

III

INSS 0490—1177



Международный
ГОД РЕБЕНКА



ДРАВООХРАНЕНИЕ ИРГИЗИИ

4

ИЮЛЬ — АВГУСТ

1979

г. ФРУНЗЕ

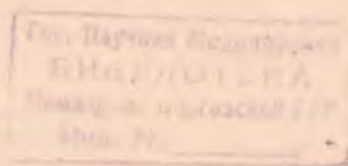
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ Киргизии

(Специальный выпуск)

Редакционная коллегия:

Главный редактор В. А. ПЕТРОСЬЯНЦ

Члены редколлегии: А. А. АЙДАРАЛИЕВ, С. Б. ДАНИЯРОВ
(зам. главного редактора), Н. Д. ДЖУМАЛИЕВ, И. Т. КАЛЮЖНЫЙ
(зам. главного редактора), М. Н. ЛЕХТМАН, М. М. МАМАКЕЕВ,
М. М. МИРРАХИМОВ, Т. И. ПОКРОВСКАЯ, Н. Л. СНЕГАЧ
(ответственный секретарь), А. И. САЕНКО



СОДЕРЖАНИЕ

О. Т. Тургунбаев — Здоровье народа — богатство страны.	3
Н. И. Деревянкина — Здоровый ребенок — надежное будущее.	8
А. Таджибаев — Все лучшее детям.	12
А. А. Ильин — Институт акушерства и педиатрии — службе охраны здоровья женщин и детей села.	14
К. Субанбаев — О некоторых формах совершенствования медицинской помощи детям села.	17
Л. Д. Рыбалкина — К вопросу антенатальной охраны плода.	19
К. Атаханов — Растите счастливыми!	22
Т. И. Покровская, Н. Ш. Андреева — Критерии диагностики сепсиса у детей раннего возраста.	24
Г. С. Морозова, Л. Н. Макарова, Т. В. Туркенич — Клинико-лабораторные критерии дифференциальной диагностики стафилококковой пневмонии у детей раннего возраста.	30
В. С. Кононов — Развитие и успехи детской хирургии в Киргизской ССР.	34
Г. А. Комаров, Ф. М. Григорьева — Неспецифическая резистентность при острой пневмонии у детей раннего возраста, постоянных жителей разных высот Центрального Тянь-Шаня.	38
Л. М. Кац, А. Н. Серова, И. А. Гейн — Диагностика и лечение вирильного синдрома.	42
В. А. Балтийский — Роль Советского Красного Креста в организации охраны здоровья населения.	46
Р. Б. Ибраимова — Активная позиция.	50
С. Ш. Хилоу — Роль активистов Общества Красного Креста в оказании первичной медико-санитарной помощи населению Чуйского района.	53
У. Ш. Галиев, А. Я. Шалль — Роль санитарного актива Общества Красного Креста в оказании первичной медико-санитарной помощи рабочим промышленных предприятий.	56
Р. А. Стеблянко — Санитарное просвещение населения Киргизстана.	60
Н. А. Галушко — Охрана окружающей среды — забота всенародная.	62

Техн. редактор Л. Лазарева.
Корректор Э. Кульматова.

Адрес редакции:
720000, ГСП, Фрунзе,
пр. Дзержинского, 10.

Формат издания 70×108¹/₁₆. Объем 4 печ. листа. 5,2 пр. л. 5,1 уч. изд.
Подписано к печати 3/VI 77 г. Д — 04377. Заказ 1858. Тираж 6674. Цена 35 коп. Индекс 77393.

720040, ГСП г. Фрунзе, типография издательства ЦК Компартии Киргизии.

С Издательство «Ала-Тоо», 1979 г.

Здоровье народа — богатство страны

О. Т. ТУРГУНБАЕВ,
министр здравоохранения Киргизской ССР

Путь, пройденный советским народом за 62 года, прошедших со времени победы Великой Октябрьской социалистической революции, отразил коренные социально-экономические преобразования в жизни нашей страны.

Забота о благосостоянии народа, о постоянном улучшении его здоровья, развитии физических и духовных сил с первых дней советской власти стала одной из основных задач Коммунистической партии и социалистического государства. На XXV съезде КПСС Генеральный секретарь ЦК нашей партии товарищ Л. И. Брежнев подчеркнул: «Среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье советских людей».

Здоровье народа является основным богатством страны и забота о нем приобрела общегосударственное значение. Право советских граждан на медицинскую помощь закреплено в основном законе Страны Советов — Конституции СССР и в Конституциях союзных республик.

Советское здравоохранение характеризуется государственностью, общедоступностью квалифицированной медицинской помощи, бесплатностью, профилактической направленностью, гуманизмом, участием широких масс трудящихся в организации здравоохранения.

Основное направление в развитии здравоохранения республики — постоянное укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, совершенствование организации, расширение объема, повышение эффективности и качества, дальнейшее развитие специализированной медицинской помощи и более полное удовлетворение городского и сельского населения всеми ее видами.

История здравоохранения Киргизии представляет собой одну из глав истории на гигантском пути хозяйственного и культурного строительства, пройденном киргизским народом под руководством партии Ленина. Условия жизни киргизов до Октябрьской революции были крайне тяжелыми. Много жизней уносили голод, холод, непрекращающиеся эпидемии.

На территории дореволюционной Киргизии было тридцать амбулаторий и девять больниц на 100 коек и всего 15 врачей. На каждые 10 тысяч жителей приходилось 1,2 больничной койки, а на 58 тысяч — один врач и на 29 тысяч жителей один средний медицинский работник. Одно медицинское учреждение приходилось на территорию в 6—7 тыс. квадратных километров. Все медицинские учреждения сосредотачивались в городах и переселенческих пунктах, местах расположения воинских частей и предназначались для обслуживания феодальной знати,

чиновников и военных. Здоровье трудового народа находилось в руках невежественных знахарей и представителей духовенства.

С первых же дней установления Советской власти в Киргизии государство взяло на себя заботу о здоровье народа. Началось формирование новой — советской системы здравоохранения, которой предстояло покончить с наследием феодально-патриархального строя — непрекращающимися эпидемиями тифов, оспы, малярии и другими опасными болезнями. В дружной семье братских народов нашей страны киргизский народ прошел путь от вековой отсталости к прогрессу, республика превратилась в процветающий индустриальный край с высокоразвитым сельским хозяйством, наукой, культурой, высоким жизненным уровнем народа.

Здравоохранение республики сложилось в стройную систему, способную эффективно решать сложные задачи предупреждения и лечения болезней. Претворяя в жизнь исторические решения XXV съезда КПСС, в республике осуществляется строительство многопрофильных и специализированных медицинских учреждений. Одновременно продолжается укрупнение существующих лечебно-профилактических учреждений, улучшение их технической оснащенности.

В настоящее время медицинская помощь населению республики оказывается в 266 больничных учреждениях, имеющих более 41 тысячи коек, и в 345 амбулаторно-поликлинических врачебных учреждениях. Кроме того, в сельской местности функционируют около 900 фельдшерско-акушерских пунктов.

Широкая сеть медицинских учреждений обеспечивает оказание медицинской помощи жителям любого населенного пункта в самые минимальные сроки. При этом принципы организации медицинской помощи едины для городского и сельского населения. Однако разнообразие географических условий, в которых живут сельские жители, характер их расселения, труда и быта обуславливают специфику построения медицинской помощи на селе. Система оказания медицинской помощи жителям села основана на этапности:

- первый этап — сельский врачебный участок, состоящий из комплекса медицинских учреждений: участковая больница, врачебная амбулатория, фельдшерские пункты, здравпункты;
- второй этап — районные медицинские учреждения: центральная многопрофильная больница с поликлиникой и отделением скорой медицинской помощи, диспансеры и другие районные учреждения;
- третий этап — областные и республиканские медицинские учреждения.

Успешно решается задача повышения качества медицинской помощи сельскому населению республики и приближение ее к уровню медицинской помощи жителям города.

Мощность больничества центральных районных больниц доведена до 300—400 и более коек, что дало возможность организации в них специализированной помощи по основным направлениям современной медицины.

В республиканских и областных больницах созданы центры специализированной помощи: пульмонологии, гематологии, кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, нефроурологии, нейрохирургии, торакальной хирургии, сосудистой хирургии, ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, нейротравмы, ожоговый и другие.

Большое внимание уделяется развитию самого массового вида медицинской помощи населению — амбулаторно-поликлинической помощи.

В течение года в наши амбулаторно-поликлинические учреждения, в которых обеспечиваются приемы по 10—20 и более специальностям, населением делается более 20 миллионов посещений. Более 85% больных начинают и заканчивают лечение в поликлинике. Поэтому повсеместно продолжается работа по улучшению организации амбулаторно-поликлинической помощи, оснащению этих учреждений диагностической и лечебной аппаратурой, расширению сети вспомогательных диагностических кабинетов и лабораторий.

Дифференциация в здравоохранении является прогрессивным методом обслуживания больных, но, наряду с этим, участковый врач-терапевт остается центральной фигурой профилактической деятельности, подлинным проводником идей профилактики в жизнь. Участковый принцип обслуживания населения остается ведущим, в республике постоянно осуществляется разукрупнение территориальных и цеховых участков, укрупнение их кадрами.

Профилактическое направление здравоохранения предусматривает широкое проведение профилактических целевых осмотров населения с целью раннего выявления онкологических, эндокринных заболеваний, туберкулеза, глаукомы и других.

Ведущее место в осуществлении профилактических мероприятий занимает диспансеризация. Из каждой тысячи взрослого населения под диспансерным наблюдением находится более 110 человек. Охват диспансерным наблюдением по основным нозологическим формам составляет от 87 до 100%.

В результате систематического проведения комплекса профилактических мероприятий ежегодно увеличивается число лиц, снятых с учета в связи с выздоровлением.

Большое внимание уделяется развитию скорой и неотложной помощи населению, которая повсеместно оказывается сетью станций и отделений скорой медицинской помощи, являющихся структурными подразделениями городских и районных больниц. На станциях скорой помощи созданы специализированные кардиологические, травматологические, терминальные, психиатрические, детские и другие бригады, оснащенные необходимым оборудованием и аппаратурой. В городе Фрунзе организована больница скорой медицинской помощи. Для обеспечения экстренной помощи населению в труднодоступных районах используется санитарная авиация.

В сложившейся системе здравоохранения особое место занимает организация лечебно-профилактической помощи детям и матерям. В каждом городе и сельском районе имеются женские и детские консультации, родильные дома и детские отделения. 40% имеющихся детских коек — специализированные.

Обеспечивается ранняя госпитализация женщин в случае патологии беременности или имеющихся заболеваний у беременной, а при угрожающих состояниях — в палаты интенсивной терапии.

В республике создана широкая сеть детских молочных кухонь и повсеместно организована реализация сухих и консервированных продуктов детского питания для домашнего приготовления в целях рационального вскармливания детей.

С целью достаточного и систематического лекарственного обеспечения в республике создана широкая сеть аптечных учреждений: 328 аптек и более 1000 аптечных пунктов и киосков бесперебойно обес-

печивают медицинские учреждения и население медикаментами и предметами личной гигиены. Практически в каждом населенном пункте имеется аптечное учреждение.

Профилактическая направленность нашего здравоохранения носит активный характер и выходит далеко за рамки медицинских мер.

Закон о здравоохранении Киргизской Советской Социалистической Республики, принятый Верховным Советом республики 2-го июля 1971 года, ставит перед общественными организациями, руководителями предприятий, учреждений, хозяйств вполне определенные задачи по охране окружающей среды от загрязнения промышленными и хозяйственными выбросами, по рациональной планировке и санитарному благоустройству населенных мест, повышению санитарной культуры.

Эпидемическое благополучие в республике обеспечивается сетью городских и районных санитарно-эпидемиологических станций, располагающих необходимыми лабораторными подразделениями. Органами санитарно-эпидемиологической службы республики постоянно проводится работа по повышению уровня государственного санитарного надзора.

В целях профилактики инфекционных заболеваний принимаются меры по усилению контроля за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на предприятиях пищевой промышленности, объектах общественного питания, торговли, водоснабжения; выполнению санитарно-гигиенического режима в дошкольных детских учреждениях, школах, лечебно-профилактических учреждениях, а также по улучшению работы органов коммунального хозяйства по санитарной очистке и благоустройству населенных пунктов. Постоянно проводится работа, направленная на дальнейшее санитарное благоустройство городов и сел, развитие водоснабжения, канализации, охрану водоемов и атмосферного воздуха от загрязнений. Проводимые мероприятия позволили значительно снизить инфекционную заболеваемость и улучшить показатели здоровья населения республики. Достаточно сказать, что средняя продолжительность жизни населения, по сравнению с дореволюционным периодом, увеличилась в два раза.

В профилактике болезней большое значение имеет гигиенически грамотное поведение людей, их сознательное и ответственное отношение к врачебным рекомендациям, их активное участие в охране окружающей среды, санитарном благоустройстве населенных мест и повседневном поддержании чистоты. Поэтому в пропаганде медицинских и гигиенических знаний, помимо медицинских работников, участвуют педагоги, работники культуры, активисты Общества Красного Креста, работники профсоюзных и других общественных организаций. Их участие в этом важном деле определено комплексным планом мероприятий по повышению санитарной культуры населения, утвержденным правительством республики. Достигнутые успехи в развитии здравоохранения республики явились следствием упорного труда нашего народа и беззаветного служения Родине наших медицинских работников. Их самоотверженный труд, высокая квалификация, постоянный поиск эффективных форм работы — залог новых успехов в борьбе за здоровье народа.

В учреждениях здравоохранения республики трудятся более 60 тысяч человек, из них около 10 тысяч врачей и почти 30 тысяч средних медицинских работников, что составляет 26 врачей и 83 средних медицинских работника на каждые 10 тысяч населения. Другими словами, на каждые 389 человек населения приходится один врач, а на одного среднего медицинского работника — 121 человек.

Подготовка врачебных кадров в республике осуществляется Киргизским государственным медицинским институтом, в котором обучается 4 тысячи человек. Медицинских работников средней квалификации готовят девять медицинских училищ. Большой вклад в развитие здравоохранения республики вносят шесть научно-исследовательских институтов медицинского профиля. Являясь головными учреждениями, они внедряют достижения медицинской науки в практику здравоохранения. В научно-исследовательских институтах онкологии и радиологии, туберкулеза, акушерства и педиатрии, кардиологии, эпидемиологии, микробиологии и гигиены, физиотерапии и курортологии и медицинском институте работают над решением проблем здравоохранения 440 докторов и кандидатов медицинских наук.

Успехи советского здравоохранения очевидны и бесспорны. Они достигнуты в результате претворения в жизнь Ленинского принципа решения задач здравоохранения при широком участии всего нашего народа. В организации и проведении всех мероприятий по совершенствованию здравоохранения и поднятию санитарной культуры населения неоценимая роль принадлежит самой массовой организации, верным помощникам медицинских работников — активистам Общества Красного Креста, активно участвующим во всех мероприятиях, проводимых органами и учреждениями здравоохранения. Особенно важно участие актива в поднятии санитарной культуры населения, пропаганде медицинских и санитарных знаний.

Сейчас нет ни одного промышленного предприятия, колхоза, совхоза, школы, института, где бы не было санитарных постов, санитарных дружин, общественных санитарных инспекторов. Они оказывают большую помощь в проведении месячников санитарной очистки населенных мест, ведут контроль за состоянием источников водоснабжения, правильностью сбора, транспортировки, утилизации отходов и озеленением населенных мест.

Руководят работой санитарного актива участковые медицинские работники, хорошо знающие особенности труда и быта населения. И можно с полной уверенностью сказать, что работа с санитарным активом является одним из основных разделов в работе медиков, обеспечивающих медико-санитарную помощь. Большая работа проводится санитарным активом Общества Красного Креста по развитию безвозмездного донорства. Безвозмездное донорство превратилось в республике в массовое движение, ярко характеризующее гуманность и патриотизм нашего народа. Почти повсеместно председателями городских и районных комитетов Общества Красного Креста избираются руководители медицинских учреждений. Это является убедительным доказательством неразрывной связи Общества Красного Креста и учреждений здравоохранения, подтверждает единство их интересов. И медицинские работники признательны и благодарны своему верному другу — активу Общества Красного Креста за большую и бескорыстную помощь в охране здоровья нашего народа.

Здоровый ребенок — надежное будущее

Н. И. ДЕРЕВЯНКИНА,

заместитель министра здравоохранения Киргизской ССР

55 лет прошло со дня образования Киргизской ССР, и за этот исторически короткий срок в республике, как и во всей стране, произошли коренные социально-экономические преобразования во всех отраслях народного хозяйства, в области культуры, в здравоохранении, решившие проблему охраны здоровья советского народа и закрепившие эти права конституционно.

«Здоровый ребенок — надежное будущее» — лозунг Международного года ребенка и Всемирного дня здоровья.

Советское государство с первого дня существования поставило перед собой цель — воспитание здорового ребенка.

«Социалистическое государство, единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья населения», — говорится в Программе КПСС¹. Здоровье женщин и детей в СССР охраняется законодательством, включающим 27 законов и Указов Президиума Верховного Совета СССР, предусматривающих специальные меры по охране труда и здоровья женщин, создание условий, позволяющих женщинам сочетать труд с материнством, правовую защиту, материальную и моральную поддержку. В последние годы приняты постановления партии и правительства о выплате пособий по беременности и родам в размере полного заработка, независимо от трудового стажа, всем работающим женщинам; об увеличении числа оплачиваемых дней по уходу за больным ребенком; о введении пособий на детей малообеспеченным семьям, в которых средний совокупный доход на члена семьи не превышает 50 рублей в месяц; о выплате пособий по временной нетрудоспособности всем рабочим и служащим, имеющим трех и более детей, в размере 100% заработка, независимо от непрерывного стажа работы; о мерах по дальнейшему развитию дошкольных учреждений в колхозах; о развитии промышленного производства продуктов детского питания.

В соответствии с постановлением Совета Министров СССР и ВЦСПС от 25 апреля 1978 года «О дополнительных мерах по улучшению условий труда женщин, занятых в народном хозяйстве», Госкомтруд СССР и ВЦСПС утвердили новый список производств, профессий, работ, на которых запрещается применение женского труда.

«Считать дальнейшее улучшение охраны здоровья женщин и детей важнейшей государственной задачей», — говорится в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 870 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». В постановлении определена перспектива развития народного здравоохранения, развития базы родовспоможения и детского здравоохранения, создания условий для организации профилактической работы среди женщин и детей на современном уровне достижений медицинской науки.

В настоящее время в Киргизии действует более тысячи постоянных детских садов, яслей-садов, которые посещают более 12000 детей. Кроме того, более тысячи сезонных колхозных яслей-садов открывается до-

¹ Программа и Устав КПСС. Политиздат. М., 1964, стр. 162.

полнительно в летний период. Вся работа по воспитанию и охране здоровья детей в дошкольных учреждениях направлена на гармоничное развитие личности ребенка, соблюдение возрастных режимов, рационального питания, на организацию гигиенической среды, закаливание и др.

С целью повышения качества воспитательной работы в дошкольных учреждениях совершенствуется система подготовки кадров, повышения их квалификации. Разрабатываются мероприятия по предупреждению заболеваемости детей в коллективах, создаются необходимые условия для развития профилактического направления: предусмотрено увеличить объем массовых профилактических осмотров с целью раннего выявления заболеваний и реализации комплекса профилактических мероприятий.

Для расширения оздоровительных мероприятий и снижения заболеваемости среди детского населения в республике создана широкая сеть здравниц, санаториев и учреждений отдыха для детей и подростков. В 14 детских санаториях ежегодно поправляют свое здоровье более 10 тысяч детей, перенесших различные заболевания. Получает развитие новая форма этих учреждений — санатории и дома отдыха для родителей с детьми.

Ежегодно в летний период десятки тысяч пионеров и школьников выезжают в пионерские лагеря. Только за 1978 г. в пионерских лагерях Киргизии отдохнули 107000 детей. Более пяти тысяч детей ежегодно отдыхают в лагерях санаторного типа.

Новой формой отдыха, способствующей развитию трудовых навыков школьников, являются лагеря труда и отдыха. В прошедшем году в республике функционировало 25 таких лагерей на 13000 мест.

Забота о гармоничном развитии и отдыхе детей неразрывно связана с заботой об их здоровье. В республике создана стройная система охраны здоровья матери и ребенка.

В настоящее время медицинская помощь матерям и детям оказывается более чем в 500 родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в 8 родильных домах, 11 самостоятельных детских больницах, в 326 женских и детских консультациях, в 14 детских санаториях. Кроме того, медицинская помощь женщинам и детям республики оказывается в общих городских и районных больницах и фельдшерско-акушерских пунктах.

Министерством здравоохранения республики, его органами на местах, при непосредственной поддержке и помощи партийных и советских органов проводится целенаправленная работа по укреплению материально-технической базы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений, подготовке медицинских кадров, повышению качества медицинской помощи населению. Одной из новых форм обслуживания этого контингента населения является организация женско-детских выездных консультаций по обслуживанию семей животно-водов и жителей отдаленных населенных пунктов.

Улучшение материально-технической базы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений позволило увеличить к 1979 году число родильных коек до 3618 и довести обеспеченность населения ими до 11,3. Число детских коек в республике увеличилось до 10886, обеспеченность ими составила 31,0 на 10000 детей.

За последние годы широкое развитие получила специализированная помощь матерям и детям. Более 40% от общего числа детских коек составляют специализированные. В детских поликлиниках и консультациях организованы кабинеты по основным видам специализированной

медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь детям в республике в настоящее время оказывается врачами 20-ти специальностей. С 1977 г. в республике взят курс на централизацию родовспоможения, предусматривающий оказание высококвалифицированной стационарной помощи женщинам в родах. Обеспеченность на 10000 населения врачами-педиатрами и акушерами-гинекологами почти достигла среднесоюзных показателей.

Расширение и укрепление материально-технической базы, рост кадров и повышение их квалификации, организационно-методическая работа, проводимая в родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждениях, развитие специализированной помощи детям, внедрение в практику здравоохранения современных достижений медицинской науки позволили улучшить основные качественные показатели работы детских и родовспомогательных учреждений в республике.

Стационарное родовспоможение приближено к полному охвату беременных и составляет 99,9%, беременные полностью охвачены медицинским наблюдением, более 90% из них охвачены дородовым патронажем. Активное посещение беременных работниками женской и детской консультаций имеет целью подготовить их к родам и тем самым способствует рождению здорового ребенка.

Наблюдение за детьми до 1 года жизни, диспансеризация детей из «группы риска», профосмотры детей в дошкольных учреждениях и школах в республике также превышают 90%.

Активное проведение профилактических мероприятий привело к ликвидации в большинстве районов тяжелых форм рахита и гипотрофии, к значительному снижению инфекционной заболеваемости.

В целях повышения качества работы участковых педиатров и средних медицинских работников проводится разукрупнение педиатрических участков, доведение численности детей на участке до утвержденных норм.

Для улучшения организации стационарной помощи детям в большинстве районов и городов республики совершенствуются структура и организационные формы детских больниц и отделений, создаются боксированные палаты и отделения, палаты интенсивной терапии. В течение 1978 года палаты интенсивной терапии созданы в 94 детских больницах и отделениях.

За последние годы созданы отделения патологии новорожденных, лучшими из которых являются отделения в Джалал-Абадской городской больнице и в Детской больнице № 5 г. Фрунзе.

В связи с тем, что под наблюдением медицинских работников сельских участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов (фап) находится более половины сельского детского населения, повсеместно проводятся мероприятия по улучшению профилактической работы на сельских участках и фапах: к обслуживанию детей на селе привлекаются врачи всех специальностей, за фапами закреплены врачи участковых и центральных районных больниц. Составлены четкие графики, согласно которым врачи регулярно выезжают на закрепленные за ними фапы.

Консультативную и экстренную медицинскую помощь сельским жителям оказывают высококвалифицированные специалисты областных детских больниц и научно-исследовательского института акушерства и педиатрии. За истекший год сотрудниками НИИАиП по линии санавиации сделано 283 вылета и выезда в различные районы республики, во время которых проконсультировано 434 больных женщин и детей.

Большую консультативную работу проводят сотрудники института и кафедр педиатрии и во время плановых выездов и экспедиций. За прошедший год сотрудники НИИАиП проконсультировали в различных лечебно-профилактических учреждениях республики около 4000 женщин и детей, по показаниям больные направлялись в стационар института и специализированные роддома для дальнейшего обследования и лечения.

Большую работу в этом плане проводит консультативная поликлиника института и женская консультация республиканского роддома, в которые направляются женщины и дети из районных больниц и поликлиник. Консультативные приемы проводят лучшие специалисты института и кафедры госпитальной педиатрии.

