

Проведена диагностическая лапаротомия. Новообразования печени не обнаружено. В области ворот печени найдены увеличенные, воспаленные лимфатические узлы. Сделана биопсия печени. Выявлен резкий застой желчи в центре долек, мелко- и крупнокапельное ожирение клеток, разрастание соединительной ткани вокруг триад и внутри долек. Послеоперационный период протекал гладко. Л. состояла на диспансерном наблюдении в течение 3 лет. В настоящее время здорова.

У второй больной, 58 лет, холестатическая форма вирусного гепатита сопровождалась непостоянным увеличением желчного пузыря, что было расценено как положительный симптом Курвуазье. При диагностической лапаротомии был обнаружен гепатит, папиллит в области фатерова соска со значительным расширением общего желчного протока. Заболевание закончилось полным выздоровлением.

У третьей больной, 38 лет, было затяжное течение вирусного гепатита с холестатическим компонентом и с присоединением псевдотуморозного панкреатита. В связи с затяжным течением желтухи больной назначили преднизолон. Появление глюкозурии вначале расценивалось как осложнение гормонотерапии. В дальнейшем возникло подозрение на опухоль поджелудочной железы, и больная на 73-й день желтухи была переведена в хирургический стационар. Характерно, что при дуоденографии по медиальной контуре двенадцатиперстной кишки определялся дефект наполнения с нечеткими границами. В последующем появился симптом Курвуазье и асцит. На операции оказалось, что желчный пузырь увеличен. В области головки поджелудочной железы найдено нечеткое уплотнение 1×2 см. Микроскопия кусочка печени, взятого при операции, обнаружила фиброз с хронической воспалительной инфильтрацией и расширенными протоками и сосудами. Заболевание закончилось полным исчезновением желтухи и нормализацией функции печени. Симптомы диабета держатся стойко. Диспансерное наблюдение за больной в течение 4 лет после перенесенного заболевания позволило исключить рак головки поджелудочной железы. Имевшие место симптомы и длительный холестаз можно объяснить присоединением к клинической картине вирусного гепатита воспалительного процесса в поджелудочной железе псевдотуморозного характера.

Длительный внутрипеченочный холестаз, возникающий при некоторых формах вирусного гепатита, объясняют двумя факторами: во-первых, поражением самих гепатоцитов с нарушением проницаемости клеточных мембран и экскреции билирубина (холестатический гепатит, внутриклеточный холестаз); во-вторых, поражением холангиол с нарушением их проницаемости, диapedезом желчи, ее сгущением, образованием тромбов на уровне холангиол (холангиолитический гепатит) с возможной вторичной перихолангиолитической и перипортальной инфильтрацией. Кроме этого, длительный холестаз может быть связан с развитием регионарного лимфаденита в воротах печени, воспалительного процесса в области фатерова соска и присоединением псевдотуморозного панкреатита. В таких случаях дифференциальный диагноз вирусного гепатита с подпеченочными желтухами особенно труден и требует комплексного обследования инфекционистом и хирургом.

УДК 616.314—002

КАРИЕС ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДОВ РСФСР

Канд. мед. наук А. А. Горлов

(Москва)

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о различии уровня стоматологической заболеваемости населения, проживающего в различных районах нашей страны. При этом подростковая группа населения оказалась фактически неизученной.

Нами в течение 1967—1969 гг. проведено специальное стоматологическое обследование лиц в возрасте от 15 до 18 лет в 3 городах Российской Федерации (в Москве, Саранске, Нальчике), отличающихся друг от друга в географическом и экономическом отношении. Всего было обследовано 8 886 чел., в том числе в Москве — 5 585, в Са-

ранске — 1 211, в Нальчике — 2 090. Это оказалось достаточным для получения достоверных данных. Статистико-математический анализ показал, что степень поражения зубов кариесом и в первую очередь его распространенность у подростков этих городов различны (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность кариеса зубов среди обследованных подростков гг. Москвы, Саранска, Нальчика

Возраст, лет	Распространенность кариеса зубов. %		
	Москва	Саранск	Нальчик
14	89,1±1,9	—	87,7±4,1
15	92,5±0,7	48,8±5,3	91,9±0,9
16	94,1±0,5	52,3±2,9	92,4±0,9
17	95,4±0,6	61,3±2,5	93,8±1,6
18	94,6±0,8	62,1±2,6	95,3±3,2
19	97,1±2,0	68,5±4,4	—
Итого. .	93,8±0,3	59,1±1,5	92,2±0,6

