

лин или синестрол) и 25 мг тестостеронпропионата. На этом инъекции прекращались, и больные получали ежедневно в течение 3—4 недель метилтестостерон по 1 таблетке (5 мг) 3 раза в день и октестерол по 1 таблетке — 1 мг 1 раз в день. Затем дозировка изменялась, и метилтестостерон применялся по 1 таблетке 2 раза в день, а октестерол — по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10—20 дней, в зависимости от самочувствия больных. Комбинированное применение эстрогенов с андрогенами предотвращает пролиферативные процессы в матке, которые нередко наблюдаются при введении одних только эстрогенов, и не вызывает маскулинизации, которая может быть обусловлена введением андрогенов. При комбинации эстрогенов с андрогенами один гормон видоизменяет специфическое действие другого, но не нейтрализует его, а наоборот, в комбинации они оказывают синергическое действие.

Исследования нервной системы у женщин как с ранним климаксом, так и с патологически текущим климактерическим периодом показали нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы и высшей нервной деятельности (А. Ф. Макаrenchенко, В. Ф. Саенко-Любарская). Полученные ими данные позволили наметить следующую терапию: препараты брома и кофеина в целях улучшения корковой нейродинамики, в частности, подвижности раздражительного процесса, связанного с деятельностью сосудодвигательного нервного аппарата. Препараты брома и кофеина рекомендуются в малых дозах, учитывая ослабление нервной деятельности у этих больных. Для укрепления нервной системы назначаются витамины, в частности, В<sub>1</sub>, С и А.

Для снижения тонуса сосудистой стенки назначались медикаментозные средства, снижающие тонус гладкой мускулатуры сосудов (папаверин, диуретин и др.).

Хорошие результаты достигались физиотерапией: общий д'Арсанваль, гальванический воротник с кальцием, новокаином или бромом (10—12 сеансов). Водные процедуры: ежедневные обтирания комнатной водой, теплые ванны в 35—37° в течение 15—20 мин, ванны с сосновым экстрактом, с солью, углекислые, кислородные или радоновые ванны (5—20 ванн).

ЛФК при патологическом климаксе может быть рекомендована в формах: утренней гигиенической гимнастики, трудотерапии, лечебной гимнастики, прогулок, игр, подвижных спортивных занятий. Необходимо в каждом отдельном случае строго индивидуализировать подбор физических упражнений, изменяя их, в зависимости от ответных реакций организма на физическую нагрузку.

Занятия лечебной гимнастикой проводились систематически, не менее трех раз в неделю, по 30—45 мин. Курс лечебной гимнастики — 4 месяца. Через полгода курс занятий повторялся. Каждая больная, занимающаяся лечебной физкультурой, получала указания о режиме дня (чередование работы и отдыха).

Поступила 21 февраля 1959 г.

## О ДИАГНОСТИКЕ И УЧЕТЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Доц. В. Г. Дубовский

Из кафедры инфекционных болезней (зав. — доц. В. Г. Дубовский) Сталинградского медицинского института

Острая дизентерия нередко протекает легко, с очень скудными клиническими симптомами, сближающими ее с прочими острыми кишечными заболеваниями. В связи с трудностями дифференциальной диагностики и тождественностью антибактериальной терапии этих заболеваний, существующим положением предусматриваются регистра-

ция, лечение и диспансеризация больных острыми кишечными заболеваниями, как и больных дизентерией.

Анализируя движение больных кишечными заболеваниями в Сталинграде, мы установили, что за последние 12 лет городская заболеваемость уменьшилась в два с половиной раза. Но, несмотря на это, заболеваемость (суммарно) кишечными заболеваниями и дизентерией — 25,8 на 1000 населения в нашем городе остается значительно выше, чем в других, аналогичных по климатическим условиям городах.

Мы заметили, что в поликлиниках города встречались случаи неправильной диагностики и регистрации кишечных больных. В число больных острыми кишечными заболеваниями включались и лица с заболеваниями желудка.