Высокое качество медицинского обслуживания женщин и детей во многом зависит от уровня подготовки, квалификации и инициативности руководителей медицинских учреждений, от квалификации, оперативности врачей и средних медицинских работников.

Различными формами специализации и усовершенствования охвачены в республике почти все врачи-педиатры и акушеры-гинекологи и в первую очередь районные педиатры, заведующие отделениями и консультациями.

В воспитании здорового поколения особое значение имеет рациональное питание детей раннего возраста. В республике создана широкая сеть детских молочных кухонь, которые обеспечивают полноценным питанием детей в городах и сельской местности. Молочные кухни готовят широкий ассортимент продуктов детского питания, одним из которых является биолакт. С 1977 года в г. Фрунзе организовано промышленное изготовление биолакта на городском молочном комбинате, принимаются меры по открытию цехов детского питания в гг. Оше и Пржевальске.

Благодаря неуклонному росту материального и культурного уровня жизни населения, проведению санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, внедрению достижений науки в практику здравоохранения в республике за сравнительно короткий срок произошло снижение общей и инфекционной заболеваемости детей. Санитария и показатель детской смертности, который за 1978 год в ряде городов и районов республики ниже среднесоюзного.

Большая работа проведена в республике по воспитанию здорового ребенка, но многое еще предстоит сделать.

Объявление 1979 года Международным годом ребенка ко многому обязывает органы здравоохранения.

Главной задачей органов здравоохранения республики в текущем году является осуществление всего комплекса мероприятий, направленного на развитие и воспитание здорового ребенка:

- усиление профилактической работы с беременными женщинами и с здоровым ребенком, начиная с первых дней его жизни;
- организация рационального вскармливания и питания детей, что особенно важно в наших условиях (высокая рождаемость, большое число многодетных матерей, климатические условия);
- улучшение преемственности в работе женской консультации и роддома, детской поликлиники и стационара;
- проведение широкой санитарной пропаганды среди родителей и созданию наиболее благоприятных условий для развития и воспитания здорового ребенка в каждой семье.

В текущем году в республике проводится большая работа, направленная на дальнейшее улучшение охраны здоровья женщин и детей.

«Мы еще далеко не все сделали, чтобы облегчить двойную ношу, которую они несут и дома и на работе», — сказал о женщинах Леонид Ильич Брежнев на XVI съезде профсоюзов. И задача медицинских работников республики всемерно помогать женщине-матери растить здоровое, крепкое поколение, будущих борцов за мир и справедливость, будущих строителей коммунизма. По существу, каждый год нашей жизни посвящен детству, тем, кто вступает в жизнь. Каждый день нашей жизни страна, партия, каждый человек посвящает детям.

Лучшее — детям

А. ТАДЖИБАЕВ,

председатель исполкома Ошского областного Совета народных депутатов

Организацией Объединенных Наций (ООН) принято решение о провозглашении 1979 года Международным годом ребенка.

Совет Международной Демократической Федерации женщин обратился к национальным организациям всех стран с призывом отметить 1 июня 1979 года — Международный день защиты детей — активными действиями по пропаганде идей Международного года ребенка, сделать его днем борьбы за прекращение гонки вооружений и за разоружение, являющихся необходимым условием обеспечения мира. А это борьба за жизнь, за будущее человечества. Это значит — дать всем детям мира возможность для полноценного физического и умственного развития, для раскрытия и совершенствования их способностей и талантов, развивать в них умение обогащать, украшать и преобразовать жизнь человека на Земле.

Международный год ребенка призван не только привлечь внимание взрослых к «маленькому веселому человечеству», как назвал детей замечательный русский писатель Андрей Платонов, но и глубоко озабочиться судьбой юного поколения планеты. Молодежь в возрасте до 25 лет составляет половину населения земного шара, а 60 процентов из них — молодые женщины и девушки.

Выступая по Центральному телевидению 1 января 1979 года, Генеральный секретарь ЦК КПСС, Председатель Президиума Верховного Совета СССР товарищ Леонид Ильич Брежнев сказал по поводу объявления 1979 года Международным годом ребенка: «Мы стремимся научить детей добру, дружбе, научить их жить по-добрососедски со всеми людьми любой национальности и цвета кожи, научить их уважать труд и уметь трудиться на благо всех людей». Он подчеркнул: «...наш долг постараться, чтобы дети всех народов не знали войн, чтобы у них было спокойное, радостное детство».

Владимир Ильич Ленин, придавая исключительно важное значение вопросу воспитания детей, настоятельно требовал передать все лучшее детям. Этот наказ В. И. Ленина всегда был и остается повседневной программой деятельности Коммунистической партии и Советского государства. И сегодня этот наказ приобретает особую актуальность.

Заботливое отношение к людям вообще характерно для нашего общества. В нашей стране ежегодно улучшается благосостояние советских людей, получает дальнейшее развитие здравоохранение, народное образование, культура и спорт.

«Мы еще далеко не все сделали, чтобы облегчить двойную ношу, которую они несут и дома и на работе», — сказал о женщинах Леонид Ильич Брежнев на XVI съезде профсоюзов. И задача медицинских работников республики всемерно помогать женщине-матери растить здоровое, крепкое поколение, будущих борцов за мир и справедливость, будущих строителей коммунизма. По существу, каждый год нашей жизни посвящен детству, тем, кто вступает в жизнь. Каждый день нашей жизни страна, партия, каждый человек посвящает детям.

Лучшее — детям

А. ТАДЖИБАЕВ,

председатель исполкома Ошского областного Совета народных депутатов

Организацией Объединенных Наций (ООН) принято решение о провозглашении 1979 года Международным годом ребенка.

Совет Международной Демократической Федерации женщин обратился к национальным организациям всех стран с призывом отметить 1 июня 1979 года — Международный день защиты детей — активными действиями по пропаганде идей Международного года ребенка, сделать его днем борьбы за прекращение гонки вооружений и за разоружение, являющихся необходимым условием обеспечения мира. А это борьба за жизнь, за будущее человечества. Это значит — дать всем детям мира возможность для полноценного физического и умственного развития, для раскрытия и совершенствования их способностей и талантов, развивать в них умение обогащать, украшать и преобразовать жизнь человека на Земле.

Международный год ребенка призван не только привлечь внимание взрослых к «маленькому веселому человечеству», как назвал детей замечательный русский писатель Андрей Платонов, но и глубоко озабочиться судьбой юного поколения планеты. Молодежь в возрасте до 25 лет составляет половину населения земного шара, а 60 процентов из них — молодые женщины и девушки.

Выступая по Центральному телевидению 1 января 1979 года, Генеральный секретарь ЦК КПСС, Председатель Президиума Верховного Совета СССР товарищ Леонид Ильич Брежнев сказал по поводу объявления 1979 года Международным годом ребенка: «Мы стремимся научить детей добру, дружбе, научить их жить по-добрососедски со всеми людьми любой национальности и цвета кожи, научить их уважать труд и уметь трудиться на благо всех людей». Он подчеркнул: «...наш долг постараться, чтобы дети всех народов не знали войн, чтобы у них было спокойное, радостное детство».

Владимир Ильич Ленин, придавая исключительно важное значение вопросу воспитания детей, настоятельно требовал передать все лучшее детям. Этот наказ В. И. Ленина всегда был и остается повседневной программой деятельности Коммунистической партии и Советского государства. И сегодня этот наказ приобретает особую актуальность.

Заботливое отношение к людям вообще характерно для нашего общества. В нашей стране ежегодно улучшается благосостояние советских людей, получает дальнейшее развитие здравоохранение, народное образование, культура и спорт.

На промышленных предприятиях, стройках, в колхозах, совхозах, на предприятиях бытового обслуживания и торговли проводится большая работа, направленная на улучшение условий труда женщин, повышение уровня механизации производственных процессов, создание нормальных бытовых условий, улучшение работы детских дошкольных учреждений.

Ценит советское общество и материнский труд. Дать Родине нового гражданина, вырастить его здоровым, воспитать честным, смелым, добрым — разве это не благородный труд? И когда на свет появляется новый человек, бесконечно радуется мать, гордится отец. В этом крохотном существе они видят продолжение жизни, свои светлые надежды и мечты. Но дети это не только радость семьи. Дети — это будущее народа, будущее государства.

В нашей стране вопросам охраны материнства и детства уделяется особенно большое внимание. Конституцией СССР забота о здоровье советской женщины возведена в ранг закона. Профилактическую, при необходимости лечебную помощь женщина во время беременности и родов и в период воспитания ребенка получает в медицинских учреждениях (женские консультации, родильные дома, больницы), которые призваны заботиться о сохранении и улучшении их здоровья.

В истекшем году лечебно-профилактическими учреждениями области приобретено большое количество диагностической и лечебной аппаратуры, инвентаря для оснащения и дооснащения детских лечебных и родовспомогательных учреждений.

Осуществляется дальнейшее развитие специализированной помощи детям. Специализированные неврологические койки намечается развернуть в текущем году в городе Узгене — для детей Узгенского и Советского районов. Переведены в лучшие здания женские консультации в городах Кызыл-Кия и Сулюкта, родильные отделения — в новые здания больниц в районцентрах Исфана и Баткен.

Готовится к сдаче в эксплуатацию новый корпус родильного дома на 100 коек в городе Карасу, новое здание детской больницы в Ленинском районе, строятся здания для детских отделений в Базар-Курганском районе и в селе Ленинское Узгенского района.

В областном центре ведется строительство 300-коечной многопрофильной детской больницы.

В практику родовспоможения широко внедряются современные методы диагностики и лечения.

Ежегодно улучшается ассортимент продуктов детского питания. За 4 года количество получаемых в области смесей возросло в 4 раза. Во всех магазинах городов и сел имеются «Уголки детского питания». В области открыто 129 молочных кухонь. Ежегодно улучшается снабжение молочных кухонь молоком.

На Ошском гормолзаводе увеличен выпуск витаминизированного молока, творожных сырков, кисломолочной продукции для детского питания.

Большое внимание и заботу проявляет наше государство о многодетных матерях. Им выплачивается пособие на детей, они награждаются орденами и медалями Советского Союза за воспитание детей.

В нашей стране учатся все дети. Только за три года десятой пятилетки в области построено 75 школ на 36 тысяч ученических мест, до конца пятилетки будет построено еще 48 школьных зданий, в том числе в текущем году 26 школ на 14 тысяч мест. Школа готовит ребенка к самостоятельной жизни. Одна из главных задач государственной поли-

тики нашей страны состоит в том, чтобы обеспечить подрастающему поколению все возможности для получения образования, стать не только высококультурными, но и сознательными гражданами, активными строителями новой жизни.

Здоровье детей, их воспитание, образование — это проблемы, которыми озабочено сегодня все человечество.

Минуло 20 лет с тех пор, как ООН провозгласила Декларацию прав ребенка. Однако во многих странах миллионы детей в возрасте до 5 лет гибнут от голода и отсутствия медицинской помощи. Беременные женщины систематически недоедают, им недоступно дорогостоящее медицинское обслуживание.

Советские люди Международный год ребенка воспринимают как год солидарности всех прогрессивных сил планеты против социальных лишений и расовых унижений, как год борьбы за будущее человечества.

Программа Мира, выдвинутая XXV съездом Коммунистической партии Советского Союза, успешно претворяемая в жизнь советским народом, нашла широкую поддержку в кругах мировой прогрессивной общественности, среди женщин всех стран и континентов.

В нашей стране все лучшее отдается детям. Они — наша любовь, наше Завтра. Но мы, советские люди, не можем оставаться спокойными, когда в мире существуют горе, несправедливость, когда страдают, болеют и гибнут дети.

Титаническую битву за мир ведет партия Ленина. Это прежде всего борьба за счастливую, озаренную солнцем жизнь для всех детей планеты.

Институт акушерства и педиатрии — службе охраны здоровья женщин и детей села

А. А. ильин,

директор КиргНИИ акушерства и педиатрии

За последние годы в облике сел Киргизии произошли значительные перемены, обусловленные социально-экономическими преобразованиями в жизни села.

Новым ярким проявлением заботы партии о тружениках села, о сельскохозяйственном производстве являются решения Июльского (1978 г.) пленума ЦК КПСС. Комплексный подход к проблеме села, намеченный пленумом, ставит серьезные задачи перед органами здравоохранения.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» в числе главных задач развития здравоохранения определены мероприятия по улучшению охраны здоровья женщин и детей.

Задача медицинских работников службы родовспоможения и детского здравоохранения, коллектива института акушерства и педиатрии — внести свой вклад в дело совершенствования охраны здоровья женщин-матерей и их детей, проживающих на селе, добиться улучшения и сохранения их здоровья.

тики нашей страны состоит в том, чтобы обеспечить подрастающему поколению все возможности для получения образования, стать не только высококультурными, но и сознательными гражданами, активными строителями новой жизни.

Здоровье детей, их воспитание, образование — это проблемы, которыми озабочено сегодня все человечество.

Минуло 20 лет с тех пор, как ООН провозгласила Декларацию прав ребенка. Однако во многих странах миллионы детей в возрасте до 5 лет гибнут от голода и отсутствия медицинской помощи. Беременные женщины систематически недоедают, им недоступно дорогостоящее медицинское обслуживание.

Советские люди Международный год ребенка воспринимают как год солидарности всех прогрессивных сил планеты против социальных лишений и расовых унижений, как год борьбы за будущее человечества.

Программа Мира, выдвинутая XXV съездом Коммунистической партии Советского Союза, успешно претворяемая в жизнь советским народом, нашла широкую поддержку в кругах мировой прогрессивной общественности, среди женщин всех стран и континентов.

В нашей стране все лучшее отдается детям. Они — наша любовь, наше Завтра. Но мы, советские люди, не можем оставаться спокойными, когда в мире существуют горе, несправедливость, когда страдают, болеют и гибнут дети.

Титаническую битву за мир ведет партия Ленина. Это прежде всего борьба за счастливую, озаренную солнцем жизнь для всех детей планеты.

Институт акушерства и педиатрии — службе охраны здоровья женщин и детей села

А. А. ильин,

директор КиргНИИ акушерства и педиатрии

За последние годы в облике сел Киргизии произошли значительные перемены, обусловленные социально-экономическими преобразованиями в жизни села.

Новым ярким проявлением заботы партии о тружениках села, о сельскохозяйственном производстве являются решения Июльского (1978 г.) пленума ЦК КПСС. Комплексный подход к проблеме села, намеченный пленумом, ставит серьезные задачи перед органами здравоохранения.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» в числе главных задач развития здравоохранения определены мероприятия по улучшению охраны здоровья женщин и детей.

Задача медицинских работников службы родовспоможения и детского здравоохранения, коллектива института акушерства и педиатрии — внести свой вклад в дело совершенствования охраны здоровья женщин-матерей и их детей, проживающих на селе, добиться улучшения и сохранения их здоровья.

Сельская служба охраны материнства и детства в республике постоянно совершенствуется и в настоящее время располагает значительной материально-технической базой. В каждом сельском районе функционируют женские и детские консультации, родильные и детские отделения, фельдшерско-акушерские пункты, создана сеть детских молочных кухонь. Обеспечение населения койками и кадрами в настоящее время позволило добиться почти полного охвата рожениц стационарным родо-вспоможением. В республике развернута работа по улучшению воспитания, обучения, по совершенствованию медицинской помощи детям и физкультурно-спортивной подготовки их, по обеспечению детей раннего возраста детскими продуктами питания и необходимыми товарами для них.

Если раньше сельские жители получали медицинскую помощь в основном на фельдшерско-акушерских пунктах и в участковых больницах, то теперь более 35 процентов их лечатся в районных больницах. Значительное число сельских женщин и детей получают медицинскую помощь в областных и республиканских больницах, роддомах, в институте акушерства и педиатрии.

Вместе с тем в организации охраны здоровья женщин и детей на селе имеется еще достаточно много не решенных вопросов.

Исходя из задач, поставленных директивными документами партии и правительства, одним из главных научных направлений коллектива института является разработка новых организационных форм акушерской помощи женщинам, лечебно-профилактической помощи новорожденным и детям раннего возраста в сельской местности с целью улучшения их здоровья, снижения заболеваемости и смертности.

На уровень перинатальной заболеваемости и смертности влияет перенашивание беременности, акушерская и экстрагенитальная патология, в связи с этим в институте изучается состояние внутриутробного плода, развитие новорожденного при перенашивании беременности, разработаны методы ранней диагностики перенашивания, профилактики данной патологии, а также метод оперативного родоразрешения с учетом интересов плода. Внедрение этих методов в практическое акушерство способствовало снижению перинатальной заболеваемости и смертности при указанной патологии.

Много внимания уделяется профилактике патологических кровотечений, осложняющих роды. Методами, разработанными в институте акушерства и педиатрии, было обеспечено значительное снижение этих грозных осложнений.

Много внимания в комплексных работах института уделялось влиянию различных факторов на лактацию женщин. Проанализировано влияние метилэргометрина на эту функцию женского организма, так как это медикаментозное средство часто применяется в акушерской практике. Сотрудниками института (Б. А. Ароновой, Е. А. Стегайло, Н. В. Бахаловой) установлено, что гипогалактия, связанная с применением метилэргометрина, может быть устранена путем применения чистеца буквицветного, который готовится из местного сырья и выпускается Фрунзенским фармзаводом. Способ применения этого лекарственного средства изложен в методических рекомендациях, которые утверждены Минздравом КиргССР 30 апреля 1976 г. и в настоящее время внедрены в практическую деятельность родовспомогательных учреждений.

Проведенное в институте изучение фактического питания кормящих матерей в различных климато-географических зонах Киргизии позволи-

до выявить определенные отклонения в количестве и качестве молока у кормящих женщин и разработать соответствующие научно обоснованные диеты для них (Б. А. Аронова, Н. В. Бахалова, Е. А. Стегайло). Созданные на основе указанных исследований методические рекомендации одобрены институтом педиатрии АМН СССР, утверждены Министерством здравоохранения Киргизской ССР и направлены в лечебные учреждения республики для внедрения.

Проблема недонашивания беременности продолжает оставаться острой, так как дети, рожденные преждевременно, умирают в два раза чаще. Поэтому рациональная помощь недоношенным и новорожденным является решающим фактором в снижении детской смертности.

В сельской местности во многих центральных районных больницах открыты палаты для выхаживания недоношенных детей и палаты патологии новорожденных.

Особое место в плане выхаживания недоношенных детей занимает вскармливание их. В институте разработаны рекомендации по рациональному вскармливанию недоношенных с применением биолакта и биолакта-2, рекомендации по организации оптимального ухода за этими детьми и контроль за их физическим развитием (М. И. Тульчинская). Планомерное внедрение указанных рекомендаций позволило улучшить состояние здоровья недоношенных детей.

Значительная часть сельского населения Киргизстана проживает в высокогорной местности и вопросы горной физиологии и патологии женского и детского организмов стали предметом изучения коллектива института акушерства и педиатрии. На протяжении ряда лет исследовались функции сердечно-сосудистой, дыхательной, нейрогуморальной систем у детей, проживающих на различных высотах, изучалось состояние здоровья детей раннего возраста, показатели физического развития, распространенность бронхолегочных и других заболеваний.

Выявлено, что здоровым детям — коренным жителям умеренного высокогорья (высота 2020 м над уровнем моря), свойственны относительно экономная газообменная функция легких (Г. М. Живоглядова, Г. И. Рыжикова, 1978), более высокие показатели сократительной способности миокарда, сердечного выброса, что способствует поддержанию должного напряжения кислорода в крови (А. Б. Елеференко, А. Б. Фуртикова). На высоте более 3000 метров над уровнем моря выявлены признаки напряженности в функционировании этих систем, особенно у детей младшего школьного возраста.

Адаптация детей в высокогорье сопровождается высокой активностью иммунной системы. Темпы выработки иммуноглобулинов превышают аналогичные показатели низкогогорья (В. И. Титов, 1978).

Результаты изучения состояния здоровья детей раннего возраста позволили обнаружить неиспользованные резервы в снижении заболеваемости и в улучшении других показателей здоровья детей, проживающих в высокогорье.

Полученные данные состояния здоровья, показатели физического развития, уровень и структура заболеваемости детей животноводов отгонных пастбищ высокогорной зоны могут служить основой для организации лечебно-профилактической помощи детям указанных регионов.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о совершенно своеобразном влиянии горноклиматических условий республики на распространенность бронхолегочных заболеваний (Г. А. Комаров, Ш. Батырханов, И. А. Матузок, 1977, 1978). В частности, выяснилось, что по мере повышения местности над уровнем моря у детей про-

грессивно снижаются хронические и рецидивирующие формы легочной патологии, в том числе и аллергические нозологические формы. Указанные сведения используются при организации медицинской помощи детям.

В условиях высокогорья при развившемся патологическом процессе в легких возникает срыв механизмов компенсации с ранним развитием тяжелой легочной недостаточности (Х. Р. Ахметова, Т. Н. Дробышев, 1979). Это дало основание рекомендовать патогенетически обоснованное более раннее (с первых часов заболевания) применение оксигенотерапии и фармакологических средств, повышающих устойчивость организма к гипоксии и утилизацию кислорода тканями.

По законченным научно-исследовательским работам были разработаны рекомендации для внедрения в практику здравоохранения.

Практическая помощь института акушерства и педиатрии сельскому здравоохранению многогранна. Сотрудники института организуют внедрение в практику результатов научных работ, выполненных в институте, выезжают в районы республики, анализируют состояние родовспоможения и детского здравоохранения по основным показателям их деятельности, ведут консультации больных женщин и детей; организуют профосмотры; проводят специализацию врачей и средних медицинских работников по акушерству, по интенсивной терапии, по пульмонологии, по работе молочных кухонь и др.; проводят санитарно-просветительную работу среди населения.

Благодаря постоянной помощи партийных и советских органов, дружественной работе сотрудников института акушерства и педиатрии, кафедры акушерства и педиатрии КГМИ, республиканского роддома, практических учреждений по родовспоможению и детских больниц показатели родовспоможения и детского здравоохранения в сельской местности из года в год улучшаются.

О некоторых формах совершенствования медицинской помощи детям села

К. СУБАНБАЕВ,

главный врач Кировской центральной районной больницы

Детская смертность — один из результативных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений, в первую очередь — детских и родовспомогательных. Этот показатель имеет специфические особенности и во многом зависит от комплекса различных факторов — биологического, социально-гигиенического, уровня санитарно-гигиенической грамотности населения и др.

С учетом конкретных особенностей каждого административного района органам здравоохранения приходится вести поиск новых организационных форм и методов работы, направленных на снижение детской заболеваемости и смертности.

В вопросах организации медицинского обслуживания детей нашего района, характеризующегося высокой рождаемостью, высоким естественным приростом населения, имеются и недостатки, устранение которых возможно при совершенствовании деятельности всех медицинских учреждений.

грессивно снижаются хронические и рецидивирующие формы легочной патологии, в том числе и аллергические нозологические формы. Указанные сведения используются при организации медицинской помощи детям.

В условиях высокогорья при развившемся патологическом процессе в легких возникает срыв механизмов компенсации с ранним развитием тяжелой легочной недостаточности (Х. Р. Ахметова, Т. Н. Дробышев, 1979). Это дало основание рекомендовать патогенетически обоснованное более раннее (с первых часов заболевания) применение оксигенотерапии и фармакологических средств, повышающих устойчивость организма к гипоксии и утилизацию кислорода тканями.

По законченным научно-исследовательским работам были разработаны рекомендации для внедрения в практику здравоохранения.

Практическая помощь института акушерства и педиатрии сельскому здравоохранению многогранна. Сотрудники института организуют внедрение в практику результатов научных работ, выполненных в институте, выезжают в районы республики, анализируют состояние родовспоможения и детского здравоохранения по основным показателям их деятельности, ведут консультации больных женщин и детей; организуют профосмотры; проводят специализацию врачей и средних медицинских работников по акушерству, по интенсивной терапии, по пульмонологии, по работе молочных кухонь и др.; проводят санитарно-просветительную работу среди населения.

Благодаря постоянной помощи партийных и советских органов, дружественной работе сотрудников института акушерства и педиатрии, кафедры акушерства и педиатрии КГМИ, республиканского роддома, практических учреждений по родовспоможению и детских больниц показатели родовспоможения и детского здравоохранения в сельской местности из года в год улучшаются.

О некоторых формах совершенствования медицинской помощи детям села

К. СУБАНБАЕВ,

главный врач Кировской центральной районной больницы

Детская смертность — один из результативных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений, в первую очередь — детских и родовспомогательных. Этот показатель имеет специфические особенности и во многом зависит от комплекса различных факторов — биологического, социально-гигиенического, уровня санитарно-гигиенической грамотности населения и др.

