

Одна из наших больных около 20 лет страдала тиреотоксикозом, за это время она 3 раза была на курорте и 13 раз в Томском институте физических методов лечения, и в начале 1960 г. уже была тяжелой формой базедовизма с резким пучеглазием и истощением, тремором конечностей, отсутствием аппетита и сна. У больной были резкая возбудимость и раздражительность, ангионеврозы. Больную беспокоили частые приступы сердцебиения и боли в сердце. Пульс у нее постоянно был 140. Этой больной из-за неразвитых вен был назначен 30% раствор гипосульфита по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды. Все другие лекарства ей были отменены. Уже через 2 недели лечения больная отмечала значительное улучшение состояния. У нее появился аппетит, улучшился сон. К концу 6 недели лечения больная стала чувствовать себя хорошо, исчезли тремор конечностей и раздражительность. Не стали беспокоить приступы сердцебиения. Тахикардия уменьшилась до 100. Прием гипосульфита был отменен. Больная стала заметно поправляться. При контрольном осмотре через год мы почти не узнали свою больную, настолько разительна была в ней перемена. Из истощенной она превратилась в располневшую, совершенно прошло пучеглазие, уменьшился зоб, тремор конечностей и раздражительность больную не беспокоят. Пульс остался на уровне 100. Приступы сердцебиения были редко. На протяжении всего этого периода больная никакого другого лечения не принимала. Исключительно хороший эффект, полученный у этой больной, заставил нас поделиться этим наблюдением.

В. А. Лукашев и В. М. Шаймарданов (Кинель-Черкассы).
Подкожное вдвухание кислорода при невритах слуховых нервов

Приводим наблюдения над 50 больными невритом слуховых нервов, леченными с 1951 г. по 1960 г. ежедневным введением кислорода под кожу в области сосцевидных отростков. Первое введение — 10 мл, затем ежедневно увеличивали дозу на 5 мл и доводили до 100 мл. Лечение длилось 20 дней. У отдельных больных, по показаниям, лечение повторялось через 1—2 месяца. Больше 3 курсов в год не производилось.

Место введения газа массажировалось 10% раствором спирта, что ускоряло рассасывание газа, затем больной укладывался на кушетку и, как правило, спал от 1/2 часа до 2,5 часов.

После проведения курса подкожных вдвуханий кислорода клиническое выздоровление отмечено у 9 больных, значительное улучшение — у 15, улучшение — у 19, и заболевание осталось без перемен — у 7. Ухудшения течения болезни ни у одного больного не было.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ АТТЕСТАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ В ТАТАРСКОЙ АССР

Главный терапевт Минздрава ТАССР С. Г. Ключарева

Проведение аттестации врачей вызвало оживление и интерес среди всех медицинских работников.

Как известно, любой врач с каждым днем своей практической деятельностью приобретает опыт, растет и его мастерство. Но вместе с тем часть того, что он усвоил раньше, со временем забывается, стирается из памяти; если врачу систематически не повышать свои знания, не подкреплять практику постоянным углублением ее теоретических основ, а жить лишь знаниями, приобретенными в прошлом, то взгляды врача становятся устаревшими, суживается круг его знаний, а практические навыки отстают от теоретических представлений. Это снижает квалификацию в любой профессии, что в профессии врача особенно нетерпимо.

С этой точки зрения проведение аттестации врачей всех специальностей следует приветствовать как огромный стимул для повышения знаний и улучшения работы врачей. «Аттестация врачей проводится на добровольных началах» — было сказано в приказе министра здравоохранения СССР. Приказ исходит из того, что каждый врач, добросовестно проработавший не менее 5 лет, пожелает подвести итог своей работы, показать свой рост и достижения.

Проведение аттестации на добровольных началах свидетельствует о доверии государства к сознательности советских врачей. И высокоморальный, бескорыстный облик советских врачей, не ищущих выгод и преимуществ в получении категории,

оправдал себя. Более 700 врачей Татарии откликнулись на приказ и изъявили желание пройти аттестацию.

Главные специалисты Минздрава ТАССР, научные общества, кафедры институтов начали проводить широкую подготовку врачей к аттестации. Научным обществом терапевтов был организован лекторий, на котором профессора, доценты, ассистенты ГИДУВа и КГМИ читали лекции для практических врачей на разносторонние актуальные темы. Кроме того, терапевты усилили самоподготовку, пройдя самостоятельно по руководству курс терапии и смежных дисциплин. Оживилась деятельность больнично-поликлинических конференций.