Районные СЭС, получая извещения от врачей поликлиник города на больных ба-нальным воспалением желудка, механически регистрировали их в число больных воспалением кишечника. За 1957 год, таким образом, отнесено в число больных воспалением кишок 823 больных воспалением желудка, чем были завышены показатели инфекционной заболеваемости в этих районах на 34,9%.

В некоторых поликлиниках города относили к острым кишечным инфекционным заболеваниям кишечные заболевания, связанные с терапевтическими (обострением холестиита, болезнью оперированного желудка, сердечно-сосудистой недостаточностью и т. д.).

Таким образом, массовая ошибочная регистрация больных воспалением желудка и других терапевтических заболеваний в качестве инфекционных резко преувеличила показатели острых кишечных заболеваний в городе.

Благодаря улучшению диагностики дизентерии, в послевоенный период в Сталинграде из года в год выявлялось большое количество больных легкой формой дизентерии, которые прежде рассматривались как простые кишечные расстройства. В последние годы рост числа больных легкой формой дизентерии происходил за счет резкого уменьшения числа больных «прочими» кишечными заболеваниями, которые в нашем городе совершенно исчезают, а вместо них, регистрируются легчайшие формы дизентерии. Например, в 1957 г. среди взрослых на 8—9 больных острой дизентерией приходился лишь 1 больной острым кишечным заболеванием. Такое соотношение заболеваемости острой дизентерией к «прочим» кишечным заболеваниям, по нашему мнению, совершенно невероятно, так как в других городах оно выглядит как 1:1 и не более 2:1.

Для выявления причин регистрации большого количества легчайших форм острой дизентерии и исчезновения «прочих» острых кишечных заболеваний среди взрослых нами изучены 1183 истории болезни больных острой дизентерией, которые лечились в дизентерийных отделениях трех больниц города.

Итоги исследования показали, что клинически заболевания острой дизентерией протекали в подавляющем большинстве очень легко и атипично. Явления гемоколита наблюдались лишь в 25,7% случаев, у большинства же заболевание ограничивалось кратковременным, 2—3 раза в сутки, поносом без патологических примесей к фекалиям.

Как известно, при распознавании легких и стертых форм острой дизентерии большое значение придается бактериологическим исследованиям и ректоскопии.

В нашем материале при трех-пятикратных исследованиях удалось выделить бактерии дизентерии только в 29,6% случаев.

Из 1183 больных острой дизентерией при поступлении применялась ректороманоскопия у 988 (83,5%). Слизистая была нормальной у 295 (29,8%), имелись катарально-геморрагические изменения у 109 (11,1%), язвенно-фибризные процессы слизистой отмечены у 62 (6,3%) и катаральные изменения слизистой у 522 (52,8%). Причем за катаральное воспаление часто принимали гиперемия слизистой, которая возникает нередко у лиц с чувствительной слизистой в результате прохладной очистительной клизмы, производимой за несколько минут до эндоскопии. В этих случаях имела лишь гиперемия слизистой, а необходимых компонентов воспаления — отечности и мутной слизи — не было.

Большое количество больных острой дизентерией, у которых слизистая была неизменной, вызывает сомнение относительно достоверности дизентерийной этиологии.

Детальное изучение историй болезни показало, что у 42% никаких клинических симптомов и анатомических изменений слизистой оболочки нижнего отдела толстой кишки, характерных для дизентерии, не было. Многократные бактериологические исследования кала были отрицательны. По нашему мнению, легкие кишечные расстройства были связаны с различными другими причинами.

Массовое преувеличение числа больных острой дизентерией и, следовательно, возникновение необоснованных дизентерийных очагов приводили к перегрузке занятости участковых врачей и снижению качества противоэпидемической работы в действительных очагах, с которыми связана эпидемиологическая ситуация. С этих позиций существующее мнение среди некоторых местных врачей — «каждый случай кишечного заболевания считать дизентерией» не приносит пользы делу борьбы с дизентерией, снижает профилактическую работу в очагах и искусственно завышает показатели заболеваемости.

Поступила 10 февраля 1959 г.