

также отражающие состояние резистентности организма. Повышенные показатели роста микроорганизмов на кровяном агаре у 77,0% рабочих и в отпечатках на среде Коростелева с наличием до 7—9% гемолитических штаммов у 69,2% обследованных свидетельствуют о низкой антимикробной сопротивляемости организма у большинства из них. Низкую резистентность организма к влиянию чужеродных факторов доказывает также уменьшение содержания сывороточного лизоцима у каждого четвертого обследованного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Бондарева Г. Ц., Читаева В. Г. В кн.: Экспериментальная и клиническая аллергология и иммунология. Чебоксары, 1980.— 2. Алексеева О. Г., Дуева Л. А. Аллергия к промышленным химическим соединениям. М., Медицина, 1976.— 3. Русаков Н. В., Русакова Е. В. В кн.: Факторы естественного иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях. Челябинск, 1979.

Поступила 28 декабря 1982 г.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.16—005.6—08—039.71

### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ВАЗОПАТИЯМИ

С. А. Бобылев

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР проф. В. А. Германов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова*

В Куйбышевском гематологическом центре, осуществляющем консультационную поликлиническую специализированную гемостазиологическую помощь, при первичном осмотре больного с явлениями кровоточивости при постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики руководствуются классификацией геморрагических вазопатий, в которой выделяются следующие классы: метапластические, инфекционные, иммунопатологические, дистрофические, диспластические, неврогенные.

Диспансерное наблюдение за такими больными проводили путем активного выявления при профосмотрах, по текущей обращаемости, в период стационарного лечения. За последние 5 лет на стационарном или амбулаторном лечении находилось 140 больных геморрагическим васкулитом (51 мужчина и 89 женщин). Возраст больных колебался от 16 до 74 лет, большинство (122) было в возрасте 20—50 лет.

Наблюдения показали, что геморрагический васкулит чаще развивался после перенесенного острого инфекционного заболевания или при наличии в организме хронических очагов инфекций.

Мы наблюдали больных с тяжелыми формами геморрагического васкулита, возникшего на фоне тяжелой стафилококковой пневмонии, хронической пневмонии с бронхоэктазами, при хронических холециститах, гайморитах, гнойных отитах и маститах.

При диспансерном наблюдении за больными геморрагическим васкулитом мы выделяем группу больных пожилого возраста (50—74 года), поскольку именно у них геморрагический васкулит является причиной большого числа ошибочных диагнозов и требует особенно внимательного отношения к диагностике со стороны врача. Наряду с наличием очаговой инфекции как причины геморрагического васкулита в пожилом возрасте следует иметь в виду злокачественные новообразования, инфаркт миокарда и чаще встречающиеся тяжелые формы хронической пневмонии.

Опыт диспансерного наблюдения за больными геморрагическим васкулитом показывает, что очень большая роль в профилактике возникновения или прогрессирования заболевания принадлежит участковым и цеховым врачам, врачам медико-санитарных частей, с которыми в первую очередь встречаются больные. Для диагностики этого заболевания (в отличие от тромбоцитозов, коагулопатий, лейкозов) не требу-

ется специализированная лаборатория с особым оборудованием и специально подобранными кадрами лаборантов. Диагностика геморрагического васкулита осуществляется клинически с учетом факторов, способных вызвать его у больных, и клинических признаков, проявляющихся характерным симметричным расположением сыпи на конечностях, которая может быть менее выраженной и располагаться на других участках тела. Кроме того, в патогенезе данного заболевания несомненную роль играют поражения почек, суставов, органов брюшной полости, иногда сердца.

Настораживает отношение некоторых врачей к больным с легкими формами геморрагического васкулита, у которых единственным проявлением заболевания бывают кожные петехиальные геморрагии. Врачи не всегда объясняют таким больным необходимость выполнения постельного режима в остром периоде, не выясняют причины возникновения геморрагического васкулита. Этим нарушается один из основных принципов профилактического направления, заключающийся в выявлении заболевания в возможно ранней стадии, следовательно, в более легкой форме и в предупреждении его прогрессирования. При геморрагическом васкулите соблюдение данного принципа чрезвычайно важно, так как очень часто заболевание, возникая как кожная форма, при последующих обострениях проявляется абдоминальным, почечным, суставным синдромами.

Лицам, переболевшим геморрагическим васкулитом, противопоказана работа, связанная с переохлаждением и длительным пребыванием на солнце, в сыром помещении, на сквозняках. Больным геморрагическим васкулитом лекарственно-аллергического генеза нельзя работать в аптеках и в других учреждениях в контакте с лекарственными препаратами. Профилактические прививки им также противопоказаны. При наличии хронических очагов инфекции их необходимо санировать в «холодный» период геморрагического васкулита. При обострении процесса больных следует госпитализировать.

При заболевании гриппом, респираторными и другими острыми инфекционными заболеваниями, но при отсутствии симптомов обострения геморрагического васкулита рекомендуется наряду с терапией основного процесса проводить профилактическое лечение антигистаминными препаратами, рутином, аскорбиновой кислотой, глюконатом кальция. В период ослабления явлений болезни профилактический контроль лучше всего осуществлять весной и осенью. В течение месяца следует принимать настой шиповника, крапивы, тысячелистника, плоды черной смородины. Отдельные больные геморрагическим васкулитом в связи с непрерывно рецидивирующим течением процесса или в результате тяжелого поражения почек и нарушения их функции становятся нетрудоспособными. В таких случаях необходима активная диспансеризация, которая может задержать прогрессирование болезни и продлить жизнь больному.

Обязательному диспансерному наблюдению у гематолога подлежат больные с геморрагическим ангиоматозом, относящиеся к врожденной патологии сосудистой стенки. Эта аномалия сосудов, встречающаяся в нескольких поколениях одной семьи, характеризуется повторными длительными кровотечениями из расширенных сосудов (телеангиэктазии). Мы наблюдали 11 мужчин и 21 женщину в возрасте от 16 до 75 лет, основной жалобой которых были длительные повторные кровотечения различной локализации. Наиболее частым местом кровотечений были слизистая оболочка полости рта, губ, носа. При диспансеризации таких больных мы всегда обращали внимание на степень и длительность существования постгеморрагической анемии, поскольку именно она является причиной развития дистрофии внутренних органов и даже инвалидизации (3 наблюдения). Амбулаторное лечение включало назначение препаратов железа и средств, укрепляющих сосудистую стенку. Стационарное лечение было направлено на купирование кровотечений и коррекцию анемии. Важную роль при решении вопросов социальной адаптации играли также проблемы трудоустройства больных.

В целом, больные геморрагическим васкулитом при диспансерном наблюдении и амбулаторном лечении сохраняют трудоспособность в 90% случаев. Для предупреждения инвалидизации необходима санация очагов инфекции во время ремиссии и активное стационарное лечение при рецидивах заболевания.

Поступила 17 мая 1983 г.