

ния санитарно-гигиенических знаний стали университеты и школы здоровья, организованные в 11 городах и районах.

В санитарно-просветительной работе все больший удельный вес занимают проблемы профилактики острых инфекционных заболеваний. Так, за 1960 г. этой проблеме посвящено 48% всех лекций, прочитанных на медицинские темы.

Улучшилась санитарно-просветительная работа в Казани, Лениногорске, Балталинском, Елабужском, Мамадышском и некоторых других районах.

Задачей медицинских работников следует считать повышение целеустремленности, яркости и доходчивости всех форм санитарной пропаганды.

В организации и проведении санитарно-просветительной работы и оздоровительных мероприятий большую помощь оказывает органам здравоохранения общественный санитарный актив: члены общества Красного Креста, общественные санитарные уполномоченные, постоянные комиссии местных Советов депутатов трудящихся, советы содействия при лечебно-профилактических и детских учреждениях.

В 1960 г. в республике из членов общества Красного Креста подготовлено 16 938 санитарных уполномоченных. В деле использования санитарного актива в борьбе за ликвидацию инфекционных болезней имеются особенно широкие возможности, так как эта работа связана с соблюдением личной гигиены, гигиены жилья, санитарных правил в пищевых и торговых объектах, с благоустройством и оздоровлением населенных пунктов в целом.

Все это обязывает нас более целеустремленно использовать 277-тысячную армию членов общества Красного Креста нашей республики.

Затронутые нами стороны борьбы за ликвидацию инфекционной заболеваемости населения не исчерпывают всего комплекса мероприятий, связанных с этой проблемой. В данной статье мы считали необходимым критически проанализировать проводимую работу и раскрыть некоторые резервные возможности и задачи медицинских работников в усилении борьбы за ликвидацию и снижение инфекционной заболеваемости населения Татарии.

Необходимо подчеркнуть, что борьба за ликвидацию инфекций — не узковедомственная задача, и ее успешное решение возможно только при разработке и осуществлении комплекса мероприятий органов здравоохранения совместно с органами коммунального хозяйства, сельского хозяйства, ветеринарной службы, органами народного образования, а также предприятиями, колхозами и совхозами.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

РОЛЬ АНАМНЕЗА В РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ АНГИН

Проф. Н. Н. Лозанов (Казань)

Хотя большое значение анамнеза в распознавании и лечении ангины и их осложнений общеизвестно, однако особенности анамнестических данных при различных формах этих заболеваний и возможности практического использования этих особенностей для выяснения отдельных сторон патогенеза, реактивности организма и индивидуализации назначаемого лечения до настоящего времени мало изучены.

Причины этого кроются, по-видимому, в трудностях объективной оценки анамнеза врачом вообще. К тому же в связи с быстрым ростом и детализацией заключения диагностических специальных кабинетов и лабораторий (рентгеновских, биохимических, электрофизиологических, аудиологических и функциональной диагностики), многие врачи, особенно молодые, склонны видеть в подробном индивидуализированном изучении анамнеза устаревший из-за своей субъективности прием, подлежащий в скором будущем вытеснению более точными методами, порождаемыми развитием техники. Укреплению таких ошибочных взглядов и настроений способствует, в частности, и увлечение перспективами будущего использования кибернетических быстродействующих машин для диагностики.

Возникающая в связи с этим переоценка роли техники в диагностической работе некоторых врачей и связанная с этим опасность недооценки индивидуализированного подхода к больному с тщательным изучением анамнеза уже неоднократно служили поводом для специальных высказываний. В основе их лежат предостережения против опасности «технизма» во врачебном мышлении и отстаивание индивидуализированного подхода к постановке диагноза и лечению, при котором технике отводится важная, но вспомогательная роль, в то время как решающая — принадлежит высокому уровню медицинского мышления врача (И. В. Давыдовский, А. М. Сигал, В. И. Катеров).

