

**Заболеваемость острым лейкозом в Куйбышевской области в 1965—1979 гг. на 100 000 населения соответствующего возраста**

Возрастные группы, лет	Число заболевших за 15 лет	Показатели заболеваемости		
		оба пола	мужчины	женщины
0—4 . . .	153	5,1	5,2	5,0
5—9 . . .	117	3,3	4,2	2,4
10—14 . . .	113	3,0	2,4	3,5
15—19 . . .	137	3,3	4,1	2,5
20—29 . . .	211	3,2	3,8	2,5
30—39 . . .	159	2,4	2,2	2,5
40—49 . . .	163	2,7	2,4	3,0
50—59 . . .	195	4,8	5,7	4,2
60—69 . . .	214	6,8	6,9	6,7
70—79 . . .	140	8,5	9,1	7,9
Для всех возрастов . . .	1 602			
Обычные показатели . . .		3,8±0,1	3,9±0,1	3,7±0,1
Стандартизованные по возрасту . . .		3,9	4,0	3,6

групп динамика показателей заболеваемости оказалась статистически незначимой. Для более детального ее изучения мы провели вычисления раздельно в 20-летних возрастных промежутках: у лиц моложе 20 лет, в 20—39, 40—59 и 60—79 лет заболеваемость практически не изменялась, что было подтверждено регрессионным анализом. Однако в возрастной группе 60—79 лет констатировано повышение заболеваемости с коэффициентом регрессии 0,19 ( $P<0,001$ ). В этой группе рост заболеваемости выявлен в основном с 1973 г. Регрессионный анализ позволяет экстраполировать в определенной мере полученные данные на последующие годы. Можно предположить рост численности больных острым лейкозом за счет продолжающегося увеличения в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста.

УДК 616—053.7—02

**И. В. Каюшева (Пермь). Об этиологии и заболеваемости пубертатно-юношеским базофилизмом**

Цель настоящей работы заключалась в изучении заболеваемости школьников базофилизмом и выяснении ее возможных причин для разработки путей профилактики.

Для учета влияния географических и социальных особенностей целесообразным представлялось обследование школьников в разных пунктах Советского Союза. Нами осмотрено 6072 школьника в возрасте от 10 до 16 лет (2977 мальчиков, 3095 девочек): 2608 — в Перми, 783 — в Пермской области и 2681 — в Смольнинском районе Ленинграда. При этом мы обращали внимание на физическое и половое развитие подростков, состояние кожных покровов (наличие стрий, пигментации, сухости) и внутренних органов, уровень АД, размеры щитовидной железы. При обнаружении базофилизма проводили подробный опрос этих подростков по специальной анкете, изучали карты их развития.

Пубертатно-юношеский базофилизм диагностирован у 224 (3,7%) осмотренных: у 19 (0,6%) мальчиков и 205 (6,6%) девочек, из них в Ленинграде у 88 (3,3%) школьников, в Перми и области — у 136 (4%). Прослеживается примерно одинаковая частота выявленного базофилизма в Ленинграде и Перми. Значительно большую распространенность заболевания среди девочек можно объяснить тем, что регуляция герминативной функции женского организма более сложная, чем мужского.

Среди 10-летних детей не было случаев юношеского базофилизма. Подъем заболеваемости базофилизмом в обеих группах отмечен у подростков 13 лет, поскольку у большинства из них коренная перестройка нейроэндокринной системы в связи с пубертацией наступает именно в этом возрасте. Среди 14-летних школьников уровень заболеваемости оставался примерно таким же, как и среди 13-летних. С 15 лет

также вычислены стандартизованные по возрасту показатели прямым способом. За стандарт принял возрастная структура населения СССР по данным Всесоюзной переписи 1970 г., что позволило более объективно оценивать вероятные различия заболеваемости между другими областями и республиками.

Анализ возрастного распределения свидетельствует, что кривая заболеваемости острым лейкозом имеет бимодальный характер с первым пиком у детей до 5 лет и вторым — у лиц в возрасте 70—79 лет. Во всех возрастных группах от 10 до 50 лет заболеваемость имеет сравнительно низкий уровень, и лишь у лиц в возрасте старше 50 лет она начинает круто подниматься вверх до 8,5 в 70—79 лет. В отличие от нередко бытующего представления, наиболее высокие показатели заболеваемости острым лейкозом зарегистрированы нами не в молодом возрасте, а у лиц самой старшей возрастной группы. Из данных таблицы также следует, что различия показателей заболеваемости между мужчинами и женщинами в целом очень небольшие и статистически недостоверные. Повозрастные показатели соотносятся как 1 : 1,7.

Суммарно для всех возрастных

групп динамика показателей заболеваемости оказалась статистически незначимой. Для более детального ее изучения мы провели вычисления раздельно в 20-летних возрастных промежутках: у лиц моложе 20 лет, в 20—39, 40—59 и 60—79 лет заболеваемость практически не изменялась, что было подтверждено регрессионным анализом. Однако в возрастной группе 60—79 лет констатировано повышение заболеваемости с коэффициентом регрессии 0,19 ( $P<0,001$ ). В этой группе рост заболеваемости выявлен в основном с 1973 г. Регрессионный анализ позволяет экстраполировать в определенной мере полученные данные на последующие годы. Можно предположить рост численности больных острым лейкозом за счет продолжающегося увеличения в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста.

