

л. — 29%, м. — 4%; СОЭ 5 мм/ч. Моча без изменений, желчные пигменты не определяются. Анализ кала: реакция на стеркобилин положительная. Протеинограмма: общий белок — 7,63 г/л, альбумины — 55,5%, глобулины:  $\alpha_1$  — 6,0%,  $\alpha_2$  — 9,8%,  $\beta$  — 9,2%,  $\gamma$  — 19,5%. Фибриноген — 11,6 мкмоль/л. Протромбиновый индекс — 80%. Реакция Гринстеда — 1,9 мл. Электролиты крови: калий плазмы — 5,92 ммоль/л, калий эритроцитов — 85,6 ммоль/л, натрий плазмы — 154,4 ммоль/л, натрий эритроцитов — 31,2 ммоль/л. АСТ — 149,2 нкат/л, АЛТ — 106,7 нкат/л. Холестерин (по методу Илья) — 6,6 ммоль/л. Тест толерантности к глюкозе: 4,1—5,6—4,2 ммоль/л. Щелочная фосфатаза — 0,22 мккат/л. Билирубин сыворотки крови 53,7 мкмоль/л, реакция непрямого. Проба Бергмана—Эйльбота: через 3 часа после введения 50 мг билирубина уровень его на 22% превышает исходный (норма — до 15%). Осмотическая резистентность эритроцитов: минимальная — 0,48%, максимальная — 0,38% раствора NaCl. Холангиохолецистография: диаметр, конфигурация печеночных протоков обычные. Строение желчного пузыря, концентрационная и моторная его функции не нарушены. Конкременты в пузырном и общем желчном протоках не определяются, диаметр их обычен. Исследование желчи: порции А, В, С без патологии. Уропепсин — 3,6 мг/ч.

Диагноз: функциональная гипербилирубинемия — синдром Жильбера. Через 5 дней после начала лечения фенобарбиталом по 0,05 г 3 раза в день желтушность покровов исчезла, билирубин сыворотки крови снизился до 18,5 мкмоль/л (реакция непрямого).

Диагноз синдрома Жильбера устанавливается по принципу исключения. Гемолитическая желтуха отвергается на основании таких признаков, как нормальные осмотическая резистентность эритроцитов и их морфология, отсутствие ретикулоцитоза и спленомегалии. Парциальное нарушение пигментного обмена при неизмененных показателях других функций печени, нормальные данные холангиохолецистографии и исследования дуоденального содержимого позволяют исключить ряд заболеваний гепатобилиарной системы. Чрезвычайно характерны положительные результаты пробы Бергмана — Эйльбота с внутривенным введением билирубина — поглощение его и выделение гепатоцитами оказываются замедленными. Мы считаем это ценным признаком, дополнительно подтверждающим диагноз. Быстрый и значительный эффект терапии фенобарбиталом также является дифференциально-диагностическим признаком.

Распознавание пигментного гепатоза Жильбера приобрело в настоящее время особую актуальность в связи с успехами фармакотерапии генетически обусловленных желтух и необходимостью диспансерного наблюдения за больными.

УДК 546.271+547.260.2]:616.28

**Проф. А. И. Бикбаева, проф. Г. С. Сунаргулов, А. А. Муратаев, А. С. Елисеев (Уфа).**  
**О морфологических изменениях в тканях среднего уха под влиянием борного спирта**

Мы изучали морфологию барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости в эксперименте у кроликов после многократного введения борного спирта в среднее ухо в нормальных условиях. Для опыта были взяты 6 взрослых кроликов-самцов породы Шиншилла, весом около 2 кг. 5 животным в правое ухо вводили борный спирт, шестому — физиологический раствор. Левое ухо оставалось интактным для контроля.

Для введения борного спирта животного фиксировали к столу, правый наружный слуховой проход прочищали и протирали ватным тампоном со спиртом, затем длинной тонкой стерильной иглой прокалывали барабанную перепонку и с помощью шприца в барабанную полость вводили борный спирт в количестве 0,5 мл. Повторное введение борного спирта производили через 2 дня на 3-й.

По истечении одного месяца опыта животных забивали. В ходе эксперимента у 2 кроликов, которым вводили борный спирт, развилось гнойное воспаление среднего уха, и они в дальнейшем из опыта были исключены. После 4—5 инъекций борного спирта у кроликов отмечалось утолщение правой ушной раковины у ее основания, повышение в этом месте температуры, определяемой на ощупь при сравнении с контрольным ухом. На общем состоянии кроликов инъекции борного спирта в среднее ухо не отражались: животные были подвижны, охотно принимали пищу. Во время инъекций кролики проявляли беспокойство, что требовало надежной их фиксации.

