

компонентом синдрома над психопатологическим: психические нарушенияrudиментарны или отсутствуют, психозы и судорожные припадки не свойственны. В условиях постоянной трудовой занятости больные обычно избегают утреннего опохмеления перед работой.

При малопрогредиентном течении алкоголизма, в отличие от II стадии типично прогредиентного течения заболевания, ситуационный контроль обычно сохранен, что позволяет больному в какой-то степени регулировать злоупотребление алкоголем. Долгое время, даже во II стадии, сохраняется и количественный контроль (при типично прогредиентном течении он обычно утрачивается уже в I стадии). Невозможность контроля за выпитым возникает, как правило, при значительно выраженной интоксикации. Зная это, многие больные стараются не превышать «пограничной» для себя дозы спиртного в определенных ситуациях. Таким образом, как и в I стадии, алкоголизм в большинстве случаев остается замаскированным от служебного окружения.

Наиболее существенным отличием малопрогредиентного варианта алкоголизма от типично прогредиентного является сохранность больного как личности. Несмотря на большую давность заболевания, отсутствуют нивелирование личностных черт, выраженная психопатизация, черты алкогольного снижения личности и закономерная для типично прогредиентного (а тем более высокопрогредиентного) алкоголизма социальная декомпенсация. Даже во II стадии заболевания при длительности злоупотребления до 40—45 лет ядро личности в целом не затрагивается, жизненные установки имеют социально-позитивную (а не гедонистическую) направленность, сохраняются профессиональные навыки, приобретенный запас знаний, интеллектуальный уровень. Многие больные имеют высшее образование и достаточно высокий социальный статус, способны к служебному росту.

Таким образом, малопрогредиентный вариант течения алкоголизма отличается замедленным формированием и характерной клиникой заболевания,rudиментарностью многих симптомов, отсутствием брутальной симптоматики (запоев, компульсивности влечения, социальных конфликтов и пр.), невыраженностью социально-психологических последствий и, что наиболее важно, социальной (а в большинстве случаев и микросоциальной) декомпенсации, столь закономерной для типично прогредиентного, а тем более высокопрогредиентного течения заболевания.

Поступила 19 марта 1985 г.

УДК 616.281—008.55—092

НАРУШЕНИЕ ЛИМФООТТОКА ОТ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

И. П. Фирсова

Кафедра оториноларингологии (зав.—проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В настоящее время морфологическим субстратом болезни Меньера считается эндомиоматический гидропс. В связи с этим целью исследования являлось изучение условий, способствующих возникновению застойных явлений в области эндомиоматического мешка.

Под нашим наблюдением находилось 50 больных с болезнью Меньера. У всех пациентов клинически была выражена триада симптомов, характерная для болезни Меньера: постоянный низкочастотный шум в пораженном ухе, снижение слуха, периодические приступы головокружения с потерей равновесия, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и другими вегетативными проявлениями. Мы обратили внимание на преобладание лиц адинастических профессий, вынужденных в течение всего рабочего времени находиться в определенном положении (бухгалтер, машинистка), лиц с постоянным психоэмоциональным (шофер, руководящий работник) или со зрительным (токарь, чертежник) напряжением.

Для выяснения состояния венозного оттока из полости черепа 42 больным проведено реоэнцефалографическое исследование (РЭГ). Контролем служили 20 здоровых людей.

Для записи реограмм применяли отечественную 4-канальную реографическую приставку РГ4-01 и 8-канальный электроэнцефалограф (ВНР). Исследование прово-

дили по общепринятой методике в стандартных фрonto-мastoидальных (Ф-М) и окципито-мостоидальных (О-М) отведениях. Определяли следующие показатели: А — амплитуда артериальной компоненты (оценивается интенсивность кровенаполнения артериального отдела исследуемой области); ВО — систолическое отношение (величина периферического сосудистого сопротивления); ВОА — венозное отношение (оценивается условие возврата крови из венозного русла исследуемой области); F — скорость объемного кровотока (характеристика гемодинамических условий транскапиллярного обмена исследуемой области).

