

В. Я. Шустов, А. Г. Ольховская (Саратов). К клинике поражения органов дыхания от воздействия цементной пыли

Под нашим наблюдением на протяжении ряда лет находилось 112 больных с пылевой патологией органов дыхания (65 мужчин и 47 женщин старше 30 лет). У 98 из них был диагностирован силикатоз I стадии и у 14 — хронический пылевой бронхит.

Больные с силикатозом жаловались на боли и чувство тяжести в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, утомляемость.

Характерным проявлением пылевого бронхита был кашель, сухой или с выделением слизистой мокроты. При исследовании легких определялся коробочный оттенок перкуторного звука, умеренное ослабление дыхания; при наличии бронхита — сухие рассеянные хрипы. У одного из больных обнаружен астматический компонент. Рентгенологическое исследование выявляло выраженные интерстициальные изменения: усиление и деформацию легочного рисунка в нижних и средних отделах легких, фиброзное уплотнение корней, в ряде случаев — участки эмфиземы; в нижних отделах обнаруживались мелкоочаговые узелковые тени. Общее состояние больных длительное время — на протяжении ряда лет оставалось удовлетворительным, прогрессирования рентгенологических изменений также не отмечалось.

При исследовании функции внешнего дыхания методом спирографии у больных с силикатозом и хроническим пылевым бронхитом регистрировалось уменьшение глубины дыхания, учащение его, падение жизненной емкости легких и резервного объема выдоха. Несколько снижались компенсаторные возможности легких, уменьшался коэффициент использования кислорода. У больных с пылевым бронхитом более выраженным было нарушение бронхиальной проходимости: уменьшалась мощность выдоха и соотношение мощности выдоха и вдоха. На ЭКГ у большинства больных отмечены дистрофические изменения миокарда, в ряде случаев — гипертрофия правого предсердия. В периферической крови у 18% больных выявлен умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Все больные с силикатозом и хроническим пылевым бронхитом рационально трудоустроены, получают лечение в профилактории и в клинике профпатологии, включающее применение медикаментозных средств (витамины, алоэ, спазмолитики), физиотерапевтические процедуры, ингаляции щелочные и масляные, бронхолитические смеси, эритемные дозы кварцевого облучения на грудную клетку посегментарно, кислородотерапию, фитотерапию. Лекарственные растения давали в виде свежеприготовленных настоев корня алтея, солодки, листьев мать-и-мачехи, подорожника, календулы, чабреца. В результате за весь период наблюдения не отмечено прогрессирования болезни, не было также случаев осложнения основного процесса туберкулезом.

УДК 616.366—003.7

А. В. Сафронов, Ю. Г. Саухин, Е. И. Денисюк, Г. О. Кварнадзе, Р. Х. Магдеев (Саратов). О частоте холелитиаза

По материалам бюро судебно-медицинской экспертизы и прозектур пяти клинических больниц г. Саратова за 1967—1976 гг. изучены протоколы вскрытий 26 993 умерших в возрасте от первых дней постнатального периода до 109 лет. Камни обнаружены у 663 из них (2,5%). В странах Западной Европы и в США частота каменистости значительно выше — 10—20% (данные Мадьяра, 1962, и Гленна, 1971).

Согласно результатам вскрытий, за последние десятилетия частота холелитиаза у жителей средней полосы Европейской части СССР не претерпела существенных изменений.

Мы не обнаружили различий в форме, величине и количестве камней в зависимости от возраста и пола.

По мере старения нарастает частота холелитиаза (см. табл.). Корреляционная связь между возрастом и частотой холелитиаза прямая и высокая (0,98).

Частота холелитиаза (в %) в зависимости от пола и возраста умерших

Пол	Возраст, лет								Всего
	0—9	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70 и старше	
Женщины	1,4±1,4	—	10,4±4,6	13,7±4,4	25,6±4,9	45,0±15,5	60±4,8	79±5,1	47,7±2,1
Мужчины	—	—	1,7±1,0	3,9±1,2	5,4±1,3	9,0±1,8	25,1±2,9	32,7±4,0	11,3±0,8

У женщин желчные камни находили в 4 раза чаще, чем у мужчин. Однако в возрастной группе до 40 лет различия в частоте холелитиаза имеют случайный ха-

рактер. На 5-м и 6-м десятилетиях жизни у женщин камни встречаются почти в 5 раз чаще, чем у мужчин, а в возрасте 60—69, 70 лет и старше, когда камни выявляются наиболее часто, — только в 2,4 раза. Последнее соотношение равно соотношению женщин и мужчин в структуре населения. Иными словами, желчные камни у женщин и мужчин преклонного возраста встречаются с одинаковой частотой.

