

патоз беременных. Беременность — 24 нед. Печеночно-почечная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Внутритробная смерть плода. Отек головного мозга. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: острый жировой гепатоз беременных, беременность — 24 нед. Множественные кровоизлияния в серозные оболочки, плевру, брюшину, диафрагму.

Данные гистологического исследования: в печеночной ткани — жировая дистрофия гепатоцитов, лимфоидная инфильтрация портальных трактов.

Таким образом, появление желтухи, диспептических расстройств с быстрым нарастанием тяжести болезни, прогрессированием печеночно-почечной недостаточности и ДВС-синдрома при низкой активности АЛТ дают основание снять диагноз вирусного гепатита и заподозрить острую жировую дистрофию печени беременных.

УДК 618.1—053.9—089.8

Я. Ю. Малков, Е. В. Казакова (Пенза). Опыт оперативных вмешательств у гинекологических больных пожилого и старческого возраста

Проведен анализ исхода операций у 235 женщин в возрасте от 50 до 81 года, оперированных по поводу фибромиомы матки, кистомы яичника (49), рака эндометрия (30), выпадения матки и опущением стенок влагалища (25), преинвазивного рака шейки в сочетании с миомой и аденоматозом (3), рака маточной трубы (1).

У 218 (92,8%) больных были сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (104), варикозное расширение вен нижних конечностей, тромбоз (36), ожирение II—III ст. (24), анемия (22), сахарный диабет (17), патология желудочно-кишечного тракта (12), щитовидной железы (у 2) и туберкулез почек (1).

В предоперационном периоде проводили ряд медикаментозных мероприятий с целью улучше-

ния функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, назначали диету, витаминотерапию, санирование влагалища. Из-за повышенного риска возникновения послеоперационных тромбозов и эмболий профилактически предписывали малые дозы гепарина — 2500—5000 ед. подкожно в область передней брюшной стенки за 2 ч до и через 12 ч после операции на протяжении 6—7 дней, что оказалось эффективным. Осуществляли также и неспецифическую профилактику этих осложнений: бинтовали конечности и в качестве антиагреганта давали аспирин.

Радикально прооперированы 173 (73,6%) из 235 больных: у 94 (40%) произведена надвлагалищная ампутиация матки с придатками, у 66 (28,1%) — экстирпация матки с придатками, у 13 (5,5%) — экстирпация матки без придатков через влагалище. Шадящие операции сделаны 62 больным: у 50 (21,3) удалены придатки матки при наличии доброкачественных опухолей яичников, у 12 (5,1%) выполнены передняя, задняя пластика, леваторопластика влагалища. Оперировали преимущественно под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

В послеоперационном периоде назначали раннее вставание, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную и витаминотерапию, кардиотонические средства, а также дыхательную гимнастику.

Частота возникновения осложнений находилась в прямой зависимости от тяжести основного заболевания, выраженности экстрагенитальных изменений, объема оперативного вмешательства и эффективности предоперационной подготовки и составила у оперированных больных 15,8%. Чаще наблюдали расхождение послеоперационных швов (11), пневмонию (8), реж — эвентрацию и кровотечение (3), параметрит (3), тромбоз (3). У первых 3 больных произведена повторная операция. Летальных исходов не было. Влагалищная гистерэктомия переносилась женщинами пожилого, особенно старческого, возраста лучше, чем абдоминальный метод оперативного вмешательства.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.89—008.441.13

ОПЫТ АНОНИМНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

И. А. Классен, Л. Д. Никольская

Республиканский наркологический диспансер (главврач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР

Анонимное лечение лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также больных хроническим алкоголизмом как одна из форм амбулаторной наркологической помощи населению приобретает все большее значение в отношении пациентов с сохранностью социального статуса. С начала 1986 г. при нашем диспансере начал функционировать кабинет анонимного лечения. Прием обратившихся за помощью и консультацией ведется пять дней в неделю, из них три дня в вечернее время до 22 часов. Кабинет анонимного лечения

располагает комнатой с картотекой для индивидуального приема врачом, психотерапевтическим и процедурным кабинетами и комнатой для лиц, ожидающих приема.

