

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

взрослым участковому терапевта равно 2,2 в год. У лиц старших возрастов этот показатель будет выше. Если принять, что хронические больные различных возрастов посещают своего участкового терапевта с одинаковой частотой, то среднее число посещений на одного человека в возрасте старше 60 лет будет превышать среднее число посещений на одного взрослого любого возраста пропорционально отношению доли хронических больных среди пожилых к доле хронических больных среди взрослого населения.

Результаты исследования показали, что в среднем по всем возрастам 41,8 человека из 100 страдают хроническими заболеваниями и, следовательно, нуждаются в диспансерном наблюдении. В возрастной группе 60 лет и старше, как уже отмечено, в диспансерном учете нуждаются 74,2 человека из 100, т. е. в 1,8 раза больше людей, чем в среднем по всем возрастам. Значит, и среднее число посещений к участковому терапевту должно превышать среднее число посещений к участковому терапевту по крайней мере во столько же — $2,2 \times 1,8 = 3,96 \approx 4$.

В соответствии с найденной пропорцией (1 посещение на дому — 3,5 посещения в поликлинике) из этих 4 посещений 0,889 будут обслуживаться на дому и 3,111 — в поликлинике.

Для определения численности гериатрического участка поделим число лиц, которое обслужит за год врач-гериатр в поликлинике и на дому, на среднее число посещений, приходящихся на одного человека соответственно в поликлинике и на дому. Тогда численность гериатрического участка должна равняться примерно 1500 человек. Хотя территориально гериатрический участок получится обширным, это не будет препятствием для обслуживания вызовов на дом при наличии в современных лечебно-профилактических объединениях автотранспорта. Организация гериатрических участков даст возможность участковым терапевтам принять большее число обратившихся за медицинской помощью за счет того, что они будут обслуживать население в основном в поликлинике, так как лица рабочих возрастов значительно реже пользуются услугами врача на дому, чем пожилые люди.

Ш. М. Вахитов (Казань)

ХРОНИКА

Указом Президиума Верховного Совета Татарской АССР за заслуги в развитии медицинской науки, плодотворную педагогическую и общественную деятельность почетное звание заслуженного деятеля науки Татарской АССР присвоено: **Белогорской Елизавете Викторовне** — доктору медицинских наук, профессору, заведующей кафедрой детских болезней Казанского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова; **Гимадееву Марату Мингазовичу** — доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой коммунальной гигиены Казанского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова.

СОДЕРЖАНИЕ

Мухутдинов И. З. Здравоохранение Советской Татарии на подъеме . . .	1
<i>Клиническая и теоретическая медицина</i>	
Беюл Е. А., Лукаш Л. К., Покровская Г. Р., Шаховская А. К. Диетление больных, перенесших холецистэктомию . . .	5
Сумин В. В., Ситников В. А., Вальтер Э. О. О хирургической тактике при холецистопанкреатитах . . .	8
Кузнецов В. А., Кнубовец С. Я., Агафонов А. А., Нариманов Р. З. Клинико-анатомическое обоснование папиллосфинктеротомии . . .	11
Глумов В. Я. Классификация эхинококкоза печени . . .	13
Салихов И. А., Ахмеров А. Б., Салахов Л. Х., Большаков А. И. Современные принципы дренирования брюшной полости . . .	17
Вагнер Е. А., Лурье А. З., Дмитриева А. М., Родионова В. Я., Фирсов В. Д., Рыжаков П. С., Шарипов И. А. Диагностика и хирургическое лечение повреждений пищевода . . .	20
Филимонов М. А. Новый тест с тидазинном в исследовании функционального состояния слизистой желудка . . .	23
Вахрушев Я. М., Свиридова Л. М. Лечение больных язвенной болезнью в санатории-профилактории и его экономическая эффективность . . .	26