

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ЯНВАРЬ
ФЕВРАЛЬ
1984
1
ТОМ
LXV

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВЫХ И ЦЕХОВЫХ ВРАЧЕЙ И МЕРЫ ПО ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕМУ УЛУЧШЕНИЮ

Министр здравоохранения ТАССР И. З. Мухутдинов

XXVI съезд КПСС определил грандиозные задачи экономического, социального и культурного развития нашей страны, повышения материального благосостояния советского народа, что, в свою очередь, должно способствовать укреплению здоровья, продлению жизни и трудовой активности советских людей.

Реализуя решения XXVI съезда партии, последующих Пленумов ЦК КПСС, постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (1977 г.) и «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» (1982 г.), органы здравоохранения совместно с другими министерствами и ведомствами под руководством партийных и советских органов при широком участии общественности обеспечили проведение профилактических мероприятий, повышение уровня медицинской и лекарственной помощи, расширение сети учреждений здравоохранения, их оснащение медицинской техникой и укомплектование кадрами, развитие медицинской науки.

Экономической основой для осуществления этих мероприятий являются постоянно возрастающие ассигнования на развитие народного здравоохранения. За последние 5 лет (1978—1982 гг.) бюджет здравоохранения ТАССР вырос на 30,8%. В 1983 г. расходы на здравоохранение республики составили 160 млн. рублей. На строительство объектов здравоохранения республики на первые 3 года одиннадцатой пятилетки выделены 45,3 млн. рублей. За этот период введено в строй больниц более чем на 3000 коек и поликлиник на 3550 посещений, в том числе Мензелинская центральная районная больница на 100 коек, Рыбно-Слободская центральная районная больница на 160 коек, Мамадышская центральная районная больница на 250 коек с поликлиникой на 400 посещений, Балтасинская центральная районная больница на 100 коек с поликлиникой на 300 посещений, типовая поликлиника медсанчасти КАПО им. Горбунова на 600 посещений и поликлиника стройтреста № 2 в Казани на 500 посещений, поликлиника шинного завода в Нижнекамске на 500 посещений, поликлиника на 720 посещений в Приволжском районе Казани, поликлиника Черемшанской центральной районной больницы на 300 посещений и другие объекты. Полностью введена в эксплуатацию Республиканская клиническая больница. Все это дало возможность довести в 1982 г. обеспеченность больничными койками на 10000 населения до 122,4.

На страже здоровья населения республики трудятся свыше 11 тыс. врачей, причем более половины из них заняты в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Обеспеченность врачебными кадрами на 10000 населения в 1983 г. составила 34,0. Укомплектованность врачебных должностей достигла 97,6%.

Объем оказываемой населению амбулаторной помощи за последние 5 лет вырос на 22%, стационарная помощь населению — на 6,2%. Расширился и приближен к населению объем оказываемой специализированной помощи. Улучшено качество и охват населения профилактическими осмотрами, а также диспансерным наблюдением.

Проводимые совместно с профсоюзными организациями, руководителями министерств и ведомств комплексные меры по охране внешней среды, улучшению условий труда и промышленной санитарии, условий быта и отдыха способствуют укреплению здоровья рабочих и служащих промышленных предприятий республики.

За последние 5 лет (1978—1982 гг.) заболеваемость рабочих промышленных предприятий уменьшилась на 23% в случаях и на 15,2% в днях нетрудоспособности. Несколько снижен показатель первичного выхода работающих на инвалидность. В результате широких санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий улучшилась эпидемиологическая обстановка в республике. Продолжается последовательное уменьшение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Широкое проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья детей позволило снизить смертность детей в возрасте до 1 года за 5 лет на 18%.

Все эти положительные сдвиги явились результатом как широких социально-экономических преобразований в государственном масштабе, так и огромного самоотверженного труда многотысячной армии медицинских работников по выполнению решений XXVI съезда КПСС и постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР, направленных на охрану здоровья советского народа.

