

лигнизацию полипа. Обоим больным произведена радикальная операция правой верхнечелюстной пазухи по Калдвел — Люку с одновременным удалением патологических образований правой половины носа.

При гистологическом исследовании обнаружено своеобразное строение опухоли, идентичное в 1-м и 2-м наблюдениях. Строма опухоли не содержит желез. Эпителий выстилает в основном не сосочки, а щели стромы и характеризуется зональностью расположения клеток, подобно переходноклеточному эпителию мочевых путей (рис. 1). Базальную зону составляют темные мелкие клетки, промежуточную — светлые и крупные, поверхностную — уплощенные (рис. 2).

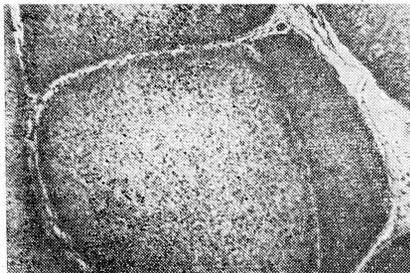


Рис. 1. Инвертированная папиллома носа. Общий вид опухоли. Эпителий характеризуется зональностью расположения клеток в три слоя. Гематоксилин-эозин. $\times 56$.

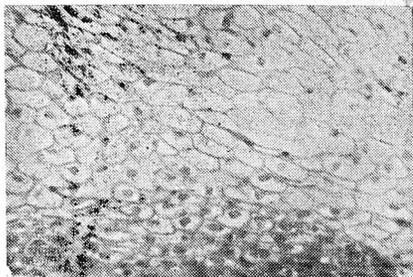


Рис. 2. Клеточные элементы эпителия инвертированной папилломы носа. Базальный слой представлен темными мелкими клетками, промежуточный — светлыми и крупными, поверхностный — уплощенными клетками. Гематоксилин-эозин. $\times 280$.

Патоморфологический диагноз: инвертированная папиллома носа. Клинические диагнозы «полип носа» (1-е наблюдение) и «рак (?)» (2-е наблюдение) исключены.

В соответствии с данными гистологического исследования больному назначена лучевая терапия на область носа и правой верхнечелюстной пазухи в дозе 6500 рентген. Наступило клиническое излечение.

Таким образом, своевременная правильная патоморфологическая диагностика дала возможность избрать адекватный метод лечения для предупреждения рецидивов заболевания в будущем.

УДК 616.9—02:616.12—008.46—092

Проф. В. А. Добрынин, М. Ю. Яковлев (Казань).

К морфологии сердечной недостаточности при токсикоинфекционном шоке

Известно, что одним из проявлений токсикоинфекционного шока является сердечно-сосудистая недостаточность. В сердечной мышце при эндотоксиновом шоке развивается комплекс морфологических изменений, ответственных за развитие сердечной недостаточности.

В настоящей работе предпринята попытка увязать обнаруженные ранее структурные изменения с функциональным состоянием некоторых ферментных систем, участвующих в энергетическом и пластическом обмене и метаболических адаптивных реакциях в миокарде.

Токсикоинфекционный шок у подопытных животных (54 кролика) вызывали путем двукратного внутривенного введения буавеновского антигена брюшнотифозной палочки. 13 животным в качестве контроля вместо эндотоксина вводили физиологический раствор. Ткань сердечной мышцы животных исследовали спустя 5, 24, 42—48, 70—72, 120—144 ч после второй инъекции эндотоксина.

В серийных криостатных гистотопографических срезах миокарда определяли активность ферментов: глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, 6-фосфоглюконатдегидрогеназы, лактатдегидрогеназы, α -глицерофосфатдегидрогеназы, глутаматдегидрогеназы, НАД- и НАДФ-диафоразы, цитохромоксидазы, моноаминоксидазы. Кроме того, выявляли нейтральные жиры. Серийные парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином и Шифф-реактивом по Мак-Манусу с контрольной инкубацией в амилазе слюны.

Было установлено, что ведущими факторами в происхождении сердечной недостаточности при токсикоинфекционном шоке является гиперкатехоламинемия, обусловленная ею гистотоксическая гипоксия, а также блокада процессов гликолиза.

Нарушения гликолиза играют, по нашему мнению, немаловажную роль в развитии морфофункциональных нарушений в миокарде, они обуславливаются прямым угнетающим действием эндотоксина на соответствующие ферментативные процессы. В противном случае гликоген в условиях гиперкатехоламинемии должен был бы исчезать из сердечной мышцы. Аномальная форма отложения гликогена также свидетельствует об угнетении процессов его утилизации. Поэтому очевидна необходимость

применения средств, способствующих скорейшему удалению эндотоксина из кровеносного русла.

С целью поддержания энергетических и пластических процессов в миокарде целесообразно назначение АТФ. Применять глюкозу в ранней фазе шока следует крайне осторожно, поскольку повышенное ее содержание может усилить проявления спазма коронарных сосудов.

