

В четвертой главе описаны клиника и диагностика холецистита. Н. Г. Григорьев рекомендует высоко информативный комбинированный рентгенологический метод исследования желчного пузыря и желудочно-кишечного тракта, который дает возможность косвенно подтвердить общность патогенеза хронических заболеваний желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы и значительно упрощает дифференциальную диагностику. Описанный метод может быть широко применен не только в стационарах, но и в амбулаторных условиях врачом-рентгенологом, владеющим методикой раздельного исследования желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

В пятой главе предложена разработанная автором система профилактики холецистита.

Книга иллюстрирована фотографиями, таблицами. Несмотря на некоторую небрежность в оформлении и другие мелкие недостатки, в целом она производит хорошее впечатление. Монография читается с интересом, дает много полезного для деятельности практического врача и немало — для размышления и поиска научному работнику.

Доктор мед. наук **А. Я. Яковлев**,
канд. мед. наук **О. М. Горбунов** (Куйбышев-обл.)

Р. А. Зулкарнеев. «Болезненное плечо», плече-лопаточный периаартрит и синдром «плечо — кисть». Казань, изд-во Казанского университета, 1979, 309 стр.

Рецензируемая книга посвящена одному из актуальных вопросов современной травматологии и ортопедии. Обширный контингент пациентов на амбулаторном приеме у ортопеда составляют лица с болезненными состояниями, именуемыми то «плече-лопаточным периаартритом», то «болезненным плечом», то синдромом «плечо — кисть» и т. д. Нередко такие больные длительное время находятся на стационарном лечении. Кроме того, эта патология является точкой соприкосновения интересов травматологов-ортопедов, невропатологов, нейрохирургов и интернистов; в лечении плече-лопаточного периаартрита тесно переплетаются хирургические, ортопедические и медикаментозные методики.

В первой главе автор с большой полнотой и фактической обоснованностью раскрывает связь между патологией плечевой области и поражениями внутренних органов.

Следующий раздел книги посвящен клинике и диагностике «болезненного плеча». Этот раздел следует выделить как ведущий в рецензируемой монографии. Автор дает общую характеристику больных, описывает классическую симптоматику. Вводятся такие очень образные, на наш взгляд, понятия, как «замороженное плечо» применительно к контрактуре в плечевом суставе, «периаартрическая личность» по отношению к больным, длительно страдающим болями в области плечевого сустава и глубоко ушедшим в свое заболевание. Помимо классических методов исследования, автором широко применены методы изучения двигательных и чувствительных нарушений, использованы электромиография, термометрия, ионтофоретическая проницаемость, электроплетизмография, реовазография, артрография плечевого сустава и фотометрия рентгеновских снимков. Широкий и комплексный подход к обследованию больных с патологией плечевого сустава позволил автору четко дифференцировать различные клинические формы «болезненного плеча»: субакромиальный бурсит, тендиноз сухожилия надкостной мышцы, разрыв сухожилия надкостной мышцы, фибромиозит мышц плечевого пояса и т. д.

Автором хорошо обосновывается роль вегетативной нервной системы в патогенезе «болезненного плеча». Как результат проведенного исследования Р. А. Зулкарнеев приводит свою схему этиологии и патогенеза плече-лопаточного периаартрита, синдрома «плечо — кисть» и «болезненность плеча», рассматривая эту патологию как этапы дистрофического процесса симпатического генеза, первопричинами которого в ряде случаев могут быть остеохондроз позвоночника, заболевания легких, сердца и т. д. Не исключается возможность параллельного развития первичных, вторичных и ассоциативных форм заболевания плечевого сустава и параартикулярных образований.

В разделе, посвященном вопросам терапии «болезненного плеча» и плече-лопаточного периаартрита, приводятся все современные методы лечения, включая физиотерапевтические, лучевые, медикаментозные, функциональные и ортопедо-хирургические. В целом глава написана на современном уровне, но создается впечатление, что автор менее критично, чем в первых разделах монографии, подошел к применяемым в настоящее время методам лечения. Возражение с нашей стороны вызывает рекомендация широкого использования кортикостероидных гормонов. Автор лишь вскользь упоминает о возможных при этом методах лечения осложнениях, хотя современная литература представляет множество фактов локальных и общих осложнений от применения кортикостероидных препаратов. Вместе с тем большой опыт автора в лечении местными инъекциями глюкокортикоидов и отсутствие по его данным осложнений позволяют полагать, что строгое соблюдение методик асептики и антисептики создает условия для безопасного применения инъекций кортикостероидов. Думается, что эту ме-

тодичу следует рекомендовать лишь лечебным учреждениям, которые могут обеспечить строжайшее соблюдение принципов гормональной терапии.

