

Экстракты маточных труб достоверно повышали толерантность плазмы к гепарину. Влияние экстрактов на вторую фазу гемокоагуляции исследовали по их действию на протромбиновое время обычной и безакцелериновой плазмы. Экстракты маточных труб девочек и женщин 20—40 лет сокращали конверсию протромбина в тромбин в обычной плазме на 15—16%, а женщин старше 50 лет — на 10,1%. Экстракты маточных труб женщин детородного возраста удлинляли протромбиновое время плазмы с дефицитом фактора V на 15% по сравнению с контролем, а девочек и женщин старше 50 лет несущественно тормозили превращение протромбина в тромбин в безакцелериновой плазме.

Действие экстрактов на третью фазу гемокоагуляции определяли по тромбиновому времени плазмы при внесении в нее равного объема экстракта маточных труб. Время свертывания плазмы тромбином в присутствии экстрактов фаллопиевых труб девочек и женщин 20—40 и 50—75 лет удлиннялось соответственно на 19%, 39% и 15%.

Для выяснения причины анитромбинового действия экстрактов была проведена специальная серия исследований. Результаты опытов показали наличие в маточных трубах гепарина, причем наибольшим его содержанием отличались экстракты фаллопиевых труб женщин детородного возраста. При изучении фибринстабилизирующих свойств экстрактов маточных труб активности тканевой фибриназы в них не было обнаружено.

Содержание активаторов плазминогена во всех изученных экстрактах превалировало над ингибиторами, что определяет их фибринолитическую активность.

Итак, маточные трубы содержат очень активный и устойчивый к разведению тромбопластин, естественные антикоагулянты, антигепариновые соединения, фактор, подобный фактору V плазмы, активаторы и ингибиторы плазминогена. В онтогенезе тромбопластин маточных труб не изменяет своей активности. Фибринолитическая же активность зависит от возраста: маточные трубы детей имеют более низкую фибринолитическую активность, чем у женщин 20—75 лет. Маточные трубы женщин детородного возраста отличаются наибольшим содержанием гепарина.

УДК 618.39—084:615.847

Н. Ю. Чистякова (Казань). Применение центральной электроанальгезии для пролонгирования беременности

С целью пролонгирования беременности у 50 женщин группы риска (первобеременные старше 30 лет) использовали центральную электроанальгезию. Женщины были направлены в дом отдыха для беременных при сроке беременности от 33 до 35 нед. В контрольной группе было 10 первобеременных моложе 30 лет.

Центральную электроанальгезию осуществляли при частоте до 900 Гц силой тока, равной в среднем 0,1—1,0 мА. В процессе лечения беременные отмечали улучшение самочувствия, настроения, нормализацию сна.

Содержание серотонина у первобеременных старше 30 лет оказалось выше ($0,683 \pm 0,127$ мкмоль/л), чем у беременных контрольной группы ($0,318 \pm 0,022$ мкмоль/л; $P < 0,001$). После проведения центральной электроанальгезии уровень серотонина снизился ($0,450 \pm 0,43$ мкмоль/л; $P < 0,05$), а экскреция 5-ОИУК повысилась ($P < 0,02$).

Активность сывороточной MAO после лечения уменьшилась и приблизилась к показателям контрольной группы, что свидетельствовало об активации метаболизма серотонина под влиянием центральной электроанальгезии. В процессе лечения установлено также снижение содержания адреналина и норадреналина в моче, однако их экскреция была выше, чем у беременных контрольной группы.

Благоприятный эффект центральной электроанальгезии у беременных группы риска позволяет рекомендовать ее применение в условиях женской консультации.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.71—002.27—07

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ю. И. Батясов, В. Ю. Батясов

Медсанчасть ПО «Оргсинтез» (главрач — канд. мед. наук И. С. Абдуллин), Казань

Борьба за снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности приобретает особое значение в условиях ускорения социально-экономического развития страны. Разного рода ошибки экспертизы временной нетрудоспособности — необоснованная выдача листа нетрудоспособности или его продление и, наоборот, неоправданный отказ в выдаче и продлении листа нетрудоспособности — оказывают существенное влияние на формирова-

ние уровня заболеваемости. Вследствие недостаточной укомплектованности поликлиник врачами узких специальностей определенные трудности в экспертизе временной нетрудоспособности испытывают терапевты при приеме непрофильных больных. Как показали исследования, 72—81% больных от общего числа обследованных невропатологами были направлены к ним участковыми терапевтами, в то время как 32% из них не нуждались в неврологической помощи [1].

**Вычислительный метод в экспертизе временной нетрудоспособности
при вертеброгенных заболеваниях нервной системы
(экспресс-памятка для участковых врачей-терапевтов)**

