

общую слабость. Указывает на редкие носовые кровотечения на протяжении данной беременности. У матери, сестры и брата беременной также бывают носовые кровотечения и отмечается бледность кожных покровов. В 1967 г. Д. находился на обследовании в Киевском институте туберкулеза и грудной хирургии, где существенных изменений не было выявлено. Полагали, что клинические проявления заболевания, возможно, связаны с телеангиэктазиями сосудов легких.

Первая половина беременности протекала без осложнений, с 32-й недели появилась одышка при физическом напряжении, слабость.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые синюшные. Резко выражен цианоз носа, губ, ногтевых фаланг, кожи живота, где видны телеангиэктазии, издали напоминающие цианотичную кожу; при близком же осмотре оказывается, что они состоят из расширенных капилляров и мелких артериол. Пульс 86, АД 110/70—120/80. Границы сердца не изменены, на верхушке и в точке Боткина выслушивается нежный систолический шум. Дыхание везикулярное, одышки нет. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки. Печень и селезенка не пальпируются. Кровь и моча без патологических изменений.

На основании анамнеза (семейственность, наследственность заболевания), клинической картины (синюшность кожных покровов и телеэктазии на коже живота) поставлен диагноз: беременность 37 недель, телеангиэктатическая болезнь.

Решено выключить второй период родов путем наложения акушерских щипцов ввиду возможного возникновения легочного кровотечения и отека легких и провести все необходимые мероприятия для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

29/1 в 11 час. началась родовая деятельность. Первый период родов продолжался 9 часов, для обезболивания женщине дважды вводили промедол. Второй период родов выключен наложением полостных акушерских щипцов. Родилась девочка весом 2700 г, длиной 49 см, в хорошем состоянии. Оценка по шкале Апгар — 10 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед со всеми оболочками, плацентарная ткань оказалась без дефектов, кровопотеря 275 мл. Послеродовой период протекал без осложнений. Родильница выписана на 12-й день в удовлетворительном состоянии.

Несмотря на неблагоприятное течение болезни, данное наблюдение показывает, что при правильном ведении беременности и родов возможны благоприятные исходы.

Оперативное ведение родов (кесарево сечение) для больных с данным заболеванием более опасно, чем консервативное, так как оно может привести к тяжелейшему кровотечению из расширенных сосудов брюшной полости и матки.

УДК 616.995.122.21

Р. И. Хамидуллин (Казань). К диагностике описторхоза

На территории Среднего Поволжья в ТАССР нами выявлен крупный очаг описторхоза, включающий почти все приречные районы Татарии: Куйбышевский, Зеленодольский, Тетюшский, Камско-Устьинский (р. Волга), Лаишевский, Алексеевский, Чистопольский, Рыбно-Слободский (р. Кама), Актанышский (р. Белая).

К сожалению, до сих пор допускаются ошибки в диагностике этого заболевания; врачебный персонал почти не знаком с острой фазой описторхоза.

Острая фаза описторхоза протекает в виде острого аллергоза: через 2—4 недели после заражения (употребление рыб семейства карповых, в ТАССР чаще всего лещей, в недостаточном просоленном виде или вяленой рыбы) в ряде случаев возникает лихорадочное состояние, длящееся от нескольких дней до 2 месяцев, температура повышается до 38—39°, наблюдается озноб, появляются зудящие высыпания на коже, резкая слабость, боли в мышцах и суставах, ноющие или приступообразные боли в эпигастриальной области с распространением в правое подреберье. Больные жалуются на тошноту, рвоту, потерю аппетита, горечь во рту, поносы или запоры. У некоторых больных появляется желтушная окраска склер и моча темного цвета. Отмечается болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, печень выступает из-под края ребер на 3—4 см (аллергический гепатит). Иногда увеличивается селезенка. В крови гиперлейкоцитоз, эозинофилия, РОЭ ускорена, в сыворотке крови гиперпротеинемия с увеличением α_2 - и γ -глобулинов. Пункционная биопсия, по данным Н. Н. Плотникова (1970), выявляет в печени некробиозы паренхимы, васкулиты, лимфогистiocитарные и эозинофильные инфильтраты. Больные оказываются нетрудоспособными в течение нескольких месяцев.

Приводим описание ошибочной диагностики. В больницу водников г. Казани 28/XII 1968 г. поступил больной 18 лет с диагнозом: подозрение на брюшной тиф. Состояние тяжелое, на коже мелкопятнистая сыпь. Язык обложен. Пульс 100. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. На консилиуме врачей было высказано предположение о наличии поддиафрагмального абсцесса, пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, и 3/1 1969 г. была произведена лапаротомия, но патологии не было выявлено.

