

значительных затрат, включены в перспективный план социального развития предприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Монаenkova А. М., Гладкова Е. В., Радионова Г. К. // Гиг. труда. — 1979. — № 4. — С. 23—27.
2. Рошин А. В., Лутов В. А. // Там же. — 1980. — № 2. — С. 7—11.
3. Шаталов Н. Н. // В кн.: Сердечно-сосудистая система при воздействии профессиональных факторов. — М., 1976.
4. Шехтман Б. А., Самедов И. Г., Мухаметова Г. М. // Гигиена труда в нефтяной промышленности. — М., 1979.

Поступила 03.11.85.

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.151—053.3—073.731—073.96

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА ВО ВРЕМЯ НАРКОЗА И ОПЕРАЦИИ

В. Ф. Жаворонков, В. Н. Шалимов

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.— проф. В. Ф. Жаворонков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Для расчета ударного объема сердца у новорожденных и детей в возрасте до одного года во время наркоза и операции использовали реограф РП-2У, в который был вмонтирован реостат, позволяющий определять базовый импеданс с точностью до 1,0 Ом. Постоянная времени реографа (0,05 с) давала возможность регистрировать дифференциальную кривую с незначительным влиянием дыхания. Электроды накладывали по методу интегральной реографии. Площадь каждого из четырех электродов составила 4,2 см². Регистрацию реографической кривой проводили на трехканальном электрокардиографе ЗНЕК-1 параллельно с фоноэлектрокардиограммой. Ударный объем сердца находили по формуле Кубичека, в которую вносили коэффициент зависимости базисного сопротивления от межэлектродного расстояния:

$$УО = K \cdot \rho \frac{L^2}{Z^2} \cdot \frac{A_c}{A_k} \cdot T_{и},$$

где УО — ударный объем сердца, мл; К — коэффициент зависимости базисного сопротивления от межэлектродного расстояния, равный 3,8; ρ — удельное сопротивление крови, Ом · см⁻¹; L — расстояние между электродами, см; Z — базовый импеданс, Ом; A_c — амплитуда дифференциальной кривой, Ом; A_k — амплитуда калибровочного сигнала, Ом; $T_{и}$ — время изгнания, с.

Применение модифицированного метода у 60 детей в возрасте от одного дня до одного года, оперированных под общим обезболиванием, показало незначительные отклонения от возрастных физиологических норм.

Поступила 07.05.86.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618.1—006.6

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ПО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ И ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

З. Ш. Гилязутдинова, Л. М. Тухватуллина, И. М. Мазитов

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР, проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В группы риска по гинекологическим и онкогинекологическим заболеваниям могут быть включены женщины с патологическими состояниями, не являющимися в большинстве случаев непосредственной причиной болезней, но увеличивающих вероятность их возникновения.

По данным литературы и собственного клинического опыта нами сгруппирован ряд

критериев, охватывающих анамнез, конституциональные особенности, нервно-эндокринный статус, предшествующие соматические и гинекологические заболевания, оперативные пособия, наличие доброкачественных опухолей и т. д., сочетание которых позволяет отнести женщину к той или иной группе риска по гинекологическим и онкогинекологическим заболеваниям.

Патология менструального цикла возникает на фоне дисфункции различных систем и органов женщины и приводит в дальнейшем к патологии беременности и родов, неблагоприятным условиям внутриутробного развития плода вследствие изменения нейроэндокринного статуса.

Группу риска с данной патологией составляют девочки, родившиеся при наличии определенных заболеваний и условий: 1) у матерей с заболеваниями желез внутренней секреции и нарушением менструальной функции; 2) у матерей, длительно применявших прогестерон во время беременности (оказывает тератогенное действие, вызывает атрофию яичников); 3) у матерей с патологией беременности (вредные влияния в критические сроки беременности — 7—8, 18—20, 32—34 нед. в том числе применение лекарственных препаратов; заболевания, протекающие с гипоксией); 4) от патологических родов (преждевременные, гипоксия плода, родовая травма); 5) от первых родов у родителей в возрасте до 20 и старше 30 лет; 6) с патологией в неонатальном периоде (гипоксия новорожденного, септические заболевания); 7) с хронической инфекцией (ревматизм, туберкулез, кариес зубов, заболевания ЛОР-органов и др.); 8) с лабильной нервной системой; 9) с последующим поздним менархе и неустойчивым менструальным циклом.

Внематочная беременность является грозным заболеванием и при запоздалой диагностике и несвоевременной хирургической помощи может повлечь за собой тяжелые осложнения вплоть до летального исхода.

