

Проф. А. М. Рашевская, проф. А. Л. Морозов (Москва) в докладе „Особенности клинического течения и исходов профессиональных заболеваний системы крови“ показали, что сходство симптоматики и патогенеза объединяет заболевания крови токсико-химической и иной этиологии, что ставит задачу углубленного изучения их клинико-морфологических признаков и патогенетических механизмов и разработки более эффективных методов их патогенетической терапии.

Проф. Н. В. Лазарев (Ленинград) выступил с докладом „Новые токсиколого-гигиенические проблемы в химической промышленности“. Новые химические продукты, используемые в самых разнообразных производствах, включая и сельское хозяйство, могут оказывать на рабочих и на потребителей порой прямое токсическое действие, порой играть роль аллергенов, иногда проявлять канцерогенные свойства. Проблема предупреждения таких нежелательных эффектов по мере развития химической промышленности требует нового подхода к их профилактике и лечению.

Проф. Н. В. Лазарев видит два возможных выхода из сложившегося положения. Первый заключается в увеличении числа лабораторий, занимающихся вопросами промышленной, пищевой токсикологии. Второй мог бы состоять в создании „экспрессных“ методов токсикологического исследования. Такие попытки уже приносят некоторые результаты. Так, доктор мед. наук Е. И. Люблина (Ленинград) доложила о возможности предварительного расчета предельнодопустимых концентраций неэлектролитов, а Г. Н. Заева (Москва) показала, что для предварительного установления предельнодопустимых концентраций можно исходить из определения показателей величин биологической активности химических связей гомологического ряда.

На последнем пленарном заседании выступили с докладами проф. А. Г. Бухтияров (Москва) — „Актуальные научно-методические вопросы токсикологии в гигиене“, проф. Л. М. Шабал (Москва) — „Канцерогенная активность химических веществ“, проф. А. А. Канаревская (Москва) — „Материалы к изучению изменений реактивности организма при повторном действии промышленных химических веществ“ и другие.

Проф. А. И. Пахомычев (Москва) в докладе „Определение иммунологической реактивности организма как метод изучения влияния малых концентраций токсических веществ“ предложил ввести определение фагоцитарной активности лейкоцитов как обязательный метод в практику периодических медицинских осмотров и массовых обследований рабочих и гражданского населения, подвергающихся действию токсических веществ, а также рекомендовал данный метод для применения в эксперименте при изучении действия малых концентраций токсических веществ на организм.

В прениях было отмечено, что клинические и теоретические институты Академии медицинских наук слабо участвуют в борьбе за снижение профессиональной заболеваемости, а клинические и теоретические кафедры медицинских институтов почти не занимаются заболеваемостью на промышленных предприятиях. Практические врачи мало занимаются анализом и обобщением наблюдений.

Сессия приняла резолюцию, в которой предполагается увеличить количество институтов гигиены труда и профессиональных заболеваний, восстановить санитарно-гигиенические факультеты в медицинских институтах в Перми, Горьком и Казани, создать профпатологические отделения в крупных больницах и медико-санитарных частях и др.

В ближайшие годы должно быть сосредоточено внимание на гигиенической оценке новых технологических процессов и оборудования, на изучении малых доз и концентраций токсических продуктов, с тем, чтобы повышение производительности труда сочеталось со снижением как общей, так и профессиональной заболеваемости.

Все эти задачи стоят и перед медицинскими работниками Татарской АССР, так как строительство завода органического синтеза и уже имеющаяся развитая химическая промышленность требуют большой профилактической работы.

В. П. Камчатнов
(Казань)

Поступила 8 октября 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДВУХСТЕПЕННОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

(МЕТОДИКА РАСЧЕТА ШТАТОВ)

И. А. Гороховер

Из кафедры организации здравоохранения (зав.—доц. В. И. Эмдин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Организация правильного ухода за больными в стационарах является одним из важных мероприятий в улучшении качества лечебной работы.

Как показал опыт, существующая в нашей стране трехступенная система об-

служивания, когда в уходе за больными участвуют врач, медицинская сестра и санитарка, имеет ряд недостатков, с учетом которых Министерством здравоохранения СССР издан приказ о переходе на двухступенную систему обслуживания больных в стационарах.

При этой системе уход за больным полностью осуществляет медицинская сестра, а на санитарок возлагаются обязанности уборщицы и, в отдельных случаях, помощь медицинской сестре в перестилании постелей, смене белья, перекладывании тяжелобольных и выполнении других подобных поручений.

Опыт перехода ряда больниц на двухступенную систему обслуживания показал, что новый метод содействует повышению качества лечения и ухода за больными в стационарах, способствует росту квалификации медицинских сестер.

Однако, в периодической медицинской литературе мало освещен этот полезный опыт. Имеющиеся немногие статьи на эту тему не затрагивают вопроса о расчете штатов, потребных при новой системе обслуживания больных¹.

Между тем, при введении в практику новой системы возможны трудности из-за недостатка штата. Поэтому переход осуществляется, раньше всего, в тех городских больницах или отделениях, штаты которых укомплектованы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР. Очень важно при переходе на новую систему обслуживания больных определить потребность в штатах палатных медицинских сестер и санитарок.

