

Как следует из обзора, адекватная заместительная терапия препаратами коры надпочечника обеспечивает нормальное течение беременности и родов у женщин, страдавших болезнью Иценко-Кушинга и подвергшихся двусторонней адреналэктомии, а также у женщин с Аддисоновой болезнью. Мы полагаем, что ознакомление практических врачей с затронутыми вопросами имеет, прежде всего, практическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аносова Т. П., Строганова Е. В. Пробл. эндокринол. и гормонотер. 1958, 4. — 2. Васюкова Е. А. Церебрально-гипофизарные заболевания. Медгиз, М., 1952. — 3. Гапанович Н. С. Пробл. эндокринол. и гормонотер. 1963, 4. — 4. Глебов Б. Ф. Функциональное состояние надпочечников при беременности, осложненной токсикозом. Автореф. дисс. Харьков, 1959. — 5. Глебов Б. Ф. Функциональное состояние надпочечников при беременности, осложненной токсикозом. Харьков, 1959. — 6. Зефирова Г. С. Аддисонова болезнь. Медгиз, М., 1963. — 7. Иценко Н. М. К клинике и патогенезу церебральных вегетативных синдромов в связи с учением о межоточно-гипофизарной системе. Воронеж, 1946. — 8. Казанская Г. А., Ханькова Т. Н. Тез. конф. молодых ученых ВИАЭ. М., 1963. — 9. Калинин А. П. Тез. конф. молод. ученых ВИАЭ. 1962. — 10. Калинин А. П., Николаев О. В. Тез. II Всесоюз. конф. эндокринологов. М., 1962. — 11. Клячко В. Р. Пробл. эндокринол. и гормонотер. 1939, 2. — 12. Краков В. А. Синдром Иценко-Кушинга. Медгиз, М., 1963. — 13. Кремер А. В. Клини. мед. 1963, 3. — 14. Лемишко А. М. Сб. науч. работ Львовского обл. науч. о-ва анат., гистол. и эмбр. Львов, 1958, 1. — 15. Лузан Л. Е. Тр. II Укр. конф. анат., гистол., эмбр. и топографоанатомов. Харьков, 1958. — 16. Мачивариани И. С. Сообщ. АН Груз. ССР. 1959, 23, 1. — 17. Михедько В. П. В кн. «Вопр. акуш. и гинекол.». Харьков. 1959. — 18. Пашенко В. В. Реф. науч. работ. Хитог. сессии ин-та охр. матер. и детства. Киев, 1958. — 19. Петров И. А. Тез. науч. конф. аспири. и клини. ординаторов Одесс. мед. ин-та. Одесса, 1955. — 20. Подольская И. Ю. Акуш. и гинекол. 1962, 6. — 21. Сахакца Т. С. Совр. вопр. эндокринол. (сб.), в. 2, Медгиз, М., 1963. — 22. Сельницкий П. А., Пермская В. А. Клини. мед. 1963, 11. — 23. Уваров А. Т. Изменение баланса гормонов коры надпочечника в крови беременных женщин. Автореф. канд. дисс. Харьков, 1958. — 24. Шашин М. М. Пробл. эндокринол. и гормонотер. 1957, 4. — 25. Шашин М. М. Акуш. и гинекол. 1961, 5. — 26. Эскин И. А. Совр. вопр. эндокринол. (сб.), в. 1, М., 1960. — 27. Эскин И. А. В кн. «Тр. по динамике развития». Медгиз, М., 1935, 2. — 28. Юсим Е. М. Акуш. и гинекол. 1955, 1.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.132.2

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л. И. Гофман

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. С. Шварц)
Саратовского медицинского института

Профилактика и лечение нарушений венозного кровообращения являются одной из наиболее сложных и трудных задач терапевтической службы. Литературные данные, посвященные этой проблеме, а также собственные наблюдения (Л. С. Шварц с сотр., 1958) свидетельствуют о недостаточной эффективности общепринятого лечения этого заболевания. Очевидно, необходимы более совершенные формы и методы профилактического лечения коронарной недостаточности и их широкое внедрение в практику поликлиник, медико-санитарных частей и здравпунктов промышленных предприятий.

Согласно указаниям Министерства здравоохранения СССР, больные с коронарной недостаточностью подлежат диспансерному обслуживанию. Однако, в отличие от специализированных диспансеров, организационные формы диспансеризации данных больных и содержание лечебно-профилактических мероприятий изучены еще мало и в недостаточной мере проверены на практике. Ввиду этого мы поставили перед собой цель разработать организационно и методически систему профилактического лечения коронарной недостаточности и, в частности, установить эффективность отдельных методов лечения или их комплексов и выявить значение длительного поддерживающего лечения.

