

(у 13%); в 66% случаев она имела самостоятельное значение, в 34% — сочеталась с непереносимостью других аллергенов, чаще всего лекарственных веществ. Наиболее часто в роли пищевых аллергенов выступали ягоды (клубника, малина), пчелиный мед, молоко, куриные яйца, рыба и т. д. — всего около 20 наименований пищевых продуктов. Однако при этом необходимо учитывать, что лишь часть случаев непереносимости пищи имеет аллергическую природу. Второе место по частоте занимает лекарственная аллергия (у 8%); в 62% случаев она была самостоятельной, в 38% — сочеталась с непереносимостью пищевых продуктов, предметов бытовой химии и др. — всего более 20 наименований лекарственных веществ.

По данным 23 анкет, то есть у 1,5% обследованных, была симптоматика бронхиальной астмы, при этом на учете с диагнозом аллергической бронхиальной астмы состояло лишь 9 человек. Не всегда представлялось возможным определить стартовый аллерген, так как 70% лиц с симптомами бронхиальной астмы отмечали поливалентную сенсибилизацию. Подтверждено значение наследственности в патологии бронхиальной астмы, так как 50% лиц с симптомами бронхиальной астмы имели отягощенный аллергический семейный анамнез. Были обнаружены и другие виды аллергии.

Из 329 человек с аллергической симптоматикой у 132 (40,1%) была установлена поливалентная сенсибилизация. При сравнении лиц, у которых были аллергические симптомы, с теми, у кого они отсутствовали, выявлено наличие наследственной аллергической отягощенности соответственно у 21% и 8% обследованных, а мигрени — у 18% и 3%. По данным анкетирования, из 329 человек с аллергическими симптомами только 88 самостоятельно обращались в лечебные учреждения по поводу аллергических жалоб, а на учете с аллергическими заболеваниями состояли лишь 12 больных.

Таким образом, анкетный метод позволяет на первом этапе за сравнительно короткий срок проводить сплошное обследование больших групп населения с целью активного выявления аллергических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Богова А. В. // Эпидемиология аллергических заболеваний. — М., ВНИИМИ. — 1975. — 2. Аронов Г. Е. // В кн.: Иммунология и аллергия. — Киев, 1983.

Поступила 24.02.86.

УДК 613.646:362.147: [616.13/.16+616.839+616.12—008.331.1+616.127—005.4

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МЕТЕОТРОПНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

А. Г. Жуков, Г. М. Покалев, Л. Н. Морозова

Медсанчасть завода «Красное Сормово» (главрач — Р. Ф. Ростовцева) объединения городской больницы № 12 (главрач — В. А. Ардентов), Горький

Диспансеризация всего населения диктует необходимость поиска и внедрения в практику здравоохранения новых форм профилактической работы. Среди них особое значение имеет борьба с метеопатиями. Известна высокая чувствительность больных к неблагоприятным гелиогеофизическим и метеорологическим факторам [1 — 3, 5], если же среди таких больных проводится профилактическая работа, то заболеваемость у них снижается [3, 8]. Однако профилактика метеотропных реакций в больницах и поликлиниках не получила должного распространения, что объясняется недостаточной изученностью данной проблемы и трудностями организационного характера. Считается, что метеотропные реакции зависят от резких изменений погоды, солнечной активности, электромагнитных и акустических колебаний [1, 4, 9]. Учесть все названные факторы в повседневной практике врача без создания специальной службы не представляется возможным.

В настоящей статье показан опыт борьбы с метеопатиями на крупном промышленном предприятии. Исследование проводилось среди больных нейроциркуляторной дистонией (117 чел.), гипертонической болезнью (129), ишемической болезнью сердца (21) путем диспансеризации в поликлинике предприятия. Для этой цели были открыты две лаборатории, оснащенные специальным оборудованием [8]. Предварительный отбор пациентов проходил методом анкетирования, которое является пока основным общедоступным способом определения метеолабильности.

