

шое значение имеет изучение состояния кишки не только в зоне поражения, но и в соседних участках. Постепенное сужение просвета кишки, большая протяженность поражения, сохранение эластичности или невыраженная ригидность стенок в зоне поражения, зазубренность гаустр или наличие дивертикулов в соседних с зоной поражения участках кишки, поперечная перестройка рельефа слизистой оболочки указывают на осложненную форму ДБТК. Меньшая протяженность зоны сужения, уступообразный переход к нормальному просвету кишки, ригидность стенок пораженного участка и разрушение складок слизистой оболочки, отсутствие изменений в соседних отделах кишки свидетельствуют об опухолевом поражении. Дифференциальная диагностика облегчается применением метода двойного контрастирования. Весьма эффективна в этих случаях методика искусственной гипотонии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авдонин С. И. В кн.: Современные аспекты клинической рентгенодиагностики. Тр. каф. рентгенол. Казанского ГИДУВа. Л., 1977.
2. Гавриленко Я. В. и др. В кн.: Тез. симпозиума по проктологии «Дивертикулез толстой кишки и его осложнения». Саратов, 1979.
3. Газетов Б. М., Жерихова И. Д. Хирургия, 1972, 5.
4. Галахов Б. Б. В кн.: Тез. симпозиума по проктологии «Дивертикулез толстой кишки и его осложнения». Саратов, 1979.
5. Левитан М. Х. и др. Там же.
6. Петров В. П. и др. Там же.
7. Hughes L. E. Gut, 1969, 10, 5.

Получила 24 сентября 1981 г.

УДК 616.53—002.25—08

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

*В. Н. Андреева*

*Кафедра дерматовенерологии*

*(зав. — проф. В. П. Сергеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Дано патогенетическое обоснование эффективности включения препарата цинка в комплекс лечения вульгарных угрей. Приведена оригинальная методика объективной оценки тяжести кожных проявлений процесса на этапах лечения. На материалах обследования и лечения 34 больных вульгарными угрями доказано исходное изменение показателей активности клеточной щелочной фосфатазы, стабилизирующееся в ходе лечения. Включение в комплекс терапии препарата сульфата цинка в дозе 110—220 мг способствовало быстрому исчезновению воспалительных явлений, прогрессивному снижению индекса тяжести кожных проявлений и улучшению ближайших результатов терапии.

**Ключевые слова:** вульгарные угри, цинк, патогенетическая терапия.

**Библиография:** 18 названий.

Заболевания себорей и вульгарными угрями встречаются у лиц молодого возраста довольно часто. Ряд авторов [13, 17] описали стойкий клинический эффект от применения цинка у больных вульгарными угрями. Установлено [11, 12, 18], что дефицит цинка в организме стабильно сопровождается проявлениями иммунной недостаточности. В работах Э. Н. Солошенко, П. Ф. Петрунина (1977), Райка (1977) подчеркивается снижение иммунных свойств организма при абсцедирующих и конглобатных угрях. Устранение дефицита цинка способствует повышению функции макрофагов, моноцитов, гранулоцитов и стимулирует иммунологическую активность организма.

Известно, что возникновение вульгарных угрей происходит на фоне повышенной функции сальных желез [6], причем любые процедуры, уменьшающие секрецию сала, способствуют редукции угрей [8]. В условиях дефицита цинка секреция сала значительно возрастает. Нормализация уровня цинка влечет за собою уменьшение избыточного салоотделения [9, 10]. Выявлена прямая корреляция между содержанием цинка и уровнем витамина А [16]. Дефицит цинка нарушает окислительно-восстановительные процессы, что замедляет заживление ран, язв, кожных повреждений [7]. Стабилизация баланса цинка в организме положительно влияет на редукцию воспалительных явлений при вульгарных угрях. Установлена связь вульгарных угрей с состоянием симпатико-адреналовой системы организма [1, 5]. Доказана гипофизарная регуляция обмена цинка [2].

Нами предпринята попытка разработать и обосновать схему комплексного патогенетического лечения вульгарных угрей на основании материалов направленного специального обследования 34 больных с различными формами вульгарных угрей. Для объективизации оценки тяжести кожных проявлений нами модифицировано предложение Михаэльсона и соавт. (1977) о балльной оценке тяжести процесса. Мы пользуемся следующей системой балльных оценок: комедоны—0,5 балла каждый, пиг-

ментированные рубчики — 0,5 балла, папулы — 2, пустулы — 3, инфильтраты — 4, абсцедирующие угри — 5 баллов каждый элемент.

