

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXIII

3

1982

Казанский мед. ж.

Редакционная коллегия:

Д. М. Зубаиров (главный редактор),
Д. К. Баширова, Е. В. Белогорская, У. Я. Богданович, В. Ф. Богоя-
ленский (зам. главного редактора), М. Х. Вахитов, М. М. Гимадеев
(отв. секретарь), Л. А. Козлов, О. С. Кочнев (зам. главного редакто-
ра), И. З. Мухутдинов, Л. М. Рахлин, И. А. Салихов, М. Х. Файзул-
лин, Ф. Х. Фаткуллин

Редакционный совет:

В. Е. Анисимов (Москва), Т. А. Башкирев (Казань), И. Н. Волкова
(Казань), В. А. Германов (Куйбышев-обл.), З. Ш. Гилязутдинова (Ка-
зань), Н. Р. Иванов (Саратов), В. П. Камчатнов (Казань), В. И. Ка-
чурец (Казань), Б. А. Королев (Горький), А. Ф. Краснов (Куйбышев-
обл.), Н. П. Кудрявцева (Казань), В. А. Кузнецов (Казань), Л. А. Ле-
щинский (Ижевск), И. Ф. Матюшин (Горький), Н. П. Медведев
(Казань), М. К. Михайлов (Казань), Н. Я. Назаркин (Москва),
А. П. Нестеров (Москва), Г. Д. Овруцкий (Казань), А. Ю. Ратнер
(Казань), И. М. Рахматуллин (Казань), М. Р. Рокицкий (Казань),
Л. Г. Сватко (Казань), В. С. Семенов (Чебоксары), Э. Н. Ситдыков
(Казань), Г. А. Смирнов (Казань), В. В. Талантов (Казань), Р. Г. Фар-
хутдинов (Уфа), Х. С. Хамитов (Казань), Р. С. Чувашаев (Казань).

ИЗДАЕТСЯ С 1901 ГОДА

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СССР.
Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»:
г. Казань, ул. Декабристов, 2, тел. 3-70-74.

Корреспонденцию направлять по адресу:
420066, г. Казань, а/я 662

Литературный редактор А. Ш. Закирова
Технический редактор А. И. Никиткова

Сдано в набор 30/IV-1982 г. Подписано к печати 26/V-1982 г. Формат издания 70×108^{1/16}.
ПФ 08150. Объем 5 п. л. Уч.-изд. 7 п. л. Заказ Ю-176. Тираж 5087 экз. Цена 70 коп.

Типография издательства Татарского обкома КПСС
г. Казань, ул. Декабристов, 2.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1982
3

ТОМ
LXIII

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

РАЗВИТИЕ САНЭПИДСЛУЖБЫ ТАССР

XXVI съезд КПСС определил актуальные народно-хозяйственные проблемы 80-х годов и XI пятилетки. Как отметил Генеральный секретарь ЦК КПСС, Председатель Президиума Верховного Совета СССР товарищ Л. И. Брежнев, «наша страна вступила в новое десятилетие, ставя в качестве главной задачи обеспечение дальнейшего роста благосостояния советских людей». Программа повышения благосостояния народа в XI пятилетке предусматривает решение жилищной проблемы, улучшение условий труда, быта и отдыха. Забота о здоровье советских людей и на предстоящие годы остается одной из самых важных социальных задач.

Проведение мероприятий, направленных на ликвидацию и предупреждение загрязнения окружающей природной среды, оздоровление условий труда, обучения, быта и отдыха населения, предупреждение и снижение заболеваемости, — все это находится под неусыпным контролем санитарно-эпидемиологической службы республики.

За годы X пятилетки значительно улучшилась материально-техническая база учреждений санэпидслужбы. Построено и введено в эксплуатацию 8 типовых зданий санэпидстанций в Агрызском, Азнакаевском, Бавлинском, Дрожжановском, Заинском, Куйбышевском, Мамадышском и Чистопольском районах, начато строительство еще 4 санэпидстанций. За 1976—1980 гг. приобретено 7 комплектных лабораторий, 4 автолаборатории, 770 приборов и аппаратов. В настоящее время все санитарно-гигиенические и бактериологические лаборатории оснащены всем необходимым оборудованием.

Большое внимание в X пятилетке уделялось обеспечению специалистами учреждений санэпидслужбы ТАССР и повышению уровня их профессиональной подготовки. Общая штатная численность увеличилась за пятилетие на 451 единицу, в том числе — на 118 врачебных должностей. Укомплектованность врачебными кадрами возросла с 96,1 до 98,5%, а общая укомплектованность специалистами за все годы пятилетки составила 99%.

147 врачей (из 210 выпускников санитарно-гигиенического факультета Казанского медицинского института) и 130 санитарных фельдшеров (из 192 человек) получили направление в районы республики.

Осуществлено немало мероприятий по совершенствованию знаний специалистов, обмену опытом. В 1976—1980 гг. на курсах специализации, усовершенствования на базе центральных институтов обучалось 143 врача, на рабочих местах в НИИ и республиканской СЭС — 75 специалистов. Особое внимание было уделено введенной в годы X пятилетки стажировке санитарных врачей в первый год их работы в санэпидстанциях.