В группу риска входят женщины со следующими заболеваниями и особенностями анамнеза:

1) воспалительные процессы в половом аппарате (89%); 2) эндометриозная гетеротопия (19—30%); 3) инфантилизм (до 7,4%); 4) длительная лактация (до 2,2%); 5) психогенные факторы (страх перед беременностью, случайный коитус и др.); 6) травма (выскабливание матки на ранних сроках, грубое вагинальное исследование); 7) новообразования в трубах (3—9%); 8) аномалии развития маточных труб (0,4—5,2%); 9) опухоли матки и яичников (1,2—6%); 10) хронический аппендицит; 11) бесплодие различного генеза; 12) чревосечения в анамнезе; 13) внематочная беременность в анамнезе, 14) применяющие противозачаточные средства (внутриматочные контрацептивы, употребление чистых прогестагенов, коитус интерруптус); 15) после внутриматочных манипуляций (зондирование, йодные впрыскивания).

Эндометриоз — заболевание, характеризующееся разрастанием эндометриоподобной ткани за пределами обычного расположения эндометрия. Эндометриозы занимают третье место среди гинекологических заболеваний, уступая лишь воспалительным процессам и миомам матки, и по классификации ВОЗ (1977) характеризуются как опухолевидный процесс, хотя могут иметь макроскопические признаки опухоли. Клинически проявляются во всех отделах половой сферы и экстрагенитально.

К группе риска по возникновению эндометриоза должны быть отнесены женщины, имеющие в анамнезе:

1) искусственные аборты; 2) диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки; 3) пертубацию, гидротубацию, гистеросальпингографию; 4) диатермохирургические вмешательства, пластические операции на шейке матки; 5) операции на матке (кесарево сечение, надвлагалищная ампутиация матки, энуклеация миоматозных узлов со вскрытием полости матки и др.); 6) аномалии развития полового аппарата.

Стандартизованный показатель заболеваемости *раком тела матки* составляет $3,12 \pm 0,04$ на 100000 женщин. В последние годы участился заболеваемость раком тела матки по сравнению с раком шейки матки. Это объясняется тремя причинами: 1) увеличением продолжительности жизни женщин; 2) возрастанием частоты эндокринных заболеваний; 3) широким применением в лечебной практике гормональной терапии, в частности эстрогенных препаратов.

При выявлении группы риска необходимо основываться на тщательно собранном анамнезе, данных гинекологического, антропометрического обследования и простейшего лабораторного анализа, причем необходимо распознавать признаки двух основных симптомокомплексов: гиперэстрогении и нейроэндокринных нарушений.

Факторами риска являются следующие состояния:

1) позднее наступление менопаузы (позже 50 лет); 2) бесплодие эндокринного генеза или длительный период от последней беременности до климакса; 3) ановуляторные маточные кровотечения в репродуктивном периоде или указания на гиперпластические процессы эндометрия в анамнезе; 4) синдром склеротических яичников; 5) миома матки; 6) опухоли яичников стромы полового тяжа с эстренизирующим эффектом (гранулезоклеточные, тека-клеточные); 7) эстрогенный тип колюпоцитогаммы в менопаузе; 8) менометроррагия в периоде климакса без признаков инволюции наружных половых органов, молочных желез и вегетососудистых расстройств, что позволяет думать о высокой эстрогенной насыщенности организма; 9) длительный прием эстрогенов в климактерическом периоде; 10) нервные и эндокринно-обменные нарушения, особенно при их сочетании: сахарный диабет, ожирение, гипертензия центрального генеза; 11) дисфункция печени, которая играет ведущую роль в конъюгации эстрогенов, переводе активных фракций эстрогенов в менее активные; 12) гиперпластические процессы эндометрия в прошлом или многократные диагностические выскабливания матки; 13) семейная предрасположенность к развитию злокачественных опухолей

(рак тела матки и молочной железы) у ближайших родственников или онкологические заболевания в анамнезе; 14) симптом резкой андрогенизации в возрасте 60—65 лет и резкой эстрогенизации в 30—40 лет.

Наряду с выявлением по анамнезу факторов риска предрака и рака эндометрия необходимо обращать внимание на объективный статус и данные лабораторных исследований.

Предупреждение и ранняя диагностика *рака шейки матки* являются актуальной проблемой в онкогинекологии. Рак матки стоит на первом месте в ряду злокачественных опухолей. Шейка матки поражается в 10—13 раз чаще, чем тело матки; на эту патологию приходится примерно 80% всех злокачественных заболеваний женской половой сферы.

На основании изложенного выше исключительное значение имеют своевременное выявление и лечение больных с предраковыми заболеваниями шейки матки.