С учетом конкретных особенностей каждого административного района органам здравоохранения приходится вести поиск новых организационных форм и методов работы, направленных на снижение детской заболеваемости и смертности.

В вопросах организации медицинского обслуживания детей нашего района, характеризующегося высокой рождаемостью, высоким естественным приростом населения, имеются и недостатки, устранение которых возможно при совершенствовании деятельности всех медицинских учреждений.

Одним из путей снижения детской заболеваемости и смертности в сельской местности является дальнейшее совершенствование деятельности детских консультаций, налаживание тесного контакта между ними и фельдшерско-акушерскими пунктами.

Анализ деятельности детских консультаций нашего района за ряд лет (1971—1978) позволяет установить неиспользованные возможности в деле улучшения медицинской помощи, дать оценку организационным формам обслуживания детей, особенно первого года жизни.

Наметившаяся тенденция к улучшению ряда качественных показателей детской службы за последние годы стала возможна благодаря ряду благоприятных социально-экономических, медицинских факторов. Прежде всего — это неуклонное повышение материального благосостояния народа, широкое участие общественности в улучшении организации детского здравоохранения, создание решением районного исполкома Совета народных депутатов межведомственного Совета по охране здоровья детей.

Из года в год в районе деятельности Кировской ЦРБ увеличивается количество врачей-педиатров. Так, если в 1971 году было 3 врача-педиатра, то в 1979 году их уже 7. Увеличение числа педиатров позволило перейти к участковому принципу обслуживания детей в районном центре с дальнейшим разукрупнением педиатрических участков.

Если раньше на одного педиатра приходилось более 1600 детей (в том числе до одного года жизни около 130—150), то в 1979 г. — соответственно около 850 и 70—80 детей. За счет внутренних резервов ЦРБ за каждым участковым педиатром закреплено по 2 патронажных сестры. Это дало возможность каждой сестре систематически целенаправленно проводить работу на своем участке, имея под наблюдением 400—500 детей, в т. ч. до одного года жизни — 35—45.

Важную роль в снижении детской заболеваемости и смертности играет квалификация медицинских работников, знание ими вопросов профилактики, современных методов диагностики, лечения. Вопросом организации и обучения персонала занимается заместитель главного врача по детству. Он согласно плану проводит еженедельные врачебные конференции, каждый случай смерти ребенка детально разбирается на комиссии по детской смертности.

В центральной районной больнице каждый четверг проводится «Реферативный день», на котором сообщаются и современные представления по разделам педиатрии.

На ежемесячных врачебных, фельдшерских, акушерских и сестринских конференциях подробно освещаются проблемы детского здравоохранения, на медицинских советах систематически анализируются показатели детской смертности и обсуждаются вопросы улучшения медицинской помощи детскому населению.

Вопросы детского здравоохранения постоянно находятся в центре внимания партийно-советских органов района и это позволило нам решить вопрос организации централизованного детского питания. За счет средств местного бюджета были построены три молочные кухни, в результате число детей, охваченных рациональным питанием, увеличилось с 616 в 1973 году до 1066 в 1979 году.

Осуществляется централизованный развоз молочных смесей. Если раньше на питание выделялось в год 5 тысяч рублей, то в последние 2 года осваивается по 17 тысяч рублей. Дети первого года жизни обеспечиваются питанием бесплатно за счет средств колхозов и государственного бюджета.

В 1977 году организация детского питания сложилась в определенную систему — это централизованная молочная кухня и прикрепленные к ней молокораздаточные пункты при фапах.

В районе организована и функционирует выездная детская консультация, занимающаяся плановым приемом детей на фапах и санитарно-просветительной работой по организации правильного вскармливания детей первого года жизни и другими вопросами.

Благодаря этим мероприятиям нам удалось значительно снизить детскую заболеваемость и смертность, обеспечить посещение на дому новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома врачами и средними медицинскими работниками. Заболеваемость гипотрофией детей к году жизни по району за эти годы снизилась почти в три раза, рахитом — в 1,8 раза.

Достигнутое не является пределом наших возможностей, мы и в дальнейшем будем совершенствовать педиатрическую службу района. В настоящее время назрела необходимость в выработке возрастных показателей состояния здоровья детского населения с учетом климато-географических условий, что позволит нам целенаправленно планировать педиатрическую помощь детям, оперативно управлять службой детского здравоохранения. Комплекс этих мероприятий должен привести к дальнейшему улучшению здоровья детского населения, предупреждению и снижению детской смертности.

К вопросу антенатальной охраны плода

Л. Д. РЫБАЛКИНА,

заместитель директора по науке КиргНИИ акушерства и педиатрии

Состояние здоровья ребенка находится в тесной зависимости от ряда факторов, которые оказывали влияние на его организм в период внутриутробного развития.

Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на плод (а для плода внешняя среда — это материнский организм) может выражаться в различных проявлениях эмбрио- и фетогенеза, задержке его развития и привести к внутриутробной гибели плода.

Преждевременно родившиеся дети или родившиеся в срок, но с проявлениями врожденной гипотрофии являются легко ранимым контингентом. Поэтому состояние здоровья, перинатальная и ранняя детская смертность во многом определяются правильной тактикой врачей, наблюдающих беременную женщину.

Кодексом законов о труде всем беременным женщинам запрещается работать на производствах с вредными условиями труда, с двадцатинедельного срока беременности они переводятся на легкий труд с сохранением среднего месячного заработка, а за 56 дней до родов всем женщинам предоставляется отпуск по беременности. Беременные женщины не допускаются к работе в ночное время, к сверхурочной работе.

Вредными факторами, воздействующими на плод, могут быть инфекционные заболевания матери (особенно вирусной этиологии), различные лекарственные вещества, иммунологический конфликт между зародышем и матерью, патологические состояния материнского организма, сопровождающиеся гипоксическими состояниями (заболевания

В 1977 году организация детского питания сложилась в определенную систему — это централизованная молочная кухня и прикрепленные к ней молокораздаточные пункты при фапах.

В районе организована и функционирует выездная детская консультация, занимающаяся плановым приемом детей на фапах и санитарно-просветительной работой по организации правильного вскармливания детей первого года жизни и другими вопросами.

Благодаря этим мероприятиям нам удалось значительно снизить детскую заболеваемость и смертность, обеспечить посещение на дому новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома врачами и средними медицинскими работниками. Заболеваемость гипотрофией детей к году жизни по району за эти годы снизилась почти в три раза, рахитом — в 1,8 раза.

Достигнутое не является пределом наших возможностей, мы и в дальнейшем будем совершенствовать педиатрическую службу района. В настоящее время назрела необходимость в выработке возрастных показателей состояния здоровья детского населения с учетом климато-географических условий, что позволит нам целенаправленно планировать педиатрическую помощь детям, оперативно управлять службой детского здравоохранения. Комплекс этих мероприятий должен привести к дальнейшему улучшению здоровья детского населения, предупреждению и снижению детской смертности.

К вопросу антенатальной охраны плода

Л. Д. РЫБАЛКИНА,

заместитель директора по науке КиргНИИ акушерства и педиатрии

Состояние здоровья ребенка находится в тесной зависимости от ряда факторов, которые оказывали влияние на его организм в период внутриутробного развития.

Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на плод (а для плода внешняя среда — это материнский организм) может выражаться в различных проявлениях эмбрио- и фетогенеза, задержке его развития и привести к внутриутробной гибели плода.

Преждевременно родившиеся дети или родившиеся в срок, но с проявлениями врожденной гипотрофии являются легко ранимым контингентом. Поэтому состояние здоровья, перинатальная и ранняя детская смертность во многом определяются правильной тактикой врачей, наблюдающих беременную женщину.

Кодексом законов о труде всем беременным женщинам запрещается работать на производствах с вредными условиями труда, с двадцатинедельного срока беременности они переводятся на легкий труд с сохранением среднего месячного заработка, а за 56 дней до родов всем женщинам предоставляется отпуск по беременности. Беременные женщины не допускаются к работе в ночное время, к сверхурочной работе.

Вредными факторами, воздействующими на плод, могут быть инфекционные заболевания матери (особенно вирусной этиологии), различные лекарственные вещества, иммунологический конфликт между зародышем и матерью, патологические состояния материнского организма, сопровождающиеся гипоксическими состояниями (заболевания

сердечно-сосудистой системы, легких, почек, анемии беременных, поздние токсикозы, перенашивание беременности), различные виды профессиональных вредностей, вредные привычки (употребление алкогольных напитков, курение).

Отмечено, что на одни и те же воздействия плод может отвечать по-разному. Ответная реакция его зависит от срока беременности, характера, продолжительности и интенсивности воздействия вредного фактора.

В этом плане важное значение приобретает знание так называемых критических периодов беременности: имплантации плодного яйца, эмбрио- и фетогенеза, формирования плаценты.

Особенно чувствительно плодное яйцо к вредным влияниям в первые три месяца беременности, охватывающие три первых критических периода и начало плацентации.

Важно знать, что «наряду с высокой повреждаемостью, зародыш и плод обладают неизмеримо большей, чем после рождения, способностью к восстановлению своего состояния (реабилитации) в процессе дальнейшего развития» (Н. Л. Гармашева и Н. Н. Константинова, 1978). Исходя из этого положения, становится ясной вся важность своевременно проводимых мероприятий по антенатальной охране плода.

Первая задача, стоящая перед акушерами-гинекологами в плане охраны плода в период его внутриутробного развития, состоит в умении выявить наличие возможных вредных для плода факторов.

Во-вторых, наблюдающий беременную врач должен уметь, хотя бы предположительно, оценить наличие факторов и степень их отрицательного влияния на плод, предвидеть характер ожидаемых ответных реакций со стороны плода на разных этапах внутриутробного развития.

В-третьих, врач должен владеть методами диагностики хронических нарушений развития плода и функции плаценты.

Четвертая задача — умение воздействовать на систему «мать — плацента — плод» с тем, чтобы улучшить условия внутриутробной жизни плода.

Для диагностики отставания в развитии плода и плацентарной недостаточности в крупных родовспомогательных учреждениях в настоящее время используются современные ультразвуковые аппараты, позволяющие определить размеры частей плода и плаценты; биохимические методы: определение экскреции эстриола с мочой, плацентарного лактогена в сыворотке крови, уровень которых снижается при наличии гипофункции плаценты; выявление активности специфических для плаценты ферментов в сыворотке крови матери (термостабильной щелочной фосфотазы, 17-гидроксистероид-оксиредуктазы). Для диагностики нарушений состояния плода используют определение в крови матери и околоплодных водах альфа-фетопroteина, в норме почти не встречающегося в организме здорового человека. Определение его особенно полезно при диагностике пороков развития плода.

О степени зрелости плода позволяют судить наличие сурфактантов в околоплодных водах, цитологическое исследование околоплодных вод.

Доступными методами исследования хронических нарушений состояния плода для большинства женских консультаций и родильных домов являются амниоскопия, цитологическое исследование околоплодных вод, гормональная кольпоцитология, кардиографические методы.

Для решения четвертой задачи врачи должны знать, что своевременно проведенная терапия патологического состояния матери, перевод на другую работу и другие мероприятия снижают или устраняют вред-

ные влияния на плод. Параллельно с лечением патологии матери врач должен заботиться и об улучшении условий жизни плода и его реабилитации.

Лечебные мероприятия прежде всего должны быть направлены на улучшение маточно-плацентарного кровообращения, для чего может быть применен сигетин, усиливающий маточно-плацентарный кровоток, стимулирующий транспортную функцию плаценты. Вводят сигетин внутривенно 2% по 2 мл.

При нефропатии для улучшения маточно-плацентарного кровообращения внутривенно вводят эуфиллин 2,4% по 10 мл два раза с интервалом в 20—30 минут (Бакшеев, Лавинец).

Для улучшения маточно-плацентарного кровообращения в последнее время при осложненном течении беременности с успехом используются бета-адреносимпатические вещества, широко применяющиеся для торможения преждевременно развившегося прерывания беременности (партусистен, ритодрин и др.).

Улучшает маточно-плацентарное кровообращение и гепарин, принимающий активное участие в регуляции тканевого гомеостаза, регулирующий некоторые ферментативные процессы и нормализующий повышенную сосудистую проницаемость. Принимается он в дозах от 25 до 40000 ЕД, особенно полезен при поздних токсикозах у беременных. Начинают его введение между 26-й и 32-й неделями беременности (Fischer, 1974; Krause с соавт., 1975; цит. по Н. Л. Гармашевой, 1978). Улучшение маточно-плацентарного кровообращения стимулирует рост плода.

Абдоминальная декомпрессия способствует оттоку крови из матки и усиливает интенсивность кровотока в ней, что приводит к улучшению материнско-плодового обмена веществ.

Мероприятия, направленные на коррекцию сердечной деятельности плода и доставку энергетических веществ к нему: внутривенное введение 40% раствора глюкозы 40 мл внутривенно и 50 мг кокарбоксилазы, вдыхание увлажненного кислорода, внутримышечное введение аденозинтрифосфорной кислоты 20—40 мг, курантила по 30 мг внутривенно, инфузии низкомолекулярных веществ (декстрана, реомакродекса и др.) по 500 мл капельно.

Борьба с метаболическим ацидозом. Л. С. Персанинов и др. указывают на необходимость введения щелочей только при выраженном ацидозе. Введение их при нормальном кислотно-щелочном равновесии приводит к развитию алкалоза у матери, нарушению кровообращения в плаценте, снижению насыщения кислородом крови плода. В случаях, когда кислотно-щелочное равновесие у матери не может быть определено по каким-то причинам, введение 150—200 мл 5% раствора бикарбоната показано при перенашивании беременности, поздних токсикозах, сахарном диабете и др., однако сразу после введения щелочи необходимо провести инфузию 100 мл 10—20% раствора глюкозы.

Профилактика нарушений внутриутробного развития плода включает в себя диспансеризацию всего женского населения детородного возраста с целью своевременного выявления и лечения экстрагенитальной патологии, широкую пропаганду отрицательного влияния на плод вредных привычек родителей, строгое соблюдение трудового законодательства, максимальное ограничение лекарственных веществ при лечении женщин в ранние сроки беременности (назначение их возможно только при строжайшем учете влияния на плод), целенаправленное улучшение условий внутриутробной жизни плода при пате-

логических состояниях беременной женщины, внимательное ведение беременности.

Главные врачи родовспомогательных учреждений должны заботиться об организации кабинетов функциональной диагностики, лабораторий гормональных исследований при женских консультациях и стационарах с целью своевременной диагностики нарушений внутриутробного развития плода. В городах, областных центрах должны быть организованы консультации по вопросам генетики.

Систематическое проведение профилактических мероприятий по антенатальной охране плода, несомненно, приведет к снижению перинатальной и детской смертности.

Растите счастливыми!

К. АТАХАНОВ,

заведующий Ошским облздравотделом

Девиз Всемирного дня здоровья 1979 года «Здоровый ребенок — надежное будущее». Место детей в обществе определяется его социально-экономическими условиями. Даже в высокоразвитых странах капитала миллионы детей голодают, не имеют возможности получить образование, заняты непосильным трудом. Только в социалистическом обществе забота о детях, их благополучии является делом не только родителей, но и государства. С первых дней существования Советской власти охрана здоровья матери и ребенка стала прямой обязанностью государства.

Провозглашение 1979 года Международным годом ребенка открывает новые возможности для улучшения положения детей во всех странах мира.

Все мы являемся свидетелями той грандиозной работы, которая ведется повсюду в нашей стране по вопросам охраны материнства и детства. Растущее из года в год жилищное строительство, рост материального благополучия и культуры советских людей, широкая сеть лечебно-профилактических учреждений для матери и ребенка — все это привело к снижению заболеваемости и смертности детей, улучшило показатели их физического развития и здоровья. Новым свидетельством заботы Коммунистической партии и Советского правительства о здоровье народа явилось постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». Особое внимание в нем уделено дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей, обеспечению воспитания «...начиная с самого раннего детского возраста, физически крепкого молодого поколения с гармоническим развитием его физических и духовных сил».

Сегодня мы можем с гордостью сказать: то, что в рамках Международного года ребенка выдвигается как долговременная программа, как желаемый и неопределенно далекий идеал, в нашем государстве давно уже стало действительностью.

У нас забота о ребенке начинается задолго до его рождения. Она отражена в Программе КПСС, в нашей Конституции, в законодательстве по охране труда женщин, особенно беременных, кормящих матерей. Советские люди уверены в счастливой судьбе каждого малыша. В

логических состояниях беременной женщины, внимательное ведение беременности.

Главные врачи родовспомогательных учреждений должны заботиться об организации кабинетов функциональной диагностики, лабораторий гормональных исследований при женских консультациях и стационарах с целью своевременной диагностики нарушений внутриутробного развития плода. В городах, областных центрах должны быть организованы консультации по вопросам генетики.

Систематическое проведение профилактических мероприятий по антенатальной охране плода, несомненно, приведет к снижению перинатальной и детской смертности.

Растите счастливыми!

К. АТАХАНОВ,

заведующий Ошским облздравотделом

Девиз Всемирного дня здоровья 1979 года «Здоровый ребенок — надежное будущее». Место детей в обществе определяется его социально-экономическими условиями. Даже в высокоразвитых странах капитала миллионы детей голодают, не имеют возможности получить образование, заняты непосильным трудом. Только в социалистическом обществе забота о детях, их благополучии является делом не только родителей, но и государства. С первых дней существования Советской власти охрана здоровья матери и ребенка стала прямой обязанностью государства.

Провозглашение 1979 года Международным годом ребенка открывает новые возможности для улучшения положения детей во всех странах мира.

Все мы являемся свидетелями той грандиозной работы, которая ведется повсюду в нашей стране по вопросам охраны материнства и детства. Растущее из года в год жилищное строительство, рост материального благополучия и культуры советских людей, широкая сеть лечебно-профилактических учреждений для матери и ребенка — все это привело к снижению заболеваемости и смертности детей, улучшило показатели их физического развития и здоровья. Новым свидетельством заботы Коммунистической партии и Советского правительства о здоровье народа явилось постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». Особое внимание в нем уделено дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей, обеспечению воспитания «...начиная с самого раннего детского возраста, физически крепкого молодого поколения с гармоническим развитием его физических и духовных сил».

Сегодня мы можем с гордостью сказать: то, что в рамках Международного года ребенка выдвигается как долговременная программа, как желаемый и неопределенно далекий идеал, в нашем государстве давно уже стало действительностью.

У нас забота о ребенке начинается задолго до его рождения. Она отражена в Программе КПСС, в нашей Конституции, в законодательстве по охране труда женщин, особенно беременных, кормящих матерей. Советские люди уверены в счастливой судьбе каждого малыша. В

стране, где он родился, трудится более четверти всех врачей мира. Служба материнства и детства основана на новейших научных достижениях в области педиатрии. Это прекрасно, что у советских ребятшек есть свои «личные врачи» — участковые педиатры, число которых постоянно возрастает. Сегодня в нашей области работает 556 врачей-педиатров и акушеров-гинекологов. Опыт, знания, преданность делу, увлеченность характеризуют многих из них. Это заведующая приемным отделением областной детской больницы Софья Умаровна Халилова, заведующий реанимационным отделением той же больницы Абдыразак Джумабаевич Джумабаев, районный педиатр из Баткена Д. К. Калилов, районный педиатр Джанги-Джольского района К. Ш. Шадыбеков, заслуженный врач республики из Майлисаев тов. Абдылдаева — многие годы на ее участке нет случаев детской смертности, это акушеры-гинекологи Зейнаб Икрамовна Абдурахманова из Базар-Кургана, Фатима Исмаилова из Оша и другие.

«Мать — это начало жизни, мать — это начало Родины», — так сказал Чингиз Айтматов. В нашей стране, как нигде в мире, перед женщиной открыт широкий простор для участия в общественных делах, в управлении государством. Родина помогает ей вырастить нового гражданина, воспитать его честным, смелым, добрым.

Одной из первостепенных задач здравоохранения Ошской области является дальнейшее развитие и всестороннее укрепление сети детских и родовспомогательных, лечебно-профилактических учреждений. При постоянной помощи партийных и советских органов из года в год улучшается материально-техническая база этих учреждений. Детское здравоохранение имеет в настоящее время две городские больницы по 125 коек в Джалал-Абаде и Кызыл-Кие, областную детскую больницу на 350 коек, новые детские корпуса в Араванском, Джангиджольском, Токтогульском и Ляйлякском районах. Работают детские ревматологические санатории, согласно постановлению бюро обкома Компартии Киргизии и исполкома областного Совета народных депутатов такие санатории будут у нас и в Сузакском, Ляйлякском, Карасуйском районах. Постоянно осуществляются мероприятия, направленные на укрепление и расширение материальной базы родовспомогательных учреждений, женских консультаций.

Только за последние годы путем инициативного строительства введены в эксплуатацию типовые родильные дома в Сузакском, Наукатском, Советском и Базаркурганском районах, больничные комплексы имеются в Алайском и Джангиджольском районах. Замечательный подарок ко дню выборов в Верховный Совет СССР получило население Ляйлякского района: вошел в строй действующих новый комплекс центральной районной больницы, в прекрасном двухэтажном здании разместились детское отделение.

С большим удовлетворением восприняли советские люди сообщение о том, что ЦК КПСС и Совет Министров СССР признали целесообразным средства, полученные от проведения ленинского субботника в 1979 году, направить на строительство специализированных детских лечебных учреждений (больниц, поликлиник, санаториев, лесных школ). Значит, и у нас в области появятся новые учреждения. За примером, как говорится, далеко ходить не надо: именно на средства одного из коммунистических субботников в Оше сооружается сейчас комплекс областной детской больницы на 300 коек.

Среди многих мероприятий, направленных на укрепление здоровья наших детей, особое значение имеет правильно организованное пита-

ние, роль которого велика в раннем возрасте. Сегодня в нашей области работает 129 молочных кухонь. Благодаря высокому качеству приготовляемых молочных смесей, широкой пропаганде рационального питания детей молочные кухни Майлисая, Оша, Джангиджольского района, ряда хозяйств Сузакского и Ленинского районов завоевали большую популярность среди населения.

Активно проводимый комплекс мероприятий по укреплению и расширению материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений, улучшение качества медицинской помощи детям, преемственность в работе между родильными домами и детскими консультациями позволили улучшить качественные показатели здоровья подрастающего поколения. У нас, например, ликвидированы такие заболевания, как корь, дифтерия, полиомиелит...

Значительных успехов в работе добился коллектив Джангиджольской районной больницы (главный врач тов. Шайназаров), который второй раз подряд завоевал переходящее Красное знамя обкома партии и облисполкома за достижение наилучших показателей в охране здоровья матери и ребенка.

Медицинские работники — активные пропагандисты передовой науки, гигиенических знаний. Работают в области народные университеты здоровья, все большую популярность в Баткенском, Карасуйском, Араванском районах приобретают факультеты «Материнство и детство», «Брак и семья». Основной объем гигиенических знаний родители школьников получают на родительских собраниях, в беседах с медработниками и педагогами.

На свете нет ничего прекраснее ребенка. Без детской улыбки бледнеет мир и все его богатства теряют смысл. Сделаем все, чтобы дети были здоровыми и счастливыми! Чтобы новые поколения становились творцами и созидателями, умножающими свершения разума и рук человеческих.

Критерии диагностики сепсиса у детей раннего возраста

Т. И. ПОКРОВСКАЯ, Н. Ш. АНДРЕЕВА

Киргосмединститут

На фоне общих достижений в педиатрии проблемным вопросом в патологии детского возраста, особенно новорожденных, все еще являются септические заболевания.

Сепсис — общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме местного инфекционного очага, характеризующегося рядом своеобразных черт: бактериологических, эпидемиологических, клинических и патоморфологических. Тем не менее сепсис, в отличие от других инфекционных заболеваний, не обладает определенной цикличностью и не заразен.

Изучение в течение 10 лет этиопатогенеза и клиники сепсиса у 380 детей в возрасте от 8 дней до 11 месяцев (детские больницы № 3 и № 5 г. Фрунзе) позволило установить, что основным возбудителем заболевания до настоящего времени является стафилококк, который выделен из крови у 93% больных, у 67% больных идентифицирован патогенный стафилококк, хотя в последние три года как возбудители

ние, роль которого велика в раннем возрасте. Сегодня в нашей области работает 129 молочных кухонь. Благодаря высокому качеству приготовляемых молочных смесей, широкой пропаганде рационального питания детей молочные кухни Майлисая, Оша, Джангиджольского района, ряда хозяйств Сузакского и Ленинского районов завоевали большую популярность среди населения.

