

Бесплатно

34636

КАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР  
ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ  
ИМ. Н. А. СЕМАШКО  
ДИРЕКТОР-КАНД. МЕД. НАУК Н. А. ВИНОГРАДОВ  
НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ-ЗАВ. ОТДЕЛОМ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАНД. МЕД. НАУК Д. Г. ОШЕНГЕЙМ

Аспирант М. З. ХАЙКИН

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НА ДОМУ В ГОРОДАХ СССР

*Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук*



34020



429999

A.

Исследование предпринято с целью изучения истории возникновения и развития медицинской помощи городскому населению на дому в дореволюционной России и в СССР, обобщения опыта организации медицинской помощи на дому на различных этапах строительства советского здравоохранения и разработки мероприятий по улучшению качества этого вида помощи в настоящее время, когда в связи с объединением амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами созданы все необходимые условия для дальнейшего улучшения качества медицинского обслуживания населения и повышения квалификации врачей.

В исторической части работы и для анализа организации помощи на дому в городах СССР использованы литературные источники, протоколы заседаний городских дум Петербурга, Москвы, Одессы и других городов, протоколы заседаний Общества русских врачей, архивы петербургских и московских газет, материалы съездов здраводелов, отчеты, инструкции, положения, приказы о помощи на дому Наркомздрава и Министерства здравоохранения РСФСР и Министерства здравоохранения СССР.

Организация помощи на дому, деятельность участковых ординаторов и качество оказываемой помощи на дому детально изучались путем длительного наблюдения за работой медицинского персонала, сравнительного анализа данных за ряд лет в больницах, обслуживающих различные контингенты населения и работающих в различных условиях (больница им. Остроумова в Москве, больница завода «Шарикоподшипник» в Москве, больница г. Ступино Московской области).

Нами разработано 2678 амбулаторных карт больных, обратившихся за помощью на дому в 1949 г., 1615 историй болезни больных, направленных в больницы в 1948, 1949 гг., 350 амбулаторных карт больных, умерших на дому в 1948—1949 гг. в районе деятельности больницы им. Остроумова в Москве. Совместно с участковыми врачами мы посетили на дому 150 больных и разработали анкетный материал 350 врачей, работающих в 59 городах СССР, по вопросам обслуживания больных на дому. Изучены качество ведения записей в амбулаторных картах и всевозможные формы учета работы участковых врачей, практикующиеся в настоящее время в ряде больниц.

Handwritten notes and signatures, including the name "Сидорова" and the date "1/8".

Диссертация состоит из 3 глав:

1. Краткий очерк истории медицинской помощи больным на дому в городах России.

2. Организация медицинской помощи больным на дому в городах СССР.

3. Организация медицинской помощи больным на дому больницей, объединенной с поликлиникой.

Диссертация содержит 416 страниц, 77 таблиц, 18 фотографий, библиографический указатель в 329 названий и приложения.

I

### Краткий очерк истории медицинской помощи больным на дому в городах России

Капиталистической страной, основанной на частной собственности, жестокой эксплуатации трудящихся, обуславливал высокую заболеваемость и смертность среди взрослого и детского населения страны. Незаинтересованность царского самодержавия и господствующих классов в охране здоровья трудящихся и организации медицинской помощи усугубляла тяжелое положение трудящихся в дореволюционной России. В упорной революционной борьбе путем стачек, забастовок рабочий класс вырывал у буржуазии и царского правительства временные уступки, несколько улучшавшие условия жизни, быта и труда рабочих.

В числе требований по улучшению бытовых условий рабочие предъявляли требования и об организации медицинской помощи больным рабочим и членам их семей на дому.

Так, рабочие Невского судостроительного и механического завода требовали: «Пункт 5. Предоставить право рабочим, в случае необходимости, вызывать доктора на квартиру».

На Обуховском заводе рабочие требовали «Карету скорой помощи для перевозки увечных на заводе и трудно больных с квартиры».

Рабочие Балтийского завода требовали, «чтобы их семьям было предоставлено пользование врачебной помощью в заводе и на дому».

Рабочие Ижорского завода, петербургского порта, гвоздильного завода Посселя. Экспедиции государственных бумаг, Фабрики Тортона, Кроватной фабрики Ширкова в Лесном (Петербург), Карточной фабрики (ведомства императрицы Марии), Фабрики Вилулы Морозова, Шуйских, Царицинских заводов и многих других требовали организации медицинской помощи больным на дому с бесплатной выдачей лекарств.