В настоящее время в ТАССР функционируют 10 санэпидстанций, являющихся школами передового опыта по 17 разделам деятельности. Широко используется передовой опыт работы Казанской городской, Альметьевской, Азнакаевской, Зеленодольской, Нижнекамской, Чистопольской СЭС и СЭС Ленинского, Московского районов г. Казани. На их базе проведено 45 республиканских и межрайонных совещаний,

конференций, семинаров, на которых около 600 врачей и средних медработников познакомились с передовым опытом работы.

Санэпидстанции республики активно участвовали в Общесоюзном смотре учреждений здравоохранения. По итогам работы за 1976—1980 гг. призовые места были присуждены санэпидстанциям Альметьевского, Зеленодольского, Заинского, Камско-Устьинского, Нижнекамского, Октябрьского, Арского районов, г. Набережные Челны, Ленинского и Московского районов г. Казани. Значительным событием для коллектива Казанской городской санэпидстанции явилось вручение в 1981 г. переходящего Красного Знамени Министерства здравоохранения СССР, ЦК профсоюза медицинских работников, ЦК Красного Креста и Красного Полумесяца.

С целью дальнейшего оздоровления условий труда, обучения, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды Министерство здравоохранения и республиканская санэпидстанция разработали 23 постановления, принятые Советом Министров ТАССР.

Мероприятия, проведенные в соответствии с этими постановлениями, значительно улучшили качественные показатели работы учреждений санэпидслужбы и способствовали решению намеченных задач. Почти повсеместно достигнут 100% охват обследованными объектами предупредительного и текущего санитарного надзора; увеличился удельный вес обследований, проведенных с применением инструментальных и лабораторных методов; исключены случаи ввода в эксплуатацию объектов без согласования с органами государственного санитарного надзора.

Организация межрайонных лабораторий позволила строже контролировать состояние окружающей среды и условия труда. Если в 1976 г. выполнялось более 250 тысяч лабораторных анализов, то в 1980 г. — 367 тысяч. Усилен надзор за остаточным содержанием ядохимикатов в пищевых продуктах и окружающей среде: в 1976 г. проведено 2000 исследований, а в 1980 г. — почти 4800 исследований.

Не меньших усилий потребовало улучшение санитарных условий жизни населения. 37 районов имеют схемы районных планировок, из 1295 перспективных сел 870 застраиваются по генеральным планам, согласованным с санэпидслужбой.

В годы X пятилетки достигнуты определенные успехи в области охраны атмосферного воздуха. Число газоочистных и пылеулавливающих установок со 143 единиц в 1975 г. увеличилось до 2115 единиц в 1980 г. Возрос контроль за санитарным состоянием воздушного бассейна городов республики — в настоящее время анализы атмосферного воздуха на содержание в нем вредных веществ выполняется в 2,5 раза больше, чем в начале X пятилетки. Заметную роль в этом направлении играют санитарные лаборатории промышленных предприятий, которые сейчас отбирают и анализируют более 13 тыс. проб воздуха (в 1975 г. — 4800 проб). По данным лабораторных исследований снизилось загрязнение атмосферного воздуха сернистым газом, пылью, оксидами азота в г. Казани, Зеленодольске, городах и поселках нефтяных районов.

Большое внимание уделялось строительству сооружений по очистке сточных вод. За годы X пятилетки для их биологической очистки введены в эксплуатацию сооружения производительностью более 570 тыс. м³/сут, что в 2 раза больше, чем в IX пятилетке. В 5 раз увеличился объем лабораторных исследований санитарного состояния водоемов и эффективности очистки сточных вод. Все это способствовало очищению водоемов республики.

За прошедшее пятилетие на промышленных предприятиях республики реконструировано и капитально отремонтировано более 4 тыс. цехов и участков. Вновь построены сотни новых предприятий и заводских подразделений. Новое строительство, реконструкция и замена устаревшего оборудования также положительно сказались на условиях труда. Жесткий контроль за соблюдением санитарно-гигиенических нормативов в промышленных предприятиях ведут ведомственные санитарные лаборатории. К концу X пятилетки действовали 52 лаборатории, объем исследований факторов производственной среды превысил 560 тыс. анализов. На основе данных санитарных лабораторий разрабатывались планы мероприятий по оздоровлению условий труда, на каждый цех составлялись санитарные паспорта.

В X пятилетке более качественными стали медико-санитарное обслуживание рабочих и служащих, предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры. В 1980 г. 97,6% рабочих были охвачены этой профилактической работой. В результате постоянной многогранной работы по оздоровлению условий труда, улучшению полноты и качества медико-санитарного обслуживания рабочих промышленных предприятий за последние годы заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась как в днях, так и в случаях.

Укрепились материально-техническая база предприятий пищевой промышлен-

ности и объектов общественного питания. Более тщательным в этом плане стал санитарный контроль. Санэпидстанции больше стали заниматься исследованием молочных продуктов, продукции детских молочных кухонь. В результате санитарно-гигиенических мероприятий, проведенных в 1976—1980 гг., групповые случаи заболеваний дизентерией, массовые пищевые отравления не наблюдались.

Усилен контроль за соблюдением санитарных нормативов в детских дошкольных учреждениях, более 60% из них построены по типовым проектам. В 1980 г. 757 школ размещались в типовых зданиях (60%). В связи с этим 86% школ республики перешли на односменные занятия. Значительно увеличилось число посадочных мест в школьных столовых, охват детей горячим питанием по республике достиг в среднем 90%, а в Казани, Нижнекамске, Набережных Челнах, Лениногорске — 95%. Улучшились гигиенические условия обучения в школах и школах-интернатах, искусственная освещенность в большинстве из них соответствует санитарно-гигиеническим нормативам.