4/1 1969 г. на основании анамнеза (употребление в ноябре большого количества вяленой рыбы) и клинической картины была диагностирована острая фаза опистор-

хоза. 21/1 1969 г. в кале обнаружены яйца описторхиса. С 24/III был начат курс специфического лечения хлорсилом по 5-дневной схеме (20,0 на курс). В результате длительного комплекса лечения наступило выздоровление. Большой находился в больнице до 20/VI, т. е. почти 6 месяцев.

Мы наблюдали 750 больных, страдающих описторхозом, из которых у 112 (15%) были приступообразные боли в правом подреберье. Некоторых из них с диагнозом «желчная колика» госпитализировали в хирургические отделения больниц г. Казани и районных больниц, где им удалили желчный пузырь, однако симптомы заболевания сохранялись. Их курировали под диагнозом «постхолестатомический синдром». Только проведение специфического лечения хлорсилом после уточнения диагноза (определение яиц описторхиса в желчи или кале) в сочетании с симптоматической терапией избавляло их от страдания.

У 25% больных описторхозом наблюдаются боли в эпигастрии и в левом подреберье, и им ставят диагнозы «гастродуоденит», «хронический колит с преимущественным поражением селезеночного угла», а в лучшем случае — «хронический панкреатит», и больные безуспешно лечатся у многих врачей.

Для диагностики описторхоза большое значение имеет анамнез и исследование желчи и кала с учетом полиморфизма клинической картины.

УДК 616—006.04

Н. Ф. Каштанов (Казань). Смертность населения г. Казани от злокачественных опухолей в 1960—1970 гг.

Мы проанализировали врачебные свидетельства о смерти, выданные в г. Казани в 1960—1970 гг. За указанный период удельный вес злокачественных опухолей в общей смертности населения города Казани был равен $17,72 \pm 0,51\%$.

Анализ показывает, что в структуре смертности от опухолей различных локализаций на долю опухолей желудка приходится 36,70%, легких — 13,88%, пищевода — 8,98%, кишечника — 5,25%, матки — 5,16%, поджелудочной железы — 3,74%, печени — 3,21%, полости рта и глотки — 1,05%, почек — 0,64%, надпочечников — 0,04% и на долю сарком независимо от локализации — 2,69%.

У мужчин наибольшую смертность дают опухоли желудочно-кишечного тракта (49,5%), органов дыхания (23,3%), половых органов (2,9%), нервной системы (2,9%), у женщин — опухоли желудочно-кишечного тракта (51,7%), половых органов (15,3%), грудной железы (5,4%), нервной системы (3,3%).

В последние 10 лет отмечается статистически достоверное «постарение» опухолей. Например, по обобщенным секционным данным Н. С. Подольского и Н. В. Лаптевой за 1848—1938 гг., наибольшая смертность от рака была в возрасте 35—65 лет. По нашим данным 77% умерших от опухолей мужчин были в возрасте 60—75 лет, а 75% женщин — 55—80 лет. Это различие зависит, по-видимому, от увеличения продолжительности жизни в последние десятилетия.

Смертность от опухолей у мужчин (52,1%) явно выше, чем у женщин (соответственно 52,1 и 47,9%, $P=0,05$).

Рак желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половых органов и других локализаций поражает человека в основном с 25-летнего возраста с максимумом до 60—80 лет, опухоли мозга и саркомы встречаются больше всего в возрасте до 10 лет (соответственно 9 и 17%) и в 60 лет (29 и 20%), опухоли предстательной железы выявляются начиная с 50—60-летнего возраста с пиком заболеваемости в 80 лет (36%). Все это говорит о том, что рак, опухоли мозга и саркомы имеют свои патогенетические особенности возникновения и развития.

При анализе показателей ежегодной смертности населения от опухолей обращает на себя внимание снижение ее в 1964 г. на 6,4% и повышение за период с 1964 по 1968 г. на 11,2%.

Интересно отметить, что в 1964 г. был минимум солнечной активности последнего 11-летнего цикла, а в 1968 г. наблюдался максимум.

Литературные данные свидетельствуют о влиянии изменений активности Солнца в течение 11-летнего цикла на многие биологические процессы. Статистическая обработка интенсивных показателей смертности от опухолей и числа Вольфа, характеризующего солнечную активность, обнаруживает значительную степень корреляционной связи (коэффициент корреляции $r=0,80$, достоверность результата $P<0,001$). Коэффициент определения, показывающий, какой процент изменений в смертности от опухолей может быть вызван колебаниями солнечной активности, равен 64%, коэффициент неопределения — 36%. Иными словами, в 64% возможно влияние изменений солнечной активности. Таким образом, влияние 11-летнего цикла солнечной активности на смертность от опухолей не исключается. Так как последний максимум был в 1968—1969 гг., когда смертность от опухолей возросла на 11,2%, можно предполагать в последующие 6—7 лет некоторое снижение смертности от опухолей с последующим повышением в 1979—1980 гг.