у школьников Ленинграда заболеваемость базофилизмом снижалась, а у пермских, наоборот, возрастила, что можно объяснить влиянием разных географических условий, а также зобной эндемией в Пермской области.

Мы условно выделяли легкую, среднюю и тяжелую формы заболевания. Легкая форма была выявлена у 152 (67,9%) школьников. Эти подростки не предъявляли жалоб; у них не отмечалось увеличения АД или оно было незначительно повышенным; не наблюдалось нарушений овариально-менструального цикла, не было тучности или ожирение не превышало I степени. Заболевание у них характеризовалось ускорением полового созревания и трофическими расстройствами на коже в виде розовых синюшных стрий, которые являются достоверным признаком базофилизма. При среднетяжелой форме у 67 (29,9%) подростков наблюдались головные боли, ожирение I или II степени, транзиторная гипертония, преходящие нарушения менструального цикла у девочек, матронизм у юношей.

У 5 (22%) больных была обнаружена тяжелая форма, которая сопровождалась ожирением III—IV степени, обилием жалоб, стойкой артериальной гипертензией, выраженным расстройствами функции половых желез. Полной корреляции тяжести базофилизма со степенью ожирения не установлено. По нашим наблюдениям, базофилизм может иметь тяжелое течение как в позднем, так и в раннем пубертатном периоде. Так, больная 11 лет при росте 166 см имела массу тела 87 кг (должная масса тела — 51,7 кг), индекс Брука — 67%, АД — 16,0/10,6 кПа (норма — 14,1/7,7 кПа). Менархе в 11 лет, цикл нерегулярный.

Повышение АД установлено у 128 (57,1%) больных, однако субъективные проявления гипертонии наблюдались только у 56 подростков, остальные колебаний АД не ощущали. У девочек, страдающих базофилизмом, было отмечено ускоренное развитие вторичных половых признаков и раннее наступление менархе (в среднем на 1,5 года раньше по сравнению с нормой). Нерегулярные месячные констатированы у 27% больных. У половины из них эти нарушения можно считать физиологическими, поскольку девочки менструировали 1—1,5 года. У 14 больных в возрасте 15—16 лет, менструирующих более 2 лет, нерегулярность менструально-овариального цикла мы расценивали как проявление дисфункции системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Нельзя было исключить у них также развитие поликистоза яичников. У большинства больных данной группы после менархе на 1—2-й год устанавливался нормальный цикл, а затем возникали его нарушения или нерегулярность менструации проявлялась сразу после менархе, а с годами нарушения все больше прогрессировали. У этих больных наблюдался легкий гирсутизм и гипертрихоз, что является косвенным признаком поликистоза яичников.

До настоящего времени не изучены вопросы этиологии юношеского базофилизма. Эндокринная перестройка в пубертатный период, по-видимому, лишь провоцирует это заболевание. Несомненно, что у больных базофилизмом до пубертатного периода гипоталамус подвергался вредоносным воздействиям, но благодаря большим компенсаторным возможностям межуточного мозга заболевание или не проявлялось совсем, или характеризовалось лишь нарушением жирового обмена. С наступлением перехода полового созревания к прогрессированию нарушений жирового обмена присоединяются симптомы, указывающие на расстройство тропных функций гипоталамо-гипофизарной системы. Как правило, указать непосредственную причину поражения межуточного мозга бывает невозможно.

Пубертатно-юношеский базофилизм — полиэтиологическое заболевание. В его развитии играют роль острые и хронические инфекции и интоксикации; различные по тяжести черепно-мозговые травмы, в том числе родовые, патология беременности и родов у матери, асфиксия плода; отягощенная наследственность, психотравмы, многолетнее переедание. Мы изучили частоту заболеваний в анамнезе у 466 больных базофилизмом и у 329 практически здоровых школьников 11—17 лет.

Из группы больных были выделены 125 (26,8%) детей, которые перенесли до пубертатного периода детские инфекции (от 3 до 8), в том числе вирусные. Среди подростков контрольной группы мы не отметили в анамнезе такого количества детских инфекционных заболеваний.

Этиологическим фактором в развитии базофилизма послужили детские инфекции. Исключительно обильное кровоснабжение, высокая проницаемость капилляров межуточного мозга для крупномолекулярных белковых соединений, а также вирусов отражаются на гипоталамусе, делая его особенно уязвимым при вирусных заболеваниях. Некоторые больные отмечали, что стали поплыть или у них возникали головные боли после той или иной инфекции (кори, паротита, болезни Боткина). Убедительным доказательством роли травмы черепа в развитии базофилизма является большая частота перенесенных травм головы у заболевших по сравнению со здоровыми подростками. Если в контрольной группе на 100 обследованных с травмой черепа было 1,8 чел., то среди больных базофилизмом — 22,3 чел.