Следует отметить, что такого рода высказывания в полной мере применимы и к ангине и особенно к ее осложнениям как заболеваниям сложного патогенеза, включающего, наряду с инфекцией, и аллергические факторы (Б. С. Преображенский, В. К. Трутнев, П. П. Сахаров), и трофические нарушения и рефлекторные воздействия с самих миндалин на отдельные органы (В. Г. Ермолаев, Б. М. Саголович), и вазомоторные воздействия с отдаленных рефлексогенных зон на миндалины (В. Ф. Ундриц, Р. А. Засосов с сотр., И. А. Лопотко с сотр.).

Трудность и даже невозможность выявления и объективной оценки роли этих патогенетических факторов побуждает использовать их отражение в анамнезе для реализации патогенетических принципов лечения и профилактики ангин и различных тонзиллогенных осложнений.

В этих целях анамнез при ангилах должен быть особенно расширен в сторону характеристики бытовых и производственных условий, имевших место до заболевания ангиной. Особое значение имеют условия, связанные с возможным в прошлом острым или хроническим воздействием ионизирующей радиации или интоксикации организма как факторов, ведущих к снижению иммунитета, предрасполагающих к лейкопении и тем способствующих развитию ангины и хронического тонзиллита. При сборе анамнеза следует иметь в виду возможность радиационных и токсических хронических воздействий не только на производстве, с которым был связан данный б-ной, но и под влиянием полученного им когда-либо в прошлом рентгено- или радиооблучения или длительных приемов медикаментов, снижающих лейкопоз (антибиотики, сульфаниламиды, анилиновые препараты и пр.). Следует отметить, что сбор анамнеза в этом направлении требует от врача большого опыта и осторожности в постановке вопросов, чтобы избежать психической травмы и каких-либо волнений больного от воспоминаний о прошлом.

Как показывают клинические наблюдения, направление сбора анамнеза должно быть различным при разных формах ангин. Так, при острых воспалениях лимфоидного аппарата глотки, когда неотложной задачей является дифференцирование вульгарной гнойной инфекции от дифтерии, кори, скарлатины или гриппа, сбор анамнеза и его анализ должны иметь эпидемиологическую направленность. Соответственно этому в таких случаях следует задавать вопросы больно-

му и его близким о возможном контакте с заведомо заразными больными, с учетом сроков инкубации, о ранее произведенных прививках, о посещении мест скопления людей в закрытых помещениях и пр.

При отсутствии указаний на какую-либо из высоко контагиозных инфекций, когда и анамнез, и клиническая картина подтверждают признание острой гноеродной вульгарной ангины, меняется и направление в собирании анамнеза. Здесь анамнез должен быть обращен в сторону выяснения — является ли данная ангина первичной или же повторной. В последнем случае анамнез может помочь выяснению ее связи с предшествующими ангинозными заболеваниями. В таком случае анамнез побуждает направить диагностическую мысль в сторону хронического тонзиллита, требующего уже иного подхода и к лечению, и к профилактике возможных его осложнений. В таком случае анамнез должен быть углублен в сторону установления времени первичного заболевания ангиной, частоты и периодичности возникновения повторных ангин или каких-либо их симптомов и связи их с проявлениями какой-либо патологии сердца, суставов (боли!) или других органов. При этом анамнез может быть полезным для выяснения патогенетических моментов, провоцирующих ангины, напр., общих и местных охлаждений, промачивания ног или охлаждения горла (мороженое, холодные напитки и пр.). При этом важно бывает направить собирание анамнеза и на выяснение возможной роли аллергических факторов в возникновении и самой ангины и связанных с ней заболеваний. Об этом могут свидетельствовать анамнестические указания на повторное возникновение болей в горле, в суставах или сердце после приема в пищу одних и тех же продуктов питания, например, меда, однородных белковых веществ (яйца), использования каких-либо антибиотиков (например, пеницилина), особенно при пероральном их введении. Все это позволяет выявить сенсibilизацию организма к этим веществам и должно побуждать врача к применению мер и средств ограждения от аллергических реакций.