В Москве кариес зубов выявляется у подростков несколько чаще, чем в Нальчике (на 1,6% при доверительном коэффициенте, равном 2,3). Более значительно различие между распространенностью кариеса зубов среди подростков Москвы и Саранска (на 34,7% при $t=22,6$), а также Нальчика и Саранска (на 33,1% при $t=20,4$). Понятно, что для оздоровления полости рта подростков в Москве и Нальчике потребуется большее количество стоматологов и зубных врачей, чем для проведения подобной работы в Саранске. Естественно, что показатели распространенности кариеса увеличиваются с возрастом обследованных во всех 3 городах. Причем наиболее интенсивно это происходит среди подростков Саранска (на 2,5% для каждой возрастной подгруппы в среднем, в то время как для подростков Москвы и Нальчика — на 1,0—1,2%).

Такая же взаимозависимость обнаруживается и в интенсивности поражения (табл. 2), так как полученные результаты выявили прямую зависимость показателя КПУ от показателя распространенности кариеса зубов.

Таблица 2

Интенсивность поражения зубов кариесом у обследованных подростков 3 городов РСФСР (индекс КПУ)

Возраст, лет	Индекс КПУ		
	Москва	Саранск	Нальчик
14	4,15±0,21	—	4,64±0,48
15	4,74±0,11	1,02±0,17	4,56±0,1
16	4,84±0,1	1,25±0,1	4,60±0,1
17	4,89±0,1	1,55±0,13	4,61±0,23
18	5,04±0,18	1,73±0,24	5,21±0,53
19	5,63±0,39	1,71±0,2	—
Итого. .	4,83±0,03	1,51±0,1	4,60±0,06

Так, если у подростков Москвы отмечена более выраженная распространенность кариеса зубов, то у них выявлена и более высокая интенсивность поражения (под интенсивностью поражения понимается среднее количество кариозных, пломбированных и удаленных зубов, приходящихся в среднем на 1 обследованного). Интенсивность пора-

жения также повышается с увеличением возраста обследованных, особенно от 14 до 15 и от 17 до 18 лет. В возрасте 15—16—17 лет прирост интенсивности поражения зубов кариесом незначителен и не превышает в среднем 0,1—0,15 пораженного зуба на одного обследованного.

Значительное внимание уделялось нами выявлению удаленных зубов для выяснения последующей нуждаемости подростков в зубном протезировании. Оказалось, что частота вторичной частичной адентии у подростков Москвы, Саранска и Нальчика различна (табл. 3).

Таблица 3
Вторичная частичная адентия у обследованных подростков гг. Москвы, Саранска, Нальчика (на 100 чел.)

Город	Число удаленных зубов	Число лиц с удаленными зубами
Москва	55,8	38,1
Саранск	20,4	16,7
Нальчик	12,1	10,4

В Москве число лиц с удаленными зубами среди подростков наиболее высоко (38,1%), в Саранске оно в два с лишним раза ниже (16,7%), в Нальчике — более чем в три раза ниже (10,4%). Это свидетельствует о наиболее рациональной организации плановой санации полости рта среди подростков г. Нальчика.

Проведенное нами в 3 городах обследование показало, что у лиц подростковой группы различие в распространенности и интенсивности поражения зубов кариесом может оказаться значительным. Это необходимо учитывать при планировании стоматологической помощи данному контингенту населения.

УДК 616.127—005.8—615,8

УСПЕШНАЯ ПОЛНАЯ РЕАНИМАЦИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Доктор мед. наук Л. А. Щербатенко-Лушикова

*Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
 им. В. И. Ленина*

В последние годы появляется все больше сообщений об успешной кардиологической реанимации при инфарктах миокарда [1—8 и др.]. Эффект реанимации зависит от многих причин: состояния кровообращения до момента его остановки, глубины повреждения сердца, времени начала реанимации, ее продолжительности, опытности персонала и оснащенности лечебного учреждения и др. П. Е. Лукомским и соавт. (1969) непосредственный эффект реанимации у больных в остром периоде инфаркта миокарда был получен в 30%, А. П. Матусовой и соавт. (1965) — в 6%, И. Е. Ганелиной и соавт. (1970) — в 63%.

В терапевтической клинике Казанского ГИДУВа за время существования палаты интенсивного наблюдения с апреля по ноябрь 1971 г. было реанимировано 8 человек, непосредственный эффект получен у 4. 2 из этих больных прожили 18 и 36 часов после реанимации (временный эффект). У 2 получен стойкий эффект. Один из этих больных живет 2 года, второй — 58 дней.

Несмотря на общее небольшое число реанимированных лиц, считаем возможным сообщить об успешной стойкой кардиологической реанима-