

Мы отмечали выше, что иногда в числе терапевтических мероприятий не упоминаются отдельные эффективные средства. Укажем здесь дополнительно на незаслуженно обойденные в очерке об инфаркте миокарда таламонал, а в очерке о язвенной болезни и кровотечении при ней — эpsilon-аминокапроновую кислоту. В отдельных (весьма, впрочем, редких) случаях советы автора носят несколько противоречивый характер. Так, на стр. 35 автор рекомендует строгий постельный режим при инфаркте миокарда длительностью «по меньшей мере в 4 недели», а на стр. 36 пишет, что «при инфаркте миокарда средней величины» он назначает строгий постельный режим на 3 недели. Говоря о лечении пароксизмальной тахикардии, автор на стр. 113 рекомендует «в первую очередь» применять препараты группы наперстянки, а на стр. 115 утверждает (и вполне правильно), что лучшим средством при этой аритмии является новокаиномид, а все остальные препараты должны применяться только в случае, если он не помогает.

Наконец, в списках литературы, которые приводятся в конце каждого очерка, к сожалению, не упоминается целый ряд специальных изданий по неотложной терапии внутренних заболеваний (например, книга под ред. А. С. Шварца и Б. А. Никитина, 1963; под ред. А. И. Германова, 1964; Г. Л. Хасиса, 1965; А. Я. Губергрица и соавт., 1970 и др., ряд специальных отечественных и зарубежных, в том числе переведенных на русский язык, монографий по реаниматологии).

Отмеченные выше недостатки вполне устранимы при последующих изданиях книги.

В заключение подчеркнем, что не только начинающий, но и опытный врач найдет в этой книге ценное для себя — либо для руководства, либо для проверки на личном опыте, либо, наконец, для плодотворной дискуссии и научного поиска.

Проф. Л. А. Лещинский (Ижевск)

---

**Ф. Г. Григорьев. Методические материалы к изучению вопросов экономики сельского здравоохранения. (Из опыта экономического анализа деятельности сельских лечебно-профилактических учреждений Канашского района Чувашской АССР.) Чебоксары, 1971, 32 стр., тираж 1000 экз.**

Автор брошюры, главврач Канашской центральной районной больницы Чувашской АССР, дает достаточно подробную информацию о наиболее актуальных работах по экономике здравоохранения, увидевших свет в последнее время, приводит не только основные их положения, а и схему, например, определения стоимости лечения и содержания больных в стационаре, предложенную Р. Ю. Журавель-Якобсон и Р. Д. Кузнецовой.

После краткого литературного обзора представлены результаты экономического анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений в Канашском районе (эффективности использования коечного фонда, стоимости лечения), начатого в 1966 г. В существующих в районе участковых больницах систематически не выполнялся план по использованию коечного фонда, в связи с чем в одной из них была выше стоимость одного койко-дня и одной госпитализации.

На наш взгляд, то обстоятельство, что в Ямашевской участковой больнице на 35 коек стоимость койко-дня была ниже, чем в ЦРБ и чем в пятидесятикоечной Тобурдановской больнице, требует объяснений.

Очень важно, что рецензируемая брошюра не только пропагандирует изучение деятельности лечебно-профилактических учреждений сельского района, но и дает рекомендации для реорганизации, перепрофилизации коечного фонда в целях улучшения медицинского обслуживания населения и более эффективного использования средств, отпускаемых на здравоохранение. Канашский район показал в этом отношении пример, перепрофилировав 35-коечную участковую больницу в больницу-санаторий для реконвалесцентов. Сам факт создания в сельском районе больницы для реконвалесцентов следует приветствовать. Результат Канашского эксперимента красноречиво свидетельствует о его целесообразности: если в 1966 г. в этой больнице койка работала 329, 2 дня, то после реорганизации (1969 г.) — 351,6 дня, план по койко-дням выполнялся на 100,6% (в ЦРБ — на 100,9%).

Очень важно и интересно, что в работе Г. Ф. Григорьева рассмотрены различные показатели эффективности перепрофилизации коечного фонда в районе. Однако, как нам кажется, к приводимому сравнению результатов деятельности Ямашевской участковой больницы за 1967 и 1968 гг. следует подходить с известной осторожностью, особенно, когда речь идет о проценте больных, у которых наступило ухудшение состояния здоровья, и умерших. Оценивать эти показатели лучше было бы при определенных заболеваниях, а не в общем, так как изменение профиля больницы, несомненно, изменило и нозологическую структуру госпитализированных больных. Если больница стала использоваться для долечивания больных, лечившихся в ЦРБ, то, конечно, вряд ли это были больные с тяжелыми декомпенсациями сердечной деятельности, онко-

логические и большие с другими заболеваниями, при которых чаще отмечается ухудшение состояния здоровья и смерть.