Активно проводимый комплекс мероприятий по укреплению и расширению материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений, улучшение качества медицинской помощи детям, преемственность в работе между родильными домами и детскими консультациями позволили улучшить качественные показатели здоровья подрастающего поколения. У нас, например, ликвидированы такие заболевания, как корь, дифтерия, полиомиелит...

Значительных успехов в работе добился коллектив Джангиджольской районной больницы (главный врач тов. Шайназаров), который второй раз подряд завоевал переходящее Красное знамя обкома партии и облисполкома за достижение наилучших показателей в охране здоровья матери и ребенка.

Медицинские работники — активные пропагандисты передовой науки, гигиенических знаний. Работают в области народные университеты здоровья, все большую популярность в Баткенском, Карасуйском, Араванском районах приобретают факультеты «Материнство и детство», «Брак и семья». Основной объем гигиенических знаний родители школьников получают на родительских собраниях, в беседах с медработниками и педагогами.

На свете нет ничего прекраснее ребенка. Без детской улыбки бледнеет мир и все его богатства теряют смысл. Сделаем все, чтобы дети были здоровыми и счастливыми! Чтобы новые поколения становились творцами и созидателями, умножающими свершения разума и рук человеческих.

Критерии диагностики сепсиса у детей раннего возраста

Т. И. ПОКРОВСКАЯ, Н. Ш. АНДРЕЕВА

Киргосмединститут

На фоне общих достижений в педиатрии проблемным вопросом в патологии детского возраста, особенно новорожденных, все еще являются септические заболевания.

Сепсис — общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме местного инфекционного очага, характеризующегося рядом своеобразных черт: бактериологических, эпидемиологических, клинических и патоморфологических. Тем не менее сепсис, в отличие от других инфекционных заболеваний, не обладает определенной цикличностью и не заразен.

Изучение в течение 10 лет этиопатогенеза и клиники сепсиса у 380 детей в возрасте от 8 дней до 11 месяцев (детские больницы № 3 и № 5 г. Фрунзе) позволило установить, что основным возбудителем заболевания до настоящего времени является стафилококк, который выделен из крови у 93% больных, у 67% больных идентифицирован патогенный стафилококк, хотя в последние три года как возбудители

все чаще регистрируются грамотрицательные микробы (кишечная синегнойная палочка, протей), но они пока не преобладают в этиологической структуре заболевания, чаще встречаются в ассоциации со стафилококком и определяют особенности клинического течения в каждом отдельном случае.

Инфицирование новорожденных и детей раннего возраста происходит из-за довольно широкого распространения вирулентных и часто антибиотикорезистентных стафилококков в родильных домах, больницах.

Носительство патогенных стафилококков, в том числе и среди новорожденных, по мнению многих авторов (Л. Г. Квасная, А. Д. Островский, 1975), в настоящее время признается вполне естественным и в большинстве случаев не вызывает каких-либо патологических расстройств.

Следовательно, в развитии сепсиса не меньшую роль, чем микроб, играют факторы, снижающие функции механизмов защиты, т. е. срыв иммунологических реакций.

Изучение анамнеза заболевших сепсисом детей позволило выявить неблагополучие в ante-, intra- и постнатальном периодах у 67% больных, обусловленное хроническими заболеваниями матери, тяжелыми токсикозами беременности, симптомами асфиксии плода, нарушениями мозгового кровообращения и родовыми травмами. У 11% матерей до родов и после родов наблюдались очаги гнойных инфекций.

Существенное значение в причине стафилококковых инфекций и подъема заболеваемости сепсисом имеют вспышки острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в отделениях новорожденных или в стационарах детских больниц.

Преобладание из года в год сепсиса среди детей раннего возраста в зимне-весенние месяцы совпадало с подъемом заболеваемости острыми респираторными инфекциями. У 57% наблюдаемых больных с клиническим диагнозом «сепсис», заболевание началось с симптомов типичной острой респираторной инфекции. Это позволяет допускать, что инфицируется новорожденных и грудных детей гораздо больше, чем заболевает.

Как правило, общая гнойная инфекция предполагает срыв гуморальных и клеточных барьеров. Генерализация инфекции обусловливается различными взаимодействующими друг с другом факторами: вирулентность инфекции, реактивность организма и характер входных ворот. Нам удалось подметить определенную разницу в клинике и морфологии заболевания в зависимости от микроба-возбудителя и входных ворот. Золотистый стафилококк был причиной септикопиемической формы с гнойными метастазами, а β -гемолитический стрептококк выделен был всего у 3% больных, но давал тяжелейший молниеносный сепсис. Белый гемолитический стафилококк мог вызывать септицемию и септикопиемию.

Входные ворота тоже определяют особенности клинического течения, так как обуславливают возникновение первичного очага. Среди наблюдаемых больных входными воротами инфекции можно было считать пупочное кольцо в 37%; кожу — в 28,8%; желудочно-кишечный тракт — в 7,2%; органы дыхания — в 21%; в 6% их установить не удалось.

Предрасположение к сепсису у ребенка раннего возраста объясняется теми изменениями в организме, которые связаны с адаптацией

ребенка к внешней среде, т. е. изменениями функций разных органов и систем в результате приспособления к новым условиям.

Поэтому дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, родившиеся в асфиксии, с симптомами нарушения мозгового кровообращения, травмированные в родах, естественно, значительно труднее адаптируются к внешней среде и их организм хуже сопротивляется проникшей инфекции. Предрасполагает к развитию сепсиса у ребенка длительный безводный период во время родов, т. е. «сухие роды». Если ребенок при этих условиях находится не на естественном вскармливании, т. е. кормится не грудным молоком, возможностей заболеть у него гораздо больше.

В развитии заболевания сепсисом новорожденных можно условно выделить три периода:

1) период внедрения инфекции, на который приходится 1—5 день жизни;

2) скрытый период заболевания, когда микроб вступает во взаимодействие с защитными силами и регуляторными механизмами макроорганизма на 5—12 день жизни;

3) период, когда развиваются выраженные симптомы заболевания.

Однако эти сроки относительны. И. В. Андреев и И. В. Ванцаров (1961) наблюдали развитие клинической картины сепсиса пупочного происхождения через 2—3 месяца после попадания инфекции, Л. Г. Квасная (1975) — в течение месяца.

К настоящему времени очень глубоко изучено и подробно описано много сторон этого прогностически довольно тяжелого заболевания. Однако изучение сепсиса остается актуальной задачей и на сегодняшний день потому, что все еще высока заболеваемость, не всегда эффективно антибактериальное лечение и, в силу своеобразия клинического течения в каждом отдельном случае, определенные трудности представляет диагностика.

Почему труден диагноз сепсиса у детей раннего возраста? Во-первых, для сепсиса этой возрастной группы нет строго очерченных критериев, незначительны анатомические изменения в области первичного очага. Во-вторых, одна и та же симптоматика в зависимости от иммунологических и конституциональных особенностей ребенка может иметь разную степень выраженности. В-третьих, даже такой, казалось бы, несомненный критерий диагностики как бактериемия не во всех случаях может быть несомненным.

Все это ставит в трудные условия практического врача, который должен своевременно поставить диагноз, так как промедление с лечением при сепсисе недопустимо.

Из-за широкой распространенности стафилококка практически каждый новорожденный может инфицироваться, тем более если имеют место патологические отклонения в эти очень ответственные периоды развития плода и новорожденного.

Начало заболевания очень редко бывает выражено комплексом манифестных признаков (омфалит, высокая температура, интоксикация, увеличение печени и селезенки, лейкоцитоз и нейтрофилез). Чаше заболевание начинается постепенно: ребенок теряет аппетит, появляются диспептические расстройства, вначале периодически поднимается температура до 37—38°, затем держится постоянно на этих цифрах. Поведение ребенка становится беспокойным, нарушается ритм сна и бодрствования, нарастает адинамия или астения. Селезенка и печень увеличиваются в этот период не чаще чем в 20—30%. Лейкоцитоз выше

15 тысяч и значительный нейтрофильный сдвиг тоже бывают выражены не чаще чем у 40—50% больных.

Изучение выраженности тех или иных клинических симптомов в первую неделю госпитализации при сепсисе у детей раннего возраста позволило выяснить следующую частоту проявления тех или иных симптомов.

I. Температура

- | | |
|---|---------|
| 1) нормальная | —17,4 % |
| 2) субфебрильная | —36,7 % |
| 3) гектическая | —16,9 % |
| 4) неправильная с
периодическими подъемами | —29,0 % |

II. Диспептические расстройства

- | | |
|-------------------------|-------|
| 1) потеря аппетита | —59 % |
| 2) срыгивания и рвоты | —21 % |
| 3) вздутия живота | —27 % |
| 4) расстройства стула | —19 % |
| 5) явления энтероколита | —23 % |

III. Изменения со стороны нервной системы

- | | |
|--------------------------|-------|
| 1) нейротоксикоз | —19 % |
| 2) адинамия | —58 % |
| 3) очаговая симптоматика | —17 % |

IV. Изменение весовой кривой — у 93 %

V. Выраженный токсикоз и эксикоз — у 33,6 %

VI. Симптомы со стороны органов дыхания — 21,7 %

VII. Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы — 22,4 %

VIII. Симптомы со стороны мочевыделительной системы — 22 %

IX. Симптомы со стороны периферической крови: 1) анемия — 42 %, 2) лейкоцитоз — 33 %, 3) лейкопения — 11 %, 4) нейтрофилез — 57 %, 5) ускорение РОЭ — 22 %.

X. Увеличение паренхиматозных органов: 1) печени — 27 %, 2) селезенки — 14 %.

Одним из постоянных и довольно характерных признаков сепсиса у детей раннего возраста бывает изменение кожи, которая вначале бледнеет, затем приобретает серый или желтоватый оттенок, а в некоторых случаях может быть даже желтушной. На коже могут появляться элементы в виде легкой эритемы, полиморфной экзантемы или пузырьков с серозным или гнойным содержимым.

При пиемической форме заболевания периодически появляются абсцессы, фурункулы, флегмоны. Могут развиваться нагноения не только в подкожной клетчатке, но и в суставах, костях, легких и плевре, сердечной сумке, печени, менингеальных оболочках и в веществе мозга, на брюшине, в паренхиме почек, т. е. практически в любом органе.

Септическое состояние у детей раннего возраста часто дополняется или осложняется развитием токсикоза, который может доминировать в клиническом течении заболевания. Появляется рвота, понос, сероземный цвет кожи, резко меняется тургор тканей, извращается водно-минеральный, а затем и другие виды обмена, нарастает паретическое состояние кишечника. Это значительно затрудняет прогноз заболевания.

Анализ перечисленных признаков подчеркивает, что в начале заболевания может быть самая разная комбинация симптомов, но нет строго очерченного определенного симптомокомплекса, типичного для этого заболевания.

Если заболевание начинается с признаков малой стафилококковой инфекции (гнойничковой сыпи, абсцессов, флегмоны или остеомиелита) и при радикальном хирургическом лечении интоксикация не только держится, но и нарастает, это обязывает сосредоточить внимание на диагнозе «сепсис».

Так как ведущими признаками сепсиса являются лихорадка, расстройство аппетита, уплощение кривой нарастания массы тела, при различной степени выраженности изменений со стороны белой крови и постепенно нарастающей анемии, то комплекс этих признаков позволяет допустить вероятность сепсиса.

Для подтверждения диагноза необходима бактериологическая диагностика. Чтобы доказать стафилококковую природу заболевания, необходимо не только выделить чистую культуру возбудителя — стафилококка из крови, но и установить его патогенность: реакцию плазмокоагуляции, ферментацию маннита в аэробных и анаэробных условиях, гемолиз на кровяном агаре, гиалуронидазную и лецитиназную пробы.

А. Д. Островский (1975) считает, что в каждом отдельном случае для подтверждения патогенности необходимо исследовать плазмокоагулазу, определять токсичность и пигментный признак стафилококка. При многократных исследованиях с использованием гемокультуры, как правило, во всех случаях удается подтвердить диагноз.

Для дифференцирования истинной бактериемии от возможного загрязнения кровь забирать из вены следует в процедурном кабинете в максимально стерильных условиях и засеять в 8—10 пробирках с сахарным бульоном. После суточной инкубации при 37° производится посев из всех пробирок на чашки с кровяным агаром и сопоставляются свойства выделенных культур.

При массивном обсеменении крови, когда в большинстве засеянных пробирок наблюдается рост чистых культур стафилококков, результаты следует расценивать как положительные, подтверждающие диагноз сепсиса. В случаях, когда рост слабо патогенных стафилококков будет лишь в единичных пробирках, можно думать о загрязнении сапрофитами.

Стафилококки апатогенные бывают, как правило, белые коагулазонегативные и нетоксигенные. Кроме того, непатогенные стафилококки чаще чувствительны к антибиотикам, даже к пенициллину, а патогенные характеризуются полирезистентностью. Для выделения патогенных стафилококков из гнойных очагов используется кровяной агар.

При поражениях кишечника, протекающих с явлениями язвенно-некротического энтерита или энтероколита, для выделения стафилококка делают посевы испражнений на молочно-солевой агар. Стафилококки закономерно обнаруживаются в кишечнике грудных детей и могут быть отнесены к нормальной микрофлоре испражнений. У здоровых детей выделяются единичные колонии стафилококков, а при кишечной стафилококковой инфекции наблюдается массивное обсеменение фекалий патогенным стафилококком.

Изучение этиопатогенеза, клиники сепсиса у детей раннего возраста (Т. И. Покровская и Е. И. Глоткина, 1967—1977) позволило нам предложить следующий подход к диагностике сепсиса: 1) определение

входных ворот инфекции (пупочный, кожный, легочный, кишечный, отогенный и т. д.); 2) характеристика микробного возбудителя (стафилококк, пневмококк, кишечная или синегнойная палочка, протей и т. д.); 3) форма сепсиса: септицемия, септикопиемия; 4) преобладающие синдромы: кишечный, легочный, нейротоксикоз, кожные проявления; 5) характер течения заболевания: молниеносный, острый, подострый, затяжной, хронический; 6) тяжесть течения заболевания: среднетяжелое, тяжелое.

Такое развернутое определение клинического диагноза должно обусловить патогенетический подход к лечению.

Л. Г. Квасная (1976) предлагает выделить клинические варианты сепсиса в зависимости от входных ворот: пупочный, кожный, легочный, смешанный. По формам его предложено дифференцировать латентный и манифестный сепсис; по фазам — острая, подострая и затихающая; по течению — легкое, среднетяжелое и тяжелое.

А. С. Воробьев и Н. В. Орлова («Педиатрия», 1969) предлагают свой проект классификации, в которой, в отличие от вышеперечисленных признаков, предлагается выделять еще первичный и вторичный сепсис, а в остальном также рекомендуется учитывать этиологию, входные ворота, форму течения заболевания.

Кроме того, в этой классификации рекомендуется учитывать период болезни (начальный, разгар, репарации, дистрофический). Все эти классификации предусматривают учет входных ворот инфекции, дифференцировку характера и выделение форм течения заболеваний. Но не всегда практическому врачу легко определить эти стороны заболевания, особенно в начале заболевания.

Следовательно, диагностика сепсиса у детей раннего возраста является затруднительной: во-первых, потому, что почти на всех этапах нет характерной, ярко очерченной симптоматики заболеваний; во-вторых, даже высеv из крови микроба не всегда позволяет решить вопрос, имеет ли место в данном случае бактериемия или сепсис, тем более, что упорная бактериемия чаще наблюдается у ослабленных детей. Чтобы отдифференцировать эти два состояния, приходится принимать во внимание анамнез (течение периода новорожденности, состояние пупка, кожи и т. д.), симптоматику в данный момент, показатели периферической крови, и наконец, свойства высеvнного стафилококка. Однако ни одно из этих положений не может безусловно подтвердить или исключить сепсис. Иногда при явном сепсисе не удается выяснить ничего определенного анамнестически, клиническая картина тоже может варьировать от бедной симптоматики до большой выраженности всех симптомов.

Показатели периферической крови при сепсисе сильно отличаются в зависимости от срока с начала заболевания, индивидуальной реактивности организма и, наконец, от того, какая форма заболевания — септицемия или септикопиемия в данном случае.

Даже высеv стафилококка с чертами, характеризующими его патогенность, еще не дает полного права заключить, что это сепсис.

Только глубокий анализ анамнеза, клиники и дополнительных методов обследования в динамике позволяет правильно поставить диагноз.

При бактериемии врач обязан брать детей под наблюдение, если есть хоть один симптом, говорящий за заболевание (например — подъем температуры, потеря веса, нарастающая анемия и т. д.). Иногда только наблюдение за состоянием больного в динамике позволяет

прийти к правильному диагнозу. В этот период проводится тщательное наблюдение за состоянием ребенка, глубоко изучаются и сопоставляются с состоянием ребенка показатели периферической крови, взятой через каждые 7—10 дней наблюдения.

Критерием выздоровления при сепсисе является полная ликвидация признаков заболевания и стерильный посев крови больного. Однако у многих детей, больных сепсисом, даже после ликвидации признаков заболевания длительно наблюдается бактериемия и критерием для выписки детей, переболевших сепсисом, из стационара является хорошее общее состояние и нормализация периферической крови.

Бактериемия у детей, перенесших сепсис, должна расцениваться как бактерионосительство и требует систематического контроля за состоянием ребенка в течение года.

При контроле необходимо следить за общим состоянием больного, периферической кровью, физическим и психомоторным развитием. Профилактические прививки детям, перенесшим сепсис, следует проводить не ранее чем через год полного клинического благополучия.

Клинико-лабораторные критерии дифференциальной диагностики стафилококковой пневмонии у детей раннего возраста

Г. С. МОРОЗОВА, Л. Н. МАКАРОВА, Т. В. ТУРКЕНИЧ

Киргосмединститут

Стафилококковая пневмония представляет собой наиболее тяжелую форму заболевания. Она протекает с высоким токсикозом, признаками дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, дает большое количество осложнений и высокую летальность (В. Ф. Бакланова, 1973; К. А. Сотникова, Н. А. Панов 1975; и др.). К этому следует добавить весьма ограниченные возможности антибиотикотерапии стафилококковых пневмоний в силу высокой устойчивости инфекции.

Все это определяет необходимость наиболее ранней этиотропной и патогенетической терапии, что возможно лишь при своевременной диагностике болезни. Между тем диагностика стафилококковой пневмонии представляет значительные трудности в силу схожести клинических данных с другими формами воспаления легких.

Исходя из этого, нами был проведен анализ клинического течения болезни, рентгенологических и лабораторных данных у 71 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет, среди которых 27 страдали стафилококковыми пневмониями и 44 — очаговыми и сегментарными бронхопневмониями. Среди больных стафилококковыми пневмониями у 13 отмечено неосложненное течение заболевания, у 14 — осложнения болезни плевритами, эмпиемой плевры, миокардитом и др. Осложнения отмечены и у 5 больных бронхопневмониями (миокардит, токсическое раздражение почек, инфекция мочевыводящих путей). Дети поступали в стационар на 2—14 день болезни. Однако, если среди детей, больных бронхопневмонией, средний день поступления — 5, то при стафилококковой пневмонии — 8. Это свидетельствует о том, что некачественное

прийти к правильному диагнозу. В этот период проводится тщательное наблюдение за состоянием ребенка, глубоко изучаются и сопоставляются с состоянием ребенка показатели периферической крови, взятой через каждые 7—10 дней наблюдения.

Критерием выздоровления при сепсисе является полная ликвидация признаков заболевания и стерильный посев крови больного. Однако у многих детей, больных сепсисом, даже после ликвидации признаков заболевания длительно наблюдается бактериемия и критерием для выписки детей, переболевших сепсисом, из стационара является хорошее общее состояние и нормализация периферической крови.

Бактериемия у детей, перенесших сепсис, должна расцениваться как бактерионосительство и требует систематического контроля за состоянием ребенка в течение года.

При контроле необходимо следить за общим состоянием больного, периферической кровью, физическим и психомоторным развитием. Профилактические прививки детям, перенесшим сепсис, следует проводить не ранее чем через год полного клинического благополучия.

Клинико-лабораторные критерии дифференциальной диагностики стафилококковой пневмонии у детей раннего возраста

Г. С. МОРОЗОВА, Л. Н. МАКАРОВА, Т. В. ТУРКЕНИЧ

Киргосмединститут

Стафилококковая пневмония представляет собой наиболее тяжелую форму заболевания. Она протекает с высоким токсикозом, признаками дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, дает большое количество осложнений и высокую летальность (В. Ф. Бакланова, 1973; К. А. Сотникова, Н. А. Панов 1975; и др.). К этому следует добавить весьма ограниченные возможности антибиотикотерапии стафилококковых пневмоний в силу высокой устойчивости инфекции.

Все это определяет необходимость наиболее ранней этиотропной и патогенетической терапии, что возможно лишь при своевременной диагностике болезни. Между тем диагностика стафилококковой пневмонии представляет значительные трудности в силу схожести клинических данных с другими формами воспаления легких.

Исходя из этого, нами был проведен анализ клинического течения болезни, рентгенологических и лабораторных данных у 71 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет, среди которых 27 страдали стафилококковыми пневмониями и 44 — очаговыми и сегментарными бронхопневмониями. Среди больных стафилококковыми пневмониями у 13 отмечено неосложненное течение заболевания, у 14 — осложнения болезни плевритами, эмпиемой плевры, миокардитом и др. Осложнения отмечены и у 5 больных бронхопневмониями (миокардит, токсическое раздражение почек, инфекция мочевыводящих путей). Дети поступали в стационар на 2—14 день болезни. Однако, если среди детей, больных бронхопневмонией, средний день поступления — 5, то при стафилококковой пневмонии — 8. Это свидетельствует о том, что некачественное

лечение в амбулаторных условиях приводит к развитию тяжелых форм болезни.

Частота клинических признаков заболевания представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота клинических признаков болезни при пневмониях

Признаки	Частота при бронхопневмонии, %	Частота при стафилококковой пневмонии, %
Кашель	80±6	93±5
Пианоз	73±7	78±8
Увеличение печени	64±7	85±7*
Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры	64±7	74±9
Бледность кожи	68±7	89±6*
Данные перкуссии:		
укорочение звука	57±8	81±8*
коробочный звук	27±7	7±5*
Данные аускультации:		
сухие хрипы	48±8	41±10
влажные хрипы	84±6	70±9
крепитация	14±5	15±7
Данные рентгенограммы:		
а) степень инфильтрации легочной ткани		
усиление легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация	50±8	0*
очаговая	27±7	22±8
долевая	25±7	44±10*
тотальная легкого	0	33±9*
б) участие плевры	0	44±10*
в) ателектаз	0	15±7*
г) деструкция легкого	0	15±7*

* — различия между группами достоверны ($P < 0,05$)

Как видно из представленных в таблице данных, у больных стафилококковой пневмонией чаще наблюдались увеличение печени, бледность кожных покровов, на рентгенограмме у них, как правило, определялась инфильтрация доли легкого или всего легкого, почти в половине случаев воспалительный процесс затрагивал плевру, наблюдались ателектазы и деструкция легочной ткани. Остальные клинические признаки определялись одинаково часто при обеих формах болезни.

В таблице 2 представлены средние величины частоты дыхания, пульса и показателей гемограммы у обследованных больных.

При стафилококковой пневмонии отмечены более выраженная одышка, тахикардия, высокий лейкоцитоз, эозинопения, палочкоядерный сдвиг, ускоренная РОЭ ($P < 0,05$).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что большинство клинических и лабораторных данных встречается при обеих формах заболевания, но с разной частотой. Поэтому при постановке диагноза врач исходит из того, что данное заболевание более вероятно у больного, поскольку наблюдающийся комплекс симптомов чаще обнаруживается именно при этой болезни. При этом совершенно неизбежен субъективизм, связанный с различной подготовкой и предшествующим опытом врача, наличием аналогичных больных в отделении и т. д.

Таблица 2

Частота пульса, дыхания, показатели гемограммы у больных пневмонией

Показатели	Бронхопневмония	Стафилококковая пневмония
Частота дыхания	53,2±1,8	58,9±1,9*
Частота пульса	140,3±2,7	148,1±4,8*
Лейкоцитоз	9155 ± 673	14489 ± 1211*
Эозинофилы, %	2,8±0,5	0,4±0,09*
Палочкоядерные, %	4,3±0,4	8,7±1,1*
Сегментоядерные, %	46,8±2,3	47,9±2,5
Лимфоциты, %	39,3±2,4	34,4±2,9
Моноциты, %	6,8±0,5	7,0±0,7
РОЭ, мм	18,4±1,5	27,0±2,4*

* — различия между группами достоверны ($P < 0,05$)

Чтобы избежать этого субъективизма, в последнее время предложены методы математического моделирования для распознавания заболеваний (Е. В. Гублер, 1978). Один из этих методов — последовательная диагностическая процедура (Е. В. Гублер, А. А. Генкин, 1973). Она основана на использовании формулы Байеса, позволяющей рассчитать вероятность каждого из возможных заболеваний, если у больного обнаружен определенный набор симптомов и известны общие (априорные) вероятности заболеваний в группе.