Вместе с тем, рассматривая итоги проделанной работы в свете материалов ноябрьского (1982 г.) и июньского (1983 г.) Пленумов ЦК КПСС, необходимо признать, что уровень здравоохранения, качество медицинского обслуживания в ТАССР пока не полностью соответствуют требованиям общества периода развитого социализма. Огромные возможности, предоставляемые государством по улучшению здравоохранения, используются недостаточно эффективно, отсутствует должный прогресс в достижении конечных результатов — улучшении показателей здоровья населения.

В связи с этим усилия организаторов здравоохранения должны быть направлены на совершенствование решающих звеньев здравоохранения, на те участки, где можно добиться максимальных результатов в деле улучшения медицинского обслуживания и достижения наибольшего эффекта в оздоровлении советских людей. Таким решающим участком, как неоднократно указывалось в документах партии и правительства, была и остается внебольничная амбулаторно-поликлиническая помощь.

Характерная особенность этого вида медицинской помощи — массовость и общедоступность, возможность активного выявления ранних стадий заболевания, широкое воплощение в практике здравоохранения единства лечебной и профилактической медицины, то есть диспансерного метода, основанного на ведущем принципе советского здравоохранения — профилактике и на важнейшей организационной форме работы внебольничной сети — участковости (территориальной и цеховой).

В республике имеется 353 поликлинических отделения объединенных больниц и самостоятельных поликлиник. В них в течение 1982 г. зарегистрировано около 33 миллионов посещений. Число посещений врача на одного жителя в год возросло по сравнению с 1977 г. у городских жителей с 10,2 до 11,1, у сельских — с 3,7 до 4,4.

Укрепление материальной базы учреждений здравоохранения, рост обеспеченности врачебными кадрами способствовали развитию специализированных отделений и кабинетов. В республике имеется 48 кардиологических, 63 ревматологических, 44 урологических, 68 подростковых, 10 аллергологических кабинетов, 14 кабинетов игло-рефлексотерапии и др. В большинстве поликлиник центральных районных больниц амбулаторный прием организован по 12 и более специальностям, в крупных городских поликлиниках — по 20—25, в консультативной поликлинике Республиканской клинической больницы — по 27 специальностям. Специализация амбулаторных приемов при одновременной интеграции служб, проводимая в поликлиниках, способствует значительному улучшению качества медицинской помощи населению.

Амбулаторно-поликлинические учреждения оснащаются современным медицинским оборудованием и аппаратурой, в обследовании больных шире практикуются холецистография, урография, томография, всюду выполняются электрокардиография, клинические и биохимические анализы. Среднее число лабораторных анализов на 100 посещений в поликлинике составило в 1982 г. 64,7.

В последние годы целенаправленно осуществляется совершенствование деятельности и укрепление первичных звеньев здравоохранения. В поликлиниках внед-

ряются прогрессивные формы организации приема больных. В большинстве из них ведется предварительная запись больных на прием. В поликлиниках Казани, Брежневца, Елабужской, Азнакаевской, Зеленодольской, Альметьевской, Чистопольской центральных районных больниц организована самозапись на прием. В целях распределения потока посетителей поликлиник и оказания помощи, не требующей компетенции врача, организуются кабинеты доврачебного приема. Четкая организация их работы значительно сокращает нагрузку на приеме у врачей, особенно у терапевтов, поэтому кабинеты доврачебного приема следует в ближайшее время организовать во всех поликлиниках.

В работу поликлиник внедряется научная организация труда: в некоторых из них между кабинетами существует телефонная связь, имеются переговорные устройства. Проводится работа по обеспечению врачей методическими папками с необходимым справочным материалом, различными бланками справок, направлений, заключений, штампами-клише. Повсеместно в поликлиниках установлен новый режим работы, согласно которому медицинскую помощь можно получать в нерабочее время, в утренние и вечерние часы. В результате этой меры доля работающих, обратившихся в поликлиники в рабочее время, значительно сократилась. Прием больных проводится с 8 до 20 ч, включая и субботные дни, а в медико-санитарных частях — в зависимости от режима промышленных предприятий. Утвержден новый график работы регистратур с 7.30 до 20 ч. Для участковых терапевтов, педиатров, врачей-специалистов предусмотрен скользящий график работы. Заведующие отделениями также должны работать посменно с обязательным дежурством в вечернее время и в субботные дни.