Особенно велика роль анамнеза при распознавании тех форм хронического тонзиллита, которые протекают при отсутствии обострений и, в первую очередь, характерных объективных признаков воспаления самих миндалин. В таких случаях лишь подробное изучение анамнеза, раскрывающее ранее перенесенную ангину и, в особенности, повторное ее возникновение в прошлом, позволяет прийти к диагнозу хронического тонзиллита.

Не менее значительна роль анамнеза и в выявлении ангинозных осложнений. Особенно это относится к тем осложнениям, которые не имеют характерных симптомов для доказательства их тонзиллогенной природы, к каким, в первую очередь, относится тонзиллогенная интоксикация. При отсутствии выраженных объективных признаков тонзиллита только анамнез может раскрыть связь такой интоксикации с перенесенной ангиной, что весьма важно для правильного распознавания и лечения.

Однако при большой ценности анамнестических данных для распознавания и правильного лечения ангин следует иметь в виду, что при собирании и анализе анамнестических данных могут возникнуть затруднения, а нередко и ошибки (Б. С. Преображенский). Причины и условия возникновения таких ошибок различны. Важнейшей из них является неправильная передача симптоматики перенесенных горловых заболеваний самими больными. В понятие ангины больными часто включаются совершенно другие воспалительные горловые заболевания: различные формы фарингитов, ларингитов и даже трахеиты, поскольку они сопровождаются болевыми ощущениями в горле. Так же под названием ангин часто в анамнезе фигурируют и разного рода нарушения чувствительности глотки («першение», царапание, ощущение посторон-

него предмета), в основе которых могут лежать не только воспалительные процессы, но и нарушения со стороны нервной системы или секреции слизистой оболочки. В практике приходится наблюдать, как неприятные ощущения в виде колотья в горле, доходящего до резкой боли в глотке при одной лишь ее сухости, истолковываются как ангина, в связи с чем больные принимают даже сульфаниламиды и антибиотики на основании одних лишь субъективных ощущений. Такие случаи побуждают при оценке анамнестических указаний на частые ангины иметь в виду возможность преувеличения их частоты и даже полную необоснованность упоминаний об ангинах в анамнезе.

Нельзя не отметить, что причины такого рода ошибочного изложения анамнеза кроются не только в слабой осведомленности больных. К сожалению, иногда и врачи, не имеющие необходимой подготовки, видя больных с фарингитом, гриппом или сезонным катаром верхних дыхательных путей, ошибочно называют такое заболевание ангиной, чем и дают повод больному считать себя перенесшим ангину. Следствием является неправильное упоминание в анамнезе больного об ангине, иногда даже «подтверждаемой» ранее выданной справкой или записью в каком-либо медицинском документе.

Но возможны и прямо противоположные ошибки, когда ангины остаются не распознанными и не отмеченными в анамнезе, так как протекают при малохарактерных местных симптомах. Это возможно при атипическом течении ангин, вследствие гипозергической реактивности организма, чему способствуют проведенные прививки, лечение сульфаниламидами или антибиотиками, проводившееся еще до ангины по другому поводу, иногда необоснованному. Малосимптомность ангины возможна и при сочетании ангины с другими заболеваниями, например, сезонным катаром дыхательных путей, ревматизмом или желудочно-кишечными заболеваниями. Большую роль в малосимптомности и затруднениях при распознавании ангин приобретает назначение антибиотиков и сульфаниламидов в профилактических целях, например, при малейших недомоганиях после простудных воздействий еще до установления диагноза. Следствием бывает то, что симптомы ангин не успевают проявиться и из-за этого могут остаться нераспознанными, хотя патогенетическое значение и таких ангин в развитии их осложнений остается действенным. Это может приводить к затруднениям при собирании и анализировании анамнестических данных и неправильному истолкованию анамнеза, иногда с тяжелыми для больного последствиями.