Исходя из полученных нами данных, была составлена диагностическая таблица, в которую включены лишь признаки, существенно различившиеся в группах наблюдения (табл. 3). В таблице представлены диагностические коэффициенты, соответствующие диапазонам признаков, и их информативность. Признаки расположены в порядке убывающей информативности.

Пользование таблицей несложно и не требует применения какой-либо вычислительной техники. После обследования больного необходимо просто суммировать (с учетом знаков) диагностические коэффициенты, соответствующие диапазонам признаков, обнаруженных у ребенка. При достижении диагностического порога суммирования прекращают. В качестве порога можно принять величину 13 (95% вероятность) или величину 20 (99% вероятность). Достижение порога +13 (+20) свидетельствует с 95% (99%) степенью вероятности о наличии у больного стафилококковой пневмонии, в то время как достижение порога —13 (—20) — с той же степенью вероятности об отсутствии стафилококковой пневмонии.

В качестве примера использования диагностических таблиц приводим 2 выписки из истории болезни.

Больной Т. О., 9 мес., поступил на лечение в 3 детскую больницу г. Фрунзе 27 марта 1976 г. с жалобами, со слов матери, на повышение температуры, кашель, общее плохое самочувствие. При осмотре состояние ребенка было тяжелым, температура — 39°, выраженная дыхательная недостаточность. Результаты последовательной диагностической процедуры (в скобках приводятся величины диагностических коэффициентов):

1. На рентгенограмме — тотальная инфильтрация левого легкого (+5), наличие пристеночного плащевидного плеврита (+9), ателектаза нет (—1), деструкции легочной ткани нет (—1).
2. Пульс — 180 уд/мин. (+5).
3. В лейкограмме эозинофилы отсутствовали (+3).
4. При перкуссии определялось укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки (+1), коробочный звук не определялся (+1).

Таблица 3

Диагностическая таблица стафилококковой пневмонии у детей

Признаки	Диапазон признака	Диагностический коэффициент	Информативность
1	2	3	4
I. Данные рентгенограммы:			
а) степень инфильтрации легочной ткани:	1. Усиление легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация	-5	0,48
	2. Очаговая	-1	0,03
	3. Долевая	+1	0,03
	4. Тотальная легкого	-5	0,41
б) участие плевры	1. Имеется	-9	1,54
	2. Отсутствует	-3	0,66
в) ателектаз	1. Имеется	+9	0,52
	2. Отсутствует	-1	0,60
г) деструкция легкого	1. Имеется	+9	0,52
	2. Отсутствует	-1	0,06
II. Пульс, уд/мин.	1. 100	-4	0,10
	2. 100—119	-3	0,14
	3. 120—139	-2	0,11
	4. 140—159	0	0
	5. 160—179	+2	0,07
	6. 180—199	+5	0,23
	7. >200	+9	0,28
III. Эозинофилы в лейкограмме, %	1. 0	+3	0,25
	2. 1—2	0	0
	3. 3—4	-2	0,07
	4. 5—6	-6	0,29
	5. >7	-9	0,31
IV. Данные перкуссии:			
а) укорочение звука	1. Имеется	+1	0,12
	2. Отсутствует	-4	0,53
б) коробочный звук	1. Имеется	-6	0,61
	2. Отсутствует	+1	0,10
V. Бледность кожи	1. Имеется	+1	0,11
	2. Отсутствует	-5	0,56
VI. Палочкоядерные нейтрофилы в лейкограмме:	1. 0—5	-1	0,03
	2. 6—10	-1	0,03
	3. 11—15	+2	0,07
	4. 16—20	+5	0,19
	5. >20	+9	0,24
VII. РОЭ, мм	1. 10	-2	0,08
	2. 11—20	-2	0,09
	3. 21—30	0	0
	4. 31—40	+1	0,02
	5. 41—55	+4	0,18
	6. >50	+7	0,19
VIII. Увеличение печени	1. Имеется	-1	0,11
	2. Отсутствует	-4	0,44

1	2	3	4
IX. Лейкоцитоз, тыс.	1. 5	-2	0,07
	2. 6—10	-2	0,11
	3. 11—15	0	0
	4. 16—20	-1	0,02
	5. 21—25	-4	0,15
	6. >25	+6	0,18
X. Частота дыхания	1. 30	-4	0,08
	2. 30—39	-2	0,05
	3. 40—49	-1	0,02
	4. 50—59	+1	0,02
	5. 60—69	1	0,02
	6. >70	+1	0,02

Сумма диагностических коэффициентов:

$$5+9-1-1+5+3+1+1=+22.$$

Этих данных достаточно, чтобы с вероятностью, превышающей 99%, констатировать наличие у ребенка стафилококковой пневмонии.

Больной Д., 11,5 мес., поступил в больницу 14 апреля 1978 г. Жалобы, со слов матери, на повышение температуры, кашель, отсутствие аппетита, общее плохое самочувствие. При осмотре состояние ребенка тяжелое, ребенок беспокоен, мечется, дыхание стонущее, частый сухой кашель, температура — 38,6°. Результаты последовательной диагностической процедуры:

1. На рентгенограмме — легочный рисунок смазан, обогащен за счет периферических изменений (—5), плевры интактна (—3), ателектаза нет (—1), деструкции легкого нет (—1).

2. Пульс — 128 уд/мин. (—2).

3. Эозинофилы в лейкограмме — 1% (0).

4. Укорочение перкуторного звука не определяется (—4), коробочный оттенок звука (—6).

Сумма диагностических коэффициентов:

$$-5-3-1-1-2+0-4-6=-22.$$

С вероятностью, превышающей 99%, можно исключить у ребенка стафилококковую пневмонию, в связи с чем продолжать суммировать диагностические коэффициенты других симптомов уже нет необходимости.

Применение диагностической таблицы облегчает постановку правильного диагноза, исключает субъективизм в оценке состояния больного, позволяет наметить необходимый уровень клинического и лабораторного обследования и в конечном итоге повышает качество клинической диагностики пневмонии.

Развитие и успехи детской хирургии в Киргизской ССР

В. С. КОНОНОВ

Киргосмединститут

Как один из видов специализированной помощи детская хирургия в Киргизской ССР начала развиваться с 1961 года, когда при Киргизском научно-исследовательском институте охраны материнства и детства было открыто первое в республике детское хирургическое отделение на 40 коек.

До 1961 года хирургическая помощь детям оказывалась в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник общей больничной сети.

1	2	3	4
IX. Лейкоцитоз, тыс.	1. 5	-2	0,07
	2. 6—10	-2	0,11
	3. 11—15	0	0
	4. 16—20	-1	0,02
	5. 21—25	-4	0,15
	6. >25	+6	0,18
X. Частота дыхания	1. 30	-4	0,08
	2. 30—39	-2	0,05
	3. 40—49	-1	0,02
	4. 50—59	+1	0,02
	5. 60—69	1	0,02
	6. >70	+1	0,02

Сумма диагностических коэффициентов:

$$5+9-1-1+5+3+1+1=+22.$$

Этих данных достаточно, чтобы с вероятностью, превышающей 99%, констатировать наличие у ребенка стафилококковой пневмонии.

Больной Д., 11,5 мес., поступил в больницу 14 апреля 1978 г. Жалобы, со слов матери, на повышение температуры, кашель, отсутствие аппетита, общее плохое самочувствие. При осмотре состояние ребенка тяжелое, ребенок беспокоен, мечется, дыхание стонущее, частый сухой кашель, температура — 38,6°. Результаты последовательной диагностической процедуры:

1. На рентгенограмме — легочный рисунок смазан, обогащен за счет периферических изменений (—5), плевра интактна (—3), ателектаза нет (—1), деструкции легкого нет (—1).

2. Пульс — 128 уд/мин. (—2).

3. Эозинофилы в лейкограмме — 1% (0).

4. Укорочение перкуторного звука не определяется (—4), коробочный оттенок звука (—6).

Сумма диагностических коэффициентов:

$$-5-3-1-1-2+0-4-6=-22.$$

С вероятностью, превышающей 99%, можно исключить у ребенка стафилококковую пневмонию, в связи с чем продолжать суммировать диагностические коэффициенты других симптомов уже нет необходимости.

Применение диагностической таблицы облегчает постановку правильного диагноза, исключает субъективизм в оценке состояния больного, позволяет наметить необходимый уровень клинического и лабораторного обследования и в конечном итоге повышает качество клинической диагностики пневмонии.

Развитие и успехи детской хирургии в Киргизской ССР

В. С. КОНОНОВ

Киргосмединститут

Как один из видов специализированной помощи детская хирургия в Киргизской ССР начала развиваться с 1961 года, когда при Киргизском научно-исследовательском институте охраны материнства и детства было открыто первое в республике детское хирургическое отделение на 40 коек.

До 1961 года хирургическая помощь детям оказывалась в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник общей больничной сети.

Между тем диагностика хирургических заболеваний у детей трудна и имеет свои весьма существенные особенности, объясняемые незрелостью органов и систем, в первую очередь, нервной системы ребенка, что клинически проявляется доминированием общих симптомов над местными. Трудность опроса ребенка и недостаточная степень достоверности наблюдений родителей значительно снижают значение анамнеза в ранней диагностике, особенно острых хирургических заболеваний. Если же учесть лабильность обменных процессов, большую частоту атипичных форм и значительную вариабельность течения хирургических заболеваний у детей, то становятся понятными те затруднения, которые испытывают врачи первичного звена, педиатры и детские хирурги при распознавании таких заболеваний, как гнойно-воспалительные процессы, острые заболевания органов брюшной полости, травмы, заболевания органов грудной полости и хирургические болезни новорожденных. В диагностике хирургических заболеваний у детей важное место занимают дополнительные методы обследования: рентгенологический, эндоскопический, лабораторный и др. Кроме того, большое значение имеет наблюдение за ребенком в динамике, позволяющее уловить тонкие объективные симптомы и правильно поставить диагноз.

Важным в понимании особенностей хирургии детского возраста является учение П. К. Анохина о системогенезе и С. Я. Долецкого об относительной незрелости и диспропорции роста ребенка, которые объясняют наличие ряда патологических синдромов у новорожденных и детей раннего возраста (гипертермический синдром, тяжелые токсикозы, функциональная дискинезия кишечника, диспропорция роста скелета и мышц, боли в ногах и т. п.). Это временные состояния, продолжительность которых меняется на протяжении периода роста ребенка. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка обуславливают отличие оперативной техники и тактики хирурга при операциях у детей.

Все это способствовало выделению детской хирургии из общей по принципу возраста, а не по принципу концентрации больных одного профиля. В крупных центрах детской хирургии, в свою очередь, выделяются детская травматология и ортопедия, урология, нейрохирургия, детская торакальная хирургия и т. п. Таким образом, определились две тенденции развития детской хирургии: 1) создание межрайонных и городских детских хирургических отделений общего профиля; 2) выделение крупных республиканских и областных детских хирургических центров и создание в них узкопрофильных детских хирургических служб: неотложной хирургии, травматологии, урологии, торакальной хирургии и т. п. У нас в Киргизии детская хирургия развивается именно в этом плане. В 1964 году на базе 3-й детской клинической больницы г. Фрунзе был создан Республиканский центр детской хирургии на 110 коек, который в 1977 году был расширен до 207 коек.

Пионерами детской хирургии в республике являются профессоры М. С. Знаменский, В. С. Кононов, доценты Е. А. Круглова, В. С. Шаропов, А. С. Марков, В. И. Чернобровкин, И. Т. Аснач, Г. Ф. Гальцева, А. Г. Лим, И. А. Асанбеков, К. С. Шаимбетов и медицинские сестры М. А. Полетаева, Н. Н. Попелегис, И. Иордан, В. А. Фокина, Т. Г. Никитина и другие.

В настоящее время в Республиканском центре детской хирургии оказывается как ургентная, так и плановая хирургическая помощь детям по торакальной и абдоминальной хирургии. Широко проводятся реконструктивные операции (плановые и неотложные) при пороках

развития у новорожденных и у детей раннего возраста. Проводятся сложные операции пластики пищевода и желчных путей при их атрезиях, восстановительные операции у новорожденных при врожденной непроходимости кишечника. У детей более старшего возраста проводятся операции Дюамеля, Соаве и Свенсона при болезни Фавалли-Гиршпрунга, пластика грудины и ребер при воронкообразной деформации, деформации грудной клетки, пластика пищевода при его стенозах и другие сложные реконструктивные операции.

В Республиканском центре детской хирургии широко проводятся торакальные операции по поводу опухолей и кист средостения и легких, острых и хронических нагноительных заболеваний легких и плевры. По мере усложнения оперативной деятельности возникла необходимость в открытии отделения анестезиологии и реанимации. В подготовке кадров для этого отделения большую помощь оказала проблемная анестезиологическая лаборатория кафедры хирургии II Московского медицинского института. В настоящее время в клинической детской больнице № 3 г. Фрунзе работают квалифицированные анестезиологи-реаниматологи. В урологическом отделении освоены и широко применяются при лечении везико-ренального рефлюкса различные антирефлюксные операции (Грегуара, Политано-Лидбеттера, Винтера, Матисена). Проводится электростимуляция мочевого пузыря синусоидальными модулированными токами. Изучаются проблемы хирургической коррекции тотального недержания мочи. Разрабатываются вопросы, связанные с этиопатогенезом, особенностями клиники и лечения крипторхизма в эндемичных по зобу местностях Киргизии.

С организацией детского травматологического отделения значительно активизировалась работа по профилактике и лечению травм у детей. В клинике широко применяется компрессионно-дистракционный остеосинтез с помощью аппарата Илизарова при лечении последствий гематогенного остеомиелита, при лечении переломов трубчатых костей.

Особенно большое внимание привлекали к себе вопросы гнойной хирургической инфекции. Для решения их было проведено комплексное изучение гематогенного остеомиелита у детей, приводящее к разработке нового комплексного метода лечения острого гематогенного остеомиелита у детей с помощью щадящей остеоперфорации и чрескостных промываний. Большое внимание при этом уделяется повышению защитных сил организма с помощью аутовакцины, стафилококкового анатоксина, прямых переливаний крови от иммунизированных доноров и других средств. При лечении костных полостей при хроническом гематогенном остеомиелите разработан и внедрен в практику метод брeфо-гомопластики костными трансплантатами, консервированными в слабых растворах формалина. Для расширения возможностей аутопластики у детей использовалась малоберцовая кость с замещением ее, в свою очередь, гомотрансплантатом. Изучены особенности клиники и лечения множественного гематогенного остеомиелита у детей, что значительно улучшило исходы лечения этого тяжелейшего контингента больных.

В хирургии легких основное внимание уделялось изучению и улучшению методов лечения острых и хронических гнойных заболеваний легких. Разрабатывается дифференцированная хирургическая тактика лечения вторичных стафилококковых деструкций легких, осложняющих течение острого гематогенного остеомиелита. Были разработаны методы максимально щадящих оперативных вмешательств. В лечении стафилококковой деструкции легких используется метод временной ок-

клюзии бронха, трахео-бронхиальный лаваж. Многолетние исследования ассистента А. Г. Лим позволили разработать методику трахео-бронхиального лаважа и показания к его применению в сочетании с аутовакцинотерапией при хронических нагноительных бронхолегочных заболеваниях.

Усовершенствована методика лечения химических ожогов пищевода у детей (М. Н. Насирдинов) и пороков развития кардиоэзофагеальной области. При пороках развития, сопровождающихся желудочно-пищеводным рефлюксом (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, врожденно короткий пищевод, халазия кардии) применяются антирефлюксные операции.

Сложным разделом детской хирургии является хирургия новорожденных. В этом плане усовершенствованы методы лечения новорожденных с различными формами врожденной кишечной непроходимости (А. С. Марков), проводится комплексная терапия, направленная на коррекцию нарушений микроциркуляции и метаболизма (А. Я. Кагарлицкий).

Растет квалификация детских хирургов. Защищены одна докторская и десять кандидатских диссертаций, три диссертации представлено к защите. Опубликовано 3 монографии, 6 сборников научных работ и более 350 научных работ по различным вопросам детской хирургии. В помощь практическим врачам выпущено 6 методических писем. В г. Оше также открыто детское хирургическое отделение на 60 коек, а в ближайшее время откроется областной центр детской хирургии. В ошском детском хирургическом отделении оказывается высококвалифицированная хирургическая помощь детям с заболеваниями органов грудной и брюшной полости, урологическими и ортопедическими заболеваниями.

Всего в настоящее время в республике работают 47 детских хирургов и 12 анестезиологов. Прием по детской хирургии производится пока только в 25 детских поликлиниках. Таким образом, основная масса детей до сих пор лечится в общих хирургических стационарах. Исходя из этого, Центр детской хирургии значительное внимание уделяет вопросам повышения знаний особенностей детской хирургии путем проведения ежегодных декадников и семинаров по актуальным вопросам детской хирургии для педиатров, общих хирургов и работников скорой медицинской помощи.

Проводимые мероприятия способствуют повышению качества хирургической помощи детям. Так, общая хирургическая летальность в 1964 году составляла 1,2%, в 1978 году она снизилась до 0,5%. Значительно улучшились исходы лечения при таких тяжелых заболеваниях, как острый гематогенный остеомиелит (с 11,1% в 1962 г. до 1,2% в 1978 г.) при перитоните (с 12,3% в 1962 г. до 3,7% в 1978 г.) при стафилококковых деструкциях легких (с 26% до 5,6%), при флегмоне новорожденных (с 21,4% до 5,4%).

Решения XXV съезда предусматривают дальнейшую специализацию медицинской помощи населению. Будет развиваться дальше и детская хирургия в Киргизии. Приказом № 160 Министерства здравоохранения СССР предусматривается в каждом районе иметь районного детского хирурга, в каждом хирургическом отделении — специалиста по детской хирургии, а в каждой детской поликлинике — специализированный прием хирургических больных.

Детские хирургические отделения будут открыты в гг. Пржевальске, Джалал-Абаде, Токмаке и других.

Неспецифическая резистентность при острой пневмонии у детей раннего возраста, постоянных жителей разных высот Центрального Тянь-Шаня

Г. А. КОМАРОВ, Ф. М. ГРИГОРЬЕВА

КиргНИИ акушерства и педиатрии

Неспецифические факторы защиты все чаще рассматриваются не как функция отдельных клеток, а как механизмы, начинающие иммунный процесс и осуществляющие эффекторную фазу его. В начальные периоды воспалительного процесса происходит активация синтеза и накопление гамма-глобулиновой фракции сывороточного белка, активация лизосомальных ферментов, стимуляция фагоцитоза, усиливается продукция комплемента, пропердина, лизоцима, интерферона. Выраженность указанных сдвигов (З. М. Михайлова, 1978) зависит от силы стрессорного фактора. Вместе с тем в разгар заболевания, по мнению большинства исследователей (А. В. Ермаков, 1976; Э. С. Тузова, 1976; Л. А. Стерлигов, В. В. Ботвиньева, 1977), отмечается существенное снижение показателей неспецифической резистентности. Однако Б. С. Нагоев (1978) при обследовании 56 взрослых, больных острой пневмонией, отмечает 1,5-кратное повышение показателей фагоцитоза в разгар заболевания.

Острые пневмонии в большинстве своем имеют вирусно-бактериальную этиологию. Развитию пневмонии в большинстве случаев предшествует различный по продолжительности острый вирусный период, сопровождающийся гипертермией. При изучении влияния гипертермии было установлено ее адьювантное действие на иммуногенез, в том числе экспериментальными и клиническими исследованиями установлена активация под действием высоких температур неспецифических факторов резистентности (Н. А. Караванская, 1975; Л. К. Прасол, 1978). Показатели неспецифической резистентности также зависят от клинико-морфологической формы заболевания (Г. П. Кондрашенко с соавт., 1978) и от применяемой терапии. П. Н. Косяков (1979) приходит к выводу о снижении клеточных и гуморальных иммунных реакций под влиянием антибиотиков и гормонов.

Таким образом, показатели неспецифической резистентности как иммунологически детерминированные показатели вместе с тем могут находиться в существенной зависимости от ряда внешних и внутренних факторов. Изучение влияния факторов внешней среды на показатели неспецифической резистентности имеет большое значение как с общетеоретической, так и с сугубо практической точек зрения, поскольку сниженные показатели фагоцитоза и других факторов неспецифической резистентности существенно влияют на прогноз пневмонии и, как было установлено нами ранее (Г. А. Комаров, 1973), наряду с микробно-тканевой сенсibilизацией, способствуют затяжному течению заболевания и его трансформации в хронические формы.

Исследования, посвященные вопросам влияния горного климата Центрального Тянь-Шаня на иммунную систему и неспецифическую резистентность, немногочисленны (М. Е. Вольский, 1962; М. М. Миррахимов, М. И. Китаев, Б. Т. Тулебеков, К. А. Сабуров, К. А. Амантурова, 1978) и не затрагивают вопросов состояния неспецифической ре-

зистентности у детей-аборигенов различных высот, больных острой пневмонией.

Проведенными нами ранее исследованиями по изучению эпидемиологии и клиники бронхолегочных заболеваний у детей в различных регионах Киргизии было выявлено снижение заболеваемости острой пневмонией по мере повышения высоты местности над уровнем моря. Вместе с тем отмечалось, что на умеренных и значительных высотах острые пневмонии у детей протекают чрезвычайно тяжело и имеют значительно более неблагоприятный исход по сравнению с низкогорьем. При этом, в основном, повышается летальность, в то время как удельный вес затяжных форм не выше, чем в низкогорье, а склонность к хронификации процесса даже снижается. Выраженность токсических осложнений при острой пневмонии у детей раннего возраста в условиях высокогорья при одних и тех же объемах поражения значительно выше, чем у детей низкогорных и предгорных зон.

В плане выполнения заказной научной тематики Государственного комитета Совета Министров СССР по науке и технике, проведено изучение влияния горного климата на показатели неспецифической резистентности. Обследование детей проводилось экспедиционным путем в г. Пржевальске (1760 м над ур. моря) и г. Нарыне (2020 м над ур. моря). Для контроля проведено обследование 41 ребенка в условиях клиники института. Возраст обследованных колебался от 3 месяцев до 3 лет, однако из числа обследованных дети первого года жизни составили 75%. В обследованном контингенте больных несколько преобладали мальчики — их было 64, девочек — 60. Обследованные распределились следующим образом: по форме заболевания — очаговая пневмония — 42, сегментарная и полисегментарная — 79, круппозная — 2, интерстициальная — 1 ребенок. По тяжести течения заболевания — среднетяжелая пневмония — 24, тяжелая — 61, крайне-тяжелая — 39. Следует отметить, что в число обследованных больных вошло 27 детей с наличием легочно-плевральных гнойных осложнений и 19 — с экстрапульмональными гнойными осложнениями (гнойные отиты, пиелонефриты и другие осложнения). У всех детей имелись токсические осложнения, выражающиеся в легочно-сердечной недостаточности — у 102 больных и энцефалическом синдроме — у 22.

Изучение показателей фагоцитоза и комплемента проводилось общепринятыми методами, а активность лизоцима изучалась по методике К. А. Каграмановой и З. В. Ермольевой (1966), в модификации Ф. М. Григорьевой. Исследование указанных показателей неспецифической резистентности в разгар заболевания проводилось как в начальные периоды пневмонии (1—3 день болезни), так и в разгар клинических проявлений (5—7 день). Результаты изучения показателей неспецифической резистентности в разгар заболевания (таблица) свидетельствуют о существенном влиянии высоты на фагоцитоз и активность лизоцима.