Проанализированы истории болезни 171 больного, обратившегося за анонимным лечением в 1986 г. В возрасте от 30 до 40 лет было 49,1% больных, среди них преобладали мужчины (86,5%). 55% пациентов имели среднее или неполное среднее образование, 25% — высшее. Декомпенсация в семейных отношениях, возникшая на почве алкоголиза-

ции, была выявлена у подавляющего числа больных алкоголизмом, однако в момент обращения к врачу семья распалась лишь у 7,6% лиц, была неустойчивой у 23,2%. Производственные конфликты на почве пьянства отмечались у 84,8% больных, увольнение с работы в связи с пьянством и алкоголизмом произошло у 3,6%. II стадия хронического алкоголизма была диагностирована у 64,4% обратившихся больных, в то время как бытовое пьянство имело место у 5,7%.

Следует отметить, что при сопоставлении клинической формы заболевания и социального статуса больных по критерию «сохранности» последний должен приниматься лишь с определенной долей условности. По нашим наблюдениям, декомпенсация в среде в своем реальном выражении была более значительной, чем это показывали больные. Производство и семьи больных проявляют большую терпимость и снисходительность к пьянству и алкоголизму, так как в противном случае было бы гораздо меньше обратившихся со II стадией хронического алкоголизма.

Что касается ремиссии у больных хроническим алкоголизмом, леченных в условиях анонимного кабинета, то достоверно известная ремиссия продолжительностью 6 месяцев и более наблюдалась у них в 8,8% случаев. Большинство больных прекращали контакты по своей инициативе, находясь в ремиссии, еще в сроки до 6 месяцев (их достоверное число составляло 27,5%). В первый же месяц наблюдения от лечения отказались 50,8% больных, злоупотребляющих алкоголем. 6 месяцев и более наблюдались лишь 11% больных.

Оказалось, что у большинства больных алкоголизмом обращение за лечебной помощью носило социально-психологический характер и было вызвано угрожаемым распадом семьи, увольнением с работы, административным принуждением к лечению, ультимативным требованием семьи лечиться, морально-нравственными переживаниями личности. Эти мотивы являлись нестойкими побудителями к трезвости и лечению и быстро угасали, как только намечалась тенденция к нормализации отношений. Гнозис заболевания как изначальный мотив лечения не был актуальным. В подавляющем числе наблюдений, даже при достаточно выраженной личностной сохранности больного, алкоголизация не осознавалась как болезнь. Злоупотребление спиртными напитками расценивалось как социальное, морально-нравственное и личностное снижение, мешающее реализации жизненных планов и программ и наносящее ущерб прежде всего социальному положению больного. А так как у большинства лиц, обратившихся за помощью, социальный статус не был потерян, то прекращение пьянства вело к быстрой нормализации отношений, а гнозис болезни вытеснялся из сознания личности из-за

своего явно травмирующего характера. Вследствие этого у большинства больных, леченных анонимно, актуальность мотива лечения отпадала в первые же три месяца. Данное положение можно объяснить также благополучно реализуемой трезвостью, отсутствием влечения к спиртному, нормализацией отношений в среде, в результате которых у больного исчезала осторожность к проблеме своего пьянства или алкоголизма. Если же возникал рецидив заболевания, то отказ от лечения мотивировался «неудобством» повторного обращения после того, как он якобы «не оправдал доверия врача». При рецидиве заболевания терялось доверие к врачу, так как больные имели пассивную установку на лечение и достижение трезвости.

Практика показывает, что с первых же контактов врача и больного следует проводить активную психотерапию, сочетающуюся с медикаментозным лечением, для формирования у больного активной трезвеннической установки, подавления патологического влечения к алкоголю, купирования психопатологических расстройств, нормализации семейных и производственных отношений. Следует учитывать и такой бессознательный механизм установки анонимно лечащегося, как получение быстрого и надежного эффекта с помощью врача, а также нежелание больного поддерживать длительный контакт, его стремление к индивидуальным общению и методам лечения (в том числе и к психотерапевтическому), что сближает психологию анонимно лечащегося от алкоголизма с психологией больного соматического профиля.

