

Наблюдаемые нами изменения указывают на нарушение деятельности центральной нервной системы, ослабление деятельности коры головного мозга и, как следствие этого, — расстройство нейрорегуляторных механизмов. Эти нарушения наблюдаются не только у лиц с диагнозом марганцевой интоксикации или при подозрении на нее, но и у ряда практически здоровых людей и, что особенно важно, у части людей, у которых при обследовании никакой патологии, в том числе и нервной, обнаружено не было. Последнее обстоятельство представляет особый интерес, так как изменения, которые мы обнаруживаем у таких лиц, есть, очевидно, раннее проявление реакции организма на воздействие токсического фактора. Следовательно, применение метода оптической хронаксии дало возможность получить ряд данных, расширяющих наши диагностические возможности.

Наши данные являются предварительными и требуют дальнейших наблюдений за состоянием здоровья обследуемых.

Полученные нами данные могут оказаться полезными для врачей, работающих на аналогичных предприятиях, и помочь в раннем выявлении хронических интоксикаций марганцем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грацианская Л. Н. Гиг. тр. и профзабол., 1957, 6. — 2. Макаrenchко А. Ф. В кн.: Изменения нервной системы при интоксикации марганцем. Киев, 1956. — 3. Майоров Ф. П. Арх. биол. наук, 1939, 4. — 4. Михайлов В. А. Тез. докл. 2-й научн. сессии. Свердловск, Институт гиг. тр. и профзабол., 1950. — 5. Рыжкова М. Н., Черепанова Г. Н., Блех Р. Л. В кн.: Клиника и патология профессиональных нейроинтоксикаций. М., 1954. — 6. Уфлянд Ю. М. Теория и практика хронаксиметрии, 1939; Бюлл. eksper. биол. и мед., 1945, 4—5.

Поступила 2 ноября 1961 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ РАБОТЫ АЛЕКСЕЕВСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ТАССР

Асс. П. Е. Красильников

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

В Программе КПСС, принятой XXII съездом, в разделе, относящемся к здравоохранению, записано: «Полностью будет удовлетворена потребность городского и сельского населения во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания. Решение этой задачи потребует **широкого строительства медицинских учреждений**, в том числе больниц и санаториев...» (выделено мною — П. К.).

Всем, конечно, ясно, что строительство новых лечебных учреждений в необходимом количестве потребует длительного времени и рассчитано на оба десятилетия, предусмотренных Программой. Но поднятие уровня медицинской помощи сельскому населению до уровня городского — задача нынешнего дня. Этой цели, в частности, отвечает новая номенклатура лечебных учреждений, утвержденная Минздравом СССР (1962 г.), увеличивающая мощность районных больниц до 400 коек и участковых — до 100, с одновременной ликвидацией карликовых больниц. Укрупнение больниц позволит оснастить их новейшим оборудованием, создать мощные специализированные отделения, привлечь для работы в них специалистов высокой квалификации.

Но медицинская помощь оказывается не только в стационарах, в которых в нашей стране лечится всего лишь около 20% больных, а основная масса — 80% — лечится амбулаторно. И рационализация амбулаторной помощи, использование внутренних резервов может во многом смягчить имеющиеся недостатки.

Алексеевский район Татарской АССР (главврач — заслуженный врач ТАССР Н. М. Малиновский) можно отнести к чисто сельскохозяйственным. Из промпредприятий в районе есть: молочно-консервный комбинат, отделение «Сельхозтехника», автотранспортное хозяйство и комбинат бытового обслуживания. Все предприятия размещены в райцентре. Численность населения в районе 23000 человек, из них детей до 14 лет 7454. В районе 40 населенных пунктов, 9 сельских Советов.

Сеть учреждений здравоохранения представлена районной больницей на 75 коек, двумя участковыми больницами — на 25 и 10 коек, 13 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), 11 фельдшерскими пунктами и 6 фельдшерскими здравпунктами. В поликлинике районной больницы имеются, кроме специализированных кабинетов, рентгеновский и физиотерапевтический кабинеты, клинико-диагностическая и санитарно-бактериологическая лаборатории. Парафинотерапия проводится не только в больницах, но и во всех ФАП.