В ряде городов республики практикуются отчеты руководителей лечебно-профилактических учреждений, в том числе поликлиник; перед населением организуются так называемые «дни открытого письма». Однако перестройку по обеспечению оптимального режима работы поликлиник нельзя считать завершенной. Более того, некоторые руководители поликлиник отнеслись к этому весьма формально: ограничились лишь увеличением времени работы учреждения, не уточнив графиков работы, не провели необходимых мер по укреплению трудовой дисциплины и регулированию потоков больных. Далеко не везде налажена четкая работа регистратуры, население не всегда информировано об изменении часов приема в отдельных кабинетах, имеются опоздания на работу и другие нарушения. К сожалению, не всегда полно используются имеющееся оборудование, а также возможности рентгеновских кабинетов. Задача заключается в том, чтобы в ближайшее время полностью упорядочить режим работы поликлиник, сделав его максимально удобным для населения и особенно для трудящихся, предупредить любые претензии пациентов.

Важное значение имеет внедрение в работу внебольничных учреждений методов восстановительного лечения. Для этого в составе городских поликлиник организуются отделения восстановительного лечения, в которых с целью ускорения социально-трудовой и медицинской реабилитации больных используются все виды физиотерапии, лечебная физкультура и массаж, механотерапия, трудотерапия. В указанных амбулаторных отделениях под наблюдением врача проходят реабилитацию и адаптацию больные, перенесшие инфаркт миокарда, операцию комиссуротомии, страдающие гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и др. Заведующим горздравотделами, главным врачам районов и поликлиник необходимо принять меры к расширению числа отделений восстановительного лечения в поликлиниках. К 1987 г. должно быть создано не менее 20 таких отделений.

Профилактика — основной принцип и генеральное направление развития здравоохранения в нашей стране. Важными мероприятиями, обязательными и начальными элементами диспансеризации являются, как известно, профилактические регулярные медицинские осмотры населения. В настоящее время врачи в Татарии осматривают ежегодно около 1,5 млн. человек, что составляет 97,8% подлежащих обследованию и 40% всего населения республики. С профилактической целью проверяется состояние здоровья 98,2% рабочих промышленных предприятий республики.

Однако в ряде амбулаторно-поликлинических учреждений Казани и районов республики не уделяется должного внимания своевременности и полноте охвата профилактическими осмотрами рабочих промышленных предприятий. Так, в Мамадышском районе осмотрено 90,1% подлежащего осмотру контингента, в Лаишевском — 86,8%, Гукморском — 77,4%, Занском — 92,8%, Акеубаевском — 99,4%, Высокогорском — 88,7%, в Сабинском — 42,3%.

Профилактические осмотры, к сожалению, не всегда проводятся качественно, с участием всех нужных специалистов и с выполнением необходимых исследований. В ряде поликлиник низка выявляемость заболеваний, следовательно, мала и числен-

ность больных, стоящих на диспансерном учете. Так, на 1000 населения на диспансерном учете в Тукаевском районе находятся 70,0 человек, в Тетюшском — 63,8, в Октябрьском — 99,6, в Муслимовском — 89,9, в Апастовском — 68,3, в Балташинском — 65,3 человека (средний показатель по республике — 212 человек). При выявлении заболеваний иногда отсутствует план лечебно-оздоровительной работы; в некоторых случаях он составляется, но не контролируется; не проводится анализ эффективности лечения, что в общей сложности квалифицируется как неудовлетворительная организационно-профилактическая работа.