Из приведенных в таблице данных следует, что в разгар острой пневмонии у детей раннего возраста фагоцитоз угнетается тем больше, чем значительно выше высота местности над уровнем моря. Так, в условиях среднегорья (г. Пржевальск), фагоцитарная активность лейкоцитов снижается в 1,5 раза, а в условиях высокогорья (г. Нарын) — более чем в 2 раза по сравнению с показателями, зарегистрированными у детей в условиях низкогорья. Проверка указанных данных факториальным дисперсионным анализом подтвердила существенность влияния фактора высоты местности. Вероятно, гипоксическая гипоксия, углуб-

Показатели неспецифической резистентности у детей раннего возраста при острой вирусно-бактериальной пневмонии на различной высоте над уровнем моря в период разгара заболевания

Показатели неспецифической резистентности	Высота над уровнем моря					
	860 м		1760 м		2020 м	
	<i>n</i>	<i>M ± m</i>	<i>n</i>	<i>M ± m</i>	<i>n</i>	<i>M ± m</i>
Фагоцитарная активность лейкоцитов, в %	46	30 ± 1,20	37	20 ± 1,60 <i>P</i> < 0,01	41	12 ± 0,85 <i>P</i> ₁ < 0,01
Завершенность фагоцитоза, в баллах	40	1,1 ± 0,11	34	4,2 ± 0,30 <i>P</i> < 0,01	35	3,5 ± 0,30 <i>P</i> ₁ < 0,05
Титр комплемента, в мл	40	0,016 ± 0,001	34	0,015 ± 0,001 <i>P</i> < 0,05	31	0,02 ± 0,001 <i>P</i> ₁ < 0,05
Активность лизоцима, в мкг/мл	40	6,8 ± 0,44	33	2,8 ± 0,18 <i>P</i> < 0,01	28	2,6 ± 0,26 <i>P</i> ₁ > 0,05

ляющаяся исключением определенной части дыхательной поверхности в результате воспалительного процесса, отражается на функциональном состоянии клеток, обеспечивающих завершающую фазу противомикробной защиты организма. При этом отмечается не только уменьшение относительного числа фагоцитов, но и ухудшение переваривающей способности их, что выражается в снижении показателя завершенности фагоцитоза. Обратно пропорциональный критерий завершенности в баллах возрастает более чем в 3 раза.

Титр комплемента меняется значительно в более узких пределах и, по-видимому, в меньшей мере зависит от высоты местности над уровнем моря, несколько возрастая тем не менее при острой пневмонии у детей раннего возраста в условиях высокогорья.

Более существенные различия были отмечены при изучении активности комплемента. Так, если в условиях низкогогорья в разгар острой пневмонии активность комплемента составила $6,8 \pm 0,44$ мкг/мл, то в условиях среднегогорья отмечено снижение этого показателя более чем в 2 раза — $2,8 \pm 0,18$ мкг/мл и последующее снижение до 2,6 мкг/мл в условиях высокогорья.

Таким образом, высота местности над уровнем моря существенно влияет не только на газообмен у детей раннего возраста при острой пневмонии, как это отмечалось нами ранее (Г. А. Комаров, Х. Р. Ахмедова, Г. М. Попова, 1979), но и на состояние факторов неспецифической резистентности, резкое угнетение которых в период разгара заболевания существенно отражается на исходах острых пневмоний и снижает результативность проводимых терапевтических мероприятий.

Следует также отметить, что у детей-горцев нами не выявлено выраженного стимулирующего влияния вирусно-бактериального стресса в первые дни заболевания. Так, у детей на высоте 2020 м над ур. моря показатели фагоцитоза увеличиваются лишь на 10% к третьему дню болезни, в то время как в низкогогорье — на 35%. Активность лизоцима соответственно возрастает на 12% и на 39%.

По мере ликвидации острых воспалительных явлений в легких в низкогогорных условиях отмечается прирост показателей фагоцитоза и

лизоцима, благодаря снятию токсической блокировки факторов неспецифической резистентности. В условиях высокогорья (г. Нарын) указанного не происходит. Более того, у трети больных наблюдается дальнейшее снижение показателей фагоцитоза и лизоцима. При этом было отмечено, что снижение факторов неспецифической резистентности происходит преимущественно у тех детей, у которых развивается постинфекционная анемия. У детей с развившейся анемией и сниженными показателями неспецифической резистентности нами в 80% случаев отмечено развитие рецидива заболевания в сроки от 7 до 16 дней после выписки из стационара, несмотря на продолжающееся долечивание амбулаторно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты изучения неспецифических факторов резистентности при острой пневмонии у детей раннего возраста, постоянных жителей различных по высоте над уровнем моря местностей Центрального Тянь-Шаня, свидетельствуют, что высота способствует угнетению фагоцитоза и лизоцима при одних и тех же формах острой вирусно-бактериальной пневмонии. Вместе с тем получены весьма убедительные данные, свидетельствующие о торпидном типе восстановления нарушенных в ходе острого воспалительного легочного процесса неспецифических защитных реакций детского организма, что можно рассматривать как один из предрасполагающих факторов рецидивирования заболевания в ранние сроки периода выздоровления.

Представляют определенное значение также явления рефрактерности и инертности реактивности в ранние сроки действия вирусно-бактериального стресса у детей-горцев, которые мы склонны рассматривать как особенность реагирования, а не как патологическое состояние, поскольку физическое и нервно-психическое развитие детей, постоянных жителей гор, мало отличается от показателей детей тех же возрастных групп в условиях низкогогорья.

Вместе с тем, явление сниженного ответа на вирусно-бактериальные инфекции у детей-горцев предъявляет повышенные требования к проведению лечебных мероприятий. Учитывая, что применяемые антибиотические препараты достигают требуемых концентраций в тканях в зависимости от способов введения через несколько часов, а зачастую и суток, в горноклиматических условиях при острой пневмонии назначение последних в ранние сроки имеет решающее значение.

Выводы

1. При острой пневмонии у детей раннего возраста, постоянных жителей различных по высоте над уровнем моря населенных пунктов, показатели неспецифической резистентности в разгар заболевания различны. Наиболее низкие показатели характерны для высокогорья.

2. Динамическое изучение показателей фагоцитоза, комплемента и лизоцима позволяет судить о наличии своеобразного типа реагирования на вирусно-бактериальный стресс у детей-горцев, заключающийся в рефрактерности на ранних этапах заболевания, резком угнетении в период разгара болезни и торпидном типе восстановления в период репарации.

3. Учитывая низкие уровни показателей неспецифической реактивности при острой пневмонии у детей в средне- и высокогорных местно-

стях Центрального Тянь-Шаня, сроки начала активной антибактериальной терапии должны быть предельно ранними, а дозы антибиотиков более высокими, чем рекомендованные применительно к высокогорью и равнинной местности. Эффективность использования с лечебной целью антибиотиков, дозы и длительность применения их при острой пневмонии у детей в условиях высокогорья требуют специального изучения.

Практические рекомендации

Изучение состояния неспецифических факторов защиты при острой вирусно-бактериальной пневмонии у детей-горцев позволяет рекомендовать к применению в работе врача-педиатра следующее:

1. В период наиболее неблагоприятный по вирусным инфекциям целесообразно применение с целью профилактики лейкоцитарного интерферона, особенно среди организованных детей, назначение диеты, обогащенной лизоцимом (обогащенный биолакт, яйцо), назначение с профилактической целью средств, стимулирующих неспецифическую реактивность (аскорбиновая кислота, витамины группы В), проведение противоанемического лечения.

2. При заболевании ребенка раннего возраста острой пневмонией необходимо обеспечить максимально раннюю госпитализацию в стационар и назначение антибиотиков в оптимальной дозе с параллельной дезинтоксикационной терапией, а в случаях поздней госпитализации и выраженной тяжести состояния ребенка — внутривенное и комбинированное антибактериальное лечение.

3. Учитывая торпидный тип восстановления показателей неспецифической резистентности после завершения острых воспалительных явлений в легких у детей раннего возраста в условиях средне- и высокогорья, требуется более активная диспансеризация переболевших после выписки из стационара, введение средств, стимулирующих резистентность и ограждение от повторных контактов с вирусными и бактериальными инфекциями.

Диагностика и лечение вирильного синдрома

Л. М. КАЦ, А. Н. СЕРОВА, И. А. ГЕЙН

Киргосмединститут и Республиканский клинический родильный дом

Понятие «вирильный синдром» объединяет ряд патологических состояний, которые клинически характеризуются появлением у женщины признаков дефеминизации, а затем и маскулинизации: аменореи или олигоменореи, атрофии молочных желез и матки, роста волос по мужскому типу в области лица (фасциальный гирсутизм), акне, гипертрофии клитора, огрубения голоса, гипертрихоза (усиленный рост волос на теле), изменения телосложения вследствие исчезновения округлости контуров тела и гипертрофии мышц верхней половины туловища.

Возникновение этого синдрома может быть обусловлено различными патологическими состояниями организма и может встречаться в различном возрасте. Выделяют следующие формы вирильного синдрома:

1. Конституциональный гирсутизм — проявляется без выраженных гормональных нарушений;

стях Центрального Тянь-Шаня, сроки начала активной антибактериальной терапии должны быть предельно ранними, а дозы антибиотиков более высокими, чем рекомендованные применительно к высокогорью и равнинной местности. Эффективность использования с лечебной целью антибиотиков, дозы и длительность применения их при острой пневмонии у детей в условиях высокогорья требуют специального изучения.

Практические рекомендации

Изучение состояния неспецифических факторов защиты при острой вирусно-бактериальной пневмонии у детей-горцев позволяет рекомендовать к применению в работе врача-педиатра следующее:

1. В период наиболее неблагоприятный по вирусным инфекциям целесообразно применение с целью профилактики лейкоцитарного интерферона, особенно среди организованных детей, назначение диеты, обогащенной лизоцимом (обогащенный биолакт, яйцо), назначение с профилактической целью средств, стимулирующих неспецифическую реактивность (аскорбиновая кислота, витамины группы В), проведение противоанемического лечения.

2. При заболевании ребенка раннего возраста острой пневмонией необходимо обеспечить максимально раннюю госпитализацию в стационар и назначение антибиотиков в оптимальной дозе с параллельной дезинтоксикационной терапией, а в случаях поздней госпитализации и выраженной тяжести состояния ребенка — внутривенное и комбинированное антибактериальное лечение.

3. Учитывая торпидный тип восстановления показателей неспецифической резистентности после завершения острых воспалительных явлений в легких у детей раннего возраста в условиях средне- и высокогорья, требуется более активная диспансеризация переболевших после выписки из стационара, введение средств, стимулирующих резистентность и ограждение от повторных контактов с вирусными и бактериальными инфекциями.

Диагностика и лечение вирильного синдрома

Л. М. КАЦ, А. Н. СЕРОВА, И. А. ГЕЙН

Киргосмединститут и Республиканский клинический родильный дом

Понятие «вирильный синдром» объединяет ряд патологических состояний, которые клинически характеризуются появлением у женщины признаков дефеминизации, а затем и маскулинизации: аменореи или олигоменореи, атрофии молочных желез и матки, роста волос по мужскому типу в области лица (фасциальный гирсутизм), акне, гипертрофии клитора, огрубения голоса, гипертрихоза (усиленный рост волос на теле), изменения телосложения вследствие исчезновения округлости контуров тела и гипертрофии мышц верхней половины туловища.

Возникновение этого синдрома может быть обусловлено различными патологическими состояниями организма и может встречаться в различном возрасте. Выделяют следующие формы вирильного синдрома:

1. Конституциональный гирсутизм — проявляется без выраженных гормональных нарушений;

2. Надпочечниковый вирильный синдром;
3. Яичниковый вирильный синдром;
4. Гипофизарная форма, проявляющаяся в виде болезни Иценко-Кушинга.

Чаще всего вирильный синдром бывает надпочечникового или яичникового генеза (И. А. Мануилова, 1968; Л. Г. Тумилович, 1973).

Вирильный синдром яичникового генеза может быть обусловлен развитием маскулинизирующих опухолей яичника (аренобластома, липоидоклеточные опухоли и др.) или склерокистозными яичниками. Вирилизм яичникового генеза обусловлен синтезом андрогенов, опухолевой тканью или дистопированных клеток коры надпочечников (М. Ф. Глазунов, 1961). Обнаружено, что в липоидоклеточных опухолях и аренобластоме вырабатывается большое количество тестостерона.

Вирилизм при склерокистозных яичниках можно объяснить нарушением биосинтеза гормонов в яичнике вследствие неполноценности ферментных систем.

Дефект этих систем, очевидно, связан с генетическими нарушениями (Netter с соавт., 1961). При склерокистозных яичниках синтезируются повышенные количества андрогенов, что и обуславливает вирилизм.

Склерокистозные изменения яичников — заболевание неоднородное по патогенезу, что обуславливает многообразную картину болезни, разные клинические варианты ее течения. В связи с этим вопрос о диагностике и лечении этой патологии не может считаться решенным, так как особенно трудны диагностика и лечение в начальных стадиях заболевания. Эндокринные сдвиги первоначально не имеют выраженных клинических проявлений и обычно не подвергаются лечению, но, сохраняясь длительное время, они становятся главной причиной нарушения репродуктивной функции, а в случае наступления беременности — основой акушерской патологии (Н. И. Бескровная, 1975, Ю. А. Крупко-Большова, 1976).

Диагностика эндокринных нарушений, как уже указывалось, представляет определенные трудности, однако возможна при использовании современных методов обследования.

Коррекция этих нарушений требует систематического гормонального контроля и наблюдения специалиста.

Специализированная помощь женщинам с нарушениями менструальной функции в Республиканском клиническом родильном доме г. Фрунзе проводится с 1976 г.

С этого времени зарегистрировано 806 посещений врача гинеколога-эндокринолога по поводу различного генеза нарушений менструальной функции, при этом выявлено 33 больных с вирильным синдромом. Обследование больных проводилось в амбулаторных условиях и в стационаре.

Для синдрома склерокистозных яичников характерны нарушения менструального цикла, проявляющиеся опсоменореей и аменореей и реже — ановуляторными кровотечениями, бесплодие — чаще первичное, гирсутизм, ожирение. Обязательным признаком является двустороннее увеличение яичников.

Для диагностики данного заболевания, наряду с клиническим и гинекологическим обследованием больных, мы проводили цитологическое исследование влагалищного мазка, измерение базальной температуры. Биопсия эндометрия произведена 5 больным, у 29 больных определено суточное выделение с мочой 17-кетостероидов, у 17 — оксикорти-

костероидов, у части больных определен основной обмен, сахарная кривая, произведена рентгенография черепа (20 больным), пневмопельсиография (28 больным), супраренография (3 больным).

Нарушение менструального цикла отмечено у всех 33 больных, из них ановуляторные кровотечения у двух больных, у 4 больных — аменоррея, у остальных больных — опсоменоррея.

Данные цитологического исследования влагалищных мазков, биопсия эндометрия, характер кривой базальной температуры указывали на наличие у 16 женщин стойких ановуляторных циклов, у трех — на укорочение второй фазы цикла.

Бесплодием продолжительностью более трех лет страдали 17 женщин, состоявших в браке. Гирсутизм отмечен у 26 женщин, ожирение — у 15.

До поступления в клинику большинству больных (20) проводились различные виды гормонального лечения (по типу заместительной терапии эстрогенами и прогестероном, хориогонином, преднизолоном и различными сочетаниями указанных гормонов). Однако у всех эффект от лечения был временным и после прекращения введения препаратов цикл снова нарушался. Общеизвестно, что лечение склерокистозных яичников требует хирургического вмешательства. Мы произвели клиновидную резекцию яичников, удаляя по возможности всю макроскопически измененную ткань.

Оперативному лечению подверглась 21 больная с синдромом склерокистозных яичников и 2 больные с подозрением на гормонопродуцирующую опухоль яичников. У больных, оперированных по поводу склерокистозных яичников, микроскопически в удаленной ткани яичника чаще всего обнаруживали утолщение и склерозирование белочной оболочки. В корковом слое выявлено уменьшение количества премордиальных фолликулов.

По данным литературы, после клиновидной резекции яичников функция последних восстанавливается у 68—95% больных (Е. И. Кватер и М. Л. Крымская, 1961; М. Л. Крымская и авт., 1972). Мы наблюдали восстановление менструальной функции у 19 больных. Первая менструация наступила в первый месяц после операции у 18 больных, у одной больной — через три месяца. За оперированными больными наблюдение велось в течение одного года, при этом отмечено, что менструации стали регулярными у 8 женщин, нерегулярные — у 7 (через 1,5—2 месяца), сохранилась аменоррея у одной больной (с длительностью заболевания до операции — 6 лет). Овуляторные циклы стали у 7 женщин, ановуляторные сохранились у 10 женщин.

Об эффективности хирургического метода лечения судят по восстановлению репродуктивной функции. По данным литературы, способность к зачатию восстанавливается у 60—88% (Е. И. Кватер и М. Л. Крымская, 1961; П. Коларов и С. Докумов, 1966; Е. М. Вихляева, 1973; и др.). По нашим данным, беременность наступила у трех женщин; у двух — через 2—4 месяца после операции, у одной — через год. И. М. Вайман (1965), Бескровная Н. И. (1970) и др. отмечают феминизирующее влияние операции на больную. Мы также отметили явное улучшение общего и психического состояния у 11 больных, у ряда женщин исчезли головные боли. После операции гирсутизм уменьшился у 9 больных, снижение веса отмечено у 7 больных. Для снижения веса, кроме оперативного лечения, необходима строгая диета.

На основании своих пока еще непродолжительных наблюдений мы отметили, что хирургическое лечение является надежным средством

устранения нарушений менструального цикла и бесплодия, обусловленных наличием склерокистозных яичников, на что указывают и данные литературы (Е. И. Кватер, М. Л. Крымская, 1961; Е. М. Вихляева, 1973). Изучение результатов лечения и особенно анализ неудач после клиновидной резекции у больных с синдромом склерокистозных яичников показали, что результаты операции зависят от того, имеем ли мы дело с «чистым» синдромом или с сочетанием его с другой эндокринной патологией.

У двух больных с выраженными явлениями маскулинизации (амеоррея, гирсутизм, понижение тембра голоса) при обследовании заподозрено наличие гормонопродуцирующих опухолей яичников, при пневмомпельвиографии диагноз подтвержден и больные оперированы.

У больной Б., 21 года, макроскопически — опухоль левого яичника расположена в толще мозгового вещества, желтого цвета, четко отграничена от здоровой ткани, микроскопически — текаклеточная опухоль. Произведена удаление левого яичника и резекция кистозно измененного правого яичника.

У больной Т., 17 лет, увеличение яичников было диффузным, с утолщением стромы яичника, произведена клиновидная резекция обоих яичников. Гистологическое исследование — текагранулезоклеточная опухоль.

Состояние больных после операции улучшилось, прекратился рост волос на теле, нормализовался менструальный цикл.

В ы в о д ы

1. При стойких нарушениях менструальной функции, связанных с морфофункциональными изменениями в яичниках, прогрессирующем гирсутизме и бесплодии в комплекс лечебных мероприятий следует включать клиновидную резекцию яичников, приводящую в большинстве случаев к восстановлению менструальной и детородной функций.

2. Для своевременного выявления гормонально активных опухолей яичников необходимо тщательное клиническое обследование больных, а в неясных случаях — диагностическая лапаротомия.

3. Для сокращения срока обследования и упорядочения работы эндокринологического кабинета республиканской женской консультации больным с расстройствами менструальной функции необходимо на местах проводить предварительное обследование: измерение базальной температуры в течение 3-х менструальных циклов, рентгенографию черепа (турецкое седло), исследование глазного дна, анализ крови и мочи на сахар; больным, которым производилось выскабливание полости матки, иметь данные гистологического исследования.



Роль Советского Красного Креста в организации охраны здоровья населения

В. А. БАЛТИЙСКИЙ,

председатель Исполкома Союза обществ
Красного Креста и Красного Полумесяца СССР

Общество Красного Креста существует в нашей стране более 110 лет. История его развития тесно связана с историей развития международного краснокрестного движения. Как известно, идея создания гуманистической организации, которая бы объединила общественные усилия для облегчения участи пострадавших во время войн, возникла почти одновременно в Швейцарии и в России. Ее выдвинули два выдающихся деятеля Анри Дюнан и Н. Пирогов.

Помощь Анри Дюнана раненым в сражении под Сольферино явилась одним из первых шагов на пути зарождения движения помощи раненым и больным на поле боя. Оно прошло большой путь и превратилось в массовое универсальное движение, объединяющее в настоящее время 230 миллионов краснокрестовцев во всем мире.

Высокогуманные идеи и принципы оказания общественной помощи раненым обосновал и обобщил на опыте своих действий в период Крымской войны великий русский хирург Николай Пирогов. Как медик и общественный деятель он многое сделал для воплощения своих идей в жизнь.

Советский Красный Крест, приняв гуманные традиции передовых деятелей дореволюционного Российского Красного Креста, в годы Советской власти быстро рос и развивался. Сейчас он представляет собой массовую общественную организацию, объединяющую на добровольных началах 11 Обществ Красного Креста и 4 Общества Красного Полумесяца всех 15 республик Советского Союза. В настоящее время в рядах Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца состоит 100 млн. человек.

Деятельность Советского Красного Креста весьма многообразна.

Советская система здравоохранения предусматривает создание медпунктов на всех промышленных, сельскохозяйственных предприятиях и в учебных заведениях.

Первичная медико-санитарная помощь при микротравмах, травмах, внезапных заболеваниях оказывается активистами непосредственно на рабочих местах у конвейеров, доменных печей, на полевых станах, в полевых бригадах и т. д.

В результате этого наблюдается значительная экономия рабочего времени, которое было бы затрачено на посещение амбулаторий или поликлиник, а также сокращение количества дней нетрудоспособности.

Важную помощь труженикам сельского хозяйства оказывают активисты Красного Креста в соответствии с планами органов здравоохранения по медицинскому обслуживанию населения, занятого на полевых работах.

Комитеты Обществ, организаторы здравоохранения на местах уделяют большое внимание подготовке активистов для работы во время весенних полевых работ, заготовок кормов, уборочной, на отгонных пастбищах и т. д.

Санитарные активисты из числа колхозников и рабочих совхозов, помимо оказания первичной медико-санитарной помощи непосредственно в бригадах, на полевых станах, ведут работу по предупреждению сельскохозяйственного травматизма, а также следят за соблюдением колхозниками и рабочими совхозов правил техники безопасности при работе с ядохимикатами.

В результате работы, проводимой активистами Общества Красного Креста, в нашей стране повсеместно снижается сельскохозяйственный травматизм.

Активисты Красного Креста являются надежными помощниками медицинских работников в проведении и других мероприятий. Трудно переоценить их роль в оказании первичной медико-санитарной помощи пострадавшим при стихийных бедствиях (при землетрясениях, наводнениях, лесных пожарах).

В последнее время все большую остроту приобретает проблема предупреждения травматизма, особенно автомобильного.

Принимая во внимание значение своевременно и правильно оказанной первой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, Советский Красный Крест ведет большую работу по созданию на важнейших автомагистралях страны дорожных санитарных постов.

В настоящее время в нашей стране подготовлено и функционирует более 10-ти тысяч таких постов, члены которых оказывают неоценимую помощь органам здравоохранения в оказании первичной медико-санитарной помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

Советский Красный Крест постоянно работает над совершенствованием существующих методов работы и выработкой новых форм своей деятельности по оказанию первой медицинской помощи населению. Такой новой формой, например, является создание санитарных постов на ударных всенародных стройках, на БАМе, КАМАЗе и других.

Одной из наиболее распространенных и эффективных форм практической помощи органам здравоохранения является их участие в проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

С каждым годом возрастает число активистов, которые в свободное от работы время помогают медицинским работникам в лечебных учреждениях, в травматологических и хирургических отделениях больниц, на станциях скорой медицинской помощи и на здравпунктах.

Стали традицией дежурства активистов в выходные и праздничные дни в местах организованного отдыха трудящихся (пляжи, парки, загородные зоны отдыха), а также во время проведения массовых спортивных мероприятий на стадионах, хоккейных площадках и т. п. для оказания первичной медико-санитарной помощи при травмах и внезапных заболеваниях.

Велика роль членов Общества в мероприятиях по предупреждению загрязнения окружающей среды, надзору за водоснабжением и т. д.

Дальнейшее расширение и совершенствование общественной помощи здравоохранению является первоочередной задачей, и вопросу улучшения организации первичной медико-санитарной помощи населению

Советский Красный Крест постоянно уделяет и будет уделять большое внимание.

Союз Обществ Красного Креста проводит большую работу по вовлечению населения в безвозмездные доноры. Лечебные учреждения многих областей, городов и районов полностью обеспечивают своих больных кровью за счет безвозмездного донорства.

Доноры у нас пользуются заслуженным почетом и вниманием. Они награждаются высшей наградой Президиума Верховного Совета СССР, знаком «Почетный донор СССР». Советский Красный Крест поощряет доноров благодарностями, дипломами, значками «Донор СССР» (3-х степеней). Советский Красный Крест в своей работе в области безвозмездного донорства использует опыт других национальных обществ.

Советский Красный Крест принимает активное участие в оказании медико-социальной помощи одиноким больным — хроникам, по характеру заболевания не подлежащим госпитализации, инвалидам войны и труда. Эта работа осуществляется патронажными медицинскими сестрами и активистами-добровольцами, подготовленными в кружках по уходу за больными.

