

использованы при экспертизе проектов водоснабжения КамАЗа, Татарской атомной электростанции, ПО «Нижнекамскнефтехим», г. Казани и др.

Результаты изучения роли отдельных предприятий в загрязнении атмосферного воздуха легли в основу методических указаний по санитарной охране атмосферного воздуха в районах размещения предприятий нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, а также карты загрязнения атмосферного воздуха г. Казани. Материалы исследований нашли применение при расчете экономического эффекта проектов автоматизированных систем наблюдения и контроля за загрязнением атмосферы. Изучается загрязнение воздуха вредными примесями в районах размещения промышленных предприятий с целью проведения мероприятий по снижению заболеваемости населения. Разработаны ПДК для аммиака, сероводорода и формальдегида при их сочетании в атмосферном воздухе.

В практику совместной работы с органами санэпидслужбы МЗ ТАССР вошли двухдневные семинары по теме «Актуальные вопросы лабораторного контроля загрязнений окружающей среды». Программа семинаров составляется с учетом запросов специалистов, работающих в лабораториях отделений коммунальной гигиены СЭС и санитарных лабораторий предприятий.

Более 20 лет кафедра общей гигиены руководит последипломным обучением специалистов по контролю загрязнения окружающей среды, являясь методическим центром по усовершенствованию врачей-лаборантов СЭС страны. Только за последние 5 лет тематическое усовершенствование прошли более 400 врачей-лаборантов, в том числе 77 — из санэпидстанций ТАССР. Кроме того, состоялись выездные циклы в городах Таллине, Вильнюсе, Алма-Ате, Кишиневе, Баку, Риге, Намангане, Душанбе, Южно-Сахалинске, Сочи, Фрунзе, которые прослушали 290 врачей-лаборантов СЭС.

Для ТАССР было подготовлено 76 инженеров-химиков санитарных лабораторий, а также 269 специалистов для предприятий Марийской, Чувашской, Мордовской, Удмуртской, Башкирской, Коми АССР и ряда областей РСФСР.

Деятельность государственного санитарного надзора неуклонно совершенствуется, что требует постоянного повышения квалификации руководящих кадров санэпидслужбы. За последние 5 лет тематическое усовершенствование прошли 130 главных государственных санитарных врачей и заведующих санитарными отделами, в том числе 32 — из ТАССР.

Сотрудниками кафедры разработаны профессионально-должностные требования к врачам-лаборантам отделений коммунальной гигиены СЭС, которые будут учитываться в процессе последипломного обучения специалистов, что, несомненно, повысит качество их подготовки. Кроме того, профессионально-должностные требования будут иметь важное значение при аттестации врачей-лаборантов СЭС.

УДК 616.441—006.5—053.2—02:616.153.96

Ф. Г. Садыков (Уфа). Диспротеинемия у детей с различными формами зоба

Изучено содержание общего белка и белковых фракций у детей с различными формами зоба до и после операции (1—2-й день) и перед выпиской из клиники (10—12-й день). Были обследованы 106 больных до операции и 102 — в послеоперационном периоде. У 52 детей была эутиреоидная узловая форма зоба, у 49 — гипертиреоидная, у 5 — гипотиреоидная. Увеличение щитовидной железы III степени было у 57 больных, IV—V — у 49. Для сравнения проведены аналогичные исследования в крови 20 здоровых детей (см. табл.).

Общий белок и белковые фракции крови у детей с эндемическим зобом

Показатели	Здоровые	Больные с эндемическим зобом	
		эутиреоидной формы	гипертиреоидной формы
Общий белок, г/л	72,3±0,2	77,8±0,1	78,7±0,1
Альбумины, %	55,5±0,8	53,8±0,2	51,7±0,7
α ₁ -глобулины, %	6,4±0,1	7,0±0,2	6,2±0,2
α ₂ -глобулины, %	10,0±0,2	10,9±0,3	11,3±0,2
β-глобулины, %	11,1±0,3	11,3±0,2	11,8±0,3
γ-глобулины, %	17,0±0,7	17,9±0,3	18,7±0,3

После операции у больных с гипертиреоидным зобом нарастают гипопротеинемия, гипоальбуминемия; повышается содержание глобулиновых фракций и несколько снижается альбумино-глобулиновый коэффициент. К моменту выписки у больных обеих групп нарушения в белковой картине крови не исчезают. Нормализация общей картины протеинограммы наступает постепенно, по мере восстановления измененных функций печени и самой щитовидной железы.

УДК 616.127—005.4—07:577.175.529

Х. Х. Афаунов (Казань). Экскреция ванилилминдалевой кислоты у больных ишемической болезнью сердца

Изучена в динамике суточная экскреция ванилилминдалевой кислоты (ВМК) с мочой у больных острым инфарктом миокарда и прогрессирующей стенокардией напряжения.

Обследовано 110 больных на 1—5, 6—10, 30—35-й дни заболевания (I-я группа). Мужчин было 76, возраст — 32—84 года (средний возраст — 56,0), женщин — 34, возраст — 44—85 лет (средний возраст — 66,3). Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 69 (62,7%) больных, мелкоочаговый — у 18 (16,4%), повторный — у 23 (20,9%). Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка установлен у 64 больных, задней — у 32 и переднезадней — у 14. Острый период заболевания протекал у 66 (60%) больных с различными осложнениями: нарушениями ритма и проводимости сердца, расстройствами кровообращения, отеком легких, кардиогенным шоком I-II степени, тромбоэмболией, острой атонией желудка и кишечника, сердечной астмой.