Диспансеризация прочно вошла в практику советского здравоохранения как метод, представляющий собой систему активного динамического наблюдения за больными и здоровыми, проведения комплексных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению развития и распространения болезней, по сохранению и увеличению трудоспособности населения. В настоящее время в медицинских учреждениях накоплен значительный опыт диспансеризации, отработаны методики комплексного этапного лечения больных с различными заболеваниями, а также принципы наблюдения за здоровыми людьми.

В Татарской АССР диспансерным наблюдением в 1983 г. было охвачено 567000 больных, что составляло 17% всего населения ТАССР и 68,9% всех зарегистрированных больных, подлежащих диспансерному учету. По сравнению с 1981 г. в ТАССР возрос диспансерный контингент на 1000 взрослого населения на 196,5 до 212,4: в Казани он равен 224, в Брежнев — 186. Количество диспансерных больных, курируемых одним врачом-терапевтом, колеблется от 103 в Рыбно-Слободском районе до 350—390 в Сабинском, Верхне-Услонском, Лениногорском районах. Такие контрасты свидетельствуют о плохом учете этой работы.

Серьезную озабоченность вызывает крайне низкий процент охвата диспансерным наблюдением больных ишемической болезнью сердца (49,2%), хроническими гастритами (52,9%), хроническими бронхитами (21,2%). Охват диспансерным наблюдением больных гипертонической болезнью составляет 67,5%, что также является недостаточным. Наряду с низкими количественными показателями диспансеризации населения, крайнюю тревогу вызывает ее качество и эффективность. Прежде всего необходимы централизованный учет лиц, подвергнутых диспансеризации, и унификация групп диспансерного наблюдения. Даже в ряде крупных городских поликлиник ТАССР не все участковые и цеховые терапевты имеют отчетливое представление о 5-групповой диспансеризации, не знают показателей диспансеризации на своем участке, не располагают сведениями о том, у каких узких специалистов находятся на диспансерном учете больные их участка. Не везде надлежащим образом промаркированы амбулаторные карты, намечен план обследования, осуществляется рациональная профилактическая госпитализация, санаторно-курортное лечение и трудоустройство. Иногда диспансерные больные длительно не осматриваются.

В соответствии с решениями XXVI съезда КПСС и июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС предстоит решить задачу огромной государственной важности — провести всеобщую диспансеризацию населения. Переход ко всеобщей диспансеризации должен осуществляться по этапам с постепенным расширением контингента лиц, подлежащих диспансеризации. Для этого необходимо дальнейшее укрепление связи участкового врача-терапевта с врачами других специальностей, повышение его роли в так называемой комплексной диспансеризации. Важно дальнейшее развитие форм взаимодействия различных лечебно-профилактических учреждений в диспансерной работе, а также создание преемственной системы наблюдения: ребенок — подросток — взрослый. Для практического осуществления перехода ко всеобщей диспансеризации начиная с 1984 года необходимо тщательно проанализировать состояние этой работы во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях, выявить все недостатки и резервы. На основе этого анализа следует составить конкретный план мероприятий по организации всеобщей диспансеризации в каждом поликлиническом учреждении, затем его обсудить на общем собрании коллектива и передать на утверждение главному врачу района или в райздравотдел. Такие же комплексные планы должны быть разработаны в связи с диспансеризацией в целом по району и утверждены медицинским советом. В планах необходимо предусмотреть все стороны предстоящей работы: укрепление кадрового состава, учебу, оснащение медоборудованием, транспортом, улучшение деятельности лабораторных диагностических кабинетов, развитие преемственности в работе поликлиник, стационаров, скорой помощи, санаториев и санаториев-профилакториев.

В ТАССР необходимо открыть 15 отделений профилактики, в которые должны войти кабинеты диспансеризации, уже созданные в настоящее время в Бавлинской, Бугульминской, Альметьевской, Азнакаевской поликлиниках.