Для составления такого расчета требуется, во-первых, знать, сколько по норме приходится коек на один круглосуточный пост сестер и санитарок, что позволит установить число круглосуточных постов и, во-вторых, знать количество должностей по норме на один круглосуточный дежурный пост.

Ответом на первый вопрос служит нижеследующая таблица, в которой приведены штатные нормативы палатных медицинских сестер и палатных санитарок, как при двухступенной, так и при трехступенной системе обслуживания стационарных больных².

Наименование отделений	Число коек на одну должность			
	При трехступенной системе		При двухступенной системе	
	днем	ночью	палатной медицинской сестры	палатной санитарки-уборщицы
1. Инфекционно-боксованное	8	12	8	15
2. Детское инфекционное и все отделения для детей грудного возраста	10	15	9	20
3. Детское не инфекционное	15	25	15	30
4. Терапевтическое, инфекционное для взрослых, неврологическое, онкологическое и урологическое	20	30	20	30
5. Хирургическое, травматологическое, глазное, уха-горла-носа, туберкулезное для взрослых	25	40	25	30
6. Кожно-венерологическое для взрослых	30	50	30	50

Что касается второго вопроса о количестве должностей на один дежурный пост, то за основу можно взять следующие нормы:

а) во всех отделениях, кроме инфекционных, требуется на один дежурный пост медицинских сестер 4,5 должности и санитарок — 3,9 должности;

б) в инфекционных отделениях (больницах), где продолжительность рабочего дня установлена для всего медицинского персонала, включая санитарок, шесть часов, требуется на один дежурный пост 5,2 должности.

Покажем на примере расчет штата для терапевтического отделения на 60 коек. При двухступенной системе обслуживания больных в данном отделении должны

¹ Л. В. Нисонов. Двухступенное обслуживание больных должно стать повсеместным методом работы больниц. Журн. Здравоохранение Российской Федерации, 1959, № 8.

² Таблица составлена на основе штатных нормативов среднего и младшего медицинского персонала, установленных для трехступенной системы приказом Министерства здравоохранения СССР №282-м от 26/XII-55г. и для двухступенной системы приказом № 216 от 28/IV-59 г.

постоянно находиться три палатных медицинских сестры и две палатные санитарки-уборщицы. На это потребуется палатных медицинских сестер 13,5 должности ($3 \times 4,5$) и палатных санитарок-уборщиц 7,8 должности ($2 \times 3,9$).

При трехступенной системе обслуживания должны дежурить в этом отделении днем три поста палатных медицинских сестер и три палатных санитарки, а ночью два поста. На это требуется 11,3 должности палатных медицинских сестер и 9,8 должности палатных санитарок.

Отсюда следует, что с переходом на двухступенную систему обслуживания больных в терапевтическом отделении на 60 коек необходимо увеличить штаты палатных медсестер на 2,2 должности, уменьшив число санитарок на две должности. Таким образом, разница в штатах, требуемых при новой системе, против существовавших ранее, незначительна.

При расчете штатов мы сталкиваемся обычно с тем, что работа среднего медперсонала и санитарок-уборщиц организуется таким образом, что число дежурных постов в дневное и ночное время неодинаково.

Так, в одной из клиник гор. Казани в терапевтическом отделении на 60 коек в дневную смену с 8 до 18 часов работают 4 палатных сестры, а в ночную смену с 18 до 9 часов работают только 2 палатных сестры.

Совместная работа медицинских сестер двух смен в течение одного часа по утрам дает возможность полностью подготовить больного к завтраку и обходу врача.

В том же отделении в дневную смену работают 3 санитарки: две санитарки с 8 до 22 часов и одна с 7 до 19 часов. В ночную смену с 22 до 8 часов работает одна санитарка-уборщица.

При такой организации работы необходимые штаты определяются делением общего числа дежурных часов палатных медсестер и санитарок-уборщиц отделения за год на годовую норму рабочего времени. Общее число дежурных часов медсестер или санитарок в отделении за сутки устанавливается путем умножения числа постов в смену на длительность дневной или ночной смены. Умножив затем это число на 365 дней, получаем годовое число дежурных часов.

Годовая нагрузка сестер и санитарок в рабочих часах или годовая норма рабочего времени установлена в неинфекционных больницах (отделениях) для палатной медицинской сестры — 1942,5 часа и санитарки-уборщицы — 2244 часа¹.

В инфекционных больницах (отделениях) как для медицинских сестер, так и для санитарок установлена годовая норма рабочего времени — 1698 часов¹.

Для удобства расчетов предлагается следующая формула, которая позволяет установить необходимые штаты при той или иной форме организации дежурства в отделении:

$$\frac{A \times B + (B \times \Gamma) \times 365}{H}$$

A — число постов в дневную смену;

B — длительность дневной смены;

B — число постов в ночную смену;

\Gamma — длительность ночной смены;

H — годовая норма рабочего времени.