Прием в поликлинике проводится по всем не только основным, но и «узким» специальностям. С этой целью врачи осваивают смежные специальности: хирург изучил ЛОР-заболевания, терапевт — нервные и т. д. За последние 3 года 33 средних медработника прошли усовершенствование на базе Республиканской клинической больницы и в райбольнице. И хотя в районе на 24 штатных врачебных должности имеется только 10 врачей, условия для оказания специализированной помощи созданы.

Бичом поликлиники были очереди. Много времени врачи тратили на работу, которую вполне могут выполнять средние медработники.

Интересен с этой точки зрения опыт Цимлянской районной больницы, организовавшей кабинет подготовки больных к приему врача. Ознакомившись с этим опытом, коллектив Алексеевской районной больницы решил использовать внутренние резервы и рационализировать амбулаторную помощь. Алексеевцы также создали кабинет подготовки больного к приему врача. Возглавляет кабинет опытный фельдшер (стаж — около 10 лет). В кабинете заполняется паспортная часть амбулаторной карты, собирается тщательный анамнез, измеряются температура и АД, а при необходимости больной направляется на лабораторное и рентгенологическое исследование и только после этого идет на прием к врачу.

Организация этого кабинета позволила разгрузить врачей от излишней работы, установить правильную очередность приема больных (в зависимости от тяжести заболевания), ликвидировать сами очереди.

Отмечены довольно частые ошибки в диагностике и назначении лечения, допускаемые фельдшерами. Чтобы помочь им в повышении квалификации, для каждого ФАП по специально разработанному графику отводится один день в неделю для консультации. В этот день фельдшер может привезти (обязательно лично) любого больного для консультации. Если в первое время после установления консультативного приема фельдшера со своими больными были частыми гостями в районной больнице, то теперь такие посещения становятся все реже и реже, — квалификация средних медицинских работников заметно повысилась.

Журнальная регистрация больных, принятая на ФАП, не давала возможности проследить весь ход и развитие заболевания того или иного больного. Особенно это сказывалось в случаях смены работников ФАП; для фельдшера, принявшего пункт от предшественника, каждый больной был загадкой, хотя он и лечился какое-то время на этом пункте. Чтобы исключить это обстоятельство, на ФАП вместо журнальной введена карточная регистрация. Это мероприятие значительно повысило качество лечения, так как позволило анализировать каждое заболевание в его динамике.

Эти, казалось бы, несложные меры дали возможность использовать рабочее время врачей и всех медицинских работников более рационально, уделять больше внимания профилактической работе. Раз в неделю (в четверг) проводится профилактический день: все врачи, кроме дежурного, выезжают в участковые больницы и на ФАП. Независимо от специальности каждый врач обязан следить за санитарным состоянием участка, решать организационные вопросы. Диспансерным наблюдением охвачены все механизаторские кадры совхозов и колхозов. Не представляющие жалоб осматриваются по плану 1—2 раза в год, а больные — по мере необходимости.

Значительно выросло число профилактических осмотров. Так, если на грибковые и венерические заболевания в 1957 г. осмотрен 2241 человек, то в 1961 — 12938, на злокачественные новообразования соответственно — 4655 и 10322, на туберкулез — 3050 и 6128, а за 10 месяцев 1962 г. уже 12280.

В результате повышения качества санитарно-просветительной и организационной работы повысилось число родов, проведенных в стационарах. Если в 1959 г. в стационарах было проведено только 57,4% всех родов, то в 1961 г. — 80,88%, а за 9 месяцев 1962 г. — 91,8%.

Тесный контакт между санитарно-эпидемиологической и лечебно-профилактической службами позволяет более эффективно решать вопросы санитарного благоустройства населенных мест, борьбы с инфекционными болезнями.

Большую роль в этом играет общественность. В районе 3007 членов общества Красного Креста, работает 6 санитарных дружин, 45 санпостов, 81 общественный санитарный уполномоченный, подготовлено 75 общественных медицинских сестер по уходу за больными на дому.

Усилия коллектива принесли свои плоды. Значительно снизилась общая заболеваемость. Так, первых обращений в районной поликлинике по годам было: в 1958 г. — 10257; в 1959 г. — 7680; в 1960 г. — 6342 и в 1961 — 5915.