Для выполнения постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» от 19/VIII 1982 г. с целью оказания высококвалифицированной помощи больным в составе крупных поликлиник организуются поликлиники консультативно-диагностической помощи. В их функции входит обеспечение больных квалифицированной консультативной врачебной помощью по основным и узким профилям, проведение необходимых лабораторных, инструментальных и аппаратных диагностических исследований с применением современных методов обследования больных, определение рекомендаций по их дальнейшему лечению в условиях амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. К решению этих важных и ответственных задач следует привлекать сотрудников клинических кафедр медицинских вузов. В Казани поликлиники консультативно-диагностической помощи с участием профессоров, доцентов, ассистентов Казанского медицинского института созданы на базе консультативной поликлиники Республиканской клинической больницы и поликлиники строительного треста.

Серьезной задачей улучшения этапного обслуживания больных является налаживание преемственности в работе поликлиник, службы скорой помощи и стационаров, поскольку здесь еще встречаются серьезные недостатки. В ряде поликлиник отсутствует должная преемственность в работе с учреждениями скорой помощи, что нередко приводит к несвоевременному оказанию надлежащей медицинской помощи больным с рецидивирующими и другими заболеваниями, требующими систематического наблюдения и своевременного проведения всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Совершенно недопустимым является сокращение некоторыми поликлиниками объема оказания помощи больным на дому (окончание записи в 12—14 ч и прекращение врачами посещения больных на дому в 16—17 ч). В результате некоторые больные, которых должен посетить участковый врач, вынуждены обращаться за медицинской помощью в учреждения скорой медицинской помощи. Это является одной из причин несвоевременного выезда бригад скорой медицинской помощи к больным с острой патологией. Только по Казани в 1983 г. в часы работы поликлиник поступило 4640 вызовов, не требующих оказания экстренной помощи.

Большое значение приобретают вопросы совершенствования и дальнейшего улучшения медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий. Снижение общей заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности среди рабочих является не только важнейшим фактором укрепления их здоровья, но и одним из резервов производства.

Медицинское обслуживание рабочих и служащих промышленных предприятий в ТАССР осуществляют 25 медико-санитарных частей и 14 поликлиник. Рабочие и служащие мелких промышленных предприятий и строительных организаций прикреплены к территориальным поликлиникам. Работа медико-санитарных частей предприятий и цеховых терапевтов территориальных поликлиник организована в соответствии с режимом работы предприятий. За период с 1980 по 1982 г. число цеховых участков возросло с 350 до 380. Укомплектованность должностей цеховых терапевтов составляет 97,4%.

В целях улучшения здоровья работающих, повышения качества диспансерного наблюдения в республике широко внедряется одна из форм совместной работы медиков и инженеров — врачебно-инженерные бригады, организованные на 78 ведущих предприятиях республики. Их деятельность направлена на создание оптимальных условий труда, на профилактику профессиональной и общей заболеваемости, рациональное трудоустройство трудящихся.

Значительное место в работе участкового и цехового терапевта занимает экспертиза трудоспособности. Во многих поликлиниках правильно организована работа врачебно-консультативных комиссий (ВКК), регулярно проводятся заседания, увеличено время их работы, на комиссии больных представляют лечащие врачи. Хорошо поставлена работа ВКК поликлиник Бугульминской, Лениногорской, Альметьевской, Нижнекамской ЦРБ и др. В них анализируют качество экспертизы трудоспособности каждым врачом-терапевтом, среднюю длительность больничного листа по нозологии, временную нетрудоспособность до 3 и 6 дней.

В ряде поликлиник заведующими отделениями осуществляется плановая госпитализация больных, анализируется заболеваемость с временной утратой трудоспособности по терапевтическим и цеховым участкам. Снижение заболеваемости наблюдается там, где организации и качеству экспертизы трудоспособности и повышению квалификации врачей в вопросах врачебно-трудовой экспертизы уделяется самое серьезное внимание (Альметьевская ЦРБ и медсанчасть НГДУ «Альметьевскнефть»,

Бугульминская, Елабужская, Лениногорская ЦРБ). Однако в этом разделе работы еще имеются существенные недостатки. Так, в Балтасинской поликлинике заседание ВКК проводится лишь один раз в неделю, что недостаточно для квалифицированного решения вопросов экспертизы трудоспособности. Не осуществляется систематический анализ качества экспертизы трудоспособности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности в ряде районов республики. В некоторых учреждениях не контролируются средние сроки пребывания пациентов на больничном листе, не проводится экспертная оценка обоснованности выдачи листов нетрудоспособности: имеются случаи как неоправданного удлинения сроков пребывания на больничном листе, так и их сокращения.

