Чириает более полную выявляемость инвазированности, у 346 (8,3%) детей были обнаружены яйца остицы. В семейных очагах энтеробиоза обследовано 623 взрослых; у 4,9% из них был диагностирован энтеробиоз, 384 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 школника и 3222 неорганизованных ребенка: энтеробиоз был поражен соответственно 23,2%, 22,3% и 3,9% детей. По нашему мнению, это связано с переулотожением детей в учреждениях, 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.

Всего 346 больных энтеробиозом были лечены суспензией пирантела в дневном гельминтологическом стационаре поликиники. Препарат назначали внутрь в дозах, соответствующих возрасту детей. В процессе лечения соблюдались следующие принципы: ежедневное подмывание на ночь и утром водой с мылом, чистота рук и ногтей, сон в трусах со сменой их после сна или пролагивания горячим утюгом. Кроме того, родители знакомили с санитарно-гигиеническими правилами в условиях быта: необходимость влажной уборки помещений 2% мыльно-содовым раствором, обработкой горячим с испарением кипятка. 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 пародонтитом, генерализованным хроническим пародонтитом было изучена динамика уровня иммуноглобулинов G, A, M до лечения, спустя 3—4 нед, а также через 3—6—12 мес после лечения.

После наблюдения находились 106 больных в возрасте от 20 до 60 лет с двусторонними заболеваниями 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 депса- вой жидкости (КДЖ).

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 — 44,8±2,66, Green-Vermilliona — 2,39±0,11, КДЖ — от 0,8 до 1,9 млк), генерализованном хроническом катаральном гингивите (ПМА — 17,07±0,8, Green-Vermilliona — 1,44±0,15, КДЖ — от 0,1 до 0,6 млк). При локализованном пародонтите их уровень в процессе лечения не изменялся.

В группе больных генерализованным хроническим пародонтитом спустя 3-4 нед после лечения наряду с явным клиническим улучшением констатировано значительное снижение уровня иммуноглобулинов G, A, M. Через 3 мес после лечения наблюдалось 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 млк), через 6 мес (ПМА — 16,41±1,94, Green-Vermilliona — 1,54±0,13, КДЖ — от 0,3 до 1,2 млк) 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 млк) уровень IgG, IgM

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Болезнь пародонта</th>
<th>до лечения</th>
<th>после лечения</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1-я группа</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>через 3—4 нед (2-й)</td>
<td>через 3—6 мес (4-й)</td>
</tr>
<tr>
<td>Генерализованный хронический пародонтит</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>105,8±4,4</td>
<td>87,0±3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>A</td>
<td>20,9±1,6</td>
<td>16,1±1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>M</td>
<td>91,1±5,2</td>
<td>1,4±0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Генерализованный хронический катаральный гингивит</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>91,1±5,2</td>
<td>75,0±3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>A</td>
<td>112,1±1,4</td>
<td>11,9±1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>M</td>
<td>1,7±0,1</td>
<td>1,3±0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Локализованный пародонтит</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>G</td>
<td>73,2±2,9</td>
<td>71,6±2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>A</td>
<td>12,3±1,1</td>
<td>11,8±0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>M</td>
<td>1,2±0,1</td>
<td>1,2±0,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
В урода больных повсюду, 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 (ПИА = 3,56±0,39; Green Vermillionа = 1,04±0,11, СДЖ — от 0,08 до 0,1 мкм). Спустя 6—12 мес после лечения у отдельных больных с рецидивом заболевания (ПИА = 3,59±0,29; 3,74±0,36; Green- Vermillionа — 1,08±0,13; 1,10±0,14; КДЖ — от 0,08 до 0,4 мкм, от 0,08 до 0,6 мкм) выявлено повышенное количество IgG, IgM.

Однако полученные данные дают основание рассмотреть повышение количества IgG, IgM как показатель неблагоприятных изменений в пародонте.

УДК 613.84;616.24—008.4

В. М. Андреев, П. Л. 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 O₂ и CO₂ в альвеолярном воздухе (рА0₂ и рАС0₂) и скорость прироста рС0₂ в альвеолярной фазе выдоха (ΔрАС0₂/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 отличались, хотя у курящих они были несколько снижены.