Для решения этих задач мы организовали специальный кардиологический диспансер и осуществили длительное наблюдение над наиболее уязвимым контингентом больных, страдающих хронической коронарной недостаточностью на почве

атеросклероза венечных артерий. Большое значение мы придавали характеру течения заболевания, т. к., по современным представлениям, атеросклероз развивается циклично, и доказана обратимость процесса. Выявлена связь рецидивов приступов грудной жабы с активной стадией атеросклероза, а клинических ремиссий — с фазой стабилизации или регрессирования.

В настоящей статье обобщены результаты пятилетнего (с 1957 по 1961 гг.) диспансерного обслуживания 75 больных. Мужчин было 55, женщин — 20. В возрасте до 40 лет было 4, от 40 до 60 лет — 58, а старше 60 — 13 больных. Контрольную группу составили 75 больных, не находившихся на диспансерном обслуживании.

Возрастной состав, половые различия, тяжесть заболевания и длительность наблюдения в исследуемой и контрольной группах больных были примерно одинаковыми.

У всех диспансеризируемых больных имелись отчетливые клинические проявления атеросклероза венечных артерий сердца и коронарной недостаточности. У 45 больных грудная жаба сочеталась с гипертонией, 45 в прошлом перенесли инфаркт миокарда, из них 6 — повторно, у 7 — сформировалась хроническая аневризма сердца.

Приемы больных осуществлялись 1 раз в 1—2 недели и соответственно этим срокам производились исследования протромбина крови. Одновременно исследовалась моча на наличие эритроцитов в осадке. 3—4 раза в год производились исследования холестерина крови и 2 раза в год — ЭКГ исследования. По показаниям проводились и другие исследования.

Лечебно-профилактические мероприятия осуществлялись за счет рациональной организации труда, быта, питания, физической тренировки больных и применения лекарственных средств.

Питание строилось на основе физиологической диеты с ограничением холестеринасодержащих продуктов и введением липотропных препаратов и ненасыщенных жирных кислот. Общий калораж пищи в среднем колебался от 2000 до 2200 калорий. Количество жиров в суточном рационе составляло 60—75,0 г, из них $\frac{1}{3}$ — животных и $\frac{2}{3}$ — растительных. Количество белков допускалось в пределах 100,0—110,0 в день, а количество углеводов — 250,0—300,0.

Физическая тренировка больных (лечебная гимнастика, дозированная ходьба) проводилась по методике, рекомендованной В. Н. Мошковым (1952) и И. М. Саркизовым-Серазини (1954).

Медикаментозное лечение производилось отдельными курсами. При активной стадии атеросклероза широко использовались липотропные вещества — метионин, лецитин, липокаин, холин-хлорид, вещества, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂, Р (или рутин), никотиновую кислоту, препараты йода и мужские половые гормоны. Всем больным периодически назначались коронарорасширяющие и спазмолитические средства, по показаниям — резерпин, новокаин, сердечно-сосудистые, седативные, различные симптоматические средства и физиотерапевтические процедуры. Кроме того, больные получали антикоагулянты — дикумарин, неодикумарин, пелентан и фенилин.

Лекарственные препараты, как правило, применялись комплексно, в зависимости от показаний и реакции больного и с учетом их действия на нервную и сосудистую системы, на обменные процессы и на коагуляционную систему крови. В процессе диспансеризации лечение постоянно корректировалось.

Среди недиспансеризируемых больных возникли следующие тяжелые осложнения: инфаркт миокарда — у 16; мозговой инсульт — у 3; недостаточность кровообращения II-B — III ст. — у 3 больных. Умерло 14 больных: от нового инфаркта миокарда — 8, от мозгового инсульта — 3; от недостаточности кровообращения — 3.

Среди диспансеризируемых больных умер один от мозгового инсульта. Новый инфаркт миокарда возник у 5 больных; исход его у всех благополучный. У 44 больных исчезли загрудинные боли, у 27 наступило значительное урежение болей, у 4 лечение оказалось малоуспешным. Среди больных с гипертонической болезнью АД снизилось до нормы у 28. Большинство больных отмечало улучшение самочувствия, исчезновение головных болей, шума в голове и ушах, улучшение сна, повышение трудоспособности. В 1958—1961 гг. 27 из 34 работавших больных не пользовались больничными листами по основному заболеванию, 11 из числа нетрудоспособных приступили к трудовой деятельности. Прекратили работу в связи с достижением пенсионного возраста 3 больных и в связи с возникшими осложнениями — 2.

