

большой величины или с ее прогрессирующим ростом. Лишь у 11 больных до операции предполагалось сочетание миомы матки с внутренним эндометриозом. Надвлагалищная ампутация матки без придатков выполнена у 30 больных, с удалением придатков — у 38, экстирпация матки без придатков — у 15, с удалением придатков — у 34, пангистерэктомия — у 6. Гистологическое исследование макропрепаратов показало, что у 11 из 94 женщин был эндометриоз III степени, у остальных — I и II степени.

Следует особо отметить частоту поражения яичников при внутреннем эндометриозе. У 63 (55,7%) из 113 женщин констатированы ретенционные, фолликулярные, параовариальные кисты и кисты желтого тела (у 29), эндометриоз яичников (у 16), папиллярный рак яичника (у 1). У 17 пациенток выявлены истинные опухоли яичников (эпителиальные, дермоидная киста, фиброма).

У 53 больных гистологически установлены гиперплазия, эндометриозидные и железисто-фиброзные полипы эндометрия, а также отмечалось повышение митотической активности эпителия. У одной женщины была обнаружена лейкомиосаркома. Изменения наблюдались и в фаллопиевых трубах: воспалительный процесс — у 20 женщин, гиперплазия слизистой трубы — у 1, эндометриоз труб — у 2.

Из 55 больных, перенесших экстирпацию матки, у 24 (43,8%) женщин в цервикальном канале были выявлены ретенционные кисты (у 15), плоскоклеточная эндодеривикальная метаплазия (у 6), полип (у 3).

При анализе историй болезни у 28 больных констатирован рак цервикального канала в сочетании с внутренним эндометриозом.

Согласно результатам наших исследований, внутренний эндометриоз матки обусловлен глубокими нарушениями важнейших функций всего организма. Этот вывод подтверждается частым сочетанием эндометриоза с миомой матки, патологическими процессами в эндометрии, экзо- и эндоцервиксе с опухолями яичников, вплоть до развития злокачественных новообразований. Следовательно, больные с внутренним эндометриозом нуждаются в особом внимании врачей в связи с возможным развитием злокачественных новообразований. Своевременная диагностика эндокринных нарушений и коррекция выявленных патологических процессов способствуют действенной профилактике гиперпластических процессов гениталий.

УДК 616.127—005.8—08:362.78

С. Г. Исхакова, Г. Б. Ахмедова (Васильево, ТАССР). Отдаленные результаты санаторного лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда

Восстановление трудоспособности больных после острого инфаркта миокарда является актуальной проблемой современной кардиологии.

В 1979 г. на базе санатория «Васильевский» было организовано отделение реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Анкетным методом нами был проведен анализ эффективности восстановительного лечения больных по отдаленным результатам за три года (1979—1981). Было разослано 800 анкет. Целью исследования являлось выяснение состояния больного, продолжительности нетрудоспособности в период болезни (стационар, санаторий, поликлиника), трудоспособности в настоящее время, а также вопросов о том, является ли больной инвалидом, продолжает ли лечение в условиях диспансерного наблюдения, каков объем его двигательной активности. В этом исследовании приняли участие 526 (65,7%) человек, которые ответили на все вопросы.

Крупноочаговый инфаркт перенесли 380 (72,2%) больных, из них 110 (28,9%) — трансмуральный, 144 (37,9%) — с осложненным течением. Мелкоочаговый инфаркт миокарда констатирован у 146 (27,8%) больных, из них у 76 (52%) — с осложненным течением.

В число осложнений включены нарушения ритма и проводимости в остром периоде — частые желудочковые экстрасистолы, фибрилляции желудочков, атриовентрикулярная блокада II степени, 2-пучковая блокада левой ножки пучка Гиса, сердечная недостаточность II—III степени, гипертоническая болезнь II—III степени, сахарный диабет средней и тяжелой степени, повторные инфаркты миокарда.

Среди обследованных было 466 (88,6%) мужчин, 60 (11,4%) женщин. Возраст больных колебался от 28 до 70 лет. У мужчин 51—60 лет констатирована самая высокая заболеваемость (51,5%), у женщин 46—54 лет и старше 55 лет она равнялась соответственно 48,3% и 41,6%. Отдаленные результаты лечения представлены в таблице.