УДК 616.322—002.2—053.3:612.357

Н. А. Черкасова, З. Х. Бжассо (Казань).

Изменения состава желчи у детей, страдающих хроническим тонзиллитом

Изучено состояние желчевыводящих путей по данным биохимического исследования дуоденального содержимого у 63 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 5 до 14 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей того же возраста.

В анамнезе у большинства больных детей имелись указания на субфебрилитет, вялость, головную боль, утомляемость. У 34 детей были выявлены также симптомы, характерные для поражения билиарной системы: плохой аппетит, тошнота, иногда рвота, боли в животе непостоянного характера.

У 32 детей, больных хроническим тонзиллитом, нами обнаружены изменения биохимического состава желчи. Так, выявлена существенная разница между показателями липидов желчи у здоровых и больных детей ($7,0 \pm 0,7$ г/л и $3,2 \pm 0,6$ г/л; $P < 0,001$). Концентрация колевой кислоты у здоровых детей была равна $9,8 \pm 0,5$ г/л, у больных — $7,6 \pm 1,6$ г/л (независимо от возраста больных и длительности заболевания). Содержание общего билирубина желчи у здоровых детей составляло $494,2 \pm 80,4$ мкмоль/л, у больных хроническим тонзиллитом — $157,3 \pm 53,7$ мкмоль/л ($P < 0,001$). Отмечено повышение активности трансаминаз у детей этой группы по сравнению со здоровыми детьми.

Исходя из того, что выявляемая у большого числа больных хроническим тонзиллитом детей дисхолия может послужить предрасполагающим фактором к возникновению воспалительных изменений в желчевыводящих путях, мы считаем целесообразным расширить группу угрожаемых по холепатии детей для проведения соответствующих профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

УДК 616.63—003.4—07

И. Л. Федотов, Н. П. Федотова, А. Г. Рахманкулов, О. М. Горбунов (Куйбышев-обл.).
О диагностике поликистоза печени

Диагностика поликистоза печени до сих пор остается актуальной и далеко не разрешенной проблемой. Отсутствие патогномоничных признаков часто ведет к ошибкам в диагнозе. И только при оперативном вмешательстве или на аутопсии открывается истина. Поэтому отдельные клинические наблюдения представляют интерес.

А., 52 лет, поступила в терапевтическое отделение медико-санитарной части 16/III 1979 г. с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, периодическое вздутие живота, запоры, общую слабость, дрожание рук, похудание, повышенную раздражительность, потерю трудоспособности.

Считает себя больной около 10 лет, неоднократно получала лечение амбулаторно по поводу обострения хронического холецистита. Состояние значительно ухудшилось за последние 4—5 мес. Перенесенные заболевания: в детстве — сыпной тиф, неврит слухового нерва, воспаление легких; в 1960 г. подверглась операции по поводу правосторонней внематочной беременности; была на лечении в стационаре по поводу гастрита. Желтухи, изменения цвета мочи и кала ранее никогда не отмечала. Мать больной умерла от кровоизлияния в мозг, отец — в старческом возрасте. Имеет здоровую дочь.

Общее состояние удовлетворительное. За последние 2 мес. А. похудела на 6 кг. Кожные покровы бледны, тургор их снижен. Сердце и легкие без патологии. Пульс 86 уд. в 1 мин, АД 16/8 кПа (120/60 мм рт. ст.). Язык обложен белым налетом. В эпигастральной области и несколько правее пальпируется плотно-эластическое образование 8×8 см, неподвижное, умеренно болезненное. Левая доля печени выступает на 2—3 см из-под края реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Больная возбуждена, отмечается тремор кистей вытянутых рук. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Симптом Грефе положительный (заключение эндокринолога — диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз II ст.). Предварительный диагноз при поступлении в стационар — подозрение на рак желудка. Анализ крови: эр. $3,6 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,8 ммоль/л, л. $7 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 25 мм/ч, сулемовая проба — 1,4 мл. Общий белок, белковые фракции, билирубин, холестерин и сахар крови, активность амилазы и данные общего анализа мочи в пределах нормальных показателей. Реакция Кацони отрицательная. При рентгенокопии грудной и брюшной полостей патологических теней не обнаружено. Желудок нормотоничен, формы удлиненного крючка. Рельеф слизистой оболочки без патологии. Стенки желудка эластичные, контуры ровные, четкие. Смещаемость и эвакуация не нарушены. Луковица и подкова двенадцати-