Все больные с учетом приведенной выше системы разделены на 3 группы. 1-я группа включала 3 больных с индексом тяжести заболевания до 100 баллов, 2-я — 14 больных с индексом тяжести кожных проявлений от 101 до 200 баллов, 3-я — 17 больных с индексом более 201 балла.

Клинические проявления у больных 1-й группы характеризовались единичными пустулами на фоне шелушащейся кожи, небольшим количеством папул, почти всегда присутствием комедонов. У больных 2-й группы имелись сливные папулы (инфильтраты), большее число пустул, обилие папул, иногда абсцедирующие угри. У больных 3-й группы на фоне жирной кожи наблюдались множественные папулы, пустулы, инфильтраты, абсцедирующие угри.

Общие анализы крови и мочи не выявили существенных отклонений от нормы. Вместе с тем обнаружены значительные различия в исходных показателях активности клеточной щелочной фосфатазы в зависимости от тяжести заболевания. Если в 3-й группе проявлялась тенденция к повышению активности щелочной фосфатазы (диапазон показателей от 79 до 147 при условной норме 30), что можно связать с наличием бактериальной инфекции, то у больных 1—2-й групп отмечено снижение активности этого фермента (диапазон показателей от 9 до 28). Учитывая, что цинк является металлокомпонентом щелочной фосфатазы [3], логично отнести снижение ее активности за счет дефицита цинка. Это подтверждается стабильной нормализацией показателей активности щелочной фосфатазы у этих больных в ходе терапии препаратами цинка.

Все находившиеся под нашим наблюдением больные прежде безуспешно длительно лечились по поводу вульгарных угрей различными методами (антибиотиками, витаминами, местное лечение). Исходя из сообщений Михаэльсона (1977) и Орриса (1978), мы включили в комплекс лечения сульфат цинка по 110—220 мг 3 раза в день. Кроме того, больным назначали витамин А, Е, наружную терапию, включавшую эстрогенные препараты. Препараты цинка больные принимали в течение 2 мес с последующим месячным перерывом, по достижении клинического улучшения им периодически назначали поддерживающие дозы сульфата цинка. Больные были под нашим наблюдением в течение 2—8 мес, являясь на прием раз в неделю. Еженедельно в динамике мы определяли индекс тяжести процесса по указанной выше методике, активность клеточной щелочной фосфатазы, делали общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови.

У всех больных уже через 7 дней лечения отмечено объективное улучшение, выражавшееся в стихании или исчезновении воспалительных явлений, уменьшении числа пустул и инфильтратов; индекс тяжести кожных проявлений снижался на 30—120 ед. В дальнейшем наблюдалось исчезновение избыточного салоотделения, очищение кожи, уменьшение числа папул, пустул, абсцедирующих угрей. У одной больной отмечено кратковременное ухудшение, совпавшее с менструацией, но в дальнейшем получен хороший результат.

Косвенным показателем рациональности включения в комплекс терапии препаратов цинка является тот факт, что у двух больных, прервавших прием цинка, отмечено появление новых элементов. Возобновление терапии привело к заметному улучшению. Ни у одного больного не отмечено каких-либо побочных явлений.

Динамика средних показателей индекса тяжести кожных проявлений вульгарных угрей характеризуется следующими цифрами: исходный индекс — 232, через неделю комплексной терапии — 153, в конце второй недели — 140, затем соответственно — 131, 112, 95, 78. Параллельно с уменьшением индекса тяжести кожных проявлений приходили к норме показатели активности клеточной щелочной фосфатазы, что можно связать с нормализацией цинкового баланса, уменьшением и исчезновением воспалительных явлений.

## ВЫВОДЫ

1. Предлагаемая методика определения тяжести поражения кожи вульгарными угрями дает возможность объективно оценивать состояние и динамику патологического процесса на этапах лечения.

2. У больных вульгарными угрями отмечают исходные нарушения активности клеточной щелочной фосфатазы, направленность которых зависит, по-видимому, от степени выраженности воспалительного процесса.

3. Включение в комплексную терапию вульгарных угрей препаратов цинка положительно сказывается на непосредственных клинических результатах лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Залем З. Я. Вестн. дерматол., 1968, 7. — 2. Ковтуняк Н. А., Ярмольчук Г. М. Научн. докл. высш. шк. Биол. науки, М., 1975, 1. — 3. Леонов В. А., Дубина Т. Л. Цинк в организме человека и животных. Минск, 1971. — 4. Солощенко Э. Н., Петрунин П. Ф. Вестн. дерматол., 1977, 4. — 5. Фракун В. Б. Врач. дело, 1966, 7; 1972, 6. — 6. Beveridge G. W. Practitioner, 1970, 204, 1223. — 7. Carruthers R. Healing. Drugs, 1973, 6, 3—4. — 8. Cunliffe W. J., Chus-

