

2. Обучить нескольких рабочих каждой смены элементарно-грамотному производству повязок, как одному из видов неотложной первой помощи.

3. Отвести для пункта здравоохранения специальное помещение, связав его внутренним телефоном со всеми цехами и оборудовав в хозяйственном, медицинском и хирургическом отношениях всем необходимым. Особое внимание обратить на снабжение стерильным перевязочным материалом.

4. Прикрепить пункт здравоохранения к специальному травматологическому учреждению, возложив на последний задачи:

а) провести краткосрочные курсы для повышения хирургической квалификации врачебного и среднего медперсонала пунктов здравоохранения и периферических поликлиник города,

б) ввести определенную схему лечебной обработки травматиков, обратив особое внимание на повреждение ручных пальцев и кисти,

в) иметь систематическое наблюдение за деятельностью пунктов здравоохранения по линии борьбы за снижение травматизма и его осложнений на предприятиях.

5. Установить контакт и преемственность в обработке более тяжелых травматиков ОМКУЗ'а (и других промышленных предприятий) с периферическими поликлиниками и со стационаром Центрального травматологического учреждения.

Санитарный профиль детских учреждений.

Д-ра **Войдиновой С. М.** (Казань).

Врачу ОЗД, непосредственно работающему в массовых детских учреждениях, много времени и внимания приходится уделять санитарно-гигиеническому надзору за помещениями. Врач ОЗД часто одновременно обслуживает детучреждения различного типа: дошкольные, школьные, закрытые детдома, сезонные площадки, лагеря.

В одном детучреждении врач сталкивается с разными объектами: школа, общежитие, столовая, производство.

В процессе школьно-санитарной работы врача ОЗД при таком богатстве и разнообразии санитарных объектов, естественно, возникает ряд затруднений методического характера, которые прогрессивно растут параллельно и в связи с реконструкцией школы в политехническую фабрично-заводскую семилетку с непрерывным годом работы, с новыми методами и формами работы. Прежде всего, врачу ОЗД невозможно ограничиться для всех объектов школьно-санитарного надзора, для всех помещений и зданий унифицированной санитарной карточкой здания, единым санитарным „паспортом“ детских учреждений.

Требуется не только городской и колхозный вариант этого паспорта, но и типовые варианты: для детдомов, дошкольных учреждений, сезонных, что значительно усложняет самый процесс работы по санитарному обследованию детских учреждений и, главное, затрудняет учет, обра-

Но даже наличие унифицированного типового санитарного паспорта детучреждений не разрешает существенного момента школьно-санитарной работы врача ОЗД: по обработке материала сделать выводы, дать заключение о сан-гигиеническом состоянии детучреждения в наиболее простой, понятной, наглядной форме не только администрации, но и самим детям, их родителям; использовать материалы санобследования на конференциях санкомов, педагогов, родителей, на санвыставке, в сан-уголке, в стенгазете, взять его как положительные или отрицательные показатели в наглядной, динамичной форме при организации, проведении и учете работы по саннадзору, санминимуму, соцсоревнованию и ударничеству в детучреждении. Таким образом социальный заказ на разработку этой проблемы дан школой и ее общественно-педагогическими запросами.

Ни санпаспорт сам по себе, ни тем более шаблонные санитарные акты не разрешают вопроса.

Углубленная и исследовательская работа не только санитарная, но и педологическая, также диктует врачу ОЗД необходимость представлять свои данные по саннадзору в наглядной и динамичной форме.

Например, при диспансеризации детучреждения проводится не только детальное, всестороннее медико-педологическое обследование детей, но и социально-бытовых условий их жизни.

На дому обследование быта обычно проводится сестрой, а учебно-бытовая обстановка школы обследуется врачом ОЗД. Материал и врачи и сестры-исследовательницы с их выводами поступают в детскую профилактическую амбулаторию-диспансер к моменту коллективного диагноза наряду с заключениями специалистов всех кабинетов ДПА о данном ребенке, наряду с его педагогической характеристикой.

На основании всех этих материалов проводится целостное изучение ребенка с педологическим синтезом, устанавливающим корреляцию между отдельными данными о ребенке и средой, где он живет и обучается, и намечаются лечебно-профилактические мероприятия, как в отношении отдельных детей, так и групп или класса всего детучреждения в целом.

При коллективном диагнозе задача педологического синтеза значительно облегчается, упрощается и ускоряется при фиксации материалов о ребенке с помощью общепринятого в данное время графического метода профиля (индивидуального и коллективного).

При коллективном диагнозе широко используется конституциональный профиль, психологический, моторный, социальный. По аналогии с ними в 1929/30 уч. году при массовых школьно-санитарных обследованиях помещений детучреждений нами впервые в виде опыта применялся „санитарный профиль“ здания.

Выводится профиль таким образом: заполненный санитарный паспорт здания разрабатывается по 4-м разделам:

- I. Общее санитарное состояние здания.
- II. Использование здания.
- III. Оборудование здания.

Разделы взяты условно, в минимальном числе, как наиболее характерные факторы школьн. здания в данное время в наших казанских условиях. К каждому разделу мы относим ряд санитарно-гигиенических факторов из числа имеющихся в данном санитарном паспорте. В нашей практике за 2 года применялось 3 формы санпаспорта. После Всесоюзного совещания по ОЗД, весной 1931 г., повидимому, будет новая форма, принятая на Совещании.

К 1-му разделу относятся факторы, характеризующие здание в целом (наемное, специальное, приспособленное; состояние фундамента, крыши, пола, стен, потолков), двора и усадьбы.