При проведении аттестации комиссия, руководствованная инструктивно-методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР, столкнулась с вопросом, что должно иметь большее значение при присуждении категории: трудовой список и характеристика или впечатление от встречи с врачом для ознакомления с его знаниями по теоретическим и практическим вопросам. Какое значение следует придавать указанию — «учитывать прохождение ординатуры, аспирантуры, наличие научных трудов, знакомство с иностранной литературой» и т. д. Казалось бы, учесть стаж врача по специальности — для I и II категорий не менее 10 лет, для 3-й — не менее 5 лет — не представляет затруднений. Однако на практике пришлось столкнуться с такими фактами, что врач с ординатурой прошел, имеет и научные труды, и отличную характеристику по работе, а стаж всего 8—9 лет. В то же время другие врачи со стажем 10 и более лет при отличных показателях не имеют научных работ и т. п. Немало возникало трудностей и в связи с тем, что опыт терапевта при одном и том же стаже может быть различным в зависимости от характера выполняемой работы.

Под специальностью «врач-терапевт» «Методические указания Минздрава СССР» предусматривают и собственно врачей-терапевтов, работающих в поликлиниках, МСЧ, стационарах, а также врачей станций скорой помощи, профилакториев, санаториев, неотложной помощи и т. д.

Из определения категории в Методическом письме видно, что I и II категории могут получить лишь терапевты-клиницисты. А разве мало врачей, много лет проработавших участковыми терапевтами, цеховыми врачами, на станции скорой помощи, имеющих отличные показатели и высокое мастерство и опыт по своему профилю работы? Почему же в таком случае им не предусмотрена возможность получения высоких категорий? Кстати сказать, оказание скорой помощи — один из труднейших разделов терапевтической службы, требующий широких знаний и эрудиции в диагностике, то есть в труднейшем разделе терапии. Работа комиссии проходила напряженно, с глубокой оценкой деятельности каждого врача. Решено было построить процесс аттестации следующим образом: вначале комиссия знакомилась с документами аттестуемого, затем аттестуемому врачу задавались профессором-терапевтом и главным специалистом несколько вопросов по специальности, по смежным дисциплинам, после чего остальные члены комиссии знакомились со знаниями аттестуемого общих медицинских вопросов — из области профилактики, организации здравоохранения, интересовались показателями его работы и т. п. Предварительно главным специалистом, по согласованию с главным врачом учреждения, райздравом, горздравом, вносилось предложение о категории, которая могла бы быть присуждена аттестуемому врачу. Комиссия после ознакомления и опроса принимала большинством голосов окончательное решение о присвоении категории. К чести комиссии следует сказать, что в результате огромной, тщательной и вдумчивой ее работы в аттестации терапевтов не было случаев обжалования ее решений. А такое право приказ об аттестации врачей предусматривает. В двух случаях комиссия пересматривала свое решение вследствие представления аттестуемыми врачами дополнительных документов о большем стаже по специальности, чем ранее было отображено в документах.

В первый же год работы аттестационной комиссии аттестацию прошли 154 терапевта, в том числе 48 участковых врачей и 11 врачей здравпунктов промпредприятий. В итоге аттестации 23 врача получили I-ю категорию, 81 врач — 2-ю, 48 — 3-ю и 2 врача остались не аттестованными. Исходя из профилизации терапевтов, аттестационная комиссия сочла возможным отметить I-й категорией знания и деятельность 3 участковых врачей, имеющих огромный опыт участковой работы, отличные показатели по профилактике, диагностике и лечению на своих участках, а также выявивших большую эрудицию и знания при беседе с комиссией.

Как показал нам опыт, хотя аттестация и представляет не малую эмоциональную нагрузку и для аттестуемых, и для аттестующих, все же ее нельзя не считать положительным, прогрессивным мероприятием. Аттестация внесла оживление и активность во врачебную жизнь, кроме того, помогла выявить наши слабые стороны, следовательно, дала возможность и показала пути к улучшению терапевтической службы. Например, при аттестации терапевтов выявились недостаточное владение ими методами функциональной диагностики, лабораторной диагностики, некоторые пробелы в знаниях по смежным дисциплинам и т. п. Это послужило нам основанием для пополнения тематики наших дальнейших планов по самоподготовке, самоусовершенствованию; были включены новые темы в лекторий для терапевтов. Нам иногда еще приходится слышать: если врач не хирург, не невропатолог, не акушер-гинеколог и не занимается какой-либо другой специальностью (следует перечень всех

специалистов), то значит он — терапевт. Это, конечно, заблуждение. Врач может быть хорошим терапевтом только тогда, когда он ориентируется и в области хирургии, и в невропатологии, и в акушерстве и гинекологии. Логика жизни требует, чтобы каждый специалист-терапевт мог бы благодаря знакомству со смежными специальностями избежать ошибок при встрече с комбинированными заболеваниями. Понятие «узкий специалист» в корне противоречит учению классиков отечественной медицины — «лечить следует больного, а не болезнь».