ter S Lancot, 1969, 1, 7597. — 9. Demettris P. N. Ibid., 1972, 2, 1261. — 10. Coalamali S. K., Comaish G. Ind J. Derm., 1975, 14, 3. — 11. Frost P., Chen J., Rabbani J. a. o. In Linc Metabolism, 1977. — 12. Kirchner H., Rühle R. Lancet, 1973, 1, 1317. — 13. Michaelsson G., Juhlin L., Vahlguist A. Arch. Dermatol., 1977, 113, 1. — 14. Orris L., Shalita A. R., Sibulkin D. a. o. Ibid., 1978, 114, 7. — 15. Raika G. Acta derm. vener., 1977, 57, 2. — 16. Smith J., Brown E., Cassiby W. In: Linc metabolism, 1977. — 17. Taylor M., King J. C., Tamura T. a. o. Arch. Dermatol., 1978, 114, 7. — 18. Weston W., Huff C. Ibid., 1977, 113, 422.

Поступила 8 октября 1980 г.

УДК 618.3—06:616.12—08:615.84

## ИСХОД РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА, ПОЛУЧАВШИХ ЭЛЕКТРОСОН

Л. К. Курицына, З. Ш. Гилязутдинова, Р. М. Минибаева,  
С. С. Мустафина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2  
(зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

**Реферат.** У беременных с патологией сердечно-сосудистой системы, получавших комплексную патогенетическую терапию с включением электросона, реже наблюдались несвоевременное отхождение околоплодных вод, кровотечение в раннем послеродовом периоде, меньшей была кровопотеря в родах и продолжительность родов, лучшим было состояние новорожденных, более благоприятно протекал послеродовой период.

**Ключевые слова:** мать, плод, сердечно-сосудистая патология, электросон. 3 таблицы. Библиография: 5 названий.

Нами проведено изучение исхода родов для матери и плода у 84 беременных с патологией сердца, получавших комплексную терапию с включением электросона или (при отсутствии нарушений гемодинамики) лечение только электросном. Сеансы электросона мы проводили в обычной палате с 10 до 12 ч дня.

У 42 из 84 больных к моменту родов определялась сердечная патология без клинически выраженных нарушений кровообращения (1-я гр.); у 35 — с декомпенсацией I—IIA стадии (2-я гр.), причем благодаря дородовой терапии у 31 была достигнута полная коррекция гемодинамики к родам и у 4 частичная; у остальных 7 установлена функциональная кардиопатия (3-я гр.).

Для сравнения изучены исходы родов у 20 больных женщин без клинически выраженных нарушений кровообращения, поступивших в стационар в родах и не получавших дородовую терапию. Данные о течении родов у обследованных групп женщин представлены в табл. 1.

У 82 больных, леченных электросном, беременность закончилась самопроизвольными родами и у 2 (2,4%) — кесаревым сечением по акушерским показаниям (к моменту родов у одной из них была достигнута полная коррекция гемодинамики, а у другой — частичная).

Таблица 1

Течение родов у различных групп рожениц

| Группы рожениц        | Число женщин | Самостоятельное роторазрешение | Частота осложнений в родах                  |     |                    |      |                               |      |                                  |     |  |     |                           |      |  |  |
|-----------------------|--------------|--------------------------------|---|-----|--------------------|------|-------------------------------|------|----------------------------------|-----|--|-----|---------------------------|------|--|--|
|                       |              |                                | преждевременное отхождение околоплодных вод |     | стремительные роды |      | слабость родовой деятельности |      | угроза внутривульварной асфиксии |     | кровотечение в раннем послеродовом периоде |     | оперативные вмешательства |      |  |  |
|                       |              |                                | абс. число                                  | %   | абс. число         | %    | абс. число                    | %    | абс. число                       | %   | абс. число                                 | %   | абс. число                | %    |  |  |
| 1-я . . . . .         | 42           | 42                             | 1   | 2,4 | 2                  | 4,8  |                               |      |                                  |     |  |     |                           |      |  |  |
| 2-я . . . . .         | 35           | 33                             | 3   | 8,6 | 5                  | 14,3 |                               |      | 2                                | 5,7 | 2  | 5,7 | 4                         | 11,4 |  |  |
| 3-я . . . . .         | 7            | 7                              |   |     |                    |      | 1                             | 14,3 |                                  |     |  |     | 1                         | 14,3 |  |  |
| Контрольная . . . . . | 20           | 20                             | 6   | 30  |                    |      | 2                             | 10   | 2                                | 10  | 2  | 10  | 3                         | 15   |  |  |