

начиналась с УФ-облучения зоны трупов или надплечий (23 больных), после чего назначали электрофорез на низ живота (2-электродный, абдоминально-сакральная методика) с хлористым калием, сернокислым цинком, новокаином, йодистым калием. Реже применяли метод индуктотермии (7 больных) и ультразвуковое облучение (5 больных). Курс лечения включал от 2 до 18 процедур.

Наиболее выраженный как местный, так и общий лечебный эффект получен у больных 1-й группы. После 1—3 гидротубажи прекращались боли внизу живота, улучшалось общее самочувствие. К концу курса лечения у 47 больных из 50 был отмечен выраженный местный эффект, причем у 29 из них каких-либо структурных изменений со стороны придатков матки уже не определялось, а у 18 имелись остаточные явления в виде тяжести в области придатков матки. У 1 больной лечение оказалось неэффективным. У 2 больных гидротубажи сопровождались сильными болями внизу живота, в связи с чем методика лечения была изменена.

У больных 2-й гр. после лечения отмечено улучшение общего состояния. Боли внизу живота прекратились у 17 больных из 40. Образования в области придатков исчезли у 9.

Из 50 больных 3-й гр. наряду с улучшением общего состояния у 29 прошли боли внизу живота, у 14 исчезли образования в области придатков, а у 5 констатированы остаточные явления в виде тяжести.

Соответственно клиническому улучшению отмечены сдвиги в лабораторных показателях. У больных 1-й гр. до лечения количество эритроцитов крови составляло 3898235 ± 37755 , гемоглобина — $11,9 \pm 1,7$ г%. Число лейкоцитов и средние показатели лейкоцитарной формулы были такими, как у практически здоровых людей. РОЭ была ускорена до $17,7 \pm 2,1$ мм/час. Общий белок сыворотки крови составлял $7,3 \pm 0,3$ г%. Количество альбуминов было снижено до $56,7 \pm 0,8$ %, уровень α_1 - и γ -глобулиновых фракций — повышен. Со стороны других показателей крови и экскреции нейтральных 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов отклонений не обнаружено.

В процессе лечения гидрокортизоном у больных 1-й гр. отмечено увеличение числа эритроцитов до 4100000 ± 136852 , уровня гемоглобина до $12,2 \pm 0,2$ г% ($P > 0,05$). Количество лейкоцитов имело тенденцию к увеличению. Число базофилов возрастало с $0,2 \pm 0,8$ до $0,6 \pm 0,1$ в начале лечения и снижалось до $0,3 \pm 0,1$ в конце его. Отчетливо уменьшается количество моноцитов — с $8,4 \pm 0,6$ до $5,1 \pm 0,4$ ($P < 0,05$). Содержание общего белка сыворотки крови сначала возрастает до $7,5 \pm 0,09$ г%, а затем снижается в конце курса лечения до $7,0 \pm 0,05$ г% ($P < 0,05$). Количество альбуминов в процессе лечения сначала снижается до $53,4 \pm 1,3$ г%, а к концу его вновь увеличивается до $58,3 \pm 1,4$ г% ($P < 0,05$). Изменения α_2 -глобулинов аналогичны изменениям α_1 -глобулинов, но более выражены. Выявлено статистически достоверное их увеличение с $8,65 \pm 0,5$ г% до $10,5 \pm 0,6$ г% в начале лечения и последующее снижение до $8,4 \pm 0,6$ г% в конце его.

Уровень холестерина повышается со $184,7 \pm 10,6$ до $220,0 \pm 9,6$ мг% ($P < 0,05$). Изменений со стороны других гематологических показателей и экскреции нейтральных 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в процессе лечения нами не найдено.

При изучении гематологических показателей и экскреции нейтральных 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов у больных 2 и 3-й групп отмечены те же тенденции.

Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности лечения хронических воспалительных процессов придатков матки гидрокортизоном методом гидротубажи и позволяют рекомендовать его в сочетании с физиотерапевтическими методами терапии.

Поступила 21 мая 1973 г.

УДК 616.831—002:616.832.9—008.3

А. В. Зотов (Пермь). Изменения спинномозговой жидкости при клещевом энцефалите и других нейроинфекциях

Ниже дается сравнительная характеристика изменений спинномозговой жидкости у больных серонегативными и серопозитивными формами клещевого энцефалита, наблюдавшихся в природных очагах Пермской области за последние 6 лет. Спинномозговую жидкость исследовали в остром периоде заболевания и в ранние сроки выздоровления. Изучена 1591 история болезни. С серопозитивными формами клещевого энцефалита было 979 больных (62%), с серонегативными — 612 (38%). Клиническая структура в обеих группах была неодинакова. В серонегативной группе очаговые формы не встречались. В серопозитивной группе чаще наблюдалась менингеальная форма (69%), а в серонегативной — лихорадочная (63%).