«Узость» специалиста иногда распространяется не только на специальные знания, но приводит и к «узости» мышления, к ограничению эрудиции. Передовой советский врач должен сочетать в себе широкую общемедицинскую подготовку с мастерством в одной избранной им области медицины. Термин «узкий» специалист обидно звучит для советского врача и должен быть заменен словом «квалифицированный» и «глубокий» специалист в какой-либо области с достаточной общеврачебной подготовкой.

И последнее, на чем хочется остановиться, — это на вопросе о дальнейшей судьбе врачей, получивших высшие категории. Положение об аттестации этот вопрос не затрагивает. Однако нам кажется, что во избежание предпосылок для «почивания на лаврах» и с целью стимулирования дальнейшего роста следовало бы в Положении об аттестации оговорить сроки, на которые присваивается та или иная категория. Врач отвечает за самое ценное из всего того, что есть на земле, — за человеческую жизнь. Этим оправдывается предъявление особой требовательности именно к врачебной профессии. Если человек избрал профессию врача, то есть взял на себя обязанность отвечать за человеческие жизни, — он должен через определенные сроки в течение всей своей активной деятельности периодически отчитываться перед аттестационной комиссией в своей работе над собой по поддержанию или повышению своей квалификации.

Аттестация в нашей республике продолжается. Перед терапевтической службой ТАСССР стоит задача, чтобы в течение 3 лет в республике не оставалось ни одного терапевта, имеющего стаж 5 лет и более, не прошедшего аттестацию.

Поступила 6 октября 1962 г.

О ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР ЗА 1958—1959 гг.

И. о. доцента М. Х. Вахитов

Кафедра организации здравоохранения с историей медицины
(зав. — проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

За годы Советской власти в состоянии здоровья населения нашей страны произошли коренные изменения к лучшему. Ликвидированы опасные инфекционные болезни — холера, чума, оспа, паразитарные тифы. Не стало и малярии, имевшей особенно большое распространение в Поволжье. Так, в 1920 г. на территории Татарской республики было учтено свыше 74 тыс. больных малярией, через 40 лет (в 1960 г.) было зарегистрировано всего 2 случая этого заболевания. Достигнуто резкое снижение детских инфекций (кори, скарлатины, дифтерии и др.).

Как известно, население национальных окраин царской России, в частности, б. Казанской губернии, имело крайне бедную сеть медицинских учреждений. В 1913 г. на территории губернии с населением около 2,5 миллионов человек на селе имелось всего 46 фельдшерско-акушерских пунктов. К 1960 г. в Татарской АССР было развернуто 1659 фельдшерско-акушерских пунктов, сеть стационарных лечебных учреждений выросла до 20 300 коек, и обеспеченность составила 71 койку на 10 000 населения вместо 20,4 в 1913 г. Число врачей за этот период в расчете на 10 000 жителей поднялось с 1,6 до 16,9. Общая смертность в Татарской АССР (б. Казанской губернии) составляла 33,1 на 1000 населения в 1913 г. К 1960 г. достигнуто снижение ее более чем в 4 раза — до 8,0 на 1000 населения. Еще более значительные успехи достигнуты в борьбе за сохранение детских жизней: детская смертность с 300,0 на 1000 родившихся в 1913 г. сократилась до 40,7 в 1960 г., то есть почти в 7,5 раза.

В результате неуклонного повышения благосостояния трудящихся, улучшения условий труда, благодаря успехам в области здравоохранения достигнуто укрепление здоровья советских людей, наиболее ярким выражением чего является средняя продолжительность предстоящей жизни. Этот показатель получают из таблиц смертности (таблиц дожития), для составления которых используются данные переписи населения.

В целом по СССР средняя продолжительность предстоящей жизни увеличилась с 32 лет в 1896—1897 гг. до 69 лет в 1960 г.

Представляет большой интерес вычислить величины средней продолжительности жизни населения Татарской АССР — по городам, сельским местностям и в целом по республике.