Не достигнута должная преемственность между работой ВКК поликлиник и ВТЭК. Проверки показали, что в ряде лечебных учреждений лечащие врачи не представляют больных на первичное освидетельствование во ВТЭК. Наблюдаются случаи необоснованного направления больных во ВТЭК. Низок показатель полной медицинской реабилитации инвалидов в ТАССР.

Участковый врач — ведущая фигура в системе советского здравоохранения и организации лечебно-профилактической помощи населению на современном этапе. В соответствии с постановлениями партии и правительства в последние годы принимаются действенные меры по улучшению условий их труда, повышению квалификации. Введена интернатура по специальности «участковый врач-терапевт», установлен ряд льгот для оплаты их труда. Численность территориальных терапевтических участков возросла в 2 раза — с 428 в 1980 г. до 852 в 1983 г. Численность населения на одном участке сократилась с 3488 человек в 1977 г. до 2178 в 1982 г. К концу 1983 г. нагрузка составила не более 2000 человек на один участок, то есть уменьшилась на 57%. Число посещений в год на одну занятую должность врача-терапевта снизилось с 3548 в 1980 г. до 3418 в 1982 г. Сократилось и число посещений участковых терапевтов на дому с 979 до 909.

Однако, несмотря на значительное снижение нагрузки терапевтов, качество медицинской помощи населению еще не находится на должном уровне. Остается слабой выявляемость больных и организация их диспансерного наблюдения. О серьезных недостатках в работе терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений республики можно судить по значительному проценту расхождений диагнозов терапевтов при направлении больных на консультацию. Все это свидетельствует об имеющихся серьезных пробелах в работе врачей-терапевтов по диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний, по недостаточному использованию и неполному осмыслению данных лабораторных и других параclinical исследований, а в отдельных случаях показывает безответственное отношение к обоснованию диагноза.

Заведующие терапевтическими отделениями поликлиник, главные терапевты районов не уделяют должного внимания систематическому проведению экспертной оценки врачебного приема, а именно в этом скрыты большие резервы улучшения качества медицинской помощи населению.

Не удовлетворяет полностью и работа участковых врачей как организаторов здравоохранения, особенно в плане организации санитарного просвещения всего населения. Санитарное просвещение, безусловно, проводится, однако его результативность остается низкой.

Советский народ высоко ценит честный самоотверженный труд врачей, медицинских сестер и других работников здравоохранения. Тем более недопустимы факты невыполнения отдельными медицинскими работниками своего служебного долга, невнимания, грубости, равнодушия к людям. Они вызывают обоснованные жалобы населения, число которых, к сожалению, не снижается. Встречаются факты недобросовестного отношения врачей к проведению диспансеризации на врачебном участке.

Необходимо решить проблему разукрупнения участков до 1700 человек уже в 1984 г. и добиться их полной укомплектованности. Особое внимание следует уделять на всех уровнях систематическому анализу деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, выявлению лучших форм организации работы, лучших коллективов и внедрению передового опыта в широкую сеть. Ученые-клиницисты и организаторы здравоохранения должны уделять научному анализу и оказанию практической помощи амбулаторно-поликлиническим учреждениям значительно большее внимание, чем до сих пор. Ни одна большая или малая проблема в здравоохранении не решалась и не может быть решена без активного участия работников амбулаторно-поликлинической сети, особенно без участковых и цеховых терапевтов, которые были и остаются передовым отрядом нашего советского здравоохранения.