Симптомы	Выраженность симптомов		
	слабая, 1 балл	умеренная, 2 балла	значительная, 3 балла
Нарушения статики и динамики позвоночника:			
сколиоз	точка проекции головы медиальнее стопы	точка проекции головы на уровне стопы	точка проекции головы латеральнее стопы
физиологический лордоз	уплощение физиологического лордоза с сохранением его контуров	сглаженность физиологического лордоза с отсутствием его контуров	физиологический лордоз кифозирован
объем движений шейного отдела: сгибание, разгибание (норма — 70°)	до 60°	до 45°	до 30°
боковой наклон (35°)	до 30°	до 20°	до 10°
вращение (80°)	до 70°	до 60°	до 45°
поясничного отдела: сгибание (норма — 70°)	до 60°	до 45°	до 30°
разгибание (28,5°)	до 25°	до 20°	до 15°
боковой наклон (15°)	свыше 10°	до 10°	до 5°
вращение (10°)	до 8°	до 6°	до 4°
Выраженность болевых ощущений	боли отсутствуют в покое, при умеренных движениях, однако появляются при физической нагрузке, пребывании в неудобной позе	боль исчезает в покое и появляется при малейшем движении	боль проявляется как в покое, так и при движении
Болезненность болевых точек и зон при пальпации, перкуссии	болезненность подтверждается словесно, двигательная реакция отсутствует	болезненность сопровождается мимической реакцией	болезненность сопровождается мимической и двигательными реакциями
Мышечный тонус	мышца мягкая, при пальпации палец легко погружается в ее толщу	мышца умеренной плотности, для погружения в нее пальца требуется определенное усилие	мышца «каменистая», ее невозможно деформировать
Симптомы натяжения шейного отдела: симптом Спурлинга — Сковилла, болезненность при давлении бокового сгибания головы	до 30°	до 20°	до 10°
поясничного отдела: симптом Лассега — выпрямленную ногу больного, лежащего на спине, поднимают до появления (в норме — 90°) боли в ноге или пояснице (I фаза), а затем сгибают в коленном суставе, при этом боль исчезает или уменьшается (II фаза)	до 75°	до 60°	до 45°
Коэффициент выраженности болезни (КВБ) в баллах	5	10	15

По сведениям поликлиники № 5 г. Казани за 1985 г. участковыми терапевтами было выдано в 2 раза больше листов нетрудоспособности по неврологической заболеваемости, чем невропатологами, причем по вертеброгенной патологии нервной системы — в 3,5 раза больше. Оставляют желать лучшего полнота и комплексность проводимого лечения, которое сводится к назначению анальгетиков и тепловых процедур. В экспертизе временной нетрудоспособности при вертебропатологии у терапевтов превалирует субъективная оценка клинических признаков заболевания. Приведенные факты, несомненно, оказывают значительное влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности и на качество лечебной помощи при вертебропатологии. Значимость данной патологии в заболеваемости с временной утратой трудоспособности не вызывает сомнений. Достаточно напомнить, что по количеству дней нетрудоспособности вертебропатология занимает первое место [3]. Очевидно и то, что врачам-терапевтам поликлиник необходима методическая помощь в экспертизе временной нетрудоспособности при вертеброгенных заболеваниях нервной системы. Мы считаем более эффективным в этом отношении вычислительный метод экспресс-диагностики, когда практикующий врач имеет возможность в короткое время квалифицированно провести экспертизу временной нетрудоспособности.

В основу предлагаемой нами экспресс-памятки положены пять наиболее информативных и достоверных признаков рефлекторно-тонических синдромов при вертеброгенной патологии. Даны рекомендации по профессиональной экспертизе временной нетрудоспособности и общие принципы терапии. Источниками настоящей памятки явились положения о врачебно-трудоустройстве при вертеброгенной патологии [2, 3]. Предлагаемая памятка может быть использована и в службе здравоохранения сельской местности, где дефицит невропатологов наиболее ощутим.

Экспертиза временной нетрудоспособности лиц, занятых тяжелым физическим трудом (грузчики, слесари-сантехники, сборщики, формовщики, вальцовщики, прокатчики, трубоукладчики, токари, водители автотранспорта, фрезеровщики, стропальщики, разнорабочие и т. д.), осуществляется следующим образом: при КВБ до 5 баллов необходима экспертиза невропатолога, при КВБ более 5 и до 15 баллов — лист нетрудоспособности. При определении степени нетрудоспособности лиц, выполняющих легкую физическую (электромонтеры, наладчики, швей-мотористки, вязальщицы, работники сферы обслуживания и т. д.) и умственную работу, критерии оценки несколько иные: при КВБ до 5 баллов лист нетрудоспособности не выдается, при КВБ до 10 баллов необходима экспертиза невропатолога, при КВБ от 10 до 15 баллов — лист нетрудоспособности.

В комплекс медикаментозного лечения входят: анальгетики; витамины группы В, С, РР; биогенные стимуляторы; десенсибилизирующие; дегидратирующие и антиспазматические средства; физиотерапевтическое лечение.

При направлении больных с вертеброгенной патологией на консультацию к невропатологу необходимо следующее: а) исключение соматической патологии; б) лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи); в) консультации специалистов: гинеколога, уролога, проктолога.

В записи амбулаторной карты необходимо отражать не только наличие симптомов, но и их выраженность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохина Л. Г., Виленский Б. С. и др. // Основы организации неврологической помощи населению. — М., Медицина, 1981. — 2. Лукачер Г. Я. // Экспертиза трудоспособности при пояснично-крестцовом радикулите. — М., Медицина, 1974. — 3. Попелянский Я. Ю. // Пельвиоэмбральные синдромы поясничного остеохондроза. — Казань, 1986. — Т. 2.

Поступила 16.03.87.

УДК 612.014.464:616.24

АЭРОИОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ: ПОКАЗАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ

А. Н. Кокосов

Отделение терапии неспецифических заболеваний легких (руководитель — проф. А. Н. Кокосов) Всесоюзного научно-исследовательского института пульмонологии МЗ СССР, Ленинград

В системе этапно-восстановительного лечения больных с заболеваниями бронхов и легких в периоде долечивания и реабилитации основное значение имеют немедикаментозные, в частности, физиотерапевтические воздействия, оказывающие гипосенсибилизирующий эффект и повышающие неспецифическую резистентность организма. Определенное место среди немедикаментозных средств лечения реабилитационного характера занимает аэроионотерапия, возможности которой используются еще недостаточно, что обусловлено, по-видимому, неосведомленностью практических врачей и организаторов здравоохранения о сущности