Под влиянием все нараставшего рабочего революционного движения городские думы в некоторых городах пытались организовать кое-какую помощь больным на дому.

Прогрессивные деятели русской медицины были инициаторами организации медицинской помощи на дому бедному населению. В результате упорной борьбы с думскими чиновниками и представителями власти в 1881 г. в Петербурге под руководством и при непосредственном участии С. П. Боткина и Г. И. Архангельского городской думой был организован Институт думских врачей для оказания бесплатной медицинской помощи бедному населению, который действовал до 1914 года.

В Москве вопрос о помощи на дому был поставлен в 1898 г., но никаких мероприятий в этом направлении на протяжении 19 лет, вплоть до Октябрьской революции 1917 года, не было проведено.

Городские думы ограничивали и без того скудную помощь больным на дому, обязывая больных предъявлять думскому врачу справку о бедности из попечительства, городских управ, благотворительных учреждений.

Основной преградой развития помощи на дому в России являлся самодержавный строй.

II

### Организация медицинской помощи больным на дому в городах СССР

Великая Октябрьская Социалистическая революция создала все условия для практического осуществления программы большевистской партии по охране здоровья трудящихся. В обстановке острой и напряженной классовой борьбы родилась и победила новая система здравоохранения — Советская. Успехи в области охраны здоровья трудящихся были достигнуты благодаря повседневному руководству делом здравоохранения со стороны большевистской партии, благодаря личной помощи и заботам В. И. Ленина и И. В. Сталина, активного массового участия трудящихся в оздоровлении труда и быта.

Бесплатная общедоступная медицинская помощь на дому была декретирована постановлением («О страховании на случай болезни») ЦИК Советов рабочих и солдатских депутатов 22 декабря 1917 года, т. е. уже на 57-й день после Великой Октябрьской Социалистической революции.

В 1918 г. для оказания медицинской помощи больным на дому были созданы «пункты помощи на дому», которые существовали самостоятельно, обособленно от поликлиник и амбулаторий. Врачи «пунктов помощи на дому» оказывали в основном лечебную помощь, а с 1921 г. им вменяется в обязанность и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Н. А. Семашко и З. П. Соловьев придавали организации помощи на дому большое значение, видя в ней проводника оздоровительных мероприятий среди широких слоев трудя-

щихся и мощное средство в борьбе за санитарное благополучие страны.

С 1922 года «пункты помощи на дому» вливаются в амбулаторно-поликлинические учреждения. Это объединение организационно укрепило помощь на дому, улучшило качество оказываемой населению помощи.

С 1927 г. обслуживание больных на дому организуется по участковому принципу. Это был важный шаг на пути дальнейшего улучшения помощи на дому, ликвидации обезличенного лечения больных, приближения помощи к населению, повышения ответственности врачей за здоровье населения определенного территориального участка.

Поворотным пунктом в улучшении медицинской помощи вообще, и помощи на дому в частности, послужило постановление ЦК ВКП(б) от 18/XII 1929 года «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян».

Важное значение в улучшении помощи на дому имело постановление Коллегии НКЗ РСФСР от 1933 г. «О помощи на дому», которое обязывало органы здравоохранения организовать обслуживание больных на дому по участковому принципу, широко применяя диспансерный метод.

Приказом Наркомздрава СССР от 4/VIII 1938 года за № 748/1017 было предусмотрено активное, без повторного вызова врача, посещение больных на дому, применение на дому физиотерапии, обязательное обслуживание больных одним и тем же врачом, создание необходимых условий ухода за больными на дому, обеспечение их предметами ухода, медикаментами, ухаживающим персоналом и т. п.

За годы Сталинских пятилеток помощь на дому значительно выросла. По сравнению с 1930 г. (принятым нами за 100) в 1935 г. врачебные посещения больных на дому увеличились на 192%, в 1938 г. на 343%, в 1941 г. на 402%. Однако в организации помощи на дому в целом ряде городов имелись серьезные недочеты. Участковость осуществлялась формально, отрыв огромного числа врачей, оказывавших помощь на дому, от больницы приводил к их деквалификации и низкому качеству обслуживания населения. Чрезмерно большое число жителей, обслуживавшихся одним врачом на участке (6—12 тыс.), исключало возможность удовлетворительного обслуживания больных на дому. Диспансерный метод обслуживания населения в практике врачей применялся в ограниченных размерах.

