

чивает более полную выявляемость инвазированнойности, у 346 (8,3%) детей были обнаружены яйца остриц. В семейных очагах энтеробиоза обследовано 623 взрослых; у 4,9% из них был диагностирован энтеробиоз, 348 детей оказались контактными, среди них этим заболеванием были поражены 8,6% ребят.

Анализ показал, что среди организованного контингента детей процент заболеваемости значительно выше, чем среди неорганизованных (табл. 1). Были обследованы 566 детей из детских комбинатов, 383 школьника и 3222 неорганизованных ребенка: энтеробиозом были поражены соответственно 23,2%, 22,3%, 3,9% детей. По нашему мнению, это связано с переуплотнением детских учреждений, отсутствием навыков личной гигиены в ранних возрастных группах. В свою очередь, уровень пораженности энтеробиозом среди детей, посещавших детские учреждения, был также различным. Так, в возрастной группе от одного до 3 лет он составлял 32,5%, от 4 до 6 лет — 34,0%, от 7 до 10 лет — 13,5%, от 11 до 14 лет — 12,5%. 55% случаев заболеваемости энтеробиозом были зарегистрированы в тех семьях, в которых родители заболевших имели неполное среднее образование.

Все 346 больных энтеробиозом были лечены суспензией пирантела в дневном гельминтологическом стационаре поликлиники. Препарат назначали внутрь в дозах, соответствующих возрасту детей. В процессе лечения соблюдались следующие правила личной гигиены: ежедневное подмывание на ночь и утром водой с мылом, чистота рук и ногтей, сон в трусах со сменой их после сна или проглаживания горячим утюгом. Кроме того, родителей знакомили с санитарно-гигиеническими правилами в условиях быта: необходимостью влажной уборки помещений 2% мыльно-содовым раствором, обработкой горшков с испражнениями кипятком. Результаты контрольного исследования соскобов через 2—3 нед показали, что эффективность лечения больных энтеробиозом составила 96,9%. У 3,1% детей был проведен повторный курс лечения.

616.314.18—002.4:616—097

С. П. Некрасова (Казань). Уровень сывороточных иммуноглобулинов при воспалительных заболеваниях пародонта

У больных генерализованным хроническим катаральным гингивитом, локализованным пародонти-

том, генерализованным хроническим пародонтиом была изучена динамика уровней иммуноглобулинов G, A, M до лечения, спустя 3—4 нед, а также через 3—6—12 мес после лечения.

Под наблюдением находились 106 больных в возрасте от 20 до 60 лет с давностью заболевания от одного года до 10 лет. У 49 человек диагностирован генерализованный хронический пародонтит, у 30 — локализованный пародонтит и у 27 — генерализованный хронический катаральный гингивит. Каких-либо других соматических заболеваний у них не выявлено. Состояние пародонта оценивали по значениям показателей ПМА, Green-Vermilliona и количеству десневой жидкости (КДЖ). Уровень иммуноглобулинов G, A, M в сыворотке крови определяли методом простой радиальной иммунодиффузии по Манчини.

Лечение включало тщательное удаление зубных отложений, устранение зубодесневых карманов хирургическим и неоперативным путем, физические воздействия в виде гидромассажа и лекарственного электрофореза. Независимо от диагноза пародонтального заболевания всех больных обучали гигиеническому уходу за полостью рта.

До лечения выраженные изменения количества сывороточных иммуноглобулинов (см. табл.) имели место при генерализованном хроническом пародонтите (ПМА—44,86±2,66, Green-Vermilliona — 2,39±0,11, КДЖ — от 0,8 до 1,9 мкл) и генерализованном хроническом катаральном гингивите (ПМА—17,07±0,8, Green-Vermilliona — 1,44±0,15, КДЖ — от 0,1 до 0,6 мкл). При локализованном пародонтите их уровень в процессе лечения не изменялся.