174 (33,1%) больных из числа всех анкетированных прекратили свою трудовую деятельность. Из них 104 (19,7%) — по инвалидности, 50 (9,5%) оформили пенсию по старости, 20 (3,8%) умерли.

При изучении эффективности лечения в зависимости от степени поражения сердечной мышцы было выявлено, что после крупноочагового инфаркта миокарда больных, вернувшихся на работу, меньше (соответственно 63,9 и 74,6%), а переведенных на инвалидность — в два раза больше, чем после мелкоочагового поражения. Причем больные, перенесшие мелкоочаговый инфаркт миокарда, были переведены на инва-

Отдаленные результаты лечения больных, прошедших санаторный этап реабилитации

Всего обследовано	Больные, вернувшиеся на работу			Неработающие		Умерло
	без инвалидности	имеют инвалидность, группа		переведены на инвалидность	пенсия по старости	
		I—II	III			
526 (из них в трудоспособном возрасте 476)	прежний труд легкий труд	182 40	4 10	42 74	— —	— —
		352 (66,9%)		104 (19,8%)	50 (9,5%)	20 (3,8%)

лидность не по основному заболеванию, а большей частью по сопутствующим болезням и их осложнениям.

Анализ анкет показал, что больные, прошедшие курс восстановительного лечения, продолжают амбулаторное лечение до 4—6 мес согласно давно существующим инструкциям. Нет индивидуального подхода к каждому конкретному больному в зависимости от его физической активности: некоторые больные, переведенные на инвалидность, сохраняют довольно высокую двигательную активность. У 26% больных, имеющих II—III группы инвалидности, констатирована хорошая двигательная активность, однако треть из них не работает. Удовлетворительную двигательную активность имеют 49,5% инвалидов, из них почти половина признана инвалидами II группы и не участвует в производственной деятельности, и только у 23,9% инвалидов двигательную активность можно считать неудовлетворительной, хотя часть из них (инвалиды II группы) продолжает работать.

Мы рассмотрели продолжительность нетрудоспособности до выхода на работу и до установления группы инвалидности. Оказалось, что 46,9% больных, вернувшихся к труду, и 43,6% находившихся на инвалидности получали листы нетрудоспособности на срок до 6 и более месяцев.

По нашему мнению, следует более оперативно решать вопросы перевода больных на инвалидность, если они в этом нуждаются.

Диспансерное наблюдение за больными ишемической болезнью сердца и перенесшими острый инфаркт миокарда во многом предопределяет эффективность восстановительного лечения. По результатам исследования, участкового врача посещают 369 (80,1%) из 456 человек трудоспособного возраста, в то время как под диспансерным наблюдением находится весьма незначительное число больных. 87 (19,9%) больных вообще не состоят на диспансерном учете, и у них нет постоянных врачей.

При оценке двигательной активности установлено, что 148 (32,5%) больных сохраняют хорошую физическую работоспособность, много занимаются дозированной ходьбой, некоторые приступили к бегу, спортивным играм, плаванию, работают на садовых участках. 244 (53,5%) больных сохраняют удовлетворительную двигательную активность, и только 64 (14%) больных считают свою двигательную активность неудовлетворительной.

Для успеха реабилитации чрезвычайно важное значение имеет ее своевременное начало в стационаре и последовательное продолжение в санатории и поликлинике до полного восстановления физического и психического состояния больного. При этом необходимо соблюдение преемственности и непрерывности всех проводимых мероприятий.

УДК 616.155.392—036.11

Ю. К. Плотников, В. М. Сухов (Куйбышев-обл.). Заболеваемость острым лейкозом и ее динамика в различных возрастных группах

Для организации и прогнозирования мероприятий специализированной медицинской помощи и ориентации научных исследований большое значение имеет знание тенденций распространения тех или иных заболеваний среди различных групп населения.

В основу настоящей статьи положены результаты сплошного углубленного учета всех заболевших острым лейкозом жителей Куйбышевской области в течение 15 лет (1965—1979). За это время острым лейкозом заболело 1602 человека с двухнедельного, и до 78-летнего возраста (см. табл.) Мужчин было 770 (48%), женщин — 832 (52%).

Кроме среднегодовых показателей заболеваемости мужчин и женщин моложе 20 лет в 5-летних возрастных группах и лиц более старшего возраста — в 10-летних,