

Подобная динамика прослеживается у нейтрофилов и эозинофилов. Данные о фагоцитарной способности лимфоцитов разнообразны. По мнению большинства исследователей, лимфоциты не могут фагоцитировать. Однако А. Х. Хамидуллина (1970) находила фагоцитарную способность лимфоцитов у тех больных, у которых была снижена фагоцитарная активность полинуклеаров.

Мы обнаружили слабую фагоцитарную активность лимфоцитов, которая повышалась с $2,4 \pm 0,5\%$ при стаже до года до $7,8 \pm 1,0\%$ после 5 лет работы ($P < 0,05$). Фагоцитарное число также несколько увеличилось.

Фагоцитарный индекс моноцитов возрастал к 3 годам работы до $39,0 \pm 4,0\%$ ($P < 0,05$) и достигал большего значения после 5 лет работы — $41,2 \pm 5,0\%$ ($P < 0,05$). Подобную динамику имело и фагоцитарное число.

Мы изучили фагоцитарную активность лейкоцитов пуповинной крови у 112 детей, родившихся у женщин основной группы, и у 62 детей, рожденных женщинами контрольной группы.

Фагоцитарная активность лейкоцитов пуповинной крови значительно ниже, чем в материнской крови во время беременности. Как у матерей, так и у детей основной группы фагоцитарный индекс выше, чем в контрольной группе, а фагоцитарное число было одинаковым у детей обеих групп.

Фагоцитарный индекс у детей основной группы был достоверно выше по сравнению с контролем только за счет эозинофилов. Высокая фагоцитарная активность эозинофилов наблюдалась у матерей этих детей во время беременности. Фагоцитарная активность пуповинной крови новорожденных также зависела от стажа работы матери на производстве изопренового каучука (рис. 2).

Подобная динамика наблюдается у нейтрофилов и эозинофилов. Фагоцитарный индекс мононуклеаров продолжает нарастать после 5 лет работы матери в условиях данного производства, но фагоцитарное число у лимфоцитов остается прежним, а у моноцитов — сниженным.

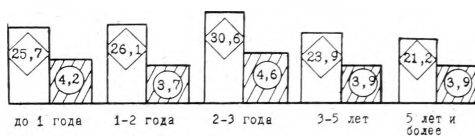


Рис. 2. Фагоцитарная активность лейкоцитов пуповинной крови новорожденных в зависимости от стажа работы матерей. Обозначения: заштрихованные столбики — фагоцитарное число, незаштрихованные — фагоцитарный индекс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриненко Н. И. Некоторые факторы естественного иммунитета новорожденных детей и условнопатогенные микроорганизмы. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1965.— 2. Михайлова З. М., Михеева Г. А. Иммунологическая реактивность детского организма. М., 1974.— 3. Хамидуллина А. Х. Вопр. охр. мат. и дет., 1970, 12.

Поступила 22 марта 1977 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Р. А. Лурия. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.
Медицина, М., 1977, 112 стр.

Впервые изданная в 1936 г., эта книга вышла четвертым изданием. Как пишет в предисловии Е. И. Чазов, она отнюдь не утратила актуальность. Наоборот, с прогрессом современного технического вооружения медицины опасность «отдаления» врача от больного нарастает, а от этого и предостерегает книга Р. А. Лурия. Решение об ее издании было принято в 1974 г., когда отмечалось столетие со дня рождения автора.

Речь идет о взаимоотношении врача и больного, что во все времена составляло важную проблему в медицине. Эти отношения не тождественны контакту двух здоро-

вых людей. Не случайно принято говорить о психологии больного и психологии врача: для первого — это переживание болезни во всей его сложности, для второго — это знание и умение, направленные к раскрытию болезни у пациента и помощи ему, что в целом стоит в связи с врачебным мышлением.