Изменения спинномозговой жидкости выявлялись в обеих группах больных. При серопозитивной форме клещевого энцефалита плеоцитоз обнаруживался в 73,4%, а при серонегативной — только в 52%. У небольшого числа больных обеими формами плеоцитоз был смешанным, обычно же он состоял из лимфоцитов. При серопозитивных формах клещевого энцефалита плеоцитоз чаще оказывался более высоким. Свыше 50 клеток в 1 мм^3 в группе серопозитивных обнаружено у 36,2%, в то время как в группе серонегативных — только у 9,4% больных; свыше 100 клеток в 1 мм^3 в первой

группе было у 21,5%, во второй — лишь у 5% больных. В группе серопозитивных форм плеоцитоз составлял нередко несколько сот клеток, а в группе серонегативных такое количество клеток обнаруживалось лишь у единичных больных. Наиболее высокий плеоцитоз чаще определялся при очаговой форме клещевого энцефалита. При серопозитивных формах клещевого энцефалита плеоцитоз был не только более высоким, но и удерживался более длительное время.

Ввиду того, что в группе серонегативных форм плеоцитоз наблюдался лишь у больных серозным менингитом, мы приводим сравнение его с менингеальной формой клещевого энцефалита. При последнем высокий плеоцитоз встречался значительно чаще. Так, свыше 50 клеток в 1 мм^3 при менингеальной форме клещевого энцефалита выявлено у 46,5%, при серозном менингите — только у 28,6% больных. При менингеальной форме цитоз в несколько сот клеток обнаруживался значительно чаще, чем при серозном менингите. Следовательно, и при этих клинических формах клещевой энцефалит протекал с более высоким плеоцитозом.

Содержание белка в спинномозговой жидкости было также чаще более высоким при серопозитивных формах клещевого энцефалита: уровень белка был выше нормы у 40% больных, а при серонегативных — только у 16% больных. Наиболее высокий уровень белка (0,4—3,0‰) определялся при очаговой форме клещевого энцефалита. Увеличение концентрации белка в спинномозговой жидкости удерживалось более длительные сроки при серопозитивных формах. Таким образом, устанавливается известный параллелизм между плеоцитозом и уровнем белка на протяжении заболевания. Нарастание показателей белка в стадии выздоровления и уменьшение в этот период плеоцитоза приводили к появлению своеобразных «ножниц», чего не наблюдалось при серонегативных формах. Уровень белка в последней группе незначительно повышался только на 3—4-й неделе заболевания.

Обнаруженные изменения в спинномозговой жидкости указывают на более тяжелое течение серопозитивных форм заболевания. Приведенные данные должны приниматься во внимание при диагностике.

Поступила 20 марта 1973 г.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 616—057

О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАКЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ДЕЙСТВИЕМ ХИМИЧЕСКИХ КАНЦЕРОГЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

М. М. Гимадеев

(Казань)

Общезвестен рост заболеваемости многими формами рака в большинстве промышленно развитых стран мира. В настоящее время уже почти никем не оспаривается наличие определенной связи между ростом онкологической заболеваемости, с одной стороны, и индустриализацией и урбанизацией, с другой. Исследователи не без оснований считают, что значительное число случаев рака вызывается экзогенными вредными факторами [2, 32—34]. Например, П. А. Боговский ссылается на данные Е. Бойленда о том, что 5% опухолей человека обусловлены вирусами, 5% — радиацией и 90% — химическими факторами, которые, как известно, наиболее полно проявляются в условиях производственной деятельности, приводя к развитию профессионального рака. В то же время следует отметить, что заболеваемость профессиональным раком составляет менее 1% по отношению ко всем раковым болезням.

Профессиональный рак, как указывает П. П. Движков, возникает в связи с длительным воздействием определенных производственных вредностей во время профессиональной работы. К числу таких вредностей относятся химические соединения, а также некоторые физические факторы. Бластомогенными (канцерогенными) называют вещества, которые могут вызывать при действии на организм доброкачественные или злокачественные опухоли тех или иных органов.

Для действия канцерогенных химических соединений характерны некоторые общие черты [5, 8, 23, 26, 32—34, 42], среди которых должны