Ко 2-му разделу относятся давные квадратуры, кубатуры, комплект классов, число смен работы, частичное использование здания посторонними лицами и организациями.

К 3-му разделу—вопросы отопления, освещения, вентиляции, водоснабжения, канализации, уборные, вешалки, мебель, мастерские.

К 4-му—уборка и ремонт.

Каждая деталь отдельного санитарно-гигиеничного фактора в том или ином разделе, по ее отметке в санпаспорте положительной или отрицательной, соответствующим образом оценивается знаком плюса + или минуса —.

Например, возьмем фактор 2-го раздела: „Водоснабжение и водопользование“ по карте „для записей наблюдений школьно-санитарного врача П/О ОЗД ТНКЗ“.

		Оценка
1	Воду берут из <u>водопровода</u> , колодца, реки	+
2	Употребляется для питья <u>кипяченая</u> , сырая	+
3	Хранится в баке, <u>ведре</u> , чайнике	—
4	Хранится <u>чисто</u> , грязно	+
5	Умывальники <u>имеются</u> , нет	+
6	Сколько кранов. <u>Один</u>	—
7	Где, в коридоре, <u>вместе с клозетом</u>	—

Данные санобследования в паспорте отмечены подчеркиванием соответствующих слов.

Каждый раздел, а при желании и фактор, оценивается по 5-балльной системе. Балл выводится путем суммирования отдельно плюсов и минусов. При одинаковом количестве их ставится 3, преобладание плюсов дает 4, преобладание минусов дает 2, наличие только плюсов 5, наличие только минусов 1.

На нашем примере ставим балл 4, т. к. имеем по семи деталям 4 плюса и 3 минуса—преобладание плюсов.

Полученные по всем разделам данные изображаются графически в обычном виде профиля:

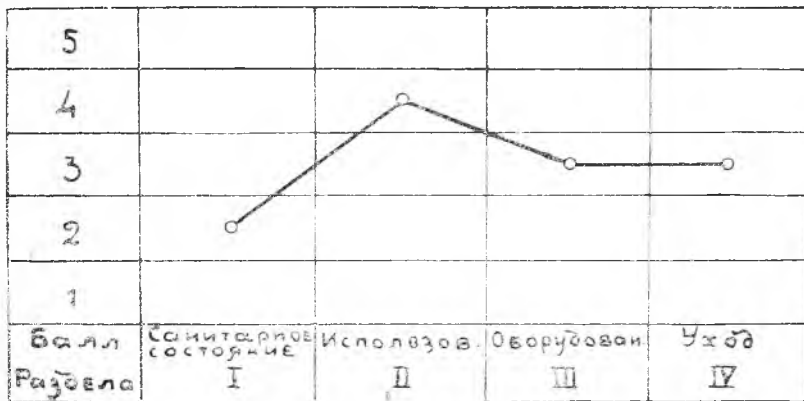


Рис. 1.

По направлению кривой сразу видно, в каком разделе имеются санитарные дефекты: „прорывы“. Их можно расшифровать в виде индивидуального профиля данного раздела на отдельной сетке в случае необходимости:

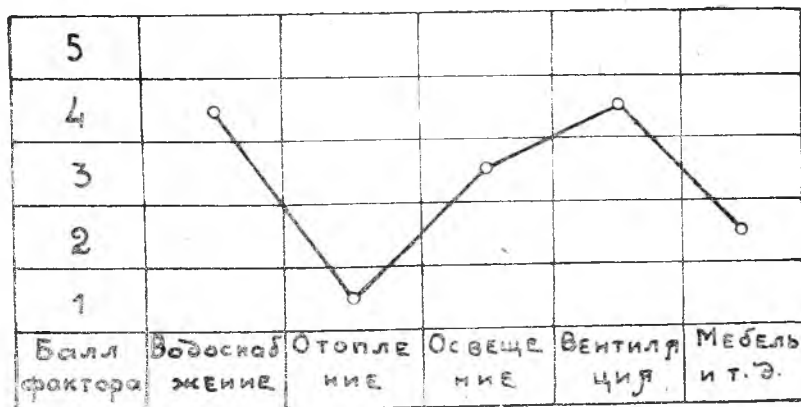


Рис. 2.

С другой стороны, на одной сетке можно вывести и профиль разных объектов: школы, столовой, общежития, производства или того же объекта в разное время при последовательных его обследованиях, чтобы наглядно проследить и показать ликвидируется ли „прорыв“ или углубляется, не появляется ли в новом месте.

Санитарный профиль в практике детучреждений, как сигнализирующий „прорыв“, является и стимулом к его устранению, к борьбе за санминимум, стимулом к соцсоревнованию и ударничеству внутри школ между группами, или между школами.

Изменчивость среды, в данном случае сан-гигиенических условий в детучреждении, ориентировочно улавливается санпрофилем и ориентировочно же намечается при этом путь профилактических мероприятий, подобно тому, как по температурной кривой не только улавливаются колебания в состоянии здоровья человека, но иногда и намечается диагноз заболевания, а по нему определяется способ лечения.

Для целей углубленной и исследовательской работы необходимо и возможно прежде чем выводить профиль, более точным и объективным путем, заполнить санпаспорт.

В тех случаях, где возможна количественная оценка фактора (квадратуры, кубатуры), необходимо иметь местные штандарты. Где возможно, необходимо применять лабораторный метод обследования (освещение, вентиляция).

Наибольшее применение санпрофиль должен найти в массовой работе и не только врача ОЗД, но, как нам кажется, он применим и в практике жилищно санитарного врача, врача-пищевика при оценке ими соответствующих помещений.