Немало мероприятий проведено по охвату населения гигиеническим обучением, подготовке общественных санитарных инспекторов, которых сейчас насчитывается более 9 тыс. человек. Благодаря надзору, который они установили за 4 тыс. объектов, санитарное состояние последних значительно улучшилось.

Большая работа органами санэпидслужбы проводилась в X пятилетке по борьбе с инфекционными заболеваниями, многие из которых в республике вообще не регистрировались, а отдельные болезни были представлены единичными случаями. Эти достижения — результат усиления контроля за санитарным состоянием объектов окружающей среды, увеличения объема санитарно-бактериологических исследований, ранней диагностики. В течение 1976—1980 гг. на более высоком уровне велись прививки — четко планировались сроки, осуществлялся своевременный охват населения иммунизацией. Это привело к ликвидации заболеваемости дифтерией и полиомиелитом, резкому снижению заболеваемости корью.

За годы X пятилетки укрепились связи санэпидслужбы с вузами и научно-исследовательскими учреждениями республики. На основе планов совместной работы была дана санитарно-гигиеническая оценка состояния поверхностных и подземных вод республики, составлен очерк санитарного состояния природной зоны Казани, изучены условия труда и состояние здоровья работников КамАЗа, начаты исследования по оценке влияния факторов окружающей среды на здоровье населения, разработаны мероприятия по оздоровлению детских учреждений и рационализации питания отдельных групп населения, осуществлены научные разработки, направленные на профилактику инфекционных заболеваний.

В свете решений XXVI съезда КПСС в течение XI пятилетки предстоит осуществить дополнительные меры по укреплению и расширению материально-технической базы учреждений санэпидслужбы и улучшению их деятельности в плане санитарно-эпидемиологического обеспечения населения республики. На основе пятилетнего плана мероприятий будут введены в эксплуатацию Актамышская, Апастовская, Сабинская, Лениногорская санэпидстанции. Кроме того, начнется строительство лабораторного корпуса Республиканской санэпидстанции, Казанской дезинфекционной станции, СЭС Сармановского района. Будут улучшены условия размещения Елабужской СЭС, а также СЭС Приволжского и Кировского районов г. Казани. В течение 1981—1985 гг. СЭС получат 100 автомашин, 40 автодезокамер, 5 комплектов лабораторий, до 300 единиц оборудования для санитарно-гигиенических лабораторий.

Продолжится укомплектование СЭС кадрами. В частности, общая численность персонала СЭС увеличится на 300 штатных единиц, в том числе на 50 врачей. 1150 врачей будут направлены на курсы специализации и усовершенствования. Разными формами повышения квалификации будет охвачено до 400 средних медработников.

Намечено продолжить внедрение элементов научной организации труда оснащением 15 СЭС счетно-вычислительной техникой, 10 СЭС — переговорными устройствами, нормативно-технической документацией, средствами оргтехники.

В связи с дальнейшим укреплением материально-технической базы, повышением профессионального мастерства кадров намечается улучшить качественные показатели работы учреждений санэпидслужбы в области предупредительного и текущего санитарного надзора за планировкой и застройкой городов, поселков и сельских населенных пунктов, в области охраны окружающей среды, оздоровления условий обучения, труда и быта населения республики. Кратность обследования промышленных, жилищно-коммунальных, пищевых, детских и подростковых учреждений увеличится на

25%. При этом в 1,5 раза возрастет удельный вес объектов, принятых в эксплуатацию с применением лабораторных и инструментальных исследований.

Актуальностью вопросов охраны окружающей среды в XI пятилетке объясняется дальнейшее совершенствование лабораторного контроля за санитарным состоянием атмосферного воздуха, водоемов, почвы, продуктов питания. Будут освоены полярографические, спектрографические, хроматографические, кулонометрические, кондуктометрические, потенциометрические методы исследования.

Продолжится дальнейшее совершенствование работы межрайонных санитарно-гигиенических лабораторий Альметьевской, Бугульминской, Нижнекамской, Зеленодольской, Набережно-Челнинской, Чистопольской, Ленинской и Советской СЭС г. Казани. Они будут вести анализы воздушной среды, полный анализ воды питьевой и из водоемов в прикрепленных к ним районах.

Работа СЭС по охране окружающей среды должна быть пересмотрена в соответствии с решениями XXVI съезда КПСС. Важной составной частью такой перестройки должно стать изучение комплексного влияния факторов окружающей среды на здоровье населения.

Дальнейшее развитие централизованного водоснабжения ставит перед нашей службой важные задачи — усилить требования к установлению зон санитарной охраны источников водоснабжения, строже подходить к контролю за санитарно-техническим состоянием водопроводных сооружений и сетей, качеством питьевой воды. Необходим более строгий контроль за гигиеной жилых и общественных зданий, в особенности, за санитарным, противозидемическим и дезинфекционным режимом в лечебно-профилактических учреждениях, в первую очередь, в родильных домах, детских больницах и отделениях. Еще больше внимания следует уделить совершенствованию условий труда и медико-санитарного обслуживания рабочих и служащих — более широко использовать лабораторные и инструментальные исследования для оценки факторов производственной среды, охватить всех рабочих периодическими медицинскими осмотрами, повысить требовательность органов санэпидслужбы к хранению и применению различных ядохимикатов.