Снизилось число случаев инфекционных заболеваний, особенно среди детей. Улучшились демографические показатели: показатель рождаемости в 1961 г. рав-

нялся 26,4 на 1000, показатель общей смертности — 7,0 на 1000, естественного прироста — 19,4. Особенно значительно снижен показатель детской смертности: в 1961 г. он был равен 1,8 на 100, что примерно в два раза меньше среднего по Татарской АССР.

Этим успехам способствовала в какой-то степени ликвидация отделов здравоохранения сельских районов.

Концентрация руководства здравоохранением района в руках главного врача района позволила более конкретно вмешиваться в существо и детали работы каждой участковой больницы, каждого ФАП. Значительно вырос авторитет главного врача в глазах советских и общественных организаций. Многие принципиальные вопросы организации лечебно-профилактической помощи, санитарного благоустройства, эпидемического благополучия решаются при непосредственном участии этих организаций. Достаточно сослаться на такой пример. Когда было решено организовать консультативный прием для больных, лечащихся на ФАП, встал вопрос о транспорте для доставки этих больных на консультации (ФАП транспортом не располагают). Эта задача была поставлена на разрешение сессии районного Совета депутатов трудящихся, которая горячо одобрила это мероприятие и обязала директоров совхозов и правления колхозов безоговорочно представлять транспорт для этих целей. И таких примеров много.

Главный врач района, будучи сам практическим работником, кровно заинтересован в благополучии на каждом участке, в каждом звене здравоохранения, в полном взаимодействии в работе всех учреждений здравоохранения.

В заключение хотелось бы сказать несколько слов о предстоящей перестройке в связи с решениями ноябрьского Пленума ЦК КПСС. Перестройка партийного руководства промышленностью и сельским хозяйством, укрупнение районов не могут не вызвать и перестройки организационных форм здравоохранения. В этом вопросе еще много неясного. Но нам кажется целесообразным одно: существующие районные больницы (такие, как Алексеевская), накопившие определенный положительный опыт, следует сохранить как базовые, возложив на них методическое руководство некоторым числом участковых больниц и ФАП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курашов С. В. Сов. здрав., 1960, 4. — 2. Опыт работы Цимлянской районной больницы по улучшению поликлинического обслуживания населения. Сов. здрав., 1960, 2. — 3. Сафонов А. Г. Здравоохран. Росс. Фед., 1960, 3. — 4. Спиридонов М. Г. Здравоохран. Росс. Фед., 1961, 2. — 5. Чикин С. Я. Здравоохран. Росс. Фед., 1962, 5.

Поступила 14 декабря 1962 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Радиационная гигиена. Том I, редакторы: С. М. Городинский, Г. М. Пархоменко, Н. Ю. Тарасенко, 232 стр. ц. — 1 р. 16 к. Том II, редактор А. А. Марей, 224 стр. ц. — 1 р. 10 к., тираж 6000, Медгиз, 1962 г., Москва

Применение атомной энергии настолько широко, что не укладывается в рамки какой-либо одной науки или раздела народного хозяйства.

От ядерноэнергетических установок на электростанциях, кораблях, в научно-исследовательских центрах до использования меченых атомов во всех областях естественных наук, от применения радиации в промышленности для контроля многих химических процессов до использования радиоактивных излучений в медицине, от определения с помощью радиоактивных изотопов структуры сплавов, износа металлов, дефектности готовых деталей до изменения всхожести, роста и развития растений — таков диапазон использования радиации. В связи с этим закономерно возрастает круг людей, подвергающихся радиационному воздействию.

Изучать действие ионизирующих излучений на здоровье работающих и населения призвана радиационная гигиена — один из новых разделов гигиенической науки.

Авторы двухтомника определили первоочередными задачами радиационной гигиены следующие вопросы:

- 1) изучение условий труда и заболеваемости лиц, работающих с радиоактивными веществами (РВ) и источниками излучений;

- 2) создание комплекса общих и индивидуальных защитных мероприятий, обеспечивающих безопасные условия труда;

- 3) осуществление контроля за радиологической чистотой атмосферного воздуха, воды, почвы и пищевых продуктов;