В диспансерной группе преобладала наиболее квалифицированная часть работников умственного труда (74%), большей частью женщины (68%). Основными критериями отбора были ухудшение самочувствия при неблагоприятной погоде, ощутимые изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, изменение пульса, АД, возникновение или усиление головных болей и в области сердца, предчувствие изменения погоды накануне, потеря или снижение трудоспособности. Больные с метеотропностью средней тяжести составляли 78%, легкой — 22%. Критерии тяжести оценивали по разработанной нами рабочей классификации [7]. Контрольная группа состояла из 31 человека. Для оценки погоды использовали классификацию И. И. Григорьева и др. [6], в которой предусмотрены две контрастные группы: благоприятная и неблагоприятная.

Были обследованы только трудоспособные лица в удовлетворительном состоянии, причем неоднократно в различную погоду, в основном амбулаторно, в условиях обычного для них режима жизнедеятельности, что представляет, на наш взгляд, существенное преимущество перед стационарным обследованием.

Наиболее информативные результаты были получены по методикам, связанным с изучением кислородного баланса. Так, у больных с нейроциркуляторной дистонией (71) в неблагоприятную погоду обнаружено снижение потребления кислорода за минуту (ПО_2) в среднем на 12% ($P < 0,05$) и коэффициента использования кислорода на 14,9% ($P < 0,05$). В то же время у больных гипертонической болезнью (у 87) достоверных изменений не наблюдалось.

Минутный объем дыхания (МОД) при нейроциркуляторной дистонии был на 28% меньше, чем при гипертонической болезни ($P < 0,001$), и не изменялся в зависимости от погоды в обеих группах. Дыхание чистым кислородом еще больше снизило ПО_2 в неблагоприятную погоду при нейроциркуляторной дистонии (в среднем на 12,7%; $P < 0,05$). У больных гипертонической болезнью, как и у здоровых, это не зарегистрировано.

В неблагоприятную погоду капиллярно-венозная разница по кислороду у больных с нейроциркуляторной дистонией была меньше, чем в благоприятную погоду; в то же время у больных гипертонической болезнью она увеличивалась; у здоровых достоверно не изменялась.

Из 134 человек при переходе из благоприятной в неблагоприятную погоду РО_2 в подкожной клетчатке возрастало у 34,1% (в основном у больных гипертонической болезнью). Средний прирост составлял 23,9% ($P < 0,02$) от исходного уровня. У 28,9% (у больных с нейроциркуляторной дистонией и ишемической болезнью сердца) РО_2 снизилось незначительно, а у 5% осталось прежним. 32% больных были обследованы только в условиях неблагоприятной погоды — показатели практически не изменились.

Динамику венозного давления изучали на аппарате Вальдмана. За норму принимали давление, равное 588—1177 Па (результаты приведены в табл. 1 и 2).

Таблица 1

Таблица 2

Частота выявления нарушений венозного давления

Заболевания	п	Типы венозного давления, %		
		нормотензия	гипертензия	гипотензия
Нейроциркуляторная дистония	82	57,5	30,4	12,1
Гипертоническая болезнь	102	62,8	27,4	9,8
Ишемическая болезнь сердца	19	68,5	26,3	5,2
Всего	203	61,1	28,6	10,3

Динамика венозного давления в разные варианты погоды

Типы венозного давления	Показатели венозного давления, Па		P
	благоприятная погода	неблагоприятная погода	
Нормотензия	791 ± 48 (n = 53)	804 ± 50 (n = 71)	>0,5
Гипертензия	1530 ± 31 (n = 20)	1648 ± 46 (n = 38)	<0,05
Гипотензия	412 ± 51 (n = 8)	392 ± 57 (n = 13)	>0,5

Реоэнцефалографии (РЭГ) подвергались одни и те же лица (50) не менее 3—4 раз в условиях контрастной погоды. Метеосиндром ухудшения мозговой гемодинамики выявлен у 38% обследованных; у 16% метеозависимость была сомнительной, у 36% отсутствовала, у 10% возникала только при неблагоприятной погоде; динамики РЭГ не установлено.

