

Болен сахарным диабетом 9 лет. В течение 3 лет получал сульфаниламиды, затем инсулинотерапию. Инъекции инсулина делает сам в дозе 100 ед. (80 ед. ИЦС + 20 ед. СИП), места инъекций чередует, но чаще вводит инсулин в передне-боковую зону правого бедра, в участок диаметром 6—8 см. Часто не дожидается высыхания спирта. Введение иглы всегда сопровождается отчетливым чувством жжения. Нередко И. пользуется охлажденным в холодильнике инсулином. После инъекции зачастую отмечает образование уплотнения, увеличивающегося в течение 10—20 мин и сохраняющегося иногда до суток. Покраснения и зуда в области инъекций не было. И. предъявляет жалобы, характерные для больных сахарным диабетом в состоянии компенсации — субкомпенсации. Кроме того, периодически после ходьбы, физической нагрузки у него возникают сжимающие боли за грудной. При быстрой ходьбе появляются боли в икроножных мышцах, вынуждающие делать остановки даже на коротких расстояниях. 2 месяца назад образовалась язвочка на большом пальце правой стопы. Усилились ноющие боли в этой стопе, особенно в области большого пальца, нечеткой локализации. Общесоматический статус соответствует возрасту.

Кожа внутренней поверхности большого пальца правой стопы синюшного цвета, цианоз распространяется на 4—5 см в проксимальном направлении, без четких границ. Язва внутренней поверхности большого пальца 10×20 мм, глубина 1—2 мм, края неровные, дно покрыто сероватым налетом, грануляции отсутствуют. Вибрационное раздражение зоны инъекций правого бедра усиливает болевые ощущения в зоне большого пальца правой стопы.

Продолжены инсулинотерапия сахарного диабета с тем же эффектом субкомпенсации — компенсации (ввиду выраженного атеросклероза не ставилась задача достичь полной компенсации) и антисклеротическое лечение; назначены витаминотерапия, курс депо-падутина, анаболические стероиды, пахикарпин, местно — перевязки с синтомициновой эмульсией. В результате лечения общее состояние больного несколько улучшилось: уменьшились проявления коронарной недостаточности, увеличились возможности физической нагрузки, ходьбы. Дно язвочки за месяц очистилось, уменьшился перифокальный воспалительный вал и цианоз. Однако размеры язвы, ее глубина не изменились. В декабре проведена 4-кратная инфльтрация 80 мл 0,25% раствора новокаина в зоне инъекций на правом бедре (интервал между процедурами — 6 дней). После первой инфльтрации отмечено улучшение в течении язвенного процесса: появились грануляции, эпителизация язвы. Через 12 дней после 4-й инфльтрации наступило полное заживление язвенного дефекта, значительно уменьшился цианоз зоны поражения. В дальнейшем больной придерживался принципов щажения при инъекционной терапии. Рецидива язвы не было, несмотря на постепенное прогрессирование диабетической ангиопатии нижних конечностей и болезни Рейно.

Настоящее наблюдение подтверждает роль раздражения зоны инъекций в генезе трофической язвы.

УДК 616—056.52:616.151.6

Ф. С. Хусаинова, В. И. Никуличева, Н. Н. Родикова, З. Н. Булыженкова, Р. Я. Хасанов, Ю. И. Логоша (Уфа). Гемокоагуляция у рабочих нефтеперерабатывающего завода, страдающих ожирением

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых показателей свертывающей системы крови у рабочих нефтеперерабатывающего завода (НПЗ), страдающих ожирением.

Среди осмотренных 503 рабочих (женщин — 232, мужчин — 271) выявлено 180 человек с ожирением I—III степени (женщин — 123, мужчин — 57), что составляет 35,8% осмотренных.

У 50 рабочих с ожирением (33 женщины и 17 мужчин), стаж работы которых составлял от 6 до 10 лет, определяли СОЭ, фибриноген, толерантность к гепарину, фибринолитическую активность, тромботест, время свертывания крови, адгезивную и агрегационную активность тромбоцитов.

Для контроля обследованы 2 группы людей: 1-я — здоровые рабочие НПЗ без ожирения; 2-я — лица, страдающие ожирением, но не контактирующие с нефтепродуктами (в обеих группах по 25 чел.).

Исследования показали, что у рабочих с ожирением СОЭ достигала $21,5 \pm 1,4$ мм/ч, тогда как у здоровых рабочих НПЗ она равна $10,0 \pm 1,0$ мм/ч ($P < 0,01$).

Изучение свертывающей системы выявило четкое повышение содержания фибриногена в крови у рабочих основной группы — до $16,7 \pm 0,9$ мкмоль/л (в 1-й и 2-й контрольных группах — соответственно $13,2 \pm 0,9$ и $13,4 \pm 0,7$ мкмоль/л, $P < 0,01$); удлинение гепаринового времени до $507,3 \pm 47,3$ с (в контроле — $401,0 \pm 31,3$ с и $411,0 \pm 29,3$ с, $P < 0,05$). Наряду с этим отмечалось усиление фибринолитической активности до $122,4 \pm 27,3$ с (при $160,4 \pm 29,2$ с в 1-й и $155,1 \pm 30,1$ с во 2-й контрольных группах). Тромботест у всех тучных лиц был в пределах 6 ст.

