

1. Горомосов М. С. Гиг. и сан., 1958, 7.—2. Койранский Б. Б. и Закс Р. А. Гиг. и сан., 1958, 2.—3. Койранский Б. Б. Гиг. труда и проф. заболеваний, 1957, 2.—4. Меллер М. С. и Штейнберг Г. Б. Гиг. и сан., 1956, 10.—5. Мазунина Г. Н. и Кончакова Ш. И. Гиг. труда и проф. заболеваний, 1959, 1.—6. Санитарные нормы проектирования промышленных предприятий, 1958.—7. Хоцянов Л. К. и Петров Г. И. Замечания по статье проф. Койранского Б. Б. и Закс Р. А. Гиг. и сан., 1958, 7.—8. Шахбазян Г. X. Гиг. и сан., 1956, 5.

Поступила 25 сентября 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ г. ЗЕЛЕНОДОЛЬСКА за 1957—1960 гг.

О. М. Стрелкова, Р. Г. Порховников, П. И. Корнилова

Городская больница № 1 (главврач — Я. Г. Павлухин)
Зеленодольского горздравотдела

Проблема долголетия волнует умы ученых в течение веков. С каждым годом число долгожителей становится все больше, неуклонно возрастает количество лиц пожилого возраста, особенно в Советском Союзе. Невиданный подъем материального благосостояния и культурного уровня народа, достигнутые за годы Советской власти, обеспечили увеличение средней продолжительности жизни человека более чем в 2 раза, по сравнению с дореволюционным периодом.

Таким образом, во весь рост встает проблема организации медицинского обслуживания долгожителей и лиц пожилого возраста с учетом функциональных особенностей организма, предшествующей трудовой деятельности и т. д. Одной из форм медицинского обслуживания является создание при поликлиниках специальных гериатрических кабинетов для диспансерного наблюдения за лицами пожилого возраста и долгожителями.

Гериатрический кабинет при поликлинике Зеленодольской городской больницы № 1 был организован в сентябре 1957 г.

Литературные данные свидетельствуют, что старость — это естественный физиологический период жизни человека, характеризующийся равномерным ослаблением физиологических отпавлений организма, без качественных изменений этих функций. Последние же зависят, главным образом, от болезней старческого возраста, они — результат патологических изменений в организме, а не старости как таковой (М. А. Ерзин и И. П. Гарапина).

Целями настоящей работы является изучение данных, накопленных в гериатрическом кабинете за 3 года, и обобщение материалов по лечению и оздоровлению лиц, страдающих патологической и преждевременной старостью.

В доступной литературе данных об опыте работы гериатрических кабинетов мы не нашли.

Наш гериатрический кабинет проводит комплексное исследование и лечение больных. После подробного анамнеза и обычного физического исследования геронта делаются анализы крови и мочи, рентгенологически изучаются органы грудной клетки, собираются необходимые антропометрические данные. Кроме того, исследуется содержание холестерина и билирубина крови, в необходимых случаях кровь исследуется на содержание сахара натощак и протромбина. Всем больным измеряется АД и по показаниям производится электрокардиография. Определяется «медицинский» возраст. Исследуемые показатели изучаются в динамике.

Контингент больных распределяется по возрастным группам по установкам Института геронтологии и экспериментальной патологии АМН СССР.

При назначении лечения в гериатрическом кабинете нами учитывались следующие противопоказания: кахексия, активный туберкулез, тяжелые формы диабета, злокачественные новообразования, выраженное атеросклеротическое слабоумие и другие психические расстройства, острые расстройства мозгового кровообращения и грубые стойкие их последствия, сирингомиелия, спинная сухотка, органические заболевания сердца с нарушением кровообращения II—III ст. (По Лангу), инфаркты миокарда давности до 6 месяцев.

При этих противопоказаниях больные не назначались на лечение в гериатрический кабинет, а передавались под наблюдение в специализированные кабинеты уча-

стковым врачам или направлялись на стационарное лечение. Лечение наших больных было комплексным и проводилось только в амбулаторных условиях.

Основными средствами, которые назначались больным, были: препараты йода; витамины — С, В₁, В₂, В₆, В₁₂, Е, Р, РР; гормональные препараты (половые гормоны, стероидные гормоны, АКТГ, тиреоидин и др.); липотропные средства (липокаин, метионин).

При очагах хронической инфекции применяли антибиотики с предварительным определением чувствительности микрофлоры к ним. По показаниям назначались гипотензивные, седативные, сердечные и вазотонические средства. При аллергических феноменах и реакциях назначались антигистаминные препараты (димедрол, альфадрин, супрастин, пипольфен и антигистамин). В необходимых случаях проводилась дегидратационная терапия.

