лечение должно быть контролируемым. Наиболее эффективным способом контроля лечения является однократный прием больными всей суточной дозы препаратов в процедурных кабинетах поликлиник по месту жительства, на здравпунктах и в МСЧ предприятий. Хорошо поставлено контролируемое амбулаторное лечение в Московском районе Казани, в Лениногорске, Бугульме, Альметьевске и др.

В результате проведения совместных лечебно-оздоровительных и профилактических мер в республике достигнуты определенные положительные сдвиги в борьбе с туберкулезом. Заболеваемость туберкулезом городского населения в 1977 г. снижена по сравнению с 1975 г. на 16%, болезненность — на 24%.

Пример организации борьбы с туберкулезом доказывает, что крупные медицинские проблемы могут успешно решаться лишь при комплексной, слаженной работе всех звеньев здравоохранения: специализированной службы, СЭС и общей лечебной сети, особенно ее поликлинического звена.

За последние годы в республике проведена значительная работа по улучшению психоневрологической и наркологической помощи населению, но все же эта важная задача далека от своего полного ре-



шения. Необходимо дальнейшее расширение сети наркологических учреждений. Больше внимания следует уделять профилактике инвалидности и восстановлению трудоспособности страдающих психическими заболеваниями, добиваться создания лечебно-производственных мастерских при крупных городских диспансерах, цехов и участков при промышленных предприятиях для трудового устройства инвалидов — психически больных. Руководители органов и учреждений здравоохранения должны настойчиво ставить эти вопросы перед местными партийными и советскими органами, перед руководителями предприятий.

Санитарно-просветительная работа является обязательным разделом деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Городская поликлиника должна служить центром организационной и методической работы по санитарному просвещению среди населения обслуживаемого ею района и рабочих, прикрепленных к непромышленным предприятиям.

Разнообразные формы санитарной пропаганды проводят в поликлиниках № 1, 2, 7, 11, в стоматологической поликлинике Кировского района, в медсанчастях авиационного и моторостроительного производственных объединений, завода им. Куйбышева, в поликлинике № 3 Набережных Челнов. Хорошо организована санитарно-просветительная работа в поликлинике № 4 Кировского района г. Казани.

Санитарное просвещение является одним из важных факторов эффективности диспансеризации. Удачной формой являются групповые профилактические приемы, которые получили широкое распространение в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске, в Тетюшском районе.

Санитарная просветительная работа должна стать важным разделом деятельности всех амбулаторно-поликлинических учреждений.

Министр здравоохранения ТАССР доц. **И. З. Мухутдинов**

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.8

### МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СНИЖЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА

*С. М. Журавлев, П. Е. Новиков, А. А. Устинов*

*Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова (директор —  
акад. АМН СССР М. В. Волков), Москва*

**Реферат.** Проведено изучение производственного травматизма в 26 административных районах СССР. Установлено, что в 82,3% производственные травмы непосредственно связаны с выполнением пострадавшими своих производственных обязанностей, в 17,7% такой связи не выявлено. Среди производственных травм наибольший удельный вес занимают ушибы (32,9%) и раны различной локализации (28,1%). Вскрыты основные причины производственных травм и намечены пути их устранения. Определено основное содержание работы по профилактике производственного травматизма. Сформулированы задачи медицинских работников по профилактике производственных травм и снижению тяжести их последствий.

**Ключевые слова:** производственный травматизм.  
2 таблицы.

На протяжении всего периода становления и развития нашего общества система борьбы с производственным травматизмом постоянно совершенствуется. Об эффективности проводимых мероприятий свидетельствует непрерывное снижение уровня производственного травматизма в целом по стране. Дальнейшее его снижение неразрывно связано с внедрением в производство новой техники, прогрессивной техно-