Адгезивная и агрегационная способность тромбоцитов у рабочих НПЗ как основной группы, так и 1-й контрольной оказалась ниже, чем у лиц с ожирением, не контактирующих с нефтепродуктами ($P < 0,05$).

Таким образом, у рабочих, страдающих ожирением, выявлено увеличение СОЭ и наклонность к гиперкоагуляции, выражающаяся в удлинении гепаринового времени, увеличении концентрации фибриногена, укорочении времени свертывания крови и увеличении степени тромботеста.

Следует отметить, что наклонность к гиперкоагуляции у больных ожирением сочеталась с усилением фибринолитической активности и с ухудшением динамической функции тромбоцитов (снижением адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов). По-видимому, это является результатом длительного воздействия допустимых концентраций нефтепродуктов и служит у больных ожирением своеобразным адаптационным и компенсаторным механизмом, исключающим возможность повышенного тромбообразования. Что касается больных без ожирения, то у них выявлено лишь снижение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов. У лиц, страдающих ожирением, не контактирующих с нефтепродуктами, изменения коагулограммы не выявлено. Динамическая функция тромбоцитов у них не отличалась от нормы.

УДК 612.44:616—055.23—053.6

М. М. Мельникова, Г. С. Степанов, М. Г. Газымова, С. Р. Шаихова, А. М. Хакимова (Казань). Функциональное состояние щитовидной железы у девочек в период полового созревания

Увеличение щитовидной железы у девочек в период полового созревания является установленным фактом. В районах зобной эндемии, к которым относится Татарская АССР, практическое значение приобретает изучение роли йодной профилактики для обеспечения адекватного функционирования щитовидной железы в период полового созревания, особенно у девочек — будущих матерей.

Нами в 1970—1972 гг. были обследованы школьницы ТАССР 10—17 лет и жительницы Ленинграда того же возраста (в качестве контрольной группы). Физическое и половое развитие мы изучали общепринятыми методами. Состояние щитовидной железы оценивали путем пальпации по классификации центральной противозобной коммиссии. Для изучения функции щитовидной железы, кроме клинических признаков, у 566 человек исследовали содержание йода, связанного белками сыворотки (БСИ).

В зависимости от условий проведения йодной профилактики обследованные разделены на группы:

- 1) сельские школьницы (200) в микроочаге эндемического зоба (деревня Казанбаш Арского района), которым до исследований йодная профилактика не проводилась;
- 2) воспитанницы школы-интерната (370), получавшие йодную профилактику часть школьных лет — после поступления в интернат (нерегулярно);
- 3) городские школьницы ТАССР (661), которым профилактика проводилась регулярно;
- 4) контрольная группа (253 человека).

Результаты исследований показали, что половое созревание у девочек — жительниц городов ТАССР, как и в Ленинграде, начинается в 10 лет, а у сельских запаздывает на год. Средний возраст появления первой менструации у жительниц села равен 14,4 года, у воспитанниц интерната — 14,2, у школьниц городов ТАССР — 13,2, а у ленинградских — 12,9. Существенного отличия в возрасте появления менархе у городских школьниц ТАССР и ленинградок нет. Максимальное число девочек с увеличением щитовидной железы во всех группах, в том числе и в контрольной, приходится на период, соответствующий возрасту появления менархе.

В годы появления и становления менструаций у жительниц района зобной эндемии нарастает также показатель частоты высоких степеней увеличения щитовидной железы. Например, среди школьниц села увеличение щитовидной железы III степени было у 24%, среди учениц школы-интерната в возрасте 10—12 лет — у 4,1%, в возрасте 13 лет — у 9%, в 15 лет — у 9,7%, в 16—17 — у 11%. В городских школах обычного типа, где регулярно проводилась профилактика, в целом у обследованных увеличение щитовидной железы III степени отмечено лишь у 2,1%, но в 13 лет оно было у 4,2%, в 15 — у 4,9%, зато среди 17-летних девушек не было ни одной с увеличением щитовидной железы III степени.

Максимум БСИ у обследованных школьниц во всех группах приходится на возраст менархе, а в районах зобной эндемии — также и на период становления менструального цикла (который продолжается 1—2 года после первой менструации).

Сопоставив возрастные изменения функции щитовидной железы с критериями физического развития, мы установили, что они находятся в положительной корреляции. Наибольшая активность щитовидной железы у девочек проявляется не в период препубертатного скачка роста, который соответствует 10—11 годам, а в момент наступления менструаций (13—14 лет). Это указывает на активное участие щитовидной железы в регуляции процессов становления репродуктивной функции женского организма. В обследованных нами группах девочек — жительниц районов зобной эндемии, где профилактические мероприятия не проводились или проводились недостаточно, к