

ток. Липоиды обнаруживались в обкладочных клетках не только в виде гранул, но и в форме капелек. В главных клетках отмечались диффузные липоидные включения.

Л. А. Кушашвили (Тбилиси) установил, что в аденогипофизе с пожилого возраста начинается уменьшение количества эозинофильных и увеличение базофильных клеток. С этого же возраста начинается уменьшение размеров названных клеток с уменьшением в них специфических гранулярных включений и возникновением явлений гомогенизации цитоплазмы. В пучковой и сетчатой зонах возникают явления бурой атрофии с уменьшением количества дезоксирибонуклеопротеидов.

И. Ф. Крутикова (Ленинград) пришла к выводу, что первые признаки деструкции в поджелудочной железе появляются с 40—45 лет и заключаются в постепенном уменьшении общей массы железистой паренхимы, в уменьшении величины концевых отделов, появлении гипопластических очагов на месте бывших концевых отделов и их групп. Атрофия концевых отделов приводит к облитерации протоков, исчезновению или разрушению долек. Секреторное дерево деформируется. Постепенно нарастает извилистость артерий, запустевает и подвергается гиалинозу часть анастомозов и сосудов. Строма железы становится грубоволокнистой, теряет прежнюю структуру. Морфологические изменения поджелудочной железы, вызванные процессами старения, позволяют объяснить наибольшую частоту панкреонекрозов у лиц пожилого и старческого возраста отсутствием пластичности сосудистого русла и особенностями стромы органа.

Б. Л. Смоленский и К. Д. Харахоркина (Ленинград) сообщили, что витамин В₁₅ может быть использован в комплексной витаминной профилактике преждевременного старения; однако он не является ведущим биологически активным веществом.

Ю. А. Колесниченко (Ленинград) считает, что витамин В₁₅ в небольших дозах оказывает гипохолестеринемическое действие, а в относительно больших — противоположный эффект.

А. А. Ахметзянов (Казань)

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ТРУДА НЕВРОПАТОЛОГА В ПОЛИКЛИНИКЕ

Мы провели хронометраж рабочего времени врача-невропатолога по известной уже карте хронометражного наблюдения, предложенной С. Я. Фрейдлиным. 520 больных были приняты врачом без медицинской сестры и 393 — с медицинской сестрой.

Медицинские сестры, работающие с врачами-невропатологами, предварительно прошли подготовку по усвоению неврологической терминологии, протоколированию записей в историях болезней под диктовку врача, написанию ходовых рецептов, измерению АД, проведению некоторых вегетативных проб и др.

При работе врача-невропатолога с медицинской сестрой протокольным методом время для проведения лечебно-диагностической работы в среднем увеличивается с 46,0 до 70,2% (за счет уменьшения времени, необходимого для выполнения письменной и непроизводительной работы, соответственно с 43,2 до 24,0% и с 10,6 до 5,7%).

Анализ распределения рабочего времени по основным нозологическим группам нервных заболеваний (кроме медицинского осмотра) показал, что у врача, работающего без сестры, на лечебно-диагностическую работу тратилось 41,1—47,6% времени, при работе с сестрой — 66,8—74,8%; на письменную работу без сестры — 42,7—48,4%, с сестрой — 23,9—25,5%; на непроизводительную работу без сестры — 8,4—10,6%, с сестрой — 0,2—9,2%.

При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров у врача-невропатолога, работающего на приеме без сестры, на исследование нервной системы затрачивается 51,8% рабочего времени, с сестрой — 61,0%; на письменную работу без сестры — 32,2%, с сестрой — 21,0%; непроизводительная затрата времени без сестры — 16,0%, с сестрой — 18,0%. Это связано с тем, что больше времени затрачивается на розыск документации в картотеке, а также раскладку амбулаторных карточек и диспансерных форм в картотеке.

Мы считаем, что максимальное освобождение врача-невропатолога от письменной работы даст ему возможность более детально обследовать больных или принять больше больных в поликлинике.

В. П. Киценко (Краснодар)