В группе больных генерализованным хроническим пародонтиом спустя 3—4 нед после лечения наряду с явным клиническим улучшением констатировано значительное снижение уровня иммуноглобулинов G, A, M. Через 3 мес после лечения наблюдались благоприятные изменения показателей иммуноглобулинов G, A, M (ПМА—11,37±1,41, Green Vermilliona — 1,44±0,11, КДЖ — от 0,3 до 1,2 мкл); через 6 мес (ПМА — 16,41±1,94, Green-Vermilliona — 1,54±0,13, КДЖ — от 0,3 до 1,2 мкл) число больных с высокой концентрацией IgG и IgM увеличилось, количество IgA осталось на прежнем уровне. Через 12 мес после лечения (ПМА—17,71±2,10, Green-Vermilliona — 1,94±0,13, КДЖ — от 0,3 до 1,6 мкл) уровень IgG, IgM

Содержание иммуноглобулинов G, A, M (в мкмоль/л) в сыворотке крови при воспалительных заболеваниях пародонта

Болезни пародонта	Сроки обследования								
	до обследо- вания (1-я группа)	P ₁₋₂	после лечения						
			через 3—4 нед (2-я)	P ₁₋₁	через 3 мес (3-я)	P ₂₋₁	через 6 мес. (4-я)	P ₃₋₅	через 12 мес (5-я)
Генерализованный хро- нический пародонтит									
G	105,8±4,4	<0,001	87,0±3,1	<0,001	82,6±2,6	<0,05	94,4±3,8	<0,001	97,6±3,5
A	20,9±1,6	<0,01	16,1±1,1	<0,001	14,2±1,0	>0,1	14,6±0,8	>0,1	15,2±0,9
M	91,1±5,2	<0,001	1,4±0,1	<0,001	1,3±0,1	<0,001	1,5±0,1	<0,001	1,7±0,1
Генерализованный хро- нический катаральный гингивит									
G	91,1±5,2	<0,01	75,0±3,4	<0,001	73,5±3,0	>0,1	74,6±2,8	>0,1	75,6±3,6
A	11,3±1,4	>0,1	11,9±1,1	>0,1	11,5±1,1	>0,1	12,0±1,1	>0,1	12,4±1,0
M	1,7±0,1	<0,001	1,3±0,1	<0,001	1,2±0,1	>0,1	1,2,0±0,1	>0,1	1,3±0,1
Локализованный пародон- тит									
G	73,2±2,9	>0,1	71,6±2,8	>0,1	70,2±3,1	>0,1	71,0±0,9	>0,1	69,2±2,7
A	12,3±1,1	>0,1	11,8±0,8	>0,1	12,0±0,9	>0,1	11,6±0,7	>0,1	11,9±0,7
M	1,2±0,1	>0,1	1,2±0,1	>0,1	1,1±0,1	>0,1	1,2±0,1	>0,1	1,3±0,1

у ряда больных повысился, что совпало с рецидивом воспалительного процесса в пародонте.

У больных генерализованным хроническим катаральным гингивитом через 3—4 нед после лечения наблюдалось значительное снижение количества IgG, IgM, что совпадало с выраженным улучшением состояния пародонта. Через 3 мес после лечения положительные сдвиги показателей иммуноглобулинов G, A, M сочетались с хорошим состоянием пародонта (ПМА — $3,56 \pm 0,39$, Green-Vermilliona — $1,04 \pm 0,11$, КДЖ — от 0,08 до 0,1 мкл). Спустя 6—12 мес после лечения у отдельных больных с рецидивом заболевания (ПМА — $3,59 \pm 0,29$; $3,74 \pm 0,36$; Green-Vermilliona — $1,08 \pm 0,13$; $1,10 \pm 0,14$; КДЖ — от 0,08 до 0,4 мкл, от 0,08 до 0,6 мкл) выявлено повышенное количество IgG, IgM.

Полученные данные дают основание рассматривать повышение количества IgG, IgM как показатель неблагоприятных изменений в пародонте.

УДК 613.84:616.24—008.4

В. М. Андреев, П. Д. Жунгин (Казань). Вентиляционно-перфузионные отношения у курящих

С целью оценки влияния курения на вентиляционно-перфузионные отношения у 62 курящих и 30 некурящих лиц в возрасте от 20 до 57 лет масс-спектрометрическим методом определяли парциальное давление O_2 и CO_2 в альвеолярном воздухе (pAO_2 и $pACO_2$) и скорость прироста pCO_2 в альвеолярной фазе выдоха ($\Delta pACO_2/tA$).

Для исключения заболеваний сердца и легких кроме общеклинического обследования изучали ЖЕЛ, ОФВ, и индекс Вотчала-Тиффно. Эти показатели в сравниваемых группах здоровых и курящих были в пределах нормы и достоверно не различались, хотя у курящих они были несколько сниженными.

У некурящих лиц $\Delta pACO_2/tA$, по которой судили о вентиляционно-перфузионных отношениях, колебалась от 0,09 до $0,24 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$ (в среднем $0,16 \pm 0,02 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$), что согласовывалось с данными других исследователей, равно как pAO_2 и $pACO_2$.