У некурящих лиц ΔрАС0₂/TA, по которой судили о вентиляционно-перфузионных отношениях, колебалась от 0,09 до 0,24 кПа·с⁻¹ (в среднем 0,16±0,02 кПа·с⁻¹), что согласовывалось с данными других исследователей, равными рА0₂ и рАС0₂.

У курящих лиц рА0₂ и рАС0₂ не отличались от показателей некурящих, лишь скорость прироста рА0₂ у лиц в возрасте от 45 до 57 лет оказалась несколько выше, хотя разница была недостоверной (у курящих — 0,16±0,01 кПа·с⁻¹, у некурящих — 0,14±0,01 кПа·с⁻¹). По-этому представляло интерес исследовать непосредственного влияния выдыхания табачного дыма на вентиляционно-перфузионные отношения двух групп: в возрасте от 20 до 44 и от 45 до 57 лет. Скорость прироста рС0₂ в альвеолярной фазе выдоха, рА0₂, рАС0₂ определяли у них непосредственно во время выдыхания 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 ΔрАС0₂/TA до курения равнялась 0,16±0,01 кПа·с⁻¹, после курения — 0,20±0,01 кПа·с⁻¹ (P<0,01), у лиц от 45 до 57 лет — соответственно 0,16±0,01 кПа·с⁻¹ и 0,21±0,01 кПа·с⁻¹ (P<0,05).

Кроме того, вентиляционно-перфузионные отношения изменились в зависимости от стажа курения. После курения они ухудшились у лиц любого возраста при любой продолжительности (стаже) курения, но особенно у курящих больше 20 лет. Нарушения отношения вентиляции/кровоток были обнаружены у 78,9% курящих. Вентиляционно-перфузионные отношения после курения одной сигареты расстраивались, несмотря на некоторое увеличение альвеолярной вентиляции, чем свидетельствовали некоторый рост рА0₂ и снижение рАС0₂. Изменение газового состава альвеолярного воздуха может быть связано с углублением дыхания при курении («эффект затягивания»), компенсирующим увеличением альвеолярной вентиляции при ухудшении отношения вентиляции/кровоток. Некоторое увеличение рА0₂ 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—15 мин. Курение одной сигареты продолжается 6—10 мин. Таким образом, у курящих в течение продолжительного времени житье (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 (Нижнекамск, ТАССР). Оперативное лечение больных с аденоматозной железой в условиях ЦРБ

В Нижнекамской ЦРБ функционирует урологическое отделение на 60 коеч. В течение 10 лет оно является межрайонным, к нему прикреплены Мамадышский, Мензелинский и Заныский районы. С 1951 по 1986 г. в отделении было произведено 545 адекоматозных простатом. 351 (64,4%) больной был прооперирован одновременно. 194 (35,6%) пациента (в основном больные из прикрепленных районов) нуждались в двухмоментной адекоматомии. Поступали больные с цистостомой, наложенной месяц и более тому назад. После операции умерли 7 (1,3%) человек.

До 1975 г. выполняли чреспузырную адекоматомию с тампонной ложкой, которая тяжело переносилась больными; после нее развиваются длительно незаживающие мочевые свищи. Средний койко-день составлял 21 день.

С 1976 г. осуществлен переход на чреспузырную адекоматомию с глухим швом мочевого пузыря как метод выбора. Безуспешно выполненная операция с тщательно исследованным ложем, правильно наложенные под контролем зреции съёмные катетерные лигатуры не дают крохотекнов. Мы наблюдали только несколько случаев кровотечения на 5-е сутки после операции, которые прекращались после консервативного лечения. Случаи повторной операции не было. Всем больным в начале операции произошли двустороннюю вазорезекцию. Эпидидимиты в послеоперационном периоде наблюдались у 6 (1,1%) больных. В некоторых случаях для постоянного орошения мочевого пузыря через контрапертуру вводили микродиуретор (при воспалении мочевого пузыря), который удаляли на 4—5-й день. Введение микродиуретора