Патронажные медицинские сестры Красного Креста содержатся на средства комитетов Обществ и ежегодно обслуживают около 200 тысяч больных. Они посещают больных, выполняют медицинские назначения врача и вместе со специально подготовленными в организациях Красного Креста санитарными активистами принимают участие в решении таких социально-бытовых вопросов, как оформление пенсии, приобретение путевок на санаторно-курортное лечение, доставка лекарств, организация питания больного и т. д.

Большое внимание уделяется Обществами привлечению молодежи к активному участию в деятельности Красного Креста.

В настоящее время более 33 млн. школьников, юношей и девушек состоят членами Общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Школьники приобретают необходимые медицинские знания и навыки, занимаясь в медико-санитарных кружках.

Большой вклад в деятельность Обществ Красного Креста вносят студенты-активисты во время производственной практики и работы в студенческих строительных отрядах. Они помогают в оказании медицинской помощи и в организации пропаганды санитарно-гигиенических знаний среди населения отдаленных районов страны.

Одним из важнейших разделов деятельности Союза Обществ является пропаганда медицинских и санитарно-гигиенических знаний, воспитание советских людей в духе гуманизма, интернационализма.

В этих целях используются различные формы и методы работы. Ежегодно Исполком Союза Обществ, а также центральные комитеты Обществ союзных республик издают значительное количество литературы на медико-санитарные темы не только на русском языке, но и на языках народов, населяющих нашу страну. Это учебники, брошюры, буклеты, плакаты, методические материалы.

Для поощрения лучшей работы в области издательской деятельности, повышения ее качества Исполком Советского Красного Креста периодически проводит конкурсы на лучшее научно-популярное издание, в которых участвуют все Общества Красного Креста и Красного Полумесяца союзных республик. Лучшим изданиям присуждаются дипломы и денежные премии.

Для пропаганды медико-санитарных знаний, а также деятельности Советского Красного Креста широко используются средства массовой информации (телевидение, радио, пресса).

Для проведения санитарно-просветительной работы в отдаленных от промышленных центров районах, а также в сельской местности мы используем санитарные агитационные автомобили. Они оснащены необходимым оборудованием для демонстрации кинофильмов, проведения бесед, снабжены литературой.

Важное значение мы придаем кинопропаганде. Ежегодно по заказу Исполкома Советского Красного Креста выпускается до двух десятков кинофильмов на краснокрестные темы. На международных фестивалях краснокрестных и медико-санитарных фильмов, проводимых Болгарским Красным Крестом совместно с Лигой обществ Красного Креста, многие советские фильмы были удостоены наград.

Важные задачи в пропагандистской работе Союза Обществ решает журнал «Советский Красный Крест». Тираж его составляет в настоящее время около миллиона экземпляров. В журнале выступают государственные и общественные деятели, ученые, писатели, журналисты.

Пропагандистская работа Советского Красного Креста проводится в тесном контакте с органами здравоохранения и санитарного просвещения.

Заботу о здоровье и благополучии советских людей Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца сочетает с активной деятельностью в защиту мира, прав человека, с интернациональной помощью народам других стран в их борьбе с болезнями, эпидемиями, с последствиями стихийных бедствий и вооруженных конфликтов.

В этих целях Советский Красный Крест использует все возможности, начиная с международных краснокрестных форумов до многосторонних и двусторонних встреч представителей национальных Обществ.

В соответствии с миролюбивой внешней политикой Советского государства и гуманными принципами Красного Креста, Советский Красный Крест оказывает всемерное содействие делу упрочения мира, дальнейшего развитию взаимопонимания, дружбы между народами.

По предложению Советского Красного Креста был принят ряд важных резолюций, осуждающих войну и призывающих национальные Общества Красного Креста своей гуманной деятельностью способствовать укреплению мира.

Верный принципам гуманизма и интернациональной солидарности, Советский Красный Крест помогает населению зарубежных стран в их борьбе с последствиями стихийных бедствий и вооруженных конфликтов. Во многие страны Ближнего и Среднего Востока, Азии и Африки в связи со вспышками эпидемий направлялось большое количество вакцин и медикаментов.

Советский Красный Крест оказывает значительную медицинскую помощь национальным Обществам и правительствам ряда стран, в том числе Алжиру, Эфиопии, Ирану. Недавно исполнилось 30 лет лечебным учреждениям Советского Красного Креста в Иране и Эфиопии, 10 лет работы советских медиков в госпитале алжиро-советской дружбы.

Одной из форм сотрудничества Союза Обществ с зарубежными Обществами Красного Креста является розыск советских и иностранных граждан, связь семей с которыми была утрачена в результате войн и других причин. Особенно активно эта работа осуществляется с социалистическими странами, а также с ФРГ, США, Италией, Францией, Англией и Международным Комитетом Красного Креста.

Советский Красный Крест постоянно откликается на все важнейшие события международного значения, волнующие мировую общественность.

Союз Обществ направляет свои усилия на установление и развитие полезных контактов с национальными Обществами стран мира. Ежегодно Советский Союз по линии Красного Креста посещают десятки делегаций из различных стран. Представители Советского Красного Креста также выезжают за рубеж для ознакомления и изучения опыта работы братских Обществ.

Придавая исключительно важное значение участию самого населения в оказании первичной медико-санитарной помощи пострадавшим при стихийных бедствиях, болезнях и других страданиях, Исполком Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР совместно с Лигой Обществ Красного Креста проводит в г. Фрунзе — столице Киргизской Советской Социалистической Республики Международный семинар по проблеме «Роль Красного Креста в оказании населению первичной медико-санитарной помощи».

В семинаре принимают участие представители национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, около 90 руководителей стран Азии, Африки и Латинской Америки, а также ряд международных организаций.

Участникам семинара будет предоставлена возможность познакомиться с деятельностью учреждений и организаций здравоохранения и работой Общества Красного Креста Киргизской ССР.

Руководствуясь миролюбивыми целями внешней политики Советского государства, Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца будет и впредь вносить свой посильный вклад в дело обеспечения прочного мира и братской дружбы между народами, претворения в жизнь благородных идеалов гуманизма и интернационализма, сохранения жизни и здоровья человека, его блага и счастья на Земле.

Активная позиция

Р. Б. ИБРАИМОВА,

председатель ЦК Общества Красного Креста Киргизской ССР

История Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в нашей стране — это история создания, становления и укрепления пятнадцати республиканских обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, объединяющих представителей всех народов, населяющих Советский Союз. В дружной многонациональной семье благодаря взаимной поддержке, практической помощи других республик Общество Красного Креста Киргизии превратилось в одну из самых массовых общественных организаций трудящихся.

В дореволюционной Киргизии народ не имел медицинской помощи. В результате были широко распространены различные инфекционные и паразитарные заболевания. За годы Советской власти благодаря осуществлению ленинской политики нашей партии здравоохранение в нашей республике, как и в других братских республиках, получило значительное развитие. И в этом немалую роль сыграли организации Общества Красного Креста. В годы гражданской войны и разрухи они вместе с подвижными лечебно-профилактическими отрядами, направ-

Советский Красный Крест постоянно откликается на все важнейшие события международного значения, волнующие мировую общественность.

Союз Обществ направляет свои усилия на установление и развитие полезных контактов с национальными Обществами стран мира. Ежегодно Советский Союз по линии Красного Креста посещают десятки делегаций из различных стран. Представители Советского Красного Креста также выезжают за рубеж для ознакомления и изучения опыта работы братских Обществ.

Придавая исключительно важное значение участию самого населения в оказании первичной медико-санитарной помощи пострадавшим при стихийных бедствиях, болезнях и других страданиях, Исполком Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР совместно с Лигой Обществ Красного Креста проводит в г. Фрунзе — столице Киргизской Советской Социалистической Республики Международный семинар по проблеме «Роль Красного Креста в оказании населению первичной медико-санитарной помощи».

В семинаре принимают участие представители национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, около 90 руководителей стран Азии, Африки и Латинской Америки, а также ряд международных организаций.

Участникам семинара будет предоставлена возможность познакомиться с деятельностью учреждений и организаций здравоохранения и работой Общества Красного Креста Киргизской ССР.

Руководствуясь миролюбивыми целями внешней политики Советского государства, Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца будет и впредь вносить свой посильный вклад в дело обеспечения прочного мира и братской дружбы между народами, претворения в жизнь благородных идеалов гуманизма и интернационализма, сохранения жизни и здоровья человека, его блага и счастья на Земле.

Активная позиция

Р. Б. ИБРАИМОВА,

председатель ЦК Общества Красного Креста Киргизской ССР

История Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в нашей стране — это история создания, становления и укрепления пятнадцати республиканских обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, объединяющих представителей всех народов, населяющих Советский Союз. В дружной многонациональной семье благодаря взаимной поддержке, практической помощи других республик Общество Красного Креста Киргизии превратилось в одну из самых массовых общественных организаций трудящихся.

В дореволюционной Киргизии народ не имел медицинской помощи. В результате были широко распространены различные инфекционные и паразитарные заболевания. За годы Советской власти благодаря осуществлению ленинской политики нашей партии здравоохранение в нашей республике, как и в других братских республиках, получило значительное развитие. И в этом немалую роль сыграли организации Общества Красного Креста. В годы гражданской войны и разрухи они вместе с подвижными лечебно-профилактическими отрядами, направ-

ленными в сельскую местность Киргизии Наркомздравом РСФСР, принимали активное участие в борьбе с различными заболеваниями.

В 1929 году в республике насчитывалось уже 34 учреждения Общества Красного Креста. Год за годом принимались необходимые меры по развитию сети лечебных учреждений, по подготовке медицинских кадров. С каждым годом увеличивается в республике количество больниц, поликлиник и детских оздоровительных учреждений. Они оснащаются новейшей аппаратурой, укомплектовываются высококвалифицированными медицинскими кадрами. Создаются все необходимые условия для быстрого восстановления здоровья больных. Ежегодно медицинские учреждения республики пополняются молодыми врачами — выпускниками Киргизского государственного медицинского института. Подготовку кадров среднего звена осуществляют медицинские училища.

Для того чтобы полнее охватить население медицинским обслуживанием, на предприятиях, в бригадах колхозов и совхозов создаются медицинские посты. Разумеется, иметь в каждом цехе, в каждой бригаде отдельного медицинского работника не представляется возможным. Эту почетную миссию выполняет многочисленная армия активистов Общества Красного Креста. Они оказывают первичную медико-санитарную помощь при травмах и внезапных заболеваниях непосредственно на рабочих местах. Лица, получившие незначительную травму, после оказания им первичной помощи продолжают выполнять свою работу, а нуждающиеся во врачебной помощи, направляются в лечебные учреждения.

Значительную помощь органам здравоохранения оказывают созданные комитетами Общества Красного Креста на автомагистралях с интенсивным движением автотранспорта дорожные санитарные посты.

Начатая по инициативе ленинградцев в 1957 году подготовка населения в кружках по оказанию медицинской помощи получила широкое распространение в нашей республике, и такая подготовка ежегодно планируется комитетами Общества. На занятиях санактивистов знакомят с правилами ухода за больными, приемами в оказании медицинской помощи. В этих же кружках обучаются люди, желающие получить знания и навыки по уходу за больными в домашних условиях. Обычно в кружке занимаются не более 25 человек по учебной программе, рассчитанной на 16 часов. Занятия проводятся в нерабочее время медицинскими работниками на общественных началах. Ежегодно в таких кружках обучаются тысячи человек.

Санактивисты применяют полученные знания и навыки при уходе за заболевшими родными и близкими, а также за одиночными больными, которые по характеру заболевания не подлежат госпитализации. Сегодня организации Общества Красного Креста ставят перед собой задачу добиться, чтобы в каждой семье был человек, умеющий правильно ухаживать за больными.

Одна из форм привлечения населения к проведению мероприятий по укреплению здоровья трудящихся — развитие движения дарителей крови. Это дает возможность обеспечивать лечебные учреждения свежей донорской кровью.

Большую помощь населению оказывают активисты Общества Красного Креста при стихийных бедствиях. Например, в Ошской области в спасательных работах и по ликвидации последствий наводнения приняло участие все санитарные дружины этих районов.

Умело работали санитарные дружины и санитарные посты по оказанию помощи населению Тюпского района, пострадавшего от землетрясения.

Одной из форм помощи актива Общества Красного Креста медицинским работникам является повседневная работа санитарных постов, создаваемых в цехах, отделах и управлениях, в учебных заведениях, а также при ЖЭКах.

Когда речь заходит о проблемах охраны природы, вспоминаются рассказы наших космонавтов. Они впервые увидели Землю как бы со стороны и удивились, какая она в сущности маленькая. И там, в далеком космосе, люди испытали острое желание обратиться ко всем жителям нашей планеты с призывом: «Берегите родную землю»!

Беречь землю, реки, озера, моря, растительный и животный мир. Сегодня это — одна из острых международных проблем, в решении которой ведущее место занимает Советский Союз. Большая работа в этом направлении проводится в нашей республике. Принимаются энергичные меры для защиты атмосферы городов республики от загрязнения. Ведется строительство крупнейшей канализационной системы с комплексом очистных сооружений в Иссык-Кульском районе, что позволит полностью ликвидировать сброс в озеро Иссык-Куль сточных вод и т. д.

Какое же место в этой большой и ответственной работе занимает наша массовая общественная организация? Известно, что окончательный успех в любом общегосударственном деле зависит от участия в нем широких слоев населения. Более 14 тысяч общественных санитарных инспекторов помогают санитарно-эпидемиологической службе в осуществлении текущего санитарного надзора на промышленных предприятиях, предприятиях торговли, общественного питания, транспорта. Ежедневная работа этих санитарных активистов заслуживает самого доброго отношения к себе. Ведь в их делах и проявляются воспитанное советской действительностью чувство хозяина, причастности ко всем делам государства, высокая гражданственность. Взяв хотя бы работу санитарных постов в местах массового отдыха трудящихся. Активисты не только оказывают первичную медицинскую помощь, но и охраняют природу — кладовую здоровья.

Своим важным делом Общество Красного Креста считает, наряду с пропагандой охраны здоровья, пропаганду охраны природы. И здесь мы объединили свои усилия с республиканским Домом санитарного просвещения и обществом «Охраны природы».

Международный семинар, который проводится в нашей республике, посвящен проблеме организации первичной медико-санитарной помощи населению силами обученных по специальной программе активистов Общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Проблема охраны природы и внешней среды имеет большое значение и для развивающихся стран — Азии, Африки, Латинской Америки. Работа по улучшению здравоохранения приобретает здесь целенаправленный характер, так как основная часть населения, особенно проживающего в сельской местности, все еще лишена элементарной медицинской помощи.

Важная роль в развитии первичной медико-санитарной помощи принадлежит национальным Обществам Красного Креста и Красного Полумесяца, Красного Льва и Солнца.

Как известно, уже сейчас многие национальные общества осуществляют работу, связанную с нуждами здравоохранения своих стран, гото-

вят медицинский персонал, выпускают разработанные с учетом местных условий практические руководства, которые включают вопросы оздоровления внешней среды, рационального питания, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний.

В ряде стран накоплен опыт участия активистов Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в оказании первичной медико-санитарной помощи.

Настоящий семинар даст возможность его участникам обменяться опытом в вопросах оказания первичной медико-санитарной помощи населению и осветить основные виды деятельности применительно к обсуждаемой проблеме.

Роль активистов общества Красного Креста в оказании первичной медико-санитарной помощи населению Чуйского района

С. Ш. ХИЛОУ,
главный врач Чуйской центральной районной больницы

Коммунистическая партия и Советское правительство уделяют постоянное внимание духовному и физическому развитию советских людей. «Гуманизм нашего строя, нашего социалистического общества, — подчеркнул на XXV съезде КПСС А. Н. Косыгин, — всегда, даже в тяжелые времена, ярко проявлялся в заботе об условиях труда, охране здоровья, о росте образованности и культурного уровня советских людей».

Многое делается органами здравоохранения Чуйского района по охране здоровья 37-тысячного многонационального населения района.

Где бы ни работал труженик района, рядом с ним всегда есть медицинский работник, готовый прийти на помощь по первому зову.

В районе 23 фельдшерско-акушерских пункта, одна участковая больница, центральная районная больница на 400 коек, районная санитарно-эпидемиологическая станция, 4 аптеки и 25 аптечных пунктов.

В центральной районной больнице 56-ю врачами и 200 средними медицинскими работниками оказывается высококвалифицированная помощь по 17 профилям.

Среди медработников 5 врачей с высшей и первой категориями, 2 заслуженных врача Киргизской ССР. Многие медсестры и акушерки имеют первую категорию. Для улучшения условий труда все больше внимания администрацией уделяется малой механизации и внедрению элементов НОТ — с отделениями установлена селекторная связь, магнитофонная запись историй болезни, установлены видеотелефоны, осуществлена централизованная стерилизация шприцов и инструментария.

Отделение скорой помощи укомплектовано врачебной педиатрической бригадой для оказания помощи детям в экстренных случаях в ночное время. Имеющееся поликлиническое отделение на 300 посещений в день, а также стационары оснащены новейшей аппаратурой и оборудованием, функционируют вспомогательные кабинеты: электрокардиографический, функциональной диагностики, 2 рентгенологических кабинета, серологическая, бактериологическая, клиническая лаборатории.

вят медицинский персонал, выпускают разработанные с учетом местных условий практические руководства, которые включают вопросы оздоровления внешней среды, рационального питания, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний.

В ряде стран накоплен опыт участия активистов Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в оказании первичной медико-санитарной помощи.

Настоящий семинар даст возможность его участникам обменяться опытом в вопросах оказания первичной медико-санитарной помощи населению и осветить основные виды деятельности применительно к обсуждаемой проблеме.

Роль активистов общества Красного Креста в оказании первичной медико-санитарной помощи населению Чуйского района

С. Ш. ХИЛОУ,
главный врач Чуйской центральной районной больницы

Коммунистическая партия и Советское правительство уделяют постоянное внимание духовному и физическому развитию советских людей. «Гуманизм нашего строя, нашего социалистического общества, — подчеркнул на XXV съезде КПСС А. Н. Косыгин, — всегда, даже в тяжелые времена, ярко проявлялся в заботе об условиях труда, охране здоровья, о росте образованности и культурного уровня советских людей».

Многое делается органами здравоохранения Чуйского района по охране здоровья 37-тысячного многонационального населения района.

Где бы ни работал труженик района, рядом с ним всегда есть медицинский работник, готовый прийти на помощь по первому зову.

В районе 23 фельдшерско-акушерских пункта, одна участковая больница, центральная районная больница на 400 коек, районная санитарно-эпидемиологическая станция, 4 аптеки и 25 аптечных пунктов.

В центральной районной больнице 56-ю врачами и 200 средними медицинскими работниками оказывается высококвалифицированная помощь по 17 профилям.

Среди медработников 5 врачей с высшей и первой категориями, 2 заслуженных врача Киргизской ССР. Многие медсестры и акушерки имеют первую категорию. Для улучшения условий труда все больше внимания администрацией уделяется малой механизации и внедрению элементов НОТ — с отделениями установлена селекторная связь, магнитофонная запись историй болезни, установлены видеотелефоны, осуществлена централизованная стерилизация шприцов и инструментария.

Отделение скорой помощи укомплектовано врачебной педиатрической бригадой для оказания помощи детям в экстренных случаях в ночное время. Имеющееся поликлиническое отделение на 300 посещений в день, а также стационары оснащены новейшей аппаратурой и оборудованием, функционируют вспомогательные кабинеты: электркардиографический, функциональной диагностики, 2 рентгенологических кабинета, серологическая, бактериологическая, клиническая лаборатории.

С целью осуществления консультативной и организационно-методической помощи фапам и участковой больнице за врачами ЦРБ закреплены фаны, на которые специалисты выезжают по графику. При выездах на фаны врачи оказывают и практическую помощь медработникам. Кроме того, с помощью Киргизского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии осуществлена централизация родовспоможения в районе и созданы все условия для улучшения здоровья женщин детородного возраста, внедрен метод выездной женской и детской консультаций в обслуживании детей, беременных и больных, находящихся под диспансерным наблюдением. В состав бригад входят: гинекологи, терапевты, педиатры, стоматологи, лаборант. В отдельных случаях в состав бригад включаются врачи узких специальностей.

В районе проводятся ежегодные целевые профилактические осмотры, которыми охватывается более половины населения района.

Ощутимый вклад в дело улучшения охраны здоровья населения района вносят активисты Общества Красного Креста. На всех предприятиях, в колхозах, совхозах, школах, дошкольных учреждениях и организациях имеются первичные организации Общества Красного Креста, в которые входят наиболее передовые, обученные оказанию первичной медицинской помощи населению люди.

Активисты Общества Красного Креста оказывают медицинским работникам района большую помощь в проведении профилактических мероприятий, раннем выявлении больных, по улучшению санитарно-гигиенического состояния объектов общественного питания, молочнотоварных ферм, населенных пунктов, детских дошкольных учреждений, бань, охране внешней среды, что способствует предупреждению и снижению инфекционной заболеваемости, сельскохозяйственного, спортивного, детского и производственного травматизма.

Все активисты ведут активную санитарную пропаганду медицинских знаний путем проведения бесед, выпуска санитарных бюллетеней. На предприятиях, в школах и объектах народного хозяйства санитарные инспектора ведут большую кропотливую работу по улучшению санитарно-гигиенического состояния рабочих мест, пунктов общественного питания, контролируют использование средств индивидуальной защиты рабочими при работе во вредных условиях, соблюдение режима вентиляции помещений, проведение производственной гимнастики, участие населения в сдаче комплекса ГТО, распространение санитарно-гигиенической литературы.

Активисты Красного Креста готовятся врачами и средними медработниками, закрепленными за объектами народного хозяйства, предприятиями и учреждениями.

Среди населения района факультеты народного университета здоровья, школы здоровья получили широкую популярность. Об эффективности работы университета здоровья свидетельствуют факты улучшения санитарно-гигиенического состояния МТФ, населенных пунктов и увеличение числа активистов Общества Красного Креста. Этому также способствует широкая лекционная пропаганда медицинских знаний медицинскими работниками района в печати, по радио, выступления на предприятиях, в колхозах, на полевых станах, молочнотоварных фермах.

Благодаря активной помощи активистов Общества Красного Креста в районе активизировалось движение по безвозмездному донорству. Ежегодно проводятся дни донора, которые проходят как праздник здоровья. Лучшие активисты Общества Красного Креста и активные

доноры награждаются ценными памятными подарками, грамотами и благодарственными письмами, бесплатными путевками в дома отдыха, профилактории, туристическими путевками. Ежегодно уровень подготовки знаний активистов Общества Красного Креста проверяется проведением соревнований и смотров.

Лучших результатов добиваются те первичные организации, которые работают в тесном контакте с партийными советскими органами, профсоюзными и комсомольскими организациями. Смотр санитарных постов, санитарных дружин и первичных организаций Общества Красного Креста способствует улучшению их работы по повышению санитарной культуры населения, дальнейшему развитию безвозмездного донорства, улучшению подготовки санитарного актива. Заметно усилилась помощь активистов органам здравоохранения в проведении профилактических мероприятий. Активное участие принимают активисты Общества Красного Креста в проведении месячников, декадников, дней здоровья.

Проводимые санитарными активистами мероприятия по повышению санитарной культуры населения, активное участие их в работе органов здравоохранения по профилактике инфекционной, детской заболеваемости, воспитанию здорового ребенка позволили снизить заболеваемость населения района острыми кишечными инфекциями.

Значительно улучшено санитарно-гигиеническое состояние населенных пунктов, объектов внешней среды. Из года в год улучшается индекс здоровья детского населения. Повышение медицинских знаний среди населения способствует ранней обращаемости населения за медицинской помощью при острых заболеваниях органов брюшной полости, требующих экстренной хирургической помощи.

Большой вклад в дело подготовки активистов Общества Красного Креста вносят деканы факультетов народного университета здоровья. В районе подготовлено 350 активистов по уходу за больными на дому, 800 активистов профилированного актива—по предупреждению инфекционных заболеваний и выявлению беременных в ранние сроки. В районе 40 санитарных постов, 12 санитарных дружин, предназначенных для оказания первичной медико-санитарной помощи населению при стихийных бедствиях и несчастных случаях. В школах, из числа учащихся, подготовлено 210 юных санитарных инспекторов, функционирует 21 медико-санитарный кружок для 6—8 классов. Для учащихся 9-х классов организовано 3 факультета народного университета здоровья. Факультеты народного университета здоровья функционируют и на МТФ, в механических мастерских, колхозах, совхозах и на предприятиях, а в районном Доме пионеров работает клуб юного медика.

Предотвратить заболевания, травматизм, сохранить и укрепить здоровье, обеспечить активное долголетие советским людям—вот что положено в основу принципов, которыми руководствуются в своей повседневной практической деятельности медицинские работники, опираясь на санитарный актив Общества Красного Креста.