Движение за коммунистический труд, широкий размах социалистического соревнования в коллективах органов и учреждений санэпидслужбы помогут претворить в жизнь планы, намеченные XXVI съездом КПСС, и решить проблемы, связанные с сохранением и укреплением здоровья советских людей.

Зам. министра здравоохранения ТАССР **Б. Л. Якобсон**,
проф. **М. М. Гимадеев**

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616—053.9

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Д. Ф. Чеботарев, З. Г. Ревуцкая

Научно-исследовательский институт геронтологии (директор — акад. АМН СССР Д. Ф. Чеботарев), АМН СССР, Киев

Проблема организации гериатрической помощи привлекает все большее внимание органов здравоохранения и социального обеспечения развитых стран, что обусловлено, в первую очередь, прогрессирующим старением их населения. В соответствии со статистическими прогнозами ООН в индустриально развитых странах мира число людей в возрасте 60 лет и старше в период с 1970 по 2000 г. увеличится на 54% при общем росте населения только на 21%. По тем же данным, процент лиц старше 60 лет в Советском Союзе за этот же период возрастет с 11,5 до 17, то есть составит более чем $\frac{1}{4}$ часть населения страны. Особенно многочисленными станут контингенты населения в возрасте 75 лет и старше, по состоянию здоровья чаще лишающиеся способности к самообслуживанию и нуждающиеся в хорошо организованной медико-социальной помощи.

С удлинением средней продолжительности жизни пенсионный возраст, характеризующийся снижением физиологических способностей, новыми экономическими и социальными условиями, уже в настоящее время составляет от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{3}$ всего периода жизни человека. Достигшие пенсионного возраста — крайне неоднородные контингенты по состоянию своего здоровья, и, по существу, не возраст, а общая

активность, сохранение способности к самообслуживанию являются критерием для оказания гериатрической помощи. В связи с этим в современной литературе пожилых и старых людей подразделяют на молодых-старых и старых-старых людей. В возрастной группе лиц, достигших 75 лет и старше, естественно, последних больше, однако, молодые-старые нередко встречаются и в девятом десятилетии.

Проблемы пожилых, которые стали во второй половине нашего столетия глобальными, привлекают внимание не только национальных правительств многих стран, но и таких международных организаций, как Организация Объединенных Наций и ее специальных агентств.

Основной задачей развивающейся в нашей стране гериатрической помощи является сохранение функциональной и социальной независимости людей пожилого и старческого возраста. Медико-социальная помощь людям этого возраста должна оказываться по такому принципу, который бы давал старым людям право на обеспечение государством их потребности в долговременном уходе и лечении на дому и в стационарных условиях в такой же мере, как и в больничном лечении при острых заболеваниях.

Гериатрическая помощь по аналогии с кардиоревматологической, эндокринологической, нефрологической, гастро-энтерологической и пульмонологической, по существу, должна стать одной из специализированных служб, способствующих совершенствованию, в первую очередь, терапевтической помощи населению страны. Статистические данные показывают, что ведущая роль в амбулаторном обслуживании населения пожилого и старческого возраста принадлежит терапевтам. На их долю приходится более половины всех посещений (53,3%). Объем медицинской помощи, оказываемой пожилым и старым людям терапевтами, увеличивается с возрастом. Так, если в 60—64 года он составлял 43,5%, то в 80 лет и старше — 68,4%. Основное число посещений на дому также выполняется терапевтами. Таким образом, участковый врач-терапевт является основным специалистом в оказании медицинской помощи гериатрическим больным и от степени его гериатрической подготовки зависит уровень медицинской помощи населению старших возрастов.

К настоящему времени медициной уже накоплены значительные научные наблюдения и практический опыт лечения больных пожилого и старческого возраста. Сейчас важно найти наиболее рациональные пути решения проблемы медико-социального обеспечения населения старших возрастов.

В основу организации медицинской помощи населению данного контингента положены следующие принципы:

- гериатрическая помощь должна являться составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий, быть массовой и доступной;

- гериатрическая помощь должна быть максимально приближена к населению старших возрастов, что может быть достигнуто путем совершенствования и развития амбулаторно-поликлинического обслуживания, введения часов приема гериатрических больных, организацией гериатрических кабинетов при городских консультативных и территориальных поликлиниках;

- участковый терапевт должен стать главной фигурой в этом процессе ведения гериатрических больных, так как он первым встречается с таким пациентом и определяет дальнейшую тактику в его лечении;

- весь комплекс лечебных мер в отношении гериатрических больных должен быть направлен не только на лечение патологического процесса, но и на максимальное стимулирование и активацию его способности к самообслуживанию, на трудовую реактивацию;

- определение конкретных организационных форм и необходимого объема медицинской помощи пожилым людям следует осуществлять дифференцированно с учетом возрастного состава обслуживаемого населения, особенностей его расселения, состояния здоровья и других факторов.

Пути развития медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста должны предусматривать последовательное решение комплекса мер, способствующих повышению общего уровня лечебно-профилактической помощи, организации гериатрической службы, то есть системы лечебно-профилактических учреждений по обслуживанию старших возрастных групп населения.