Книга написана для практического врача и призывает его прежде всего помнить о больном с его переживанием болезни, о всем, что автор описывает, как «...тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и драм» (стр. 36). Это и есть то, что автор обозначает понятием «внутренняя картина болезни». Как и Голдшейдер, он различает две стороны этой картины: сенситивную (чувственную), данную в ощущениях болезни, и интеллектуальную (душевную, психогенную), отражающую самооценку себя в болезни, мысли о болезни, отношении к ней. Все это сплавляется в целостную картину больного человека.

Огромный клинический опыт автора позволяет ему утверждать, что синтетическое, целостное восприятие больного врачом, анализ внутренней картины болезни и тщательное ее изучение являются обязательным условием для разрешения диагностической задачи у постели больного. Автор всегда говорил, что только синтез всех данных анамнеза и подробного исследования больного всеми доступными методами обеспечивает наилучшие возможности диагностики и лечения. В этом разделе книги он подчеркивает значение личности врача в его общении с больным, не только его специальную подготовку, но именно «умение», о котором писал еще Мудров. Диагностический синтез, говорит автор, подобен скульптуре, «высеченной» из живого материала фактов, воссоединенных вместе в процессе врачебного размышления над данными анамнеза, объективного изучения больного и, в первую очередь, над его внутренней картиной болезни.

В этом отношении, как это ни парадоксально, верно замечание историка медицины Зигериста: «Хороший врач в Египте 4000 лет назад, хороший врач в Греции и хороший врач современный меньше отличаются друг от друга, чем мы вправе ожидать, принимая во внимание научные обоснования врачебной деятельности в эти далекие различные эпохи» (стр. 67).

Интеллектуальная часть внутренней картины болезни создается больным в своих мыслях и представлениях о ней. Эта психогенная надстройка над собственными болезненными изменениями (функциональными или органическими) часто играет чрезвычайно важную роль. Оценить эту часть состояния больного весьма существенно для раскрытия душевной сферы больного, его впечатлительности и восприимчивости ко всем падающим на него раздражениям. Сюда входит и реакция на врача и всю обстановку лечебного учреждения. Этот компонент внутренней картины болезни является основой для ятрогенных неврозов, которым автор посвятил вторую часть своей книги. Источники такой ятрогении разнообразны: это и сам врач, его манера обращения с больным, особенно его слова и поведение, содержание информации о болезни, его чуткость и внимательность. Ранить может и полученный самим больным результат лабораторных или инструментальных исследований, иногда при этом безответственная их оценка техническим работником. В книге приводится большое число убедительных примеров. К сожалению, со времени написания книги подобные случаи ятрогений от неправильно понятой информации больным отнюдь не уменьшились. Недаром проблема деонтологии не сходит со страниц печати.

Профилактика подобных ятрогений фактически сливается с психотерапией. Автор пишет: «Слово врача — могучее оружие воздействия на больного, но если оно воспринимается больным неправильно, то оно вызывает огромные интеллектуальные наслонения на сенситивную часть внутренней картины болезни» (стр. 106).

Характерно, что все учение о внутренней картине болезни и ятрогениях автор рассматривает строго с позиций павловского учения о единстве психического и соматического, о целостности организма. Нельзя не отметить явную увлеченность автора изложенными в книге идеями. Это проявилось в ярком литературном стиле, которым написана эта небольшая, но чрезвычайно актуальная и для современности книга, которую с интересом и пользой прочтет каждый врач. Можно только пожалеть, что тираж книги (15 тыс.), разошедшийся чрезвычайно быстро, не сделал ее столь доступной, как это следовало бы.

Доц. Н. И. Вылегжанин, проф. Л. М. Рахлин (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

(11—16/IX 1977 г., Амстердам)

На конгрессе присутствовало около 3 тыс. неврологов всего мира. Советский Союз представляли 11 делегатов — из Москвы, Ленинграда, Минска, Казани, Харькова. Обсуждались 4 главные проблемы: нейроиммунология, нервно-мышечные заболевания,