Роль санитарного актива общества Красного Креста в оказании первичной медико-санитарной помощи рабочим промышленных предприятий

У. Ш. ГАЛИЕВ,
главный врач Городской клинической больницы № 1

А. Я. ШАЛЛЬ,
заведующая медико-санитарной частью завода им. М. В. Фрунзе

Коммунистическая партия Советского Союза всегда уделяла и уделяет большое внимание охране здоровья народа.

Ленинская забота о благе и здоровье советского человека особенно ярко отражена в решениях XXV съезда КПСС, в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22/IX 1977 года № 870 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» и в других директивных документах нашей партии и правительства.

Советское здравоохранение — это социалистическая система государственных и общественных мероприятий, направленных на предотвращение и лечение болезней, на создание необходимых санитарно-гигиенических условий труда, быта и отдыха населения, обеспечения активного долголетия.

Особое внимание наша партия и правительство уделяют сохранению и укреплению здоровья рабочего человека.

Рабочие промышленных предприятий пользуются преимуществом в получении медицинской помощи. В целях максимального приближения медицинской помощи к рабочим на промышленных предприятиях функционируют медико-санитарные части, здравпункты. Кроме того, неограниченную помощь медицинским работникам оказывает санитарный актив Общества Красного Креста.

Подтверждением тому является организация оказания первичной медико-санитарной помощи трудящимся завода сельскохозяйственного машиностроения им. М. В. Фрунзе.

Завод является крупным современным промышленным предприятием, единственным в стране, выпускающим пресс-подборщики, предназначенные для уборки сена. На заводе имеется медико-санитарная часть и пять цеховых здравпунктов, один из которых работает круглосуточно.

В медсанчасти трудятся 20 врачей и более 40 средних медицинских работников. Прием ведется по 10 врачебным специальностям. График работы медсанчасти соответствует графику работы завода. Заболевший рабочий имеет возможность обратиться за медицинской помощью к врачу по месту работы или по месту жительства, а при необходимости пригласить врача на дом.

Предотвратить заболевания, травматизм, укрепить здоровье — вот что лежит в основе принципов, которыми руководствуются в своей повседневной практической работе медицинские работники, опираясь на санитарный актив Общества Красного Креста завода.

Почетны задачи членов первичной организации Общества Красного Креста завода — верных помощников органов здравоохранения. Организующим центром всей работы первичной организации Общества Крас-

ного Креста завода является ее комитет, возглавляемый много лет инженером-технологом Логиновой Галиной Ивановной.

Комитет первичной организации Общества Красного Креста завода избирается на общем отчетно-перевыборном собрании членов общества.

Четкое распределение обязанностей между членами общества с учетом их знаний, опыта, склонностей — залог успешной работы комитета. Так, например, ответственность за подготовку санитарных дружин и постов возложена на члена комитета Н. Г. Мягкову, опытного командира одной из лучших санитарных дружин, а работа с донорами возложена на члена комитета, Почетного донора СССР А. Г. Спивакову, которая личным примером способствует росту донорских кадров.

Воспитание у членов Общества Красного Креста высокой санитарной культуры, чуткого и внимательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, привлечение их к работе по оздоровлению условий труда и быта — основные задачи первичной организации общества, которые решаются совместно с работниками медико-санитарной части, профсоюзной и комсомольской организациями завода.

Из наиболее активных членов Общества Красного Креста завода медицинские работники поликлиники и здравпунктов готовят санитарные дружины и санитарные посты, а врачи Городской санэпидстанции — общественных санитарных инспекторов.

В настоящее время на заводе подготовлено, по специальной программе, 12 санитарных дружин. Санитарные дружины готовятся для оказания первичной медицинской помощи пострадавшим, кроме того, в повседневной работе санитарные дружины оказывают помощь медработникам в проведении профилактических мероприятий, осуществляют надзор за санитарным состоянием производственных, бытовых и других помещений.

Санитарные посты созданы в каждом цехе и также являются опорой для медработников, так как своевременно оказанная медицинская помощь при микротравмах, внезапных заболеваниях в процессе труда сокращают потерю рабочего времени. В каждом цехе в распоряжении санпостовцев имеется стенд, оснащенный медицинской аптечкой, носилками, набором шин и имеющий световую и звуковую сигнализацию, которая позволяет пострадавшему срочно вызвать санпостовца, а при необходимости и медсестру здравпункта.

Санпостовцы следят за чистотой и порядком в цехах, за проветриванием помещений, оказывают помощь в озеленении и благоустройстве прилегающей территории, в организации проведения профилактических осмотров, прививок и других мероприятий.

На заводе проводятся периодические медицинские осмотры работающих согласно приказу министра здравоохранения СССР. Благодаря активной помощи санитарного актива завода из года в год растет процент охвата работников профосмотрами. Выявленные больные берутся на диспансерный учет.

Большое внимание уделяется на заводе и охране здоровья женщин-тружениц. Ежегодно все работающие женщины проходят профилактический осмотр; на заводе функционируют комнаты личной гигиены женщин. Одна из них открыта по инициативе санитарного актива цеха. Особым вниманием медицинских работников окружены подростки. Они ежегодно проходят профилактический медицинский осмотр, а медицинские работники и санитарный актив завода строго следят за соблюдением законодательства о труде подростков.

Диспансерный метод наиболее соответствует существу и многому принципу советского здравоохранения — его профилактической направленности, выражает единство профилактической и лечебной медицины.

Н. А. Семашко указывал: «Диспансеризация — метод, при помощи которого... профилактическое направление проводится в жизнь».

Перед здравоохранением поставлена огромная по важности и грандиозная по масштабам задача — охват всего населения страны диспансерным наблюдением.

Основным звеном в системе комплексного медицинского обеспечения работающих является цеховой врачебный участок. У каждого цехового терапевта находятся под диспансерным наблюдением, кроме здоровых, больные с различными нозологическими формами заболеваний.

Ежегодно на каждого больного составляется индивидуальный план лечебно-оздоровительных мероприятий, а в конце года анализируется эффективность диспансеризации. Анализ эффективности диспансеризации за 1976—1978 годы показал значительное снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди диспансерных больных.

Больные, находящиеся на диспансерном учете, получают противорецидивное лечение, бесплатное диетическое питание, направляются на санаторно-курортное лечение, рационально трудоустраиваются и т. д.

Санитарный актив обеспечивает своевременное посещение рабочими диспансерного осмотра, контролирует проведение противорецидивного лечения. С целью предупреждения острых заболеваний и профилактики осложнений больные берутся на диспансерный учет.

На заводе планомерно проводится работа по улучшению условий труда и быта рабочих. Ежегодно составляется комплексный план оздоровительных мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости и производственного травматизма. Комплексный план является составной частью коллективного договора, выполнение которого контролирует специально созданная комиссия. В ее состав входят и медицинские работники.

Многие предложения по улучшению условий труда на отдельных участках внесены санитарными активистами.

Постоянный контроль за состоянием воздушной среды, тепловым режимом, освещением производственных помещений на заводе осуществляется промышленно-санитарной лабораторией. В настоящее время ведется коренная реконструкция завода и на месте старых цехов выстроены новые производственные корпуса, отвечающие всем санитарным требованиям.

Большое внимание уделяется обеспечению рабочих горячим питанием. На заводе имеется 4 столовые на 1474 посадочных места и диетическая столовая на 120 мест. Назначение рабочим диетического питания и контроль за качеством приготовления блюд осуществляют медицинские работники и общественные санитарные инспектора по гигиене питания.

Для рабочих завода создан спортивный комплекс с бассейном. Работает группа «Здоровье».

Большое внимание на заводе уделяется производственной гимнастике. Кроме того, рабочие оздоравливаются в заводском пансионате на озере Иссык-Куль, в домах отдыха. Практикуются оздоровительные массовые выезды за город в выходные дни.

Больные, страдающие хроническими заболеваниями, направляются на лечение на курорты и в санатории. В первую очередь направляются

на санаторно-курортное лечение инвалиды Великой Отечественной войны.

Большое внимание уделяется иммунизации рабочих и служащих завода с целью предупреждения различных инфекционных заболеваний.

Неоценимую помощь медицинским работникам оказывает санитарный актив завода в период проведения массовых профилактических прививок. Санпостовцы выявляют заболевших в цехе, направляя их к врачу.

В результате проведения всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, улучшения условий труда и быта рабочих заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась.

За достигнутые успехи в обеспечении рабочих завода медицинской помощью коллектив медсанчасти в 1978 г. награжден Дипломом Министерства здравоохранения СССР и ЦК профсоюза медицинских работников.

Коллектив поликлиники завода носит почетное звание «Коллектив высокой культуры» и является школой передового опыта для цеховых терапевтов города.

Важным разделом работы первичной организации Общества Красного Креста является пропаганда донорства и вовлечение рабочих в ряды безвозмездных доноров.

С целью популяризации донорства комитет совместно с медицинскими работниками использует наглядную агитацию, лекции, беседы, местное радиовещание, печать и др. Из года в год растут ряды доноров. 42 донора завода носят звание «Почетный донор СССР». Они являются пропагандистами донорства, выступают на слетах доноров, вечерах встречи с реципиентами. Как правило, «Почетные доноры СССР» являются и лучшими производственниками. Лучшие доноры завода поощряются грамотами и денежными премиями за счет средств завода и городского комитета Общества Красного Креста, им в первую очередь предоставляются путевки в дома отдыха и санатории.

Важным участком работы Общества Красного Креста завода является пропаганда медицинских и гигиенических знаний. Цель санитарного просвещения на промышленных предприятиях — дать необходимые гигиенические знания работающим применительно к условиям их труда и быта.

Комитет первичной организации через свой актив выявляет пожелания слушателей относительно тем лекций и бесед, проводит сбор вопросов для вечеров вопросов и ответов, готовит помещение.

Санактивисты распространяют в цехах популярные брошюры, листовки, памятки, оформляют уголки «Здоровья».

Уже много лет на заводе функционирует при народном Университете факультет «Здоровье», на котором с интересными лекциями выступают врачи медсанчасти.

Первичная организация Общества Красного Креста завода совместно с медицинскими работниками успешно справляются со своей первой задачей — широкого вовлечения всех работающих и, в первую очередь, актив Общества в дело улучшения условий труда и быта, повышения санитарной культуры, дальнейшего снижения заболеваемости и травматизма.

Санитарное просвещение населения Киргизстана

Р. А. СТЕБЛЯНКО,

главный врач Республиканского дома санитарного просвещения

Благодаря постоянному вниманию Коммунистической партии и Советского правительства в стране созданы благоприятные условия для гармоничного развития человека и охраны его здоровья. Особую актуальность приобретает пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения, направленная на повышение уровня его санитарной культуры.

В наших условиях культурным в санитарном отношении имеет основание называться человек, обладающий необходимыми знаниями в области охраны здоровья и профилактики болезней; имеющий, наряду с этим, соответствующие гигиенические навыки и привычки; проявляющий сознательное отношение к охране здоровья коллектива, в котором он живет и трудится; в общественном порядке помогает органам здравоохранения в проведении санитарно-оздоровительной работы.

Совершенствование технологии и внедрение комплексной механизации и автоматизации производственных процессов в промышленности и сельском хозяйстве требуют не только высокой технической грамотности трудящихся, но и обязательно высокого уровня их санитарной культуры.

Одним из действенных средств повышения уровня санитарной культуры населения и организации его самодеятельности в деле охраны здоровья служит санитарное просвещение, которое с самых первых дней существования Советского государства стало неотъемлемой частью советской медицины, выражением ее профилактической направленности. Первый нарком здравоохранения страны Н. А. Семашко сказал: «Без санитарного просвещения нет и не может быть советской медицины».

Органы здравоохранения Киргизии широко используют санитарное просвещение в комплексе с другими мероприятиями в борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за повышение санитарного благополучия страны, за разрешение актуальных задач охраны здоровья населения.

Санитарная пропаганда в Киргизии направлена сейчас на создание у людей правильного отношения к своему здоровью и здоровью коллектива, на воспитание ответственности у каждого за сохранение и укрепление своего здоровья. Это положение зафиксировано и в основах законодательства о здравоохранении Киргизской ССР.

На основе «Комплексного плана мероприятий по повышению санитарной культуры населения Киргизской ССР на 1976—1980 годы» вопросами пропаганды медицинских и гигиенических знаний среди населения занимаются многие ведомства и организации, а не только учреждения здравоохранения.

В настоящее время население Советского Киргизстана в определенной степени грамотно в вопросах охраны здоровья благодаря санитарному просвещению, внедренному в повседневную деятельность медицинского персонала. Одновременно с этим усилия врачей направлены на ликвидацию так называемых «ножниц» — разрыва между гигие-

ническими знаниями и их использованием, наблюдаемого не только в республике и стране, но и во многих странах мира.

Главная цель гигиенического обучения и воспитания — вооружить население определенным минимумом знаний и добиться использования их в повседневной жизни, памятуя, как сказал министр здравоохранения СССР академик Б. В. Петровский, что «...если советская общественность добьется неуклонного выполнения нашими гражданами правил общественной и личной профилактики, то мы увидим в нашей стране такое резкое снижение заболеваемости, какого нельзя ожидать даже в результате величайших открытий науки».

Основными задачами санитарного просвещения, таким образом, по-прежнему являются неуклонное повышение уровня санитарной культуры граждан как важнейшей предпосылки сохранения и укрепления их здоровья, повышение работоспособности и долголетия, содействие успешному решению актуальных задач органов здравоохранения и привлечение общественности в помощь медицинским учреждениям.

Исходя из названных целей и задач, при активной помощи и поддержке со стороны партийно-советских органов, различных учреждений и организаций, медицинские работники Киргизии проводят значительную работу по гигиеническому обучению и воспитанию населения республики.

В практику санитарного просвещения вошли и групповые формы работы — курсовая и кружковая подготовка различных групп населения.

Как известно, курсовая работа как санитарно-просветительное мероприятие предполагает подготовку определенных групп рабочих, служащих и инженерно-технических работников по всему комплексу санитарно-гигиенических вопросов, чаще всего непосредственно связанных с производственно-профессиональной деятельностью этих групп.

Курсовая подготовка (санминимум) проводится на основе официальных программ и является обязательной для работников пищевых предприятий, торговой продовольственной сети, общественного питания, работников коммунальных и бытовых предприятий, жилищного хозяйства.

Серьезное внимание уделяется курсовой подготовке по гигиене труда, профилактике профзаболеваний рабочих и инженерно-технических работников промышленности и сельского хозяйства.

Тысячи людей ежегодно проходят занятия в специальных кружках в больничных стационарах, роддомах, женских и детских консультациях (школа молодой матери).

Значительно возросла в республике роль народных университетов здоровья, которые дают своим слушателям определенный минимум медицинских и гигиенических знаний.

В санитарном просвещении населения республики успешно используются такие мощные средства пропаганды, как телевидение, радио, печать, кино.

В условиях социалистического общества существует единство потребности человека «быть здоровым» и потребности общества «иметь здоровое население». Это единство достигается созданием здоровых условий труда и быта и сознательным отношением к использованию этих условий.

Санитарное просвещение осуществляет свои идеологические, экономические, культурно-воспитательные и профилактические функции в направлении, чтобы полученные знания стали материальной силой,

чтобы возможности, которые дает социалистический строй в деле охраны здоровья, превратить в действительность, в навыки и привычки.

На всем протяжении строительства и развития советского здравоохранения санитарное просвещение помогало в решении практических задач охраны здоровья нашего народа. Медицинские работники, работники санитарного просвещения Советского Киргизстана делают все для реализации исторических решений XXV съезда КПСС по сохранению и укреплению здоровья советских людей.

Охрана окружающей среды — забота всенародная

Н. А. ГАЛУШКО,

начальник санитарно-эпидемиологического управления Минздрава КиргССР

Забота о благосостоянии советских людей, о постоянном улучшении их здоровья, труда и быта, развитии физических и духовных сил является одной из основных задач Коммунистической партии и Советского государства.

Система охраны здоровья народа, основанная на ленинских принципах государственного планового решения задач — общедоступности, бесплатности всех видов квалифицированной медицинской помощи, широко проводимых профилактических мероприятиях, является величайшим завоеванием социализма. Она позволила обеспечить резкое снижение заболеваемости, ликвидировать ряд ранее распространенных инфекций, снизить смертность и повысить продолжительность жизни советских людей.

Социалистические принципы организации охраны народного здоровья нашли свое дальнейшее отражение в программных документах нашей партии, в решениях XXV съезда КПСС, которые предусматривают проведение в нашей стране широких санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на дальнейшее облегчение условий труда советских людей, улучшение техники безопасности на предприятиях народного хозяйства, повышение уровня санитарного благоустройства городов и сельских населенных пунктов и их озеленение, борьбу с шумами, а также охрану от загрязнения почвы, открытых водоемов и атмосферного воздуха. В успешном решении многих из этих вопросов значительная роль принадлежит учреждениям здравоохранения и, в частности, санитарно-эпидемиологической службе.

Многолетняя практика показывает, что широкое привлечение санитарно-эпидемиологическими станциями к работе санитарного актива, и, в первую очередь, общественных санитарных инспекторов для осуществления санитарно-оздоровительных мероприятий играет значительную роль, приносит ощутимые результаты и позволяет эффективно решать многие задачи, стоящие перед здравоохранением, в деле улучшения здоровья населения.

Наиболее эффективной и целенаправленной формой работы общественных санитарных инспекторов в решении вопросов улучшения санитарного состояния населенных мест является участие их в неделях и месячниках чистоты, озеленения территорий, рейдовых проверках санитарного состояния жилых домов, школ, общежитий, территорий домовладений, парков, скверов, кинотеатров, объектов торговли, общест-

чтобы возможности, которые дает социалистический строй в деле охраны здоровья, превратить в действительность, в навыки и привычки.

На всем протяжении строительства и развития советского здравоохранения санитарное просвещение помогало в решении практических задач охраны здоровья нашего народа. Медицинские работники, работники санитарного просвещения Советского Киргизстана делают все для реализации исторических решений XXV съезда КПСС по сохранению и укреплению здоровья советских людей.

Охрана окружающей среды — забота всенародная

Н. А. ГАЛУШКО,

начальник санитарно-эпидемиологического управления Минздрава КиргССР

Забота о благосостоянии советских людей, о постоянном улучшении их здоровья, труда и быта, развитии физических и духовных сил является одной из основных задач Коммунистической партии и Советского государства.

Система охраны здоровья народа, основанная на ленинских принципах государственного планового решения задач — общедоступности, бесплатности всех видов квалифицированной медицинской помощи, широко проводимых профилактических мероприятиях, является величайшим завоеванием социализма. Она позволила обеспечить резкое снижение заболеваемости, ликвидировать ряд ранее распространенных инфекций, снизить смертность и повысить продолжительность жизни советских людей.

Социалистические принципы организации охраны народного здоровья нашли свое дальнейшее отражение в программных документах нашей партии, в решениях XXV съезда КПСС, которые предусматривают проведение в нашей стране широких санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на дальнейшее облегчение условий труда советских людей, улучшение техники безопасности на предприятиях народного хозяйства, повышение уровня санитарного благоустройства городов и сельских населенных пунктов и их озеленение, борьбу с шумами, а также охрану от загрязнения почвы, открытых водоемов и атмосферного воздуха. В успешном решении многих из этих вопросов значительная роль принадлежит учреждениям здравоохранения и, в частности, санитарно-эпидемиологической службе.

Многолетняя практика показывает, что широкое привлечение санитарно-эпидемиологическими станциями к работе санитарного актива, и, в первую очередь, общественных санитарных инспекторов для осуществления санитарно-оздоровительных мероприятий играет значительную роль, приносит ощутимые результаты и позволяет эффективно решать многие задачи, стоящие перед здравоохранением, в деле улучшения здоровья населения.

Наиболее эффективной и целенаправленной формой работы общественных санитарных инспекторов в решении вопросов улучшения санитарного состояния населенных мест является участие их в неделях и месячниках чистоты, озеленения территорий, рейдовых проверках санитарного состояния жилых домов, школ, общежитий, территорий домовладений, парков, скверов, кинотеатров, объектов торговли, общест-

венного питания, а также контроль за санитарной очисткой населенных мест.

Проследить за многочисленными объектами, своевременно выявить и устранить недостатки и нарушения санитарных правил одним санитарным работникам не под силу, и в этом деле общественные санитарные инспектора являются хорошими помощниками. Ведь от того, в каком санитарном состоянии находится предприятие, территория жилых дворов, чисто ли в столовой моется посуда, в исправном ли состоянии содержится водопроводная колонка, в каком состоянии находятся цеха и бытовые помещения — зависит многое.

Министерством здравоохранения и Центральным комитетом Общества Красного Креста Киргизской ССР уделяется большое внимание вопросам подготовки общественных санитарных инспекторов. К этой работе привлекается, в основном, активная часть населения — рабочие промышленных предприятий, бытового обслуживания, учителя школ, члены квартальных комитетов, пенсионеры. С ними проводятся занятия по специальным программам, санитарные врачи оказывают постоянную помощь и поддержку им в проводимой работе.

На фабриках и заводах, молочнотоварных фермах и ремонтных мастерских колхозов и совхозов, на предприятиях торговли и общественного питания, на объектах бытового обслуживания и в домоуправлениях в настоящее время работают более 14 тысяч общественных санитарных инспекторов, которые добровольно, не считаясь со временем, постоянно помогают санитарно-эпидемиологической службе в осуществлении текущего санитарного надзора. Они хорошо выполняют порученную им работу, добросовестно относятся к делу и настойчиво добиваются наведения порядка на закрепленных объектах.

Многие общественные санитарные инспектора работают в тесном контакте с квартальными комитетами, милицией и административными комиссиями при райисполкомах.

В городе Фрунзе живет и работает общественным санитарным инспектором Ольховский Федор Григорьевич, который осуществляет контроль за санитарным состоянием квартала № 21. Совместно с помощником санитарного врача городской санэпидстанции систематически проводит санитарные рейды, выявляет недостатки в благоустройстве арычной сети, постоянно добивается систематической уборки территории, следит за своевременным вывозом мусора. Акты проверок санитарного состояния для принятия мер направляет в райисполком. Это позволило ему добиться хороших показателей.

Доброй славой и уважением горожан пользуется общественный санитарный инспектор Сорокина Любовь Семеновна, которая живет в городе Кара-Балта. Под ее непосредственным руководством проводится большая работа по благоустройству и санитарной очистке жилого квартала. На закрепленном за ней участке всегда и вовремя проводится очистка арычной сети, отремонтированы дорожные покрытия, приведены в порядок ограждения индивидуальных домов. По итогам смотра за лучшее благоустройство и санитарное состояние населенных пунктов квартальный комитет в 1979 году третий раз получил переходящее Знамя Карабалтинского горисполкома.

Общественные санитарные инспектора Галкина Маргарита Ивановна из Калининского района и Боксенбергер Макс Чоганович из совхоза Нижне-Чуйский осуществляют контроль за правильным применением ядохимикатов в период обработки сельскохозяйственных культур. По их требованию руководителями колхозов и совхозов приняты меры

по строительству складов, обеспечению рабочих спецодеждой. Тов. Н. И. Галкина и М. Ч. Боксенбергер следят за сроками выхода рабочих на поля после проведенной химической обработки, контролируют условия мойки и захоронения сточных вод. В результате целенаправленно проводимой работы среди рабочих не было случаев отравления ядохимикатами.

На швейной фабрике им. 40 лет Октября в г. Фрунзе работают 8 общественных санитарных инспекторов под руководством Уразмудиновой Софьи Ибрагимовны. Общественные санитарные инспектора совместно с санитарным врачом городской санэпидстанции разработали план по улучшению благоустройства цехов фабрики. План утвержден директором предприятия и его выполнение находится под постоянным контролем.

Примеров большой повседневной работы общественных санитарных инспекторов можно привести много.

Практика работы санэпидстанций республики показала, что повседневный контроль за соблюдением санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил на многих объектах с успехом могут самостоятельно осуществлять общественные санитарные инспектора, подготовленные по специальным программам.

В настоящее время в республике под самостоятельный текущий санитарный контроль общественных инспекторов передано более двух тысяч объектов (библиотеки, кинотеатры, клубы, парки, скверы, стадионы, бытовые помещения, овощехранилища и др.).

Так, например, в Аламединском районе общественные санитарные инспектора проводят текущий контроль за санитарным состоянием всех магазинов, реализующих хозяйственные, промышленные товары, книги и культтовары, следят за санитарным состоянием 11 клубов. Это большая помощь работникам санэпидстанций, так как у санитарных врачей и фельдшеров высвобождается время для занятий вопросами, связанными с питанием различных групп населения, профилактикой профессиональных заболеваний, предупредительным санитарным надзором.