Наряду с серьезными задачами в области организации медицинского обеспечения лиц старших возрастов и в связи с необходимостью длительного сохранения их активной роли в общественной жизни страны неотложного рассмотрения и решения требует и комплекс вопросов социального характера, неразрывно связанных с проблемой медицинского обслуживания этой категории населения. Особо важное значение это имеет для пожилых и старых людей с так называемыми факторами риска. К ним

относятся одинокие хронические больные, и, особенно, вынужденные соблюдать постельный режим; лица, недавно потерявшие близких и готовые к выходу на пенсию, только что оставившие работу. В оказании повседневной помощи таким контингентам роль социального работника часто является наиболее существенной. Очень важны контакты работников медико-социальной помощи с семьей, родственниками больного, так как сложные, медицинские и социальные потребности старых людей всегда следует рассматривать в семейном и социальном аспектах.

Общим требованием в организации гериатрического обслуживания пожилых и старых людей являются, в первую очередь, кооперация и интеграция медицинских и социальных работников. Основной задачей в этом плане должны стать комплексная медицинская помощь и реабилитация в соответствии с медицинскими, социальными, экономическими и психологическими факторами. Их практическая реализация возможна только при условии координации многих заинтересованных служб.

Изучение образа жизни, условий и состояния здоровья показало, что для prolongации жизни пожилых людей в «собственном доме» существенное значение имеет дальнейшее совершенствование разных форм внебольничной помощи и социального обслуживания.

Свидетельством заботы партии и правительства о здоровье и благосостоянии старшего поколения явился изданный Министерством здравоохранения СССР приказ «О мерах по дальнейшему улучшению использования труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льгот», который наметил пути разработки мероприятий по обеспечению квалифицированной медицинской помощи пенсионерам по старости, особенно страдающим хроническими заболеваниями.

Дальнейшему совершенствованию медицинского обслуживания населения этой категории способствовал приказ министра здравоохранения СССР «О мероприятиях по организации медицинского обеспечения лиц старших возрастов», в котором было отмечено, что XXV съезд КПСС определил задачи существенного повышения эффективности всего общественного производства. В решении этих проблем, повышении роста производительности труда большая роль принадлежит трудовым ресурсам, их сохранению. Этому в значительной степени будет содействовать более длительное сохранение профессиональной трудоспособности, увеличение возможностей активной деятельности лиц пенсионного возраста, желающих продолжать работу. Данные об их активном участии в трудовом процессе подтверждают почти вдвое возросший удельный вес работающих пенсионеров за последние десять лет. Анализ существующего уровня оказания им медицинской помощи с учетом важного значения медико-социальных проблем геронтологий и гериатрии для длительного сохранения их активной роли в общественной жизни позволил наметить пути совершенствования медицинской помощи населению этого контингента. Их реализация должна осуществляться в трех направлениях:

— в совершенствовании лечебно-профилактической помощи населению старших возрастов на всех этапах их обслуживания. Особое внимание медицинских работников следует обратить на необходимость чуткого и заботливого отношения к гериатрическим больным, многие из которых являются ветеранами труда. Не менее серьезную озабоченность вызывает подъем уровня обслуживания таких больных на дому, стационарах и скорой медицинской помощью;

— в организации массовой подготовки врачей всех специальностей и средних медицинских работников на местных базах, а также во внедрении преподавания геронтологий и гериатрии в медицинские ВУЗы, институты усовершенствования врачей, на факультеты усовершенствования преподавателей, в средние медицинские училища. Составление соответствующих программ и методической литературы, укрепление кафедр и подготовка преподавателей будут также способствовать решению этой задачи;

— в создании гериатрических служб. Введение гериатрических кабинетов в структуру городских поликлиник как консультативных и организационно-методических центров даст возможность организовать оптимальные условия для медицинского и социального обеспечения населения старших возрастов.

Таким образом, предусматриваются многосторонние и целенаправленные меры, обеспечивающие внедрение гериатрии в практику лечебно-профилактической работы.

Выполнение приказа поможет создать стройную систему специализированной медицинской помощи лицам старшего возраста.

Новым типом медицинских амбулаторно-поликлинических учреждений являются гериатрические кабинеты, предназначенные для организации медико-социальной помощи населению этого контингента.

В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения СССР рекомендуется организация гериатрических кабинетов в городских территориальных поликлиниках и при многопрофильных консультативных поликлиниках (областных, городских, районных).

К основным задачам гериатрического кабинета в городской территориальной поликлинике относятся организационно-методическая и консультативная помощь врачам поликлиники по медицинскому обслуживанию лиц пожилого и старческого возраста, лечебно-консультативная помощь больным старших возрастных групп, диспансерное наблюдение за определенными группами лиц пенсионного возраста.

Врач гериатрического кабинета обязан контролировать качество медицинского обслуживания; вести учет населения этих возрастных групп, проживающих в районе деятельности поликлиники, с особым вниманием к одиноким и нуждающимся в уходе и помощи в быту; изучать заболеваемость и разрабатывать мероприятия по ее снижению среди лиц пожилого и старческого возраста; проводить санитарно-просветительную работу с населением.

Гериатрический кабинет при многопрофильной консультативной поликлинике осуществляет организационно-методическую и лечебно-консультативную помощь врачам поликлиник всего района по медицинскому и социальному обслуживанию лиц пожилого возраста. Он должен установить систематическую связь с органами социального обеспечения, обществом Красного Креста и Красного Полумесяца и другими организациями с целью повышения уровня не только медицинского, но и социального обслуживания больных соответствующих возрастов, оказывая этим действительную помощь гериатрическим кабинетам территориальных поликлиник города.

