

его позволяет: 1) прекратить дальнейшую анемию больных; 2) раньше начать реанимацию и эффективно использовать ее средства; 3) организовать операционную бригаду, включая квалифицированного гинеколога и анестезиолога; 4) после выведения больной из состояния шока, при крайней необходимости, решить вопрос о бережной транспортировке.

Отсутствие смертности при столь грозной патологии, как шеечная беременность, следует отнести за счет совершенствования временного метода остановки кровотечения, проведения активной реанимации, включая прямое переливание крови и внедрение интратрахеального наркоза.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.3+614.8

ОПЫТ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. Н. Шамсутдинов

Зеленодольская детская больница (главрач — З. И. Родионова) ТАССР

Реферат. Обобщен опыт работы хирургического кабинета детской поликлиники по обслуживанию ортопедо-травматологических больных. В целях снижения детского травматизма проводится учет и анализ всех случаев повреждений, установлен тесный контакт с сотрудниками ГАИ. Для раннего выявления ортопедической патологии организованы профилактические осмотры новорожденных. Применение функциональных методов терапии способствует получению хороших анатомо-функциональных результатов.

Ключевые слова: детский травматизм, хирургический кабинет поликлиники, профилактика, лечение.

Амбулаторная помощь детям с травмами и ортопедической патологией осуществляется в г. Зеленодольске в хирургическом кабинете, работающем в две смены по системе чередования. Кабинет оборудован световой сигнализацией для вызова больных. Время работы хирургического и лечебно-диагностических кабинетов согласовано. Использование вспомогательных кабинетов позволило повысить охват детей обследованием и лечением. Так, в 1978 г. на 100 посещений приходилось 22,9 физиотерапевтических процедуры, 14,4 — рентгенологических, 24,3 функциональных (ЛФК).

В общем числе посещений дети с травмами составили 14,1%.

Амбулаторно лечилось 93,8% всех первично обратившихся со следующими повреждениями: ранами — 37,8%, ушибами — 27,9%, переломами — 21,4%.

Были госпитализированы 6,2% пострадавших. Среди госпитализированных преобладали дети с черепно-мозговой травмой (38%), переломами (37,2%), ожогами (9,6%). Эти данные свидетельствуют, что в госпитализации нуждались дети с тяжелыми повреждениями. Они в последующем после выписки из стационара находились под диспансерным наблюдением.

Для правильной организации работы по предупреждению детского травматизма мы учитывали частоту повреждений в зависимости от возраста. Оказалось, что 54,6% детей, получивших травмы, были в возрасте от 7 до 14 лет, 26,0% — от 3 до 7 лет и 11% — от 1 до 3 лет. Учет травматизма по возрастному принципу помогает принимать эффективные меры профилактики относительно каждой возрастной группы.

В структуре повреждений бытовые травмы составили 64,8%, уличные — 27,5%, полученные во время пребывания в школе или дошкольных учреждениях — соответственно 3,2 и 3,0%, связанные с занятием спортом — 1,0%, транспортные — 0,5%. Удельный вес детей в общем числе пострадавших от травм составил 13%.

Тщательный учет и оперативный анализ всех повреждений, разработка и осуществление в тесном контакте с сотрудниками ГАИ мер по предупреждению детского травматизма способствовали снижению интенсивных показателей детского травматизма за последние 3 года: травм с 90,5 до 71,1, а переломов с 18,3 до 16,9 на 1000 детей.

Особое внимание обращено на увеличение объема и повышение качества профилактической работы. Так, в 1976 г. подвергнуто профилактическим осмотрам 7513 (38,7%) детей, в 1977 г. — 7836 (41,2%), 1978 г. — 11025 (52,1%).

Преемственная связь кабинета с родильным домом дала возможность организовать наблюдение за новорожденными с первых дней их выписки из роддома, на ранних сроках выявлять врожденные деформации и своевременно проводить активное лечение. Использование функциональных методов терапии (подушка Фрейка, шины Виленского при дисплазии тазобедренного сустава, аппарат конструкции Гафарова при косолапости) позволяет во многих случаях получить хорошие анатомо-функциональные результаты.

Регулярность и систематичность осмотра декретированных групп детского населения отражается на снижении уровня выявляемости хирургических и ортопедических больных. Так, в 1976 г. выявлено 4,8% больных, 1977 г. — 4,6%, 1978 г. — 2,7%. Функциональные методы лечения больных мы сочетаем с использованием физиотерапии, массажа и лечебной гимнастики. В 1978 г. под диспансерным наблюдением находились 145 ортопедических больных, из них с врожденной патологией — 69, приобретенной — 76. Своевременно назначенное лечение позволило улучшить исходы. Так, из 145 состоявших на учете в 1978 г. 51 (35,2%) уже сняты с учета как не нуждающиеся в дальнейшем лечении.

Составной частью работы кабинета является помощь сельскому здравоохранению. Для проведения профосмотров и ознакомления медперсонала с основами ранней диагностики ортопедических страданий по графику осуществляются выезды детского хирурга в зоны участковых больниц. За 1976—1978 гг. сделано 58 выездов. Охвачены профилактическими осмотрами от общего числа приема: в 1976 г. — 775 (5,6%), 1977 г. — 2522 (13,2%), 1978 г. — 3026 (14,6%). Среди находившихся на диспансерном учете 309 детей, 42 (13,6%) были из сельской местности.

В профилактической работе значительное место занимает санитарно-просветительная пропаганда. Оперативный анализ детских травм позволяет принимать действенные меры. В детские ясли, сады, школы, дети из которых получили травмы, кабинетом высылаются «сигнальные извещения». В ответ на них руководители учреждений сообщают о принятых мерах. Только за последние 3 года отосланы 53 извещения, ответы получены на 50. Для родителей, воспитателей и педагогов за указанный период прочитаны 63 лекции и опубликованы 8 статей по профилактике травматизма в районной газете.

Для улучшения качества лечения больных проводится работа по изучению отдаленных результатов лечения. За период 1976—1978 гг. изучены результаты лечения переломов костей у 113 детей. Отличные исходы получены у 93 (82,3%), хорошие — у 17 (15,0%), удовлетворительные — у 3 (2,7%) детей. Плохих результатов не было.

Наш опыт показал, что в детском хирургическом кабинете поликлиники можно осуществлять квалифицированное лечение травм и ортопедических заболеваний, широко проводить профосмотры и диспансерное наблюдение, а также эффективные мероприятия по снижению детского травматизма.

Поступила 3 июля 1979 г.

УДК 616—082:613.95

ОБ УЛУЧШЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ И КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ

*Г. А. Колчин, Р. А. Щепланова, В. Ш. Мударисов,
З. В. Валева, Р. Г. Маслова, Л. Д. Макаркина*

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, городской отдел здравоохранения г. Набережные Челны ТАССР

Реферат. Внедрение безрегистрационного метода поликлинического обслуживания, статистического бюро и пунктов связи в работу детских поликлиник города помогло обеспечить своевременный охват новорожденных врачевным патронажем, усовершенствовать учет заболеваемости детского населения, улучшить наблюдение за больными детьми и повысить качество диспансеризации.

Ключевые слова: детская поликлиника, НОТ.

1 таблица.