При аудиометрическом обследовании 42 больных правостороннее поражение слуховой функции выявлено у 19, левостороннее — у 14, двустороннее — у 9.

Реографические показатели у больных с болезнью Меньера

Сторона отведения	Сторона поражения слуховой функции	Показатели				
		А, Ом	ВО, %	ВОА, %	F, Ом·с ¹	
Правая	Ф-М	правостороннее поражение	0,121±0,012	51,16±10,68	17,09±3,47	0,237±0,029
Левая			0,121±0,006	70,35±7,01	13,83±6,52	0,268±0,031
Правая	О-М		0,103±0,007	62,12±7,93	24,10±4,66	0,217±0,016
Левая			0,105±0,009	64,16±5,95	15,72±4,97	0,221±0,018
Правая	Ф-М	левостороннее поражение	0,125±0,006	48,09±9,10	12,52±4,27	0,240±0,015
Левая			0,130±0,005	65,33±8,34	14,72±3,42	0,282±0,021
Правая	О-М		0,106±0,004	55,04±6,78	14,74±2,91	0,218±0,017
Левая			0,107±0,004	59,09±7,65	21,88±5,41	0,228±0,017
Правая		двустороннее поражение	0,132±0,007	52,11±15,89	20,92±9,17	0,228±0,017
Левая	Ф-М		0,119±0,010	58,39±13,56	24,84±6,18	0,226±0,015
Правая	О-М		0,100±0,008	59,39±11,35	15,12±7,30	0,203±0,016
Левая			0,100±0,009	64,90±8,39	28,16±6,54	0,213±0,020
Правая	Ф-М	контрольная группа	0,126±0,006	50,81±3,59	4,55±1,47	0,245±0,011
Левая			0,125±0,006	57,79±3,27	5,79±1,63	0,248±0,010
Правая	О-М		0,103±0,006	53,13±3,78	5,45±1,70	0,192±0,005
Левая			0,101±0,006	52,87±5,55	5,75±1,47	0,196±0,008

Как видно из данных таблицы, систолическое кровенаполнение в магистральных сосудах у всех больных в норме. Обращает внимание, что затруднение венозного оттока вплоть до явлений венозного застоя выражено у больных с двусторонним поражением слуховой функции (ВОА до 28,16%). Преобладание нарушения венозного оттока на стороне поражения слуховой функции выявляется и у лиц с односторонним поражением, но у них нет явлений венозного застоя.

Патогенез болезни Меньера можно представить как нарушение лимфооттока от эндолимфатического мешка. При декомпенсации лимфатические сосуды теряют возможность резорбировать коллоиды, что ведет к изменению водно-электролитного равновесия между кровью и тканями в области эндолимфатического мешка и облегчает выход плазмы. Неотведенные белковые вещества способствуют разрастанию соединительной ткани, которая в свою очередь сдавливает окружающие ткани, нарушая кровоснабжение, усугубляет лимфо-венозный стаз. Такое предположение подтверждают результаты гистологических исследований эндолимфатического мешка: потеря сосудисто-лимфатической ножки в ворсинках во всех препаратах, полученных во время биопсии у больных с болезнью Меньера [1], наличие фиброза в перисаккулярной соединительной ткани [2].

В начальной стадии болезни Меньера в организме развиваются компенсаторные механизмы (формируются новые сосуды, образуются коллатерали), то есть часть сосудов в области эндолимфатического мешка функционирует и отток лимфы происходит. Клинически это проявляется флюктуацией слуха. При полной блокаде эндолимфатического мешка возникают необратимые изменения, к которым приводит гидропс лабиринта: угнетение слуховой и вестибулярной функций.

Описанный процесс первоначально развивается односторонне, но с течением времени может наступить функциональная недостаточность дренажной системы (вены и лимфатические сосуды) на противоположной стороне, что приводит к развитию двустороннего гидропса лабиринта.