Врач гериатрического кабинета подчиняется главному врачу поликлиники и его заместителю по лечебной работе и должен иметь в качестве вспомогательного персонала медицинских сестер, сестер общества Красного Креста и Красного Полумесяца. Кроме того, он является основным консультантом медицинского учреждения по вопросам медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста. Заведующий городским гериатрическим кабинетом многопрофильной консультативной поликлиники должен являться главным гериатром города, а заведующий кабинетом территориальной поликлиники — заместителем главного врача поликлиники по гериатрической помощи.

В своей работе гериатрическим кабинетам следует опираться на участковых врачей и поддерживать связь с врачами здравпунктов, стационаров, органами социального обеспечения, коммунального обслуживания, общественными организациями. В процессе наблюдения за лицами старших возрастов в гериатрических кабинетах большое значение уделяется рациональному использованию с лечебными и профилактическими целями занятий физкультурой, поэтому кабинеты должны работать в тесном контакте с группами здоровья и врачебно-физкультурными диспансерами.

В настоящее время в СССР гериатрические кабинеты имеются почти во всех республиках. К 1 января 1981 г. функционировало более 120 кабинетов, организованных при поликлиниках, диспансерах и разных ведомствах. Многие из них стали подлинными организационно-методическими и консультативными центрами по гериатрии и внедряют опыт своей работы в практическую деятельность других лечебных учреждений.

Опыт организации амбулаторно-поликлинического обслуживания гериатрических больных уже накоплен во многих странах. В Польше, Чехословакии, Румынии создаются участковые гериатрические службы.

При многих территориальных поликлиниках имеются гериатрические кабинеты со штатом патронажных сестер и социальных работников. В Румынии открыты экспериментальные базы диспансерного наблюдения за гериатрическими больными, на некоторых предприятиях организованы геронтологические центры по профилактике преждевременного старения. Значительных успехов в организации гериатрической помощи достигли также ГДР и Болгария.

Как показывают специальные исследования, в последние десятилетия существенно меняется возрастной состав больных, находящихся в стационарах. В некоторых из них число коек, занятых больными старше 60 лет, составляет 30—50% от общего числа мест. Постарение состава больных заметно в терапевтических, хирургических, онкологических, неврологических и других отделениях. Стационарная гериатрическая помощь является важным звеном в системе организации медицинского обеспечения населения старших возрастов. Реализация положения о продлении жизни пожилого человека в домашних условиях во многом зависит от степени обеспеченности пожилых людей и стариков этой помощью и уровнем ее оказания.

При решении вопроса о формах стационарного обслуживания гериатрических больных важно прежде всего определить необходимый объем этой помощи.

Потребность в стационарном лечении лиц старше 60 лет составляет в целом 241,8 на 1000 населения данной возрастной группы. Число нуждающихся в стационарном лечении увеличивается с возрастом, в 80 лет и старше этот показатель равен 308,4 (на 1000 населения соответствующей возрастной группы).

Особенно нуждаются в стационарном терапевтическом лечении лица 60 лет и старше — 137,8 на 1000 населения. Потребность в госпитализации в отделения хирургического профиля равна 40,1 на 1000 населения, в неврологические отделения — 34,5, в офтальмологические — 10,5 и психиатрические — 10,5.

Госпитализации в отделения терапевтического профиля подлежат 57% больных пожилого и старческого возрастов, в отделения хирургического профиля — 16,6%, в неврологические — 14,3, в прочие отделения — остальные 12,1%.

Среди имеющегося разнообразия типов госпитальных учреждений, существующих в разных странах, можно выделить общие для многих из них — это больницы для хронических больных. В них, как правило, находятся больные разных возрастов, однако преобладание лиц 60 лет и старше профилирует их, по сути, в гериатрические учреждения. Имеются отделения для длительного лечения с пребыванием больных от 3 до 6 месяцев при крупных больницах и специальные реабилитационные центры для продолжительного лечения и трудовой переквалификации.

Необходимость организации стационаров для хронических больных признана специалистами многих стран и обусловлена не только большим числом больных пожилого возраста, но и экономическими соображениями — более эффективным использованием коек в общих стационарах и более низкой стоимостью койко-дней. Задачами такого стационара являются долечивание больных, перенесших острые заболевания; комплексное лечение хронических, длительно протекающих заболеваний; активная реабилитационная терапия; восстановление работоспособности, если же это невозможно, — восстановление подвижности и способности к самообслуживанию.

Во многих странах нет особой разницы между больницами для хронических больных и домами-интернатами в отношении штатов, организации услуг, лечения и восстановления. В больницах для хронических больных обычно работает меньшее число врачей при увеличенном штате среднего медицинского персонала и его помощников.

Одну из форм гериатрического обслуживания, стоящего на грани амбулаторной и стационарной помощи, представляет собой дневная гериатрическая больница. Основной задачей дневной больницы является оказание помощи гериатрическим больным, выписавшимся из больницы, не требующим больничного режима, но нуждающимся в долечивании, восстановительной терапии и других видах медицинской и социальной помощи. Дневная гериатрическая больница рассчитана в среднем на 30—50 человек, организуется на базе общей или специальной гериатрической больницы или стационара для хронических больных и обеспечивает полный комплекс медицинского обслуживания. В зависимости от потребности больной посещает больницу ежедневно или в определенные дни. Пребывание пациентов в дневных гериатрических больницах экономически выгодно, так как расходы в них на содержание больных по сравнению с обычными больницами значительно ниже.