Следует отметить, что травмы черепа, вызвавшие базофилизм, чаще всего были легкими, и им не придали значения. Еще одним этиологическим фактором базофилизма является тонзиллярная инфекция (на 100 обследованных в контрольной группе было 13,4 больных, а среди лиц с тонзиллитами и ангинаами — 61,8). Как известно, носоглотка отделена от гипоталамуса тонкой пластинкой решетчатой кости, и ин-

фекция может проникать в межзубочный мозг, минуя гематоэнцефалический барьер по периневральным пространствам веточек обонятельного нерва.

По нашим многочисленным наблюдениям, после тонзиллэктомии наступало выздоровление или кардинальное улучшение, что косвенно подтверждало влияние тонзиллярной инфекции на возникновение базофилизма. Многие пациенты (60 чел.) связывают начало своего заболевания с перенесенным гриппом или ОРЗ. Строго учесть частоту адено-вирусной инфекции не представляется возможным ни у больных, ни у здоровых лиц контрольной группы. Тем не менее, можно считать, что роль адено-вирусной инфекции в развитии базофилизма значительна.

Итак, пубертатно-юношеский базофилизм представляет собой распространенное заболевание подросткового возраста (37 больных на 1000 подростков). Это заболевание наблюдается у девочек почти в 11 раз чаще, чем у мальчиков. Пубертатно-юношеский базофилизм — полиэтнологическое заболевание. Обнаружена статистически достоверная зависимость возникновения базофилизма от вирусных инфекционных заболеваний, тонзиллярной инфекции, травм черепа.

УДК 616.127—005.8:616.71—002.27—08

### **М. Н. Пугачев (Казань). Лечение рефлекторных синдромов шейного остеохондроза у больных, перенесших инфаркт миокарда**

Среди больных, перенесших острый инфаркт миокарда, часто возникают жалобы, которые нельзя объяснить одной патологией сердца. Так, инфарктом миокарда болеют лица среднего возраста, у которых часто выявляются дегенеративные поражения шейного отдела позвоночника, осложняющие течение заболеваний сердца.

За время 1979—1981 гг. под нашим наблюдением в отделении реабилитации санатория «Васильевский» находились 860 больных, перенесших острый инфаркт миокарда с сопутствующим остеохондрозом. Многие из них жаловались на боли за грудиной, в области соска, сердца, шеи, лопатки, левого плечевого сустава и плеча. Как известно, жалобы такого рода встречаются у лиц после инфаркта миокарда и у больных шейным остеохондрозом. С целью выявления не только висцеральной патологии, но и нейроортопедических нарушений всем больным было проведено спондилиографическое обследование шейного отдела позвоночника. Особое внимание при этом уделяли оценке состояния мышц шеи и плечевого пояса, а также позвоночной артерии. Изменения передней лестничной мышцы и точки позвоночной артерии определяли визуально и пальпаторно с учетом плотности, величины, болезненности, наличия припухлости Ковтуновича. Нарушения со стороны симпатического сплетения позвоночной артерии устанавливали по анамнезу, а также по болезненности в точке позвоночной артерии, по иррадиации болей при вызывании феномена вибрационной отдачи.

По данным рентгенологического и клинического обследований, шейный остеохондроз был диагностирован у 278 (32,3%) из 860 больных, из них под нашим наблюдением находилось 73 пациента. В возрасте до 39 лет было 4 человека, 40—49—27, 50—59—38, 60—65 лет — 4. Во всех возрастных группах преобладали мужчины (59), особенно 50—59 лет (24), чаще умственного труда (41).

Независимо от срока дифференцированного и комплексного лечения после установления диагноза больным с клинически выраженным цервикалгиями и пекталгиями проводили блокаду 2% раствором новокаина по стандартной методике в зоне точки позвоночной артерии, передней лестничной мышцы и звездчатого узла в количестве до 2 мл в каждую область одновременно с одной стороны. О достаточном орошении новокаином звездчатого узла судили по развитию синдрома Горнера. Перед процедурой учитывали переносимость новокаина. Блокады выполняли через день при односторонних вертебро-неврологических проявлениях и ежедневно при двусторонних, чередуя стороны (курс — 3—10 инъекций). Одновременно лечили основное заболевание.

Под влиянием новокаиновых блокад у всех 73 пациентов исчезла боль при движении рукой и головой, менее ощущимым становились напряжение и болезненность мышц шейно-воротниковой зоны. В результате ослабления болей улучшалось течение реабилитационного периода, повышалась и ускорялась толерантность к физической нагрузке, у больных нарастала уверенность в выздоровлении и возможности приступить к труду. Осложнений от блокад мы не наблюдали. По отчетным данным, к работе после выписки приступили 80% больных.

Таким образом, в специализированном отделении санатория для постинфарктных больных целесообразно проводить нейроортопедическое обследование. При наличии клинически значимого шейного остеохондроза, способствующего кардиалгическим проявлениям, показаны новокаиновые блокады передней лестничной мышцы, позвоночной артерии и звездчатого узла.