ЛИТЕРАТУРА

1. A g e n b e r g M. D., W i l l i a m F., M a g o v i t z Ph., S h a m b a n g h G. Acta oto-laryngol. (Stockh.), 1970, Supp., 275, 49.—2. H a l l p i k e C. S., C a i r n s H. J. Laryngol. and Otology, 1980, 94, 805.

Поступила 23 ноября 1984 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—001:614.8

И. Н. Сеюков (Бугульма, ТАССР). Анализ сельскохозяйственного травматизма в Бугульминском районе ТАССР

Нами проанализированы причины травматизма среди работников сельского хозяйства Бугульминского района ТАССР за 1979—1983 гг. Число травм, непосредственно связанных с сельским хозяйством, составило 72%, в том числе с посевной — 28%, подготовкой кормов — 6%, уборочной страдой — 39%, осенне-зимним периодом — 16%, при контакте с животными — 11%. В 20% случаев травмы были получены в состоянии алкогольного опьянения. В структуре непроизводственного травматизма на долю бытового приходится 41%, уличного — 39%, транспортного — 20%.

Травмы подразделялись на ранения (19%), переломы (23%), ушибы и растижение связок опорно-двигательного аппарата (35%), черепно-мозговые травмы (20%), из общего числа переломов открытых было 3%. Средняя длительность пребывания пострадавших на больничном листе достигала 67,8 дня.

Переломы и повреждения верхних конечностей были установлены у 23% пострадавших, кисти — у 27%, переломы черепа, ушибы и сотрясение головного мозга — у 21%, травма грудной клетки — у 11%, переломы позвоночника и таза — у 2%, нижних конечностей — у 26%.

Мы создали специальные врачебные бригады по обслуживанию сельского населения; по графику осуществляем выезд главных специалистов на село еженедельно с целью оказания практической помощи на месте; одновременно при таких выездах проводится консультативный прием больных; нуждающихся направляем на стационарное лечение. Эта работа улучшает медицинское обслуживание работников села, приближает к ним медицинскую помощь. Средние медицинские работники обычно заранее знают о приезде специалистов и вызывают на прием больных, нуждающихся в консультации.

По утвержденному плану для сельских медицинских работников проводятся занятия с целью повышения их знаний и практических навыков, причем основное внимание уделяется организационной стороне дела — профилактике травматизма. Постоянно напоминаем, что медицинские работники должны анализировать все случаи травматизма, вести их строгий учет, разрабатывать профилактические рекомендации. Поскольку роль медицинского работника на селе заключается в максимальном приближении первой помощи при травмах к месту сельскохозяйственных работ, мы организовали обучение санитарных постов оказанию первой, а также само- и взаимопомощи, которое осуществляется нами в зимнее время. Кроме того, добиваемся, чтобы все труженики сельского хозяйства были обучены приемам и способам оказания первой помощи при травмах. При этом очень важно, чтобы работники села знали о том, в каких случаях и куда им следует обращаться за медицинской помощью.

УДК 617.51—089.844.001.6

Н. М. Мрасов, Л. И. Никошин (Казань). Краинопластика методом компрессии при хирургической обработке гнойных ран

Наличие мощных антибактериальных средств и положительные исходы применения глухого шва после хирургической обработки гнойных ран черепа и мозга дали нам основание в эксперименте на 36 собаках выяснить возможность первичного закрытия дефектов черепа с использованием разработанного на кафедре компрессионного метода краинопластики. Для этого животному под наркозом в теменно-височиной области наносилась рана с образованием дефекта черепа и повреждением твердой мозговой оболочки. В рану вносились кусочки марли, загрязненные землей, содержащей ассоциацию разных микробов. Ко времени хирургической обработки (6—8-е сутки после травмы) состояние большинства собак было тяжелым. Определялась высокая температура, потеря массы тела. В крови — лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ. Раны имели отечные края, были покрыты корками, гнойным отделяемым, грануляциями. Микробная флора ран состояла из ассоциации гемолити-