У курящих лиц pAO_2 и $pACO_2$ не отличались от показателей некурящих, лишь скорость прироста $pACO_2$ у лиц в возрасте от 45 до 57 лет оказалась несколько выше, хотя разница была недостоверной (у курящих — $0,16 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$, у некурящих — $0,14 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$). Поэтому представляло интерес исследование непосредственного влияния вдыхания табачного дыма на вентиляционно-перфузионные отношения двух групп: в возрасте от 20 до 44 и от 45 до 57 лет. Скорость прироста pCO_2 в альвеолярной фазе выдоха, pAO_2 , $pACO_2$ определяли у них непосредственно во время вдыхания табачного дыма: записывали и сравнивали капнограммы и оксиграммы до и после выкуривания одной сигареты.

В обеих возрастных группах после курения вентиляционно-перфузионные отношения стали достоверно хуже. Так, у лиц от 20 до 44 лет $\Delta pACO_2/tA$ до курения равнялась $0,16 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$, после курения — $0,20 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$ ($P < 0,01$), у лиц от 45 до 57 лет — соответственно $0,16 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$ и $0,21 \pm 0,01 \text{ кПа} \cdot \text{с}^{-1}$ ($P < 0,05$).

Кроме того, вентиляционно-перфузионные отношения изучали в зависимости от стажа курения. После курения они ухудшались у лиц любого возраста при любой продолжительности

(стаже) курения, но особенно у курящих больше 20 лет. Нарушения отношения вентиляция/кровоток были обнаружены у 78,9% курящих. Вентиляционно-перфузионные отношения после курения одной сигареты расстраивались, несмотря на некоторое увеличение альвеолярной вентиляции, о чем свидетельствовали некоторый рост pAO_2 и снижение $pACO_2$. Изменение газового состава альвеолярного воздуха может быть связано с углублением дыхания при курении («эффект затягивания»), компенсаторным увеличением альвеолярной вентиляции при ухудшении отношения вентиляция/кровоток. Некоторое увеличение pAO_2 при курении объясняют также ухудшением утилизации кислорода в тканях под действием никотина.

В течение 12—14 ч курящие употребляют примерно до 25—70 сигарет, то есть через каждые 10—30 мин. Курение одной сигареты продолжается 6—10 мин. Таким образом, у курящих в течение продолжительного времени жизни (ежедневно по 4—12 ч) вентиляционно-перфузионные отношения бывают постоянно нарушенными. Причем такие расстройства наблюдаются при любом стаже курения. Непосредственной причиной несоответствия вентиляции кровотоку, как известно, может быть неравномерная вентиляция или неравномерный кровоток. Основное значение при этом имеет неравномерность альвеолярной вентиляции.

УДК 616.65—006.55—089.8

В. И. Петров (Нижекамск, ТАССР). Оперативное лечение больных с аденомой предстательной железы в условиях ЦРБ

В Нижекамский ЦРБ функционирует урологическое отделение на 60 коек. В течение 10 лет оно является межрайцентром, к нему прикреплены Мамадышский, Мензелинский и Зайнские районы. С 1981 по 1986 г. в отделении было произведено 545 аденомэктомий простаты. 351 (64,4%) больной был прооперирован одномоментно. 194 (35,6%) пациента (в основном больные из прикрепленных районов) нуждались в двухмоментной аденомэктомии. Поступали больные с чистостомой, наложившейся месяц и более тому назад. После операций умерли 7 (1,3%) человек.

До 1975 г. выполняли чреспузырную аденомэктомию с тампонадой ложа, которая тяжело переносится больными; после нее развиваются длительно незаживающие мочеви свищи. Средний койко-день составлял 21 день.

С 1976 г. осуществлен переход на чреспузырную аденомэктомию с глухим швом мочевого пузыря как метод выбора. Безупречно выполненная операция с тщательно обследованным ложем, правильно наложенные под контролем зрения съемные кетгутовые лигатуры не дают кровотечения. Мы наблюдали только несколько случаев кровотечения на 5-е сутки после операции, которые прекращались после консервативного лечения. Случаев повторной операции не было.

Всем больным в начале операции производили двустороннюю вазорезекцию. Эпидидимиты в послеоперационном периоде наблюдались у 6 (1,1%) больных. В некоторых случаях для постоянного орошения мочевого пузыря через контраппертуру вводили микроирригатор (при воспалении мочевого пузыря), который удаляли на 4—5-й день. Введение микроирригатора