К лечебно-оздоровительным комплексам нового типа относятся зоны здоровья, которые должны заниматься оздоровлением населения старших возрастов, восстановлением здоровья и продлением активного периода жизни. Основными лечебными факторами в зонах здоровья является сочетание правильного режима с климатотерапией, двигательным режимом, лечебной гимнастикой, трудотерапией, физиотерапией и другими методами лечения. Массовый отдых вблизи городов или даже в самих городах дает хороший оздоровительный эффект, особенно у лиц пожилого возраста, для которых выезды на большие расстояния сопряжены с длительной акклиматизацией. Зону здоровья можно считать лучшей формой не только оздоровительной работы, но и организации досуга пожилых и старых людей. Физкультурно-оздоровительные мероприятия на фоне строго установленного режима и трудотерапии заполняют досуг пенсионера.

Широкое распространение в Советском Союзе как учреждения оздоровительного профиля получили группы здоровья. Их деятельность направлена на профилактику преждевременного старения и оздоровление населения пожилого и старческого возраста. В группах здоровья занятия физкультурой проводятся по специально составленным, физиологически обоснованным программам.

Все большее значение придается в настоящее время комнатам здоровья при домоуправлениях, ЖЭКах, которые организуются на общественных началах. Большую помощь в этом направлении оказывают местные организации, выделяющие помещение

и способствующие становлению ячеек гериатрической помощи, имеющих большое значение в сохранении здоровья, психологического климата, социальной, а часто, и медицинской помощи пожилым и старым людям, в первую очередь, одиноким.

Эти комнаты здоровья могут стать местом, где в определенные часы дня будут дежурить представители актива пенсионеров (врачи, юристы, члены совета пенсионеров и т. д.), готовые дать совет и помощь людям пенсионного возраста, обращающимся к ним. Они же, как правило, выясняют нужды одиноких и через актив пенсионеров и соответствующие организации оказывают им необходимую помощь.

Более совершенной формой, приближающейся к комнатам здоровья, являются клубы пожилых людей, уже получившие широкое распространение в ряде стран и особенно в ГДР. Их организация — весьма важный фактор в предупреждении или устранении чувства одиночества, изоляции от общества, потери интереса к окружающему и т. д. Здесь людей объединяют общие интересы, возможность получения новой информации, психологические контакты, так необходимые старым людям с их нелегкими мыслями о своем существовании и его перспективах.

Поступила 5 ноября 1981 г.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

М. Х. Вахитов, Ш. М. Вахитов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц. Н. Г. Низамов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Приведены сведения о старении населения отдельных стран мира, «демографической нагрузке», заболеваемости пожилых людей, основных направлениях внедрения достижений геронтологии и гериатрии в жизнь.

Ключевые слова: население, старческий возраст.

Библиография: 11 названий.

Население земного шара в настоящее время имеет четко выраженную тенденцию к старению, то есть к увеличению в структуре населения лиц старших возрастов. Вопрос, какой возраст считать началом старости, остается открытым, так как мнения специалистов в этой области разноречивы. Э. Россет (1968), проанализировав множество классификаций (по которым начало периода старости соответствует различным возрастам — от 45 до 75 лет), отмечает, что специалисты в области естественных наук считают началом старости возраст 60 лет, а демографы и экономисты-статистики — 65 лет.

Число лиц в возрасте 60 лет и старше, не превышающее 8% от общего количества жителей страны, свидетельствует о демографической молодости населения, равное 8—10% — о преддверии старения, 10—12% — собственно периоде старения, 12% и более — демографической старости населения [7].

Первой страной мира, перешагнувшей порог демографической старости, стала Франция, где в начале XX в. доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляла 12,4%.

В 1970 г., по данным ВОЗ [10], число лиц в возрасте 60 лет и более было равно 291 млн. чел. и соответствовало 8% населения Земли. К 2000 г. их будет 585 млн. чел., что составит 9% населения. Причем предполагается увеличение людей самых старших возрастов с преобладанием женщин.

По данным за 1970—1976 гг., во многих экономически развитых странах (в том числе в европейских социалистических государствах) количество этого контингента превышает 12%, а в некоторых приближается к 20%: в Великобритании — 18,5%, ГДР — 19,8%, Франции — 18,8%, Чехословакии — 17,0%, Швеции — 19,3% и т. п. [2]. Это объясняется снижением рождаемости и увеличением средней продолжительности жизни.

Процесс старения населения в нашей стране также развивается очень быстрыми темпами. Если в 1939 г. доля лиц старших возрастов составляла в СССР 6,8% населения, то в 1959 г. — 9,4%, в 1970 г. — 11,8%, а в настоящее время она стала еще больше. Постарение населения в различных республиках неравномерно [5]: в стадии демографической молодости находятся Узбекская, Таджикская,

Туркменская и Азербайджанская ССР, в преддверии старения — Казахская, Киргизская, Армянская ССР, в стадии собственно старения — Молдавская ССР, в стадии демографической старости — РСФСР, УССР, БССР, Грузинская, Литовская, Латвийская, Эстонская ССР. Причем среди сельского населения тенденция к постарению выражена сильнее.

При оценке демографической ситуации и прогнозировании экономических и социальных последствий ее изменения недостаточно знать лишь процент пожилых людей в обществе. Например, для более детального анализа вычисляют долю активного населения (то есть ее трудоспособной части, занятой в общественном производстве, а также в данный момент не имеющей работы, но желающей ее получить). Этот показатель равен (в %) в Мексике — 25, Нидерландах — 38, Китае — 40, Индии и США — 42, в Австралии — 43,6, ФРГ и Франции — 44, Англии — 46, СССР, Чехословакии и Румынии — 47, ГДР и Польше — 50 [3].