На наш взгляд, показатели обоснованности госпитализации больных, находившихся на лечении в Ямашевской больнице до и после ее реорганизации, легко объяснимы. Если в 1967 г. в этой больнице на лечении находилось всего 49,8% пациентов с показаниями к лечению в участковой больнице, то в 1968 г. — 92,3%. Это должно восприниматься как само собой разумеющееся, так как отбор для лечения в этой больнице идет в организованном порядке в ЦРБ.

В брошюре приведены данные о стоимости одного посещения к врачу, одной единицы лабораторного исследования, одного выезда машины скорой помощи, одной процедуры, проводимой станцией скорой помощи, и т. д. за 1969 и 1970 гг. Везде эти показатели в 1970 г. ниже, чем в 1969 г., за исключением стоимости выезда машины скорой помощи и одной процедуры, проводимой станцией скорой помощи, но нет объяснения, как удалось достигнуть этого снижения и почему вышеназванные два показателя возросли. Это досадный изъян.

Следовало бы объяснить, почему стоимость лечения на фельдшерско-акушерском пункте дороже, чем в поликлинике ЦРБ (90,1 коп. против 81,9 коп.); по-видимому, это результат того, что фельдшер за 1 час рабочего времени принимает значительно меньше больных, чем врач.

В брошюре освещается также вопрос о влиянии заболеваемости на экономику предприятий, в данном случае колхозов и совхозов. Это свидетельствует, что в Канашском районе экономика здравоохранения изучается широко.

Читатель найдет в рецензируемой брошюре указания на размер материального ущерба, понесенное колхозом, совхозом, колхозником и рабочим совхоза в результате разовой поездки на консультацию в Республиканскую больницу, и потери сельскохозяйственных предприятий в связи с недовыпуском продукции, вызванным заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. Для того, чтобы оценить их значение, автор сообщает читателю, что в 1970 г. стоимость валовой продукции, приходящейся на одного работающего в день в колхозах и совхозах района, колебалась от 5,03 до 9,36 коп.

Автор критически использует опыт других исследователей, в частности он не считает возможным увеличивать размер экономического ущерба, наносимого колхозам заболеваемостью колхозников, за счет отнесения сюда стоимости самого лечения, как это сделали Я. Г. Вольфинзон и И. Г. Низамова, так как в оплате его колхоз непосредственно участия не принимает. Жаль, что автор в своих исследованиях не учитывал размера экономического ущерба, наносимого заболеваемостью с временной утратой трудоспособности обществу (повышение себестоимости выпускаемой продукции). На необходимость этого не без оснований указывал И. А. Гороховер.

Недурно бы поведать читателю, что это за новая должность в больнице — «экономист», фигурирующая в брошюре.

Брошюра представляет несомненный интерес еще и потому, что в ней освещается опыт планомерной, систематической научной деятельности в сельской больнице как доказательство возможности проведения серьезных научных исследований врачами на селе, даже при невысоком показателе обеспеченности ими населения района (5,6 на 10 000 чел. населения). Для дальнейшего совершенствования качества оказываемой населению медицинской помощи должна быть мобилизована научная мысль практических врачей. Об этом шла речь на заседании президиума Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР в ноябре 1970 г. (Здравоохранение Российской Федерации, 1971, 9, стр. 23).

Актуальность вопросов, обсуждаемых в брошюре, вне всякого сомнения, поможет врачам в выполнении Постановления ЦК КПСС «Об улучшении экономического образования трудящихся», принятого в сентябре 1971 г.

Проф. В. Ч. Бржеский (Гродно)

---

## НЕКРОЛОГ

---

УДК 616—001—617.3 (092 Шулутко)

### ПРОФЕССОР ЛАЗАРЬ ИЛЬИЧ ШУЛУТКО

2 декабря 1971 г. после тяжелой и продолжительной болезни на 75-м году жизни скончался один из ведущих травматологов-ортопедов страны, заслуженный деятель науки РСФСР и ТАССР, заведующий кафедрой ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина профессор Лазарь Ильич Шулутко.