Мы широко применяли внутримышечные инъекции 2% свежеприготовленного раствора новокаина в соответствии с временной инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 1957 г.

Лечение больных проводилось циклами по 25—30 дней с перерывами между циклами по 10—30 дней. В течение года каждый больной получил 4—5 циклов лечения.

Наряду с медикаментами, больным назначались физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, рекомендовались диета, пребывание на свежем воздухе и другие общегигиенические мероприятия.

За истекшие 3 года в гериатрический кабинет обратились 777 чел. Разработка этого материала дает возможность получить некоторые данные о состоянии здоровья геронтов и его динамике в результате лечебно-оздоровительных мероприятий.

Из обратившихся 75,7% были лица пожилого возраста и с проявлениями преждевременной старости. Остальные 24,3% — лица «пограничного» возраста, не относящиеся еще к категории геронтов. Последние получили только консультативную помощь врача-терапевта.

Из общего количества геронтов (588 чел.) 170 (28,9%) — мужчины, 418 (71,1%) — женщины. 210 чел. (35,7%) — приезжие из разных городов и областей Советского Союза, остальные — жители Зеленодольска. 399 (68%) геронтов лечились непосредственно в гериатрическом кабинете (в том числе 84 приезжих). Остальные 189 человек (32%) получили в кабинете консультацию и рекомендацию по вопросам лечения, режима питания и т. д., 14 человек, или 2,4% к общему числу геронтов, имели противопоказания, перечисленные выше, и они были направлены для лечения по роду заболевания в общую лечебную сеть.

Таблица 1

Распределение больных, лечившихся в кабинете,
по полу и возрасту

Группы учета	Мужчин	Женщин	Итого	В % к итогу
I	—	—	—	—
II а	2	1	3	0,7
II б	10	29	39	9,8
III а	2	4	6	1,4
III б	1	3	4	1,0
III в	6	14	20	5,1
III г	80	225	305	76,4
IV	3	19	22	5,6
Итого	104	295	399	100,0
В % к итогу	26,1	73,9	100,0	

Из таблицы 1 видно, что наиболее многочисленная возрастная группа III г (76,4%) включает женщин в возрасте 55—69 лет и мужчин в возрасте 60—74 года, не работающих на производстве, с проявлениями патологической старости.

Распределение лечившихся больных по основным диагнозам показано в таблице 2 (см. стр. 97).

Жалобы наших пациентов выражались преимущественно в следующем: общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение, шум в ушах, ослабление памяти, плохой сон, понижение слуха и зрения, боли в конечностях, пояснице, периодические боли в области сердца, одышка. Подавляющее большинство больных имело выраженное проявление патологической старости.

«Медицинский» возраст многих из них был значительно больше действительного, часто встречались депигментация волос и другие признаки патологической старости.

У поступивших на лечение повышенное АД (выше 160/90) встретилось нам лишь у 35% больных.

Особый интерес с точки зрения генеза атеросклероза представляет содержание холестерина в крови. Уровень холестерина сыворотки крови исследовался нами по мето-

Распределение больных, лечившихся в кабинете,
по основным диагнозам

Диагноз заболевания	Мужчин	Женщин	Итого	В % к итогу
Системный атеросклероз	42	102	144	36,8
Атеросклероз сосудов головного мозга	25	87	112	28,1
Коронарный атеросклероз — кар- диосклероз	9	11	20	5,5
Гипертоническая болезнь I ст. .	4	7	11	2,8
Гипертоническая болезнь II ст. .	9	40	49	12,3
Прочие заболевания	2	11	13	3,3
Физиологическая старость . . .	10	18	28	7,1
Преждевременная старость . . .	3	19	22	5,5
Итого	104	295	399	100,0

ду Энгельгардт — Смирновой у 74% лечившихся в кабинете. По нашим данным, повышенный уровень холестерина крови (выше 180 мг%) встретился у 119 больных (39,8%), из них у 56 чел. отмечалась значительная гиперхолестеринемия (250 мг% и выше).

Результаты лечения нами учитывались по субъективным и объективным показателям. Решающее значение мы придавали улучшению общего самочувствия больных, появлению бодрости, исчезновению головных болей и болей других локализаций, улучшению сна и др. Из объективных показателей мы учитывали нормализацию АД и пульса, восстановление функции кишечника, частичное восстановление окраски волос и прочие.

Таблица 3

Результаты лечения

Пол	Улучшение	Без перемен	Ухудшение	Итого
Мужчин . . .	69 (72,6%)	22 (23,2%)	4 (4,2%)	95
Женщин . . .	146 (57,4%)	93 (36,7%)	15 (5,9%)	254
Итого	215 (61,6%)	115 (33%)	19 (5,4%)	349

Характерно, что частота улучшения среди мужчин выше — 72,6%, чем среди женщин — 57,4%.