На основании клинических и биохимических данных установлено, что у 67 из 75 больных имелась активная (прогрессирующая) стадия атеросклероза, у более тяжелых больных обнаружены и более глубокие нарушения холестеринового обмена. Стойкое улучшение состояния больных наступает постепенно и тем выраженнее, чем длительнее лечение. При нормализации уровня холестерина крови больные чувствовали себя хорошо и в этот период у них не отмечалось каких-либо осложнений. Больные, у которых нормализации холестеринового обмена достичь не удалось, чувствовали себя в общем хуже, и среди них у 5 возник инфаркт миокарда.

Для снижения уровня холестерина крови к норме понадобилось длительное лечение отдельными курсами, а для удержания его на нормальных цифрах — под-

держивающее лечение. Вместе с тем выяснилась необходимость комплексной медикаментозной терапии и ее индивидуализации, т. к. на разных этапах лечения одни лечебные комплексы не вызывали достаточного снижения уровня холестерина крови, а другие — приводили к значительному снижению его.

ВЫВОДЫ

1. Единого метода лечения и профилактики коронарной недостаточности нет: всегда нужна индивидуализация и комплексность проводимых мероприятий.

2. Важным условием успешного лечения коронарной недостаточности и профилактики осложнений является борьба с прогрессирующим течением атеросклероза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман Л. И. Сов. мед. 1963, 1. — 2. Ильинский Б. В., Ганелина И. Е. *Cog et vasa*. Прага, 1962, 4. — 3. Криворученко И. В. Сов. мед. 1962, 12 — 4. Мошков В. Н. Лечебная физкультура в клинике внутренних болезней. Медгиз, М., 1952. — 5. Саркизов-Серазини И. М. В кн. «Лечебная физическая культура». Госиздат «Физкультура и спорт», 1954. — 6. Сукасова М. И. Тер. арх. 1962, 10. — 7. Шварц Л. С. и др. Тр. XIV Всесоюз. съезда терапевтов. Медгиз, М., 1958. — 8. Юданова Л. С. К вопросу о клинко-биохимической характеристике активной и стабильной фаз атеросклероза. Саратов, автореф. канд. дисс., 1962.

УДК 618.1—613.95

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Н. Л. Капелюшник и Ф. М. Плинер

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и железнодорожная женская консультация ст. Казань (главврач больницы — В. Г. Колчин)

В профилактике нарушений функций половых органов взрослой женщины большую роль играет предупреждение, своевременная диагностика и правильное лечение заболеваний гениталий девочек. Однако в работе гинекологов женских консультаций санитарно-профилактическая и лечебная помощь девочкам все еще не достаточна.

Вопрос об организации гинекологической помощи девочкам в ТАССР обсуждался в ноябре 1962 г. на заседании общества акушеров-гинекологов. Была признана необходимость создания кабинетов детской гинекологии при ряде женских консультаций г. Казани и соответствующей подготовки врачей.

Специализированная гинекологическая помощь девочкам сосредоточилась главным образом в первой акушерско-гинекологической клинике ГИДУВа в тесном контакте с железнодорожной женской консультацией ст. Казань, где был развернут кабинет детской гинекологии.

Перед врачами кабинета были поставлены следующие задачи: 1) активное выявление девочек, страдающих заболеваниями гениталий; 2) лечение заболеваний половых органов девочек с активным патронажем и последующим их диспансерным наблюдением; 3) проведение санитарно-просветительной работы среди школьников (железнодорожная школа № 1), среди матерей и персонала детских учреждений для ознакомления их с вопросами физиологии и патологии полового развития девочек и внедрения гигиенических навыков.

Профилактическую работу мы начали с чтения лекций девочкам 8—11 классов. Материал для лекций готовился совместно с венерологом, психоневрологом, врачом кабинета физического воспитания, консультировался проф. Н. Е. Сидоровым, прослушивался и утверждался лекторским бюро лечебного объединения. В лекцию включались вопросы отношения полов в период полового созревания, широко освещались вопросы воспитания и коммунистической морали.

Помимо этого проводились беседы с родителями в детской железнодорожной консультации ст. Казань по гигиене половых органов девочек.

Лечебная помощь оказывалась путем организации приема девочек один раз в неделю (воскресенье) в специально отведенной комнате с последующим лечением амбулаторно в женской консультации или на дому под постоянным контролем работников консультации.

Лечебный кабинет оснащен специальным инструментарием. Установлен контакт с эндокринологом, невропатологом и педиатрами. Проводятся консультации работниками 1 кафедры акушерства и гинекологии ГИДУВа.