### Организация медицинской помощи больным на дому больницей, объединенной с поликлиникой

Объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами создало все условия для улучшения качества помощи на дому и повышения квалификации участковых ординаторов.

Нашим исследованием установлено, что за время, прошедшее с момента объединения амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами, помощь на дому заметно улучшилась.

Так, в больнице им. Остроумова, в больнице г. Ступино, в больнице завода «Шарикоподшипник» вызовы врача на дом выполняются в день их поступления, причем участковость обслуживания больных достигает 75—99% против 65% в 1947 г. Улучшилось ведение документации, повысилась активность посещения повторных больных (66,6% против 55,4% в 1947 г.). Увеличилось число участков и соответственно уменьшилось число жителей, обслуживаемых участковым врачом, до 2500 человек.

Снизилось расхождение диагнозов врачей помощи на дому с диагнозами врачей больницы (в больнице им. Остроумова — на 23%, в больнице г. Ступино — на 19,6% в сравнении с 1947 г.).

Увеличился процент ранней госпитализации инфекционных больных (в первые три дня с момента заболевания). По данным больницы им. Остроумова, в 1949 г. госпитализировано в первые три дня с момента заболевания 75% больных против 27% в 1947 г.

Аналогичные данные отмечены и в больнице г. Ступино.

Увеличилось число посещений больных на дому участковыми медицинскими сестрами. Если в 1947 г. на одного больного приходилось 1,42 посещения, то в 1949 г. приходилось 1,9 посещений. Возросло количество процедур на каждого больного, выполняемых на дому, с 2,0 в 1947 г. до 4,5 в 1949 г.

Участие врачей-специалистов в помощи больным на дому возросло с 7,9% в 1947 г. до 11,1% в 1949 г.

По данным больницы им. Остроумова за 1947—1949 гг., число посещений больных на дому специалистами составляло 9,9% из всех посещений, сделанных больными в поликлинику.

В 1949 г. по сравнению с 1947 г. на всех базах расширилась санитарно-просветительная работа, проводимая участковыми ординаторами на участках.

Однако организация помощи больным на дому все еще имеет существенные недочеты.



Врачи и медицинские сестры технически не оснащены и часто лишены возможности своевременно и качественно обслужить больных на дому.

Обслуживание больных на дому производится в разное время, начиная с 10 ч. 30 мин. и кончая 17 ч. 30 мин. По нашим данным, во всех больницах к 12 часам дня поступает до 92,1% всех вызовов врачей.

От 26 до 40% вызовов врачей на дом поступает на третий день заболевания и позднее (на 3-й день — 16,3%; на 4-й — 6,6%; на 5-й и позднее — 10%), что указывает на недостаточность санитарной пропаганды среди населения, важности раннего обращения к врачу, на недостаточную связь участковых ординаторов с населением.

Медицинская документация еще далеко не отвечает всем требованиям медицинской науки.

В работе участковых ординаторов (будущего прием больных в поликлинике и обслуживания больных на дому) отсутствует должная преемственность в лечении больных. Связь между этими врачами осуществляется недостаточно.

Частота врачебных посещений больных на дому не обеспечивает систематического лечения и наблюдения за ними до восстановления трудоспособности.

По нашим данным, 58,3% больных, обратившихся за помощью на дому, посещаются врачом 1 раз; 27,2% — 2 раза; 8,3% — 3 раза; 3,5% — 4 раза; 1,4% — 5 раз, 1,3% — свыше 5 раз. 51% всех обратившихся за помощью на дому составляют больные гриппом и ангиной.

Участковые ординаторы нерационально тратят время на получение вызова в регистратуре в связи с неправильной организацией оформления приема вызова и плохой подготовкой амбулаторных карт для врачей.

64% обратившихся за помощью на дому направляются в поликлинику для долечивания, 10,4% — в стационар, около 25% заканчивают лечение на дому.

Существующие формы учета и отчетности по оказанию помощи на дому и профилактической работе на участке не удовлетворяют врачей и не позволяют им оперативно анализировать и планировать свою деятельность.