После эвтаназии методом воздушной эмболии выделяли доломом тимпанальную буллу опытного и контрольного уха. Вырезанные кусочки барабанной перепонки и тимпанальную буллу со слизистой оболочкой барабанной полости фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 2 недель. После этого слизистую оболочку барабанной полости отделяли от костных стенок буллы тонкими иглами и вместе с кусочками барабанной перепонки использовали для изготовления срезов.

Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и импрегнировали по Грос — Бильшовскому в модификации Кампоса. Коллагеновые волокна выявляли окраской по Ван-Гизону. При окрашивании гематоксилин-эозином как в барабанной перепонке, так и в слизистой барабанной полости уха, подвергнувшегося многократному введению борного спирта, обнаруживались циркуляторные расстройства, полнокровие мелких сосудов, явления стаза в отдельных капиллярах, небольшие очаги диапедезных кровоизлияний. Соединительнотканная основа изученных образований была разрыхлена, отчетливо наблюдалось увеличение числа гистиоцитарных, фибробластических элементов, которые

местами образовывали узелки типа гранулем и обуславливали утолщение как барабанной перепонки, так и слизистой оболочки.

Окраска по Ван-Гизону выявила увеличение в этих участках коллагеновых волокон. В покровном эпителии барабанной перепонки отмечались явления внеклеточного и внутриклеточного отека. Имелись небольшие акантотические разрастания базальных слоев эпителия. В шиповатом слое эпителия обнаруживались группы клеток с резко выраженной вакуольной дистрофией, с набуханием и просветлением цитоплазмы. Обращала на себя внимание неравномерность, очаговость указанных изменений.

При импрегнации по Грос—Бильшовскому в модификации Кампоса в описываемых элементах среднего уха обнаружены реактивные и некробиотические процессы. Отмечена гипераргентофильность многих нервных волокон, натеки и неравномерное расположение нейроплазмы. Безмиелиновые концевые фибриллы с рецепторными элементами также проявляли повышенное сродство к серебру при наличии варикозно-стей и вакуолизации последних. Имелись участки, где, наоборот, терминальные нервные волокна слабо воспринимали серебро и распадались на фрагменты.



Рис. 1. Слизистая оболочка барабанной полости кролика № 2 после введения борного спирта в среднее ухо на протяжении месяца. Безмиелиновые нервные волокна с четкообразными вздутиями, в которых отмечается распад.  $\times 1350$ .

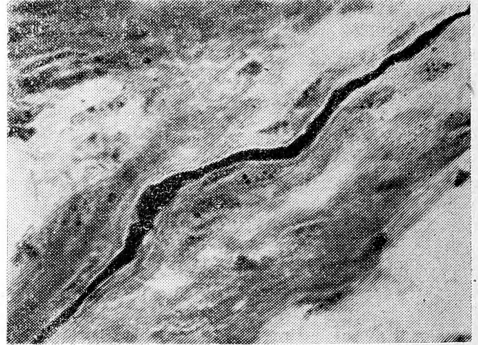


Рис. 2. Терминальные волокна в слизистой оболочке барабанной полости кролика № 5 после введения борного спирта в среднее ухо на протяжении месяца. Гипераргентофилия и натеки нейроплазмы, обуславливающий варикозность.  $\times 1350$ .

Результаты наших экспериментальных морфологических исследований дают основание более определенно говорить об ирритативно-альтеративном действии борного спирта. Частое и длительное применение последнего может вызвать необратимые изменения в нервных элементах и соединительнотканых структурах среднего уха, подготавливающие почву для развития рубцовой ткани, уменьшать и без того небольшие при хроническом воспалении защитные и функциональные резервы аппарата звукопроводения.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—053.5:362.147

### РАННЯЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ

*И. Ш. Трофимова*

*Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Проанализированы истории развития 328 детей школьного возраста с хронической патологией легких, почек, желчевыводящей системы. 80% детей посещали детские комбинаты и болели чаще, чем дети, не состоящие в организованных детских коллективах. Полная адаптация наблюдаемого контингента происходит только к 3-му году посещения детского комбината. Выявлена прямая достоверная зависимость числа обострений от качества диспансеризации.

При диспансерном наблюдении за группой школьников, находящихся на учёте по поводу хронической пневмонии, хронического холецистита и хронических заболеваний