Регистрацию среднего гемодинамического давления проводили у 24 больных гипертонической болезнью в благоприятную и неблагоприятную погоду. В не-

благоприятную погоду констатировано более высокое среднее гиподинамическое давление, чем в благоприятную (соответственно $14,2 \pm 0,3$ и $13,0 \pm 0,4$ кПа; $P < 0,05$). Достоверная динамика показателей свертывания крови получена только при ишемической болезни сердца. В благоприятную погоду продолжительность свертывания в коагулографе Н-333 составляла $2,0 \pm 0,12$ мин, в неблагоприятную — $1,27 \pm 0,10$ мин ($P < 0,001$).

В настоящее время в качестве основы профилактики метеопатий рассматривается более интенсивная на период неблагоприятной погоды терапия ведущего заболевания. Такой подход, на наш взгляд, оправдан лишь в силу неизученности первичных механизмов метеотропности. Местом приложения гелиометеофакторов является вегетативная нервная система [2], поэтому улучшение ее функции выступает первоочередной задачей. Важное место в профилактических мероприятиях должны занимать активация тканевого дыхания, стабилизация мембран, защита их структуры от перекисного окисления, улучшение микроциркуляции и реологии крови.

С этой целью наряду с общеукрепляющими мероприятиями (утренняя гимнастика, закаливающие процедуры) применялись медикаментозные препараты, отвечающие указанным выше требованиям, причем были отобраны наиболее доступные и дешевые средства, оправданные в условиях массовой профилактики. Некоторые медикаменты для удобства приема объединены в следующие комплексы: аскорбиновая кислота (0,1), рутин (0,004), хлористый калий (0,5); ацетилсалициловая кислота (0,1) по 1 порошку 2 раза в день после еды; экстракт левзеи по 10—30 капель 2 раза в день до еды в течение 3 нед, токоферола ацетат (0,1) 1—2 раза в день в течение месяца.

В зависимости от показаний курсовую терапию в ряде случаев повторяли, а при изменении погоды возобновляли на 2—3 дня. С целью уменьшения периферического сопротивления и спазма артериол, создания транквилизирующего эффекта больные гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца принимали в неблагоприятную погоду на фоне базисной профилактики комплексный препарат: платифиллин (0,003), папаверин (0,03), дибазол (0,03), бромкамфору (0,2) по 1 порошку 2—3 раза в день. При этом категорически запрещалось употребление спиртных напитков, особенно в неблагоприятную погоду и накануне ее. Некоторых больных с тяжелой формой основного заболевания лечили специфическими препаратами, но лучший эффект достигался на фоне применения указанных выше средств.

Диспансеризация, проведенная в течение 2 лет, позволила улучшить общее состояние больных, снизить метеочувствительность и получить экономический эффект. Наибольшая эффективность наблюдалась у больных гипертонической болезнью (табл. 3).

Таблица 3

Динамика изменений уровня АД и частоты пульса в начале и конце диспансеризации

Заболевания	Уровень АД, кПа		P	Частота пульса		P
	в начале	в конце		в начале	в конце	
Нейроциркуляторная дистония (n = 117)	$20,6 \pm 0,2$ $12,4 \pm 0,1$	$18,3 \pm 0,2$ $11,7 \pm 0,1$	$<0,001$	$82,0 \pm 0,1$	$70,0 \pm 0,1$	$<0,001$
Гипертоническая болезнь (n = 107)	$24,2 \pm 0,2$ $14,6 \pm 0,1$	$19,8 \pm 0,1$ $12,0 \pm 0,1$	$<0,001$	$84,0 \pm 0,2$	$73,0 \pm 0,4$	$<0,001$

Примечание: В числителе — показатели систолического давления, в знаменателе — диастолического.

Экономический эффект только в сравнительно небольшой группе диспансерных больных составил за 1982—1983 гг. 8929 руб. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась в 1982 г. по сравнению с 1981 г. на 18%, в 1983 г. — на 14,4%, в целом же за 2 года — на 29,7%, причем наиболее заметно у больных гипертонической болезнью. В 1982 г. она уменьшилась на 20,1%, в 1983 г. — на 24,7%, за 2 года — на 39,8%. У больных контрольной группы при обычной диспансеризации снижение составило 5,9%.