### Выводы

1. Медицинская помощь на дому среди других видов лечебно-профилактической помощи, оказываемой населению, имеет важное значение. За годы Сталинских пятилеток помощь на дому значительно возросла, укрепилась ее организационные формы и методы работы. Организация помощи на дому сделала возможным приближение медицинского обслуживания к широким слоям населения, широкое осуществление ле-

чебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Однако помощь на дому еще не полностью удовлетворяет потребностям населения в этом виде помощи.

Помощь на дому, оказываемая участковыми ординаторами и другими специалистами, должна быть расширена в целях еще большего удовлетворения потребностей населения в этом виде помощи и большего приближения к нему медицинского обслуживания.

2. Для своевременного и высококвалифицированного обслуживания населения на дому необходимо более широкое привлечение врачей-специалистов и консультантов, необходима повседневная связь между ординаторами терапевтического отделения больницы, фтизиатрами, акушеро-гинекологами, педиатрами, оказывающими помощь на дому, проводящими профилактическую работу на участке.

3. Поздняя обращаемость за помощью на дому является результатом слабой пропаганды важности раннего обращения больных к врачу. В целях устранения этого серьезного недостатка должна быть организована широкая постоянная санитарная пропаганда среди населения о важности раннего обращения к врачу, о всех возможностях, предоставленных населению органами здравоохранения, позволяющих пользоваться врачебной помощью на дому в любое время.

4. Для повышения ответственности участковых ординаторов и преемственности в лечении больных на дому и в поликлинике необходимо распределить обязанности между двумя участковыми ординаторами таким образом, чтобы один из них вел прием больных в поликлинике и являлся старшим врачом участка, второй обслуживал больных на дому.

5. Консультации больных на дому, производившиеся врачами-специалистами в отсутствие участкового ординатора, не всегда были эффективными, не помогали участковому ординатору в своевременном и правильном установлении диагноза, лечения, не способствовали совершенствованию его диагностических навыков.

В связи с этим консультации специалистов должны проводиться в присутствии участковых ординаторов. Лечение больных гриппом, ангиной необходимо проводить на дому со дня заболевания до восстановления трудоспособности. Инфекционные больные с повышенной температурой не должны допускаться в поликлинику.

6. Для правильного и своевременного оказания первой врачебной помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями необходимо повысить квалификацию участковых ординаторов и диагностике острых хирургических заболеваний, совершенствовать их практические навыки по оказанию помощи при травмах, ранениях, кровотечениях.

7. Выполнение вызовов врача на дом целесообразно и возможно начинать с 12 час. дня, что должно быть предусмотрено рациональным графиком работы врачей.

8. Для экономии времени врача при получении вызовов в регистратуре необходимо завести персональные журналы регистрации вызовов на каждого врача, в дополнение к общему журналу регистрации вызовов в поликлинике.

Учет работы участковых ординаторов, возможность анализа ее и правильное планирование всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий на участке является необходимым условием высококачественного обслуживания больных. Этим целям может служить разработанный и предлагаемый нами «Паспорт единого городского врачебного участка».

Для упорядочения и хранения амбулаторных карт может служить сконструированная нами специальная обложка с зажимами.

9. Для своевременного и полноценного обслуживания больных на дому необходимо снабдить участкового ординатора и участковую медицинскую сестру медицинскими сумками с соответствующим оборудованием и медикаментами, предложенными нами.

10. Необходимо организовывать специальные стационары для лечения и ухода за хроническими больными, уход за которыми в домашней обстановке не всегда возможен.

11. Следует широко, планомерно и постоянно привлекать актив населения, Красного Креста и Красного Полумесяца для проведения оздоровительных мероприятий на участке.

12. Необходимо практиковать обмен опытом по организации помощи на дому на страницах печати, межгородских конференциях, съездах врачей и медицинских сестер.

429999

Техн. редактор *И. А. Кирсанова*

Г 08542. Подп. к печати 20.X. 1950 г. Зак. 1905 (Форм.) бумага 60×92<sup>1</sup>/<sub>16</sub>  
Бум. л. 0,25. Печ. л. 0,5 Уч.-изд. 0,48. Тираж 100 Бесплатно

Типография Изд-ва АМН СССР