Факторами повышенного риска развития рака шейки матки считаются:

1) замужество женщины, причем чем меньше возраст вступления в брак, тем выше опасность заболевания; 2) большая частота деторождения: чем раньше начата половая жизнь и больше беременностей, тем выше риск заболевания; 3) несоблюдение правил половой гигиены; 4) длительно не заживающие эрозии, дисплазии, лейкоплакия шейки матки; 5) хронические воспалительные процессы шейки матки — цервициты.

Женщины с последними двумя факторами риска подлежат комплексному обследованию (онкоцитологическому, кольпоскопии, биопсии) и в дальнейшем параллельно с лечением нуждаются в повторных осмотрах через каждые 3 мес.

Опухоли яичников занимают второе место среди опухолей женских половых органов, причем доброкачественные формы встречаются в 75—80% случаев (из них 34% — опухолевидные процессы), злокачественные — в 20—25%. К сожалению, до 60% больных со злокачественными опухолями поступают в стационар в III—IV стадии заболевания, что отражается на отдаленных результатах лечения. Рак яичников как наиболее злокачественная опухоль представляет большие сложности в своевременной диагностике. В связи со сложностью проблемы в 1973 г. ВОЗ была утверждена единая гистологическая классификация и терминология опухолей яичников.

К группе повышенного риска относятся женщины следующих категорий:

1) в анамнезе которых отмечаются позднее начало менструаций, ранний климакс и менопауза, раннее выпадение менструальной функции, а также повышенная репродуктивная функция; 2) с доброкачественными опухолями яичников; 3) длительно подвергавшиеся лечению по поводу хронического воспаления придатков матки; 4) имеющие сомнительный диагноз миомы матки; 5) с увеличенными яичниками или опухолевидными образованиями в малом тазу; 6) оперированные по поводу доброкачественных опухолей яичников.

Опыт показывает, что обследование женщин из группы повышенного риска дает возможность выявлять заболевание на ранних стадиях. Всех больных с подозрением на рак яичников необходимо направлять в онкологический стационар на обследование с применением всех современных методов.

Пузырный и инвазивный занос, а также хорионэпителиома, объединяемые в группу *трофобластических опухолей*, характеризуются высокой гормональной активностью, чужеродностью опухоли организму больной и, как правило, имеют связь с беременностью. Являясь доброкачественными опухолями, пузырный и инвазивный заносы отличаются признаками злокачественности в клиническом течении — способностью метастазировать, прорасти в подлежащую ткань и возникать повторно. Хорионэпителиома — самая злокачественная опухоль женских половых органов. Эти заболевания до сих пор дают высокий процент осложнений и летальности. Поэтому выделение группы риска, своевременная профилактика и соответствующая тактика ведения больных решают вопросы здоровья и жизни женщины.

В группу риска развития пузырного и инвазивного заноса входят следующие лица: 1) многобеременвшие и многожавшие женщины; 2) забеременевшие при наличии гормональных нарушений (дефицит эстрогенов, первичная гипопункция яичников); 3) с привычным невынашиванием в анамнезе; 4) с гормональной индукцией беременности (нестероидные препараты типа кломина и кломифена, гонадотропины).

Группу риска развития хорионэпителиомы составляют больные с указанной ниже патологией:

1) с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом (большое число самопроизвольных аборт, эндокринная недостаточность); 2) после опорожнения пузырного заноса, особенно если кровянистые выделения появились рано (на 4—5-й день задержки) и продолжались до опорожнения пузырного заноса; 3) с субинволюцией матки после пузырного заноса, самопроизвольных аборт и нормальных родов; 4) после пузырного заноса с прогрессированием лютеиновых кист либо их появлением впервые после опорожнения пузырного заноса; 5) с длительным сохранением положительной реакции на хорионический гонадотропин после опорожнения пузырного заноса; 6) после артифициальных и самопроизвольных аборт с рецидивирующим кровотечением и плацентарными полипами; 7) после частых выскабливаний полости матки с целью прерывания беременности, по поводу осложнений после аборт и дисфункциональных кровотечений.

При подозрении на пузырный занос и хорионэпителиому необходима гормональная диагностика (иммунологическая, реакция Галли—Майнини, радиоиммунологическая). Наряду с исследованием цельной мочи на хориогонадотропин при биологических тестах показано проведение реакций с кипяченой мочой в течение 15 мин и в разведении 1 : 50, 1 : 100. При физиологической беременности реакция с кипяченой мочой и в разведении 1 : 5 отрицательна. Количественное определение гормонов осуществляется иммунологическим и радиоиммунологическим методами.

Поступила 20.06.85.