2-ю группу составили 30 больных стенокардией в возрасте 36—78 лет (средний возраст — 57,7). Мужчин было 27, возраст — 31—76 лет (средний возраст — 57,2), женщин — 3, возраст — 51—78 лет (средний возраст — 52,6).

В качестве контроля были обследованы 30 здоровых доноров в возрасте 29—57 лет (средний возраст — 49,0).

Все больные находились на стационарном лечении и получали одинаковое питание (7536—8374 Дж/сут).

Уровень ВМК в суточной моче определяли методом высоковольтного электрофореза на бумаге. За норму принимали показатели суточной экскреции ВМК с мочой ($9,7 \pm 1,3$ мкмоль/сут), полученные у 30 здоровых доноров.

У больных со стенокардией до лечения наблюдалось повышение экскреции ВМК до $15,7 \pm 0,5$ мкмоль/сут ($P < 0,001$). После лечения перед выпиской из стационара наряду с улучшением их клинического состояния отмечалась и нормализация выделения ВМК.

У больных острым инфарктом миокарда в 1—5-й дни болезни экскреция ВМК повышалась до $20,1 \pm 0,4$ мкмоль/сут ($P < 0,001$), однако через 10 дней и один месяц уменьшалась по отношению к исходным данным (соответственно до 17,2 и 13,6 мкмоль/сут; $P < 0,001$). Аналогичная динамика прослежена и у больных с крупноочаговым, мелкоочаговым и повторным инфарктом миокарда.

У 31 из 66 больных с осложненным течением острого инфаркта миокарда (с нарушениями ритма и проводимости) также регистрировалось в 1—5-й дни болезни повышение уровня суточной экскреции ВМК до $21,5 \pm 0,5$ мкмоль/сут ($P < 0,001$), затем последующее его снижение, однако даже к 30—35-му дню болезни он все еще был довольно высоким ($14,2 \pm 0,3$ мкмоль/сут; $P < 0,001$).

У 21 больного из этой же группы с недостаточностью кровообращения I-II ст. констатировано, наоборот, уменьшение суточной экскреции ВМК по сравнению с данным показателем у больных с инфарктом миокарда, протекающим без осложнений ($P < 0,001$).

У 14 (12,7%) из 110 больных острым инфарктом миокарда с летальным исходом в первые дни болезни суточная экскреция ВМК была выше, чем в контрольной группе ($20,8 \pm 4,5$ мкмоль/сут; $P < 0,001$). Однако следует обратить внимание, что у 5 из 14 пациентов, поступивших с осложнениями (кардиогенный шок III ст., острый отек легкого), в начале болезни наблюдалось менее выраженное увеличение суточной экскреции ВМК (до $12,8 \pm 0,1$ мкмоль/сут; $P < 0,001$) без дальнейшей тенденции к повышению.

Таким образом, по результатам исследования экскреции ВМК можно заключить: чем обширнее очаг поражения миокарда, тем более выражено его раздражающее действие на гуморальные и медиаторные звенья симпатико-адреналовой системы. Уровень экскреции ВМК при остром инфаркте миокарда и некоторых его осложнениях может быть использован в качестве дополнительного критерия в оценке тяжести клинического течения и прогноза заболевания.

УДК 616.127—005.4—08: [615.224+615.837.3]

Р. А. Камбург (Казань). Лечение ишемической болезни сердца электросном и нитроглицериновой мазью в условиях санатория

Изучены результаты лечения ишемической болезни сердца в условиях кардиопульмонологического санатория «Ливадия» (Казань) электросном с помощью аппарата «Электросон-4Г» и нитроглицериновой мазью. Использовали постоянный импульсный ток с частотой импульсов 5—10 Гц и продолжительностью процедуры 30 мин (курс лечения — 10 сеансов через день). Нитроглицерин применяли в виде 2% нитромази⁴ (Финляндия).

Под наблюдением находилось 40 мужчин в возрасте 43—62 лет, страдающих стенокардией II—III функциональных классов. Из них 34 пациента перенесли инфаркт миокарда не менее 12 мес давности. Больные были разделены на 4 группы. Лица 1-й группы (контрольная) получали циркулярный душ, кислородные ингаляции, ЛФК. Пациентам 2-й группы к этому лечению добавляли электросон. Больным 3-й группы назначали нитромазу в виде аппликаций на прекардиальную область площадью 10 см². Доза мази — 2—4 см (7,5—15 мг нитроглицерина) 2—3 раза в день. Пациентов 4-й группы лечили сочетанием электросна и нитромази.

Об эффективности лечения судили по разработанной карте. В нее входят 19 различных показателей: общее число приступов стенокардии, число приступов стенокардии покоя, интенсивность ангинозной боли, субъективная переносимость физической нагрузки при ходьбе, подъеме по лестнице, одышка и чувство удушья, сердцебиения и перебои в работе сердца, субъективная характеристика сна, общее настроение, избыток массы тела, систолическое и диастолическое АД, частота дыхания, пробы с задержкой дыхания на вдохе и выдохе, термометрия кожи груди в симметричных точках, оценка ЭКГ по данным ритма, про-