Большинство больных анонимного кабинета негативно относятся к традиционным методам лечения алкоголизма, бывают обеспокоены «последствиями» такого лечения. Если предварительно не была проведена интенсивная разъяснительная психотерапия о целях применения лечебных средств, то назначение активной парентеральной терапии, появление побочных действий от медикаментозных средствстораживают больных и в ряде случаев заставляют их отказаться от лечения. Оптимальным вариантом следует считать лечение малыми дозами психотропных средств в комбинации с симптоматическими, вегетотропными, дезинтоксикационными препаратами витаминотерапией с целью воздействия на структуру психопатологического синдрома и подавления патологического влечения к спиртному. На последующих этапах лечения нужен подбор психотропных средств для предупреждения актуализации первичного патологического влечения к алкоголю, особенно в первые три месяца ремиссии. В этот период необходимо проводить работу по нормализации семейных и производственных отношений, активизации личности в на-

правлении полного отказа от спиртного. При анонимном лечении не надо стремиться к авторитарному воздействию на пациента; как норму следует воспринимать кратковременность контактов с ним (несколько месяцев), так как больной посещает врача столько, насколько ощущает в этом необходимость. Взаимоотношения с больным должны быть такими, чтобы в случае рецидива заболевания он не имел препятствий к повторному обращению. Эмоциональный контакт, доступность лечения, откровение — вот основные формы индивидуального психотерапевтического воздействия на больного; их необходимо сочетать с принципиальностью и бескомпромиссностью врача в вопросах лечения и утверждения в сознании больного трезвеннических установок.

Как показал наш опыт, обратившиеся

за анонимной лечебной помощью имели установку на индивидуальное лечение, поэтому в групповом процессе они отличались вялостью, отсутствием взаимного интереса и стремления к интеракциям. Следовательно, в психотерапевтических приемах лечение должно быть построено на праве больного иметь ту или иную форму психотерапевтического контакта.

Тот факт, что основным контингентом кабинета анонимного лечения являются больные со II стадией хронического алкоголизма, свидетельствует о недостаточной профилактической работе среди населения, малой информированности в вопросах алкоголизма и пьянства. Предполагается значительно большее вовлечение лиц с бытовыми формами пьянства к наблюдению и лечению в условиях существующей анонимной службы.

Поступила 02.06.87.

УДК 616.361—053(470.51)

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ УДМУРТСКОЙ АССР

Р. Н. Ямолдинов, Л. С. Мякишева

*Кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. Л. С. Мякишева) Ижевского
ордена Дружбы народов медицинского института*

К числу болезней, распространенность которых за последние годы существенно увеличилась как среди взрослых, так и детей, относятся неинфекционные заболевания органов пищеварения. С целью изучения распространенности заболеваний билиарной системы у детей мы провели исследование по методу А. А. Баранова и О. В. Грининой [1] в пяти городах и рабочих поселках Удмуртской АССР. Всего было обследовано 2249 детей в возрасте от 7 до 14 лет. На каждого ребенка заполняли карту по изучению распространенности заболеваний органов пищеварения у детей, содержащую сведения о жалобах, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, характере наследственности. На следующем этапе для выявления заболеваний органов пищеварения детей осматривал педиатр и при необходимости привлекал к этому специалиста-гастроэнтеролога. По результатам анкетирования и осмотра отбирали детей для целенаправленного обследования в условиях стационара или поликлиники.

Диагноз заболевания основывали на характерной клинической симптоматике [2], результатах холецистографии, многофракционного дуоденального зондирования с биохимическим, морфологическим, бактериологическим анализом, с определением уровня лизоцима дуоденального содержимого, а также на данных исследования функционального состояния печени. Дифференциальную диагностику дискинезий и воспалитель-

ного процесса в желчных путях проводили на основе тщательного анализа клинической картины (наличие или отсутствие симптомов интоксикации, признаков полигиповитаминоза, субфебрилитета, характер и длительность болевого синдрома, наличие и выраженность гепатомегалии) и результатов комплекса лабораторно-инструментальных исследований (нарушение сократительной и концентрационной функции желчного пузыря по данным холецистографии, биохимического состава желчи, активности лизоцима, морфологического и цитологического анализа дуоденального содержимого).

Хроническая патология желчевыделительной системы была диагностирована у 190 детей. Распространенность гепатобилиарных заболеваний составила $84,5 \pm 5,9$ на 1000 детей, что превышало результаты исследования, проведенного Л. И. Дзубич в 1976 г. среди школьников г. Горького ($64,4 \pm 2,8$) с учетом основного и сопутствующего диагнозов [3].

У значительного большинства школьников (87%) заболевание было обнаружено впервые. Между тем у 31% выявленных давность заболевания составляла 5 и более лет. Все это свидетельствует как об отсутствии должной настороженности родителей при первых проявлениях заболевания у ребенка, так и о недостаточном внимании педиатров к состоянию органов пищеварения у детей.