

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА

В. А. Гройсман, С. И. Белых, С. Т. Тулепкалиев, Л. Г. Титаренко

Медсанчасть № 7 (главрач — В. А. Гройсман) Тольяттинского горздравотдела, кафедра урологии (зав.— доц. С. И. Белых) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В целях улучшения оказания урологической поликлинической помощи населению г. Тольятти в октябре 1983 г. было открыто городское поликлиническое урологическое отделение на базе медсанчасти № 7 Куйбышевгидростроя, где ранее была сосредоточена вся стационарная урологическо-нефрологическая служба города и района с населением около 630 тыс. человек.

Заведующий отделением осуществляет общее руководство поликлинической урологической службой, контролирует вопросы преемственности и экспертизы нетрудоспособности, оказывает консультативную помощь. Амбулаторно-поликлинический прием больных с урологическими заболеваниями проводится территориально в 6 поликлиниках города. Центральным звеном этой службы является поликлиника медсанчасти № 7 Куйбышевгидростроя, где ведется прием урологических больных из закрепленного участка г. Тольятти, г. Жигулевска и Ставропольского района Куйбышевской области двумя врачами-урологами одновременно и в две смены.

Двухлетний опыт работы амбулаторно-поликлинического урологического отделения г. Тольятти позволяет положительно оценить результаты реорганизации этого звена специализированного медицинского обслуживания населения. Урологические кабинеты поликлиник стали своевременно и однотипно оснащаться оборудованием, аппаратурой и

необходимым инструментарием. Полностью укомплектованы врачебные кадры. Все урологи прошли первичную специализацию и регулярно повышают знания на циклах усовершенствования, конференциях и семинарах.

Динамика основных показателей работы урологических кабинетов поликлиник до реорганизации и после нее отражена в таблице.

Как видно из таблицы, за сравнимые годы заметно увеличился не только объем (число посещений) амбулаторной помощи урологическим больным, но и частота специальных методов исследования, применяемых врачами. Они стали выполняться в 1,5—2 раза чаще в расчете на каждые 100 посещений, что стало возможным благодаря использованию во всех кабинетах хромоцитоскопии и рентгенологических методов обследования. Легче стали решаться вопросы преемственности в учете, обследовании и лечении урологических больных вследствие более тесных связей единого стационара с поликлиническими кабинетами под единым началом. Увеличилось число больных, взятых под диспансерное наблюдение, улучшилось их обслуживание (увеличились частота осмотров, объем рентгенологических и лабораторных исследований, расширяется обслуживание больных на дому).

Одним из важных показателей эффективности этой работы является увеличение

Показатели работы урологических кабинетов поликлиник до и после реорганизации

Показатели	До реорганизации		После реорганизации	
	1981 г.	1982 г.	1984 г.	1985 г.
Сделано амбулаторных посещений урологическими больными	28044	35654	42366	47874
Выполнено цитоскопий:				
всего	321	556	1290	1378
в расчете на 100 посещений	1,14	1,56	3,04	2,88
хромочитоскопий:				
всего	509	479	1277	1533
на 100 посещений	1,81	1,34	3,01	3,20
урографий:				
всего	464	524	873	923
на 100 посещений	1,65	1,46	2,06	1,93
Число диспансерных больных	425	433	615	660
Снято с учета в связи с выздоровлением:				
всего	9	10	42	90
из каждых 100 диспансерных больных	2,11	2,31	6,83	13,64

в 1984 и 1985 гг. числа больных, снятых с учета в связи с выздоровлением (6,8 и 13,6 человек на 100 диспансерных больных против 2,1 и 2,3 в предшествующем периоде). Разность между показателями за сравнимые годы статистически достоверна ($P < 0,003$). Соответственно улучшились и показатели работы урологического стационара. Поскольку данное исследование посвящено изучению опыта работы поликлинического звена обслуживания урологических больных, считаем возможным не касаться подробно деятельности урологического стационара. Здесь тоже имеются определенные сдвиги в лучшую сторону. Приведем лишь несколько цифр. Так, имеется выраженная тенденция к сокращению числа расхождений диагнозов поликлиники и стационара: если в 1981—1982 гг. этот

показатель был зафиксирован в 0,34—0,41% случаев среди леченных, то в 1984—1985 гг. он сократился до 0,21—0,24%. До реорганизации в среднем больные находились до операции на койке 6,2—6,3 дня, а в 1985 г.— 2,5 дня. Вследствие этого более чем на один день (с 16,2 до 14,9 дня) сократилась средняя продолжительность пребывания больного на койке вообще.

Положительный опыт новой организации амбулаторно-поликлинического звена специализированной медицинской помощи населению г. Тольятти позволяет рекомендовать его для применения в практике здравоохранения крупных городов (с населением 500 тыс. и более), особенно с быстро растущим населением.

Поступила 21.04.87.

УДК 616—058.835—082.4:352

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОКИХ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И. А. Гехт

Волжская центральная районная больница Куйбышевской области (главрач — В. И. Макаров)

Несмотря на большое число работ по вопросам геронтологии и гериатрии, медико-социальные аспекты одиночества пожилых и старых людей изучены недостаточно. Цель исследования, проведенного в Волжском районе Куйбышевской области, заключалась в составлении медико-демографической и социально-гигиенической характеристики лиц старших возрастов, одиноко живущих в сельской местности.

Следует признать, что до недавнего времени в здравоохранении пользовались в основном количественными показателями и недооценивали роль социологических исследований в оценке организации медицинской помощи различным контингентам. На основании методических указаний «Медико-социологические исследования в здравоохранении», подготовленных Республиканской научно-исследовательской лабораторией медицинской демографии Министерства здравоохранения РСФСР, была разработана специальная карта, которая содержит 78 вопросов и 338 альтернативных ответов. В ней также предусмотрено место для данных, выкопированных из медицинских статистических документов. При беседе с пожилыми и престарелыми людьми карты заполняли врачи участковых больниц и средние медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов. Анкетированием было охвачено 1016 человек.

В настоящей статье приведен фрагмент работы, характеризующий организацию стационарного лечения респондентов.

Из числа обследованных лишь 32,1% пожилых проживают в селах, где расположены больницы, а значит, имеют возможность сразу посетить врачей; остальные могут надеяться прежде всего на фельдшерско-акушерскую помощь. С прекращением работы частота обращаемости одиноких пенсионеров к врачам значительно уменьшается. Доля лиц, ни разу не обратившихся к врачам в течение трех последних лет, составляет 42%. Коэффициент ассоциации Юла показывает тесную обратную связь ($Q = -0,93$) между временем прекращения работы и частотой обращаемости к врачам. По поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний к врачам обратились лишь 18,9% респондентов, 48% лиц лечились у средних медицинских работников, 33,1% пенсионеров занимались самолечением. Тесная обратная связь констатирована между возрастом респондентов и удельным весом лиц, получивших врачебную помощь ($r = -0,98$).

Число госпитализированных больных в возрасте 60 лет и старше составляет в районе $115,9 \pm 10,0$ на 1000 человек этого возраста. По данным комплексных осмотров, госпитализировать следует 29,5% сельских пенсионеров. К 70—79 годам частота госпитализаций увеличивается, а затем значительно снижается. Лица старшего возраста нуждаются в более длительном пребывании в стационаре, чем лица трудоспособного возраста, что необходимо учитывать при плани-