Наши наблюдения позволяют предположить, что эффективность лечения зависит от количества циклов.

Если после первого цикла лечения частота улучшения составила 35%, то после 4 циклов она составила уже 76%, а после 11 и более циклов — 81%. Следует также отметить, что ухудшение, в основном, наступает в течение первых 4 циклов, а у лиц, принявших 11 и более циклов, ухудшение не отмечалось.

Для иллюстрации эффективности лечения в гериатрическом кабинете приводим выписки из историй болезни.

Б-ная Н., 62 лет, лечится в кабинете со дня его основания.

При обращении в кабинет жаловалась на постоянные головные боли, периодически усиливающиеся и сопровождающиеся рвотой и шумом в ушах, головокружение, прогрессивное понижение слуха, общую адинамию, одышку при быстрой ходьбе, периодические боли в области сердца, бессонницу и резкое снижение работоспособности. Больна с 1952 года, периодически лечилась амбулаторно без существенного улучшения. Бытовые условия тяжелые, что усугубляет ее болезненное состояние.

Умеренная эмфизема легких, тоны сердца приглушены, АД — 200/100, депигментация волос.

За 3 года больная приняла 15 циклов комплексного лечения. АД снизилось до 120/70 — 130/80, появились бодрость, хорошее настроение, исчезли головные боли, раздражительность и бессонница, частично восстановилась окраска волос. Больная стала работать внештатным библиотекарем.

Б-ная М., 60 лет, поступила на лечение в кабинет с диагнозом — системный атеросклероз, затянувшийся плечевой плексит с болевым синдромом и резким нарушением функции руки. Больна в течение года. После 4 циклов комплексного лечения боли в руке исчезли, функция ее восстановилась, появились бодрость, жизнерадостность, трудоспособность на домашней работе.

Б-ная В., 78 лет, обратилась в кабинет по поводу атеросклероза сосудов головного мозга с паркинсонизмом, бронхиальной астмой с ежедневными приступами. Больна несколько лет. После 2 циклов комплексного лечения приступы бронхиальной астмы полностью прекратились, общее самочувствие улучшилось.

Для выяснения роли новокаина в комплексе лечебных мероприятий Институтом геронтологии и экспериментальной патологии АМН СССР нам было предложено провести лечение контрольной группы больных без новокаина. Контрольные группы в 50 человек (41 женщина и 9 мужчин) получили в гериатрическом кабинете аналогичное лечение, но без инъекций новокаина.

Результаты лечения контрольной группы больных следующие: улучшение — 38%, без перемен — 62%. Ухудшений нет.

Наблюдения над контрольной группой больных продолжаются в условиях, исключающих влияния отрицательной суггестии и других психотерапевтических моментов.

У нас создалось впечатление о положительном влиянии новокаина, в комплексе с другими средствами, в лечении геронтов.

ВЫВОДЫ

1. Метод диспансерного обслуживания лиц пожилого возраста в условиях гериатрического кабинета себя оправдывает и ведет к оздоровлению этого контингента.

2. Наши данные подтверждают наблюдения других авторов, что в пожилом возрасте уровень АД часто сохраняется в пределах нормы.

3. По нашим данным, повышенный уровень холестерина крови отмечался у 39,8% исследованных больных.

4. Лечение в гериатрическом кабинете должно быть комплексным с включением препаратов йода, витаминов, гормонов, новокаина и по показаниям — гипотензивных, седативных и других средств. Обязательно соблюдать режим питания, труда и отдыха с лечебной физкультурой.

5. Имеется зависимость между количеством циклов лечения и его эффективностью: если после 1 цикла улучшение наступает у 35% больных, то после 4 циклов — уже у 76%, а после 11 и более — у 81%.

6. Работа по диспансерному наблюдению лиц пожилого возраста требует дальнейшего совершенствования методики исследования и оздоровления, направленного на активную борьбу с патологической и преждевременной старостью, за долголетие советского человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерзин М. А. и Гаранина И. П. Казанский мед. журн., 1960, 2. — 2. Пархон К. И. Возрастная биология, 1959, Бухарест. — 3. Инструкция по внутримышечному применению новокаина в лечебных целях. Сов. мед., 1957, 12.

Поступила 28 ноября 1960 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА СТРАНИЦАХ «КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА» СО ВРЕМЕНИ ЕГО ОСНОВАНИЯ

Проф. П. В. Маненков

(Казань)

Исполнилось 60 лет со дня выхода в свет первого номера «Казанского медицинского журнала». С 1901 по 1961 гг. в нем было опубликовано свыше 400 акушерско-гинекологических статей, присланных из различных местностей СССР. Авторами были как научные работники, так и практические врачи. Кроме исторической ценности, мно-