

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.

В детских лечебно-профилактических учреждениях г. Набережные Челны накоплен немалый опыт использования рациональных форм и методов организации труда медицинского персонала, который позволил улучшить качество и культуру медицинского обслуживания детей, увеличить производительность труда медицинских работников. Для внедрения в практику передовых методов науки и техники в детских поликлиниках созданы группы по НОТ, возглавляемые зам. главврачей учреждений.

В своей работе подразделения НОТ основываются на принципах этапности с изучением показателей деятельности лечебных учреждений, используется опыт других городов, статьи в медицинской печати.

Прежде всего перед группами НОТ была поставлена задача устранить очередь в регистратуре и на приеме у врача. Работу проводили в несколько этапов. Первоначально в регистратуре произведена перегруппировка Ф-112 по участкам, по годам рождения и алфавиту, что позволило сэкономить время регистраторов для нахождения форм 112 в картотеке.

На втором этапе организована самозапись вызовов на дом и предварительная самозапись на прием к врачам. Для этой цели заведены специальные папки с номерами участков, в которые вложены листки предварительной записи. Листки разделены на графы с указанием дня недели, часа, минуты приема, фамилии и имени ребенка, даты рождения, адреса. Все графы кроме первой заполняются родителями. Приводим пример заполнения листков предварительной записи.

Предварительная запись. Участок № 6. Врач — Л. А. Вазетдинова

Понедельник

Часы, минуты	Фамилия, имя ребенка	Дата рождения	Адрес	Первичное обращение	Повторное обращение	Примечание
8 ч	Петров Юра	1/V-1976 г.	ул. Полевая, 13	первич.		
8 ч 10 м.	Иванов Петя	15/III-1975 г.	ул. Маркса, д. 5, кв. 15		повторно	
8 ч 20 м.						
8 ч 30 м.						

В папки вклеены памятки по заполнению листков предварительной самозаписи, а также указаны фамилия, имя, отчество врача, адрес и часы работы врача в течение недели. По листам самозаписи регистраторы откладывают Ф-112 на прием к врачу и, таким образом, посетители минуют регистратуру. Вначале эта форма была внедрена на 3 педиатрических участках в первой детской поликлинике (главврач В. Ш. Мударисов). Проведенный эксперимент на этих участках показал, что очередь на прием к врачам резко сократилась, это позволило распространить данный метод на все педиатрические участки города. Внедрение безрегистрационного метода дало возможность освободить по два регистратора в каждой поликлинике и использовать их в статистических кабинетах, созданных по методу Б. Т. Андриевского (г. Новокузнецк), для централизованной обработки всей медицинской документации. Форма 112 с данными, необходимыми для первичного учета, поступает в статистические кабинеты для дальнейшей обработки.

На заболевших детей первичные сведения переносятся на промежуточный учетный документ — сигнальную карту, в которой отражены номер участка, фамилия, имя, возраст ребенка, посещает ли он детское дошкольное учреждение и школу, дата заболевания, диагноз, даты последующих наблюдений, осмотра специалистами, выздоровления и дата взятия на диспансерный учет и даты последующих диспансерных наблюдений.

Сигнальная карта ведется в течение всего периода болезни ребенка, включая период реконвалесценции. Сигнальные карты хранятся в специальной картотеке, которая несет три раздела: I раздел делится по вертикали на ячейки соответственно количеству педиатрических участков и специалистов; II раздел — дни месяца, разделенный на 31 ячейку; III раздел включает в себя месяцы в году, разделенный на 12 ячеек. Предусмотрены ячейки для госпитализированных и направленных в стационар детей.

Первоначально сигнальная карта помещается в ячейки второго раздела в зависимости от даты последующего наблюдения, указанного врачом в форме 112. Нака-

нуне указанной даты сигнальная карта переносится в первый раздел по участкам или по приемам специалистов, таким образом к началу следующего дня имеется плановое задание на нуждающихся в наблюдении детей.

Заполненные врачом формы 112 после осмотра больного ребенка (на дому или на приеме) передаются в тот же день в статистическое бюро, где медицинские статистики разыскивают сигнальную карту в первом разделе картотеки, производят перенос информации, и сигнальная карта вновь перемещается в ячейку второго раздела в соответствии с датой последующего наблюдения. В случае, если форма 112 не поступает на обработку в статистический кабинет, сигнальная карта, оставленная в той же ячейке, будет сигнализировать о невыполненном наблюдении и о необходимости принять меры к выяснению и устранению причин.

Формы 112 остаются в статистическом кабинете до полного выздоровления ребенка в специально выделенной для этой цели картотеке по участкам. При последующем наблюдении за ребенком регистраторы находят форму 112 в этой картотеке. В случае госпитализации детей, о чем узнает медстатистик через пункт связи, сигнальная карта перекладывается из ячейки «наблюдения» в ячейку «госпитализированных».

Пункты связи организованы во всех детских поликлиниках с целью улучшения преемственности между поликлиниками, стационарами и родильными домами города. Ежедневно с 9 до 10 ч старшая патронажная медицинская сестра собирает сведения по телефону из всех стационаров и родильных домов о поступивших и выписанных детях.

Данные о выписанных новорожденных заносятся в журнал вызовов участкового врача. В тот же день участковый врач посещает новорожденного на дому. Таким образом, патронаж новорожденных осуществляется, как правило, в первые два дня после выписки из роддома. Сведения о выписанных детях из стационаров также передаются участковой сети для своевременного наблюдения и взятия на диспансерный учет.

С внедрением элементов НОТ в практику детских поликлиник изменились показатели медицинского обслуживания детей (см. табл.).

Некоторые показатели медицинского обслуживания до и после введения элементов НОТ в детские поликлиники

Показатели	За 9 мес. 1977 г.	За 9 мес. 1978 г.
Заболееваемость детского населения (на 1 тыс. детей)	912,9	1176,4
Охват новорожденных врачебным патронажем в первые три дня	95,4%	99,2%
Дородовой патронаж	82,8%	95,4%
Часовая нагрузка участковых врачей на приеме	6,7	5,3

Рост заболеваемости с 912,9 до 1176,4 и снижение часовой нагрузки участковых врачей с 6,7 до 5,3 чел в час мы объясняем достижением точного учета заболеваемости и осуществлением должного контроля руководством поликлиник за работой всех служб. Налаженная преемственность поликлиник с родильными домами через пункты связи позволила улучшить показатели дородового патронажа и охвата новорожденных врачебным патронажем.

Таким образом, внедрение в практику детских поликлиник предварительной самозаписи, безрегистратурного метода, организация пунктов связи и статистических кабинетов позволили сократить время пребывания ребенка в поликлинике в ожидании приема до 10—15 мин, а родителям иметь возможность выбора более удобного для них времени на прием к врачам; повысить своевременный охват новорожденных врачебным патронажем; улучшить учет заболеваемости детского населения и качество наблюдения за больными детьми, оставленными дома; освободить врачей от заполнения ряда учетных форм; улучшить контроль за работой участковых педиатров со стороны заведующих отделениями и наладить должную преемственность поликлиник со стационарами, родильными домами и другими лечебными учреждениями города.

Поступила 18 июня 1979 г.