Для профилактики гипоксии миокарда показано применение симпатиколитиков и активаторов моноаминоксидазы. Использование адреномиметиков в качестве корректоров АД при токсикоинфекционном шоке мы считаем недостаточным оправданным.

УДК 614.47+616.915—036.2(470.41)

И. В. Манченко, Р. А. Еремеев (Казань — Б. Сабы).

Интенсивность эпидемического процесса при кори в условиях массовой иммунизации

На современном этапе главная роль в профилактике кори принадлежит массовой иммунизации живой коревой вакциной. Широкий охват детей до 14 лет коревыми прививками оказал существенное влияние на эпидемический процесс при этой инфекции. В Татарской АССР прививки против кори начали проводить с 1968 г. вакциной ЭШЧ. Начиная с 1970 г. в республике проводится массовая иммунизация детей против кори вакциной Л-16. Благодаря этому в последние годы как в целом по республике, так и по районам заболеваемость данной инфекцией значительно снизилась. За последние пять лет (1973—1977) средний показатель на 100 000 населения в Сабинском районе был равен 116,3, тогда как до начала иммунизации за такой же промежуток времени (1964—1968) он достигал 1225,7, т. е. был более чем в 10,5 раза выше. В целом по ТАССР заболеваемость за последние пять лет (1973—1977) снизилась в 9 раз.

Период массовой иммунизации, как и допрививочный, характеризуется подъемами и спадами заболеваемости корью; но уже на фоне низкого уровня и с более длительным снижением заболеваемости.

В Сабинском районе в допрививочный период снижение заболеваемости корью наблюдалось, как правило, в течение 1—2 лет, показатели колебались от 414,3 до 1894,1 на 100 000 населения. С 1969 г. (начало иммунизации) заболеваемость последовательно снижалась до 1973 г. включительно, показатели на 100 000 населения составляли соответственно 455,4 и 7,7. Однако в 1974—1975 гг. заболеваемость резко возросла — до 175,7—398,4 на 100 000 населения. В последующие годы (1976—1977) случаев заболевания корью в Сабинском районе не зарегистрировано.

Представляет известный интерес сопоставление показателей заболеваемости отдельных возрастных групп. В допрививочный период наиболее высокая заболеваемость в районе регистрировалась среди детей от 1 до 7 лет, показатель на 1000 детей был в пределах 35,0—105,0. В 1974—1975 гг. (период подъема заболеваемости в районе) показатели заболеваемости корью в возрастных группах колебались от 1,2 до 27,8 на 1000 детей соответствующего возраста; максимальные показатели отмечались у школьников 8 лет и старше. За последние 5 лет (1973—1977) 70,5% всех больных корью составляли школьники старше 8 лет и взрослые (до массовой иммунизации на долю этого контингента приходилось не более 15%). Особенно резко (в 15 раз) увеличился удельный вес заболеваемости среди подростков от 15 лет и взрослых — с 0,5% в 1964—1968 гг. до 7,5% в 1973—1977 гг.

По данным анализа за период с 1973 по 1977 г. дети, посещающие организованные коллективы, болели в 2—2,5 раза реже по сравнению с прочими детьми. Последнее привело к сокращению пораженности детских учреждений корью, т. е. к уменьшению числа заносов в них коревой инфекции. Создание достаточно высокого иммунитета коллективов препятствует интенсивному ее распространению.

По-прежнему сохранился сезонный подъем кори в зимне-весенний период.

В течение последних лет в ТАССР отмечается систематическое снижение летальности и смертности при кори. В Сабинском районе за последние 9 лет (1969—1977) вообще не зарегистрировано летальных исходов от кори. В период подъема заболеваемости корью (1974—1975) значительный процент заболевших в районе (48,8%) составили привитые. Однако показатель заболеваемости на 1000 привитых детей был равен 12,3, а на 1000 непривитых — 184,0, т. е. непривитые дети болели в 15,3 раза чаще, чем привитые. Следовательно, индекс эффективности прививок достаточно высок. Необходимо отметить относительно невысокий уровень заболеваемости привитых: он не превышал 1,2%. Действующими технологическими условиями по производству коревой вакцины допускается, что до 10% привитых могут не отвечать формированием антител. Таким образом, заболеваемость привитых в Сабинском районе находилась в пределах допустимой. Иммуная к кори прослойка детей в возрасте от 1 года до 14 лет начиная с 1973 г. составляла 94—95%.

Есть основания считать, что заболеваемость корью привитых детей связана и с недостаточно высоким качеством коревой вакцины. Последнее подтверждается наблюдениями ряда авторов, которые указывают на то, что применяемый современный препарат оставляет еще определенный процент серонегативных — резерв для последующих заболеваний корью.