Подставив в формуле цифровые обозначения, взятые из нашего примера, получим, что палатных медицинских сестер требуется:

$$\frac{(4 \times 10) + (2 \times 15) \times 365}{1942,5} = 13,2 \text{ должности.}$$

Санитарок-уборщиц требуется:

$$\frac{(2 \times 14) + (1 \times 12) + (1 \times 10) \times 365}{2244} = 8,1 \text{ должности.}$$

Таким образом, с помощью приведенной формулы можно легко и быстро определить потребные штаты палатных сестер и санитарок для перехода на двухступенную систему обслуживания при любом графике их работы в отделении.

Из приведенных расчетов штата терапевтического отделения на 60 коек видно, что как в первом случае, когда число дежурных постоянное в течение суток, так и во втором случае, когда число постов не одинаково днем и ночью, общее количество требуемых должностей сестер и санитарок почти совпадает.

В первом случае, как мы видели, требовалось 13,5 медицинских сестер и 7,8 санитарок, или всего 21,3 должностей, а во втором случае — 13,2 медицинских сестер, и 8,1 санитарки, или тоже 21,3 должности.

Это позволяет делать вывод, что требуемые по норме должности медицинских сестер и санитарок могут обеспечить любую их расстановку в течение суток с тем, чтобы в часы работы врача и выполнения назначений было наибольшее число дежурных палатных сестер и санитарок в отделении за счет их уменьшения в ночное время.

¹ Из письма Министерства здравоохранения СССР от 16/XI-56. № 01—23/17.

В отделениях больниц устанавливаются также должности старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки.

Кроме того, устанавливаются должности¹:

а) медсестер индивидуального ухода за тяжелобольными в отделениях до 60 коек — 0,5, а в отделениях на 60 и более коек — 1 должность;

б) процедурных медсестер в отделениях до 40 коек — 0,5; в отделениях от 40 до 70 коек — 1,0 должности;

в) санитарок-буфетчиц по две на отделение;

г) санитарок-уборщиц и санитарок-ванщиц по одной должности каждой на отделение.

Переход на новую систему обслуживания желательнее вводить постепенно, вначале в одном-двух отделениях, а затем, накопив необходимый опыт, осуществить переход по всей больнице.

ВЫВОДЫ:

1. До перехода на двухступенную систему обслуживания больных в стационарах важно определить потребность в палатных медицинских сестрах и санитарках.

2. Рекомендательный способ расчета штатов позволяет легко и быстро установить количество палатных медсестер и санитарок-уборщиц, требуемое для перехода на новый метод обслуживания, при любом графике работы в отделении.

3. Дежурства палатных сестер и санитарок могут быть организованы без увеличения штата таким образом, чтобы в часы работы врача и выполнения назначений было наибольшее число дежурных в отделении.

4. Переход на новую систему обслуживания больных требует увеличения числа палатных медицинских сестер за счет уменьшения числа санитарок. При этом, однако, общее количество должностей палатных медицинских сестер и санитарок, вместе взятое, остается почти на уровне штатов, установленных ранее для трехступенной системы обслуживания.

5. При недостаточности штата лучше вводить новую систему обслуживания больных в стационарах постепенно, вначале в одном-двух отделениях.

Поступила 18 декабря 1959 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

В. С. Нужина (Казань). Сопряженные нарушения функции желчевыведительного аппарата печени при хроническом аппендиците. (Сообщение 2)²

Клиницистам хорошо известно, что воспалительные процессы желчевыводящих путей нередко сопутствуют хроническому аппендициту или обнаруживаются через тот или иной срок после аппендэктомии. Механизмы, лежащие в основе происхождения и развития патологического процесса в желчевыводящих путях у больных хроническим аппендицитом, изучены недостаточно, что и побудило нас заняться этим вопросом.

Объектом исследования являлись те же самые больные, что и в первом сообщении.

После общего клинико-лабораторного исследования и изучения функций желудка методом Быкова — Курцина через сутки или двое производилось изучение желчно-дуоденального рефлекса по методу Лайон-Мельтцера. В последующем производилась холецистография в сочетании с комплексным рентгенологическим исследованием пищеварительного тракта.

Из 70 больных хроническим аппендицитом анамнестические и физикальные признаки заболевания желчного пузыря были у 21, у 7 имелись увеличение и пальпаторная чувствительность печени.

Наблюдения показали, что вовлечение желчевыводящих путей в патологический процесс происходит особенно часто, если хронический аппендицит осложнен спаечным процессом в илеоцекальной области. В то же время не выявлено зависимости степени и частоты двигательных и воспалительных изменений желчевыводящих путей от клинической картины или давности хронического аппендицита.

По-видимому, имеет значение не столько давность заболевания, сколько распространенность и выраженность спаечного процесса в илеоцекальной области.

Нам удалось установить, что клинической форме холецистита предшествует латентная стадия, обусловливаемая рефлекторными нарушениями двигательной функ-

¹ Из приказа Министерства здравоохранения СССР № 216 от 28/IV-59 г.

² Сообщение 1-ое — Каз. мед. журн., 1958, 3.