ВЫВОДЫ

1. Наряду с ранее установленным ухудшением некоторых параметров гемодинамики (АД, пульса, реоэнцефалограммы) у больных сердечно-сосудистыми

заболеваниями в условиях неблагоприятной погоды выявлены и другие функциональные изменения, в частности повышение венозного давления, снижение или увеличение потребления кислорода.

2. Из медикаментозных средств в профилактике метеотропных реакций целесообразно использовать протекторы клеточных мембран и антиоксиданты, которые способствуют улучшению аэробного окисления и гемодинамики.

3. Большая чувствительность больных сердечно-сосудистыми заболеваниями к неблагоприятной погоде требует специальных организационных мероприятий по созданию при крупных медсанчастях и поликлиниках кабинетов или отделений по борьбе с метеопатиями. Затраты на создание службы по профилактике метеопатий оправданы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андропова Т. И., Деряпа Н. Р., Соломагин А. П. // Гелиотропные реакции здорового и больного человека.— Л.— 1982.— 2. Ассман Д. // Чувствительность человека к погоде.— Л., 1966.— 3. Бокиа В. Г. // Проблема адаптации и курортное лечение.— Л., 1983.— 4. Владимирская В. М. // В кн.: Влияние солнечной активности на биосферу. М., Наука, 1982.— Т. 43.— С. 174—179.— 5. Воронин Н. М. // Основы медицинской и биологической климатологии.— М., 1981.— 6. Григорьев И. И., Парамонов И. Г., Тен М. М. // Краткое руководство по составлению медицинских прогнозов погоды.— М., 1974.— 7. Жуков А. Г., Покалев Г. М. и др. // Бюллетень сибирского отделения АМН СССР.— 1982.— № 5.— С. 27—31.— 8. Покалев Г. М., Жуков А. Г. // Охрана труда и социальное страхование.— 1983.— № 4.— С. 14—15.— 9. Чернявский В. И. // Бюллетень сибирского отделения АМН СССР.— 1982.— № 5.— С. 19—23.

Поступила 04.11.85.

УДК 616.33 /34—057.847:362.174

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*

З. Х. Бжассо, В. П. Булатов

*Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доктор мед. наук О. И. Пикуза) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Задачами настоящей работы были активное выявление гастроэнтерологических заболеваний у школьников, их оздоровление путем стационарного лечения и организация диспансерного наблюдения. С этой целью был осуществлен углубленный целенаправленный осмотр 4200 детей в возрасте от 7 до 14 лет в школах Приволжского района г. Казани, что составляет 38,2% от общего числа детей школьного возраста. После осмотра и установления показаний часть детей с различными поражениями пищеварительного тракта была госпитализирована.

В стационаре, наряду с общепринятым клиническим обследованием, детям были проведены рентгенография желудочно-кишечного тракта и билиарной системы, ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря, по показаниям — эзофагогастродуоденоскопия, желудочное и многофракционное дуоденальное зондирование; в крови и порции «В» дуоденального содержимого определяли активность щелочной фосфатазы, лизоцима, трансаминаз. У 346 детей были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта: у 42,3% — хронический гастрит, у 23,4% — гастродуоденит, у 23,8% — дискинезия желчевыводящих путей, у 12,1% — хронический холецистохолангит. Более чем у половины больных диагностирована сочетанная патология гастродуоденальной и билиарной систем, у 76,1% детей — дисфункция органов пищеварения. Кроме того, были выявлены и сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто устанавливались хронические очаги инфекции, так называемые простудные заболевания, острые респираторно-вирусные инфекции, энтеробиоз, лямблиоз кишечника.

Основными причинами процесса в желудочно-кишечном тракте были перенесенный гепатит и кишечная инфекция (соответственно у 24,1% и 18,3%), паразитарные заболевания и дисбактериоз (у 32%), нарушения пищевого режима и низкое качество пищи (у 41%). Наследственная предрасположенность выявлена у 38,8% обследованных.

* Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР в январе 1986 г.