ВЫВОДЫ

1. Поскольку ангина и хронический тонзиллит представляют собой патогенетически сложные заболевания, симптомы которых индивидуально меняются в зависимости от многих внутренних и внешних факторов,—правильное собирание и анализирование анамнеза при ангинах представляется весьма важным дополнением, а иногда даже и решающим элементом при их распознавании и выборе лечения.

2. В современных условиях собирание и анализирование анамнеза при ангинах следует осуществлять с учетом сдвигов в их симптоматике и течении под влиянием сенсibilизации, применения антибиотиков, сульфаниламидов и пр., так как это приобретает важное практическое значение для сокращения ошибок в диагностике, лечении и профилактике не только ангин, но и их осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. Газ. «Известия», 4/1 1961.—2. Ермолаев В. Г. и Борщевская Е. А. Вестн. ото-рино-ларинг., 1952, 6.—3. Катеров В. И. Введение во врачебно-клинич. практику. Казань, 1960.—4. Лопотко И. А. и

К ВОПРОСУ О ВОЗНИКНОВЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ

А. М. Марголин, Н. А. Анисимова

Ленинградский научно-исследовательский институт антибиотиков
(директор — доц. А. В. Логинов)

Проблема хронических пневмоний является весьма сложной и неразрешенной. Лишь в последнее время имеются попытки дать клиническую характеристику данного заболевания. И. В. Давыдовский определяет хроническую пневмонию как сборное понятие, в которое «входят все хронические неспецифические легочные процессы, сопровождающиеся рецидивами воспалений легочной ткани и бронхов».

Все отмечают резкое снижение смертности от пневмоний в остром периоде. Однако с каждым годом увеличивается число заболеваний, не поддающихся лечению антибиотиками, затянувшихся процессов и переходов в хроническую форму (М. С. Маслов, К. Г. Никулин, А. М. Марголин и др.). Это связывают с целым рядом причин.

По материалам М. И. Хвильвицкой, значительный процент лиц, страдающих хроническими пневмониями — пневмосклерозами, в прошлом подвергались длительному охлаждению, вследствие чего возникли заболевания дыхательных органов, перешедших в хроническую форму.

А. М. Чернух, В. Н. Соловьев, П. Н. Александров при изучении особенностей экспериментальной терапии инфекционного воспаления антибиотиками наблюдали значительное стимулирование пролиферации соединительной ткани при применении определенных дозировок. В. И. Стручков, А. М. Маршак отмечают, что широкое применение антибиотиков «приводит не только к уменьшению воспалительных явлений в легочной ткани, но и к развитию в ней склеротического процесса».

Ряд педиатров (М. С. Маслов, Ю. Ф. Домбровская, К. Ф. Соколова и Л. М. Срибнер) объясняют увеличение количества хронических заболеваний у детей тем, что при антибиотической терапии, несмотря на быстрое стихание острых клинических явлений, не происходит полной ликвидации воспалительных изменений в легких, из которых возникают новые обострения процесса, принимающего в дальнейшем хроническое течение.

Многие исследователи придают большое значение реактивности организма (Н. С. Молчанов, Ю. Ф. Домбровская и др.).

Следует подчеркнуть, что вопрос о хронических пневмониях тесно переплетается с проблемой пневмосклерозов, так как это заболевание расценивается некоторыми авторами как фаза склеротического процесса в легких (В. А. Чуканов).

По нашим клиническим наблюдениям, в основе пневмосклероза лежат различные процессы. Их можно разделить на две группы: одна из них может быть принципиально уподоблена возрастному склеротическому процессу; в другую группу входят пневмосклерозы как результат развития соединительной ткани вследствие воспалительного процесса в органах дыхания.

Мы наблюдали 110 больных, страдавших хронической пневмонией; из них мужчин было 82, женщин 28; 90 больных были в возрасте от 20 до 60 лет. Связывают начало своего заболевания с острыми воспали-