Заключительную часть монографии составляет разбор результатов лечения и анализ возможных ошибок и осложнений.

Книга написана хорошим литературным языком и достаточно полно иллюстрирована схемами, фотографиями с рентгенограмм и таблицами. Нет сомнения, что к ней с большим интересом отнесутся не только ортопеды, но и нейрохирурги, невропатологи и интернисты.

Подобное издание может быть расценено как успех издательства Казанского университета, но в силу своей практической направленности монография заслуживает того, чтобы рекомендовать ее для публикации издательством «Медицина» в серии «Библиотека практического врача».

Доц. Ю. Я. Швабе (Самарканд).

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 613.98

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ УЧАСТКОВ

В настоящее время во многих городах страны проходят проверку различные формы и методы медицинского обслуживания лиц старших возрастов. Мы предлагаем рассмотреть возможность организации гериатрических участков в составе районных поликлиник для взрослых.

Изучение посещаемости поликлиник показало, что на лиц старших возрастов, составляющих около $\frac{1}{5}$ части всего взрослого населения, приходится 25% посещений врачами больных на дому. Если у лиц рабочих возрастов на одно посещение врачом на дому приходится 6,5 посещения в поликлинике, то у лиц старших возрастов на одно посещение на дому приходится только 3,5 посещения в поликлинике. Число хронических больных во всех возрастах превышает число диспансеризованных, но наиболее ярко это проявляется в возрасте 60 лет. С выходом на пенсию лиц, достигших 60 лет, снимают с диспансерного учета по месту работы. Все хронические больные (а их в возрасте старше 60 лет — 67 человек на каждые 100 жителей), а также лица, снятые с диспансерного учета по месту работы в связи с выходом на пенсию (7,2 человека на каждые 100), нуждаются в диспансерном наблюдении. Следовательно, в возрасте старше 60 лет из 100 жителей 74,2 человека подлежат диспансерному наблюдению.

Пожилое население требует особого и пристального внимания со стороны поликлиники. Однако участковым терапевтам, на котором лежит значительная доля ответственности за состояние здоровья этого населения, не в состоянии удовлетворить полностью все требования, связанные с обслуживанием лиц старших возрастов.

Но есть ли необходимость и целесообразность поручать обслуживание лиц старших возрастов в первую очередь участковому терапевту? Ведь наряду с территориальными участками (ничуть не противореча основному принципу организации медицинского обслуживания населения — участково-территориальному) функционируют участки педиатрические, акушерско-гинекологические, фтизиатрические. Аналогично в целях улучшения медицинского обслуживания лиц старших возрастов можно, по-видимому, считать целесообразным создание гериатрических участков, обслуживаемых врачами-гериатрами, знакомыми с особенностями физиологии и психологии пожилых людей и со спецификой протекания у них различных заболеваний.

Установить численность населения гериатрических участков в окончательном варианте можно будет лишь после нескольких лет их функционирования. Ориентировочно же определить численность населения гериатрических участков можно, исходя из нагрузки участковых терапевтов и из пропорций между числом посещений поликлиники и числом посещений на дому у лиц различных возрастов, путем следующих расчетов. По нормативам участковый врач работает 1610 ч в году. Число часов работы на дому из них обозначим через x , в поликлинике — через y . За 1 ч работы обслуживается по нормативам 2 человека на дому или 5 человек в поликлинике. У пожилых людей на одно посещение на дому приходится 3,5 посещения в поликлинике. Мы имеем следующие данные: x — число часов работы на дому (за год); y — число часов работы в поликлинике (за год); $2x$ — число людей, обслуженных на дому (за год); $5y$ — число людей, обслуженных в поликлинике; 1610 — число часов работы (за год); $1,0/3,5$ — соотношение числа посещений на дому и в поликлинике.

Следовательно, годовой ресурс рабочего времени врача-гериатра распределится так: 939 ч на обслуживание больных в поликлинике и 671 ч — на дому. За это время он обслужит $939 \times 5 = 4695$ человек в поликлинике и $671 \times 2 = 1342$ человека на дому.

Найти нормативное среднее число посещений на одного человека в возрасте старше 60 лет можно исходя из того, что по нормативам среднее число посещений одним