Кроме того, вычисляются показатели «демографической нагрузки» трудоспособного населения детьми, пожилыми людьми, теми и другими вместе. Их соотношения также неодинаковы: в Нидерландах на 1000 чел. 15—59 лет приходится 249 человек в возрасте 60 лет и более, в Индии — 97, США — 246, ФРГ — 307, Франции — 327, Англии — 322, Чехословакии — 270, Швеции — 323, ГДР — 403 человека. В СССР в 1970 г. этот показатель был равен 200 (от 151 в Туркмении до 283 в Латвии) [4].

Говоря об увеличении контингента пожилых людей, нельзя рассматривать это явление изолированно от колебаний общей демографической ситуации в стране. До последнего времени в Советском Союзе наблюдался постоянный быстрый прирост населения трудоспособного возраста (16—55 лет — для женщин, 16—60 лет — для мужчин). Но теперь намечается снижение этого показателя [8]. В десятой пятилетке он составлял 11,2 млн. чел., в одиннадцатой — снизится до 3,3 млн., затем будет еще меньше. Это связано с тем, что в годы десятой пятилетки свою трудовую деятельность начинало самое многочисленное поколение родившихся во второй половине 50-х годов, а завершало малолюдное и понесшее большие потери поколение 1916—1920 гг. В двенадцатой пятилетке в народном хозяйстве начнет работать малочисленный контингент родившихся во 2-й половине 60-х годов, а закончит трудовую деятельность многочисленное поколение родившихся во 2-й половине 20-х гг. (период «демографического взрыва») [8].

Таким образом, народному хозяйству страны придется развиваться в сложных условиях сокращения прироста трудовых ресурсов, при этом, как отметил Л. И. Брежнев на XXVI съезде КПСС, «...особое значение приобретает бережное, экономное отношение к трудовым ресурсам. Это — дело сложное, требующее решения многих задач экономического, технического, социального, воспитательного характера».

Огромный производственный и жизненный опыт, сознание социальной ответственности, желание работать и физические возможности значительной части лиц старших возрастов позволяют рассматривать их в определенных условиях как весьма ощутимый резерв трудовых ресурсов страны. Надо отметить, что число работающих пенсионеров по старости постоянно растет: если в 1965 г. их было 13%, то в 1976 г. — 24% [2].

Занимаясь продлением трудовой активности людей и увеличением средней продолжительности жизни, особое внимание следует обратить на проблему одиночества пожилых людей. Множество вопросов возникает и в связи с реабилитацией лиц в пожилом возрасте, разработкой и внедрением в жизнь рекомендаций по их рациональному питанию и двигательной активности.

Заболеваемость лиц старших возрастов имеет определенные черты, отличающие ее от заболеваемости людей других возрастных групп. Прежде всего, основная масса пожилых людей страдает хроническими заболеваниями, обусловленными их возрастными физиологическими особенностями. Так, менее 15% пожилых обращаются за медицинской помощью лишь по поводу острых или только хронических заболеваний [2]. Преобладающей патологией у людей старших возрастов являются заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, болезни суставов и новообразования. Характерны для этого контингента также мультиморбидность и множественность поражений — более половины больных имеют два и более заболеваний.

Особенностью патологии людей старших возрастов является атипичность клинической картины, которая значительно отличается от клиники аналогичных заболеваний у более молодых людей, что дает право говорить о болезнях старческого возраста так же, как и о детских. В целом, заболеваемость населения пожилых возрастов в расчете на 1000 чел. составляет 1577,5 (1614,0 — у мужчин, 1563,7 — у женщин) [2].

Работа по обеспечению активной старости идет во многих странах. Для координации этой деятельности в 1977 г. создан комитет экспертов ВОЗ по планированию и организации гериатрических служб.

Практическое внедрение в жизнь достижений геронтологии и гериатрии идет в нескольких направлениях.

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание лиц старших возрастов.

В крупных поликлиниках многих городов страны функционируют гериатрические кабинеты и более крупные подразделения гериатрической службы (например, республиканское гериатрическое поликлиническое отделение в Ташкенте, гериатрическая лечебно-консультативная поликлиника в Днепропетровске). Опыт работы гериатрических кабинетов изучается и анализируется, но статус этих кабинетов и врачей-гериатров, их права и обязанности пока еще не утверждены.

Одной из форм обслуживания пожилых людей могла бы быть организация гериатрических участков (по типу педиатрических) [1], что повлекло бы за собой определение статуса врача-гериатра как участкового гериатра.

При организации амбулаторно-поликлинического обслуживания людей этой возрастной категории следует иметь в виду, что временные нормы обследования, принятые сейчас в поликлиниках, для данной цели не годятся. Так, В. С. Турчанинова (1980) предлагает как один из способов амбулаторно-поликлинического обслуживания пожилых людей выделить специальные часы гериатрического приема в общем графике участковых врачей городских территориальных поликлиник с нормой нагрузки до 4 чел. в час. Почасовая нагрузка врача-гериатра на консультативном приеме, по данным того же автора, — 2—3 человека в час.

Нельзя забывать и о том, что лица старших возрастов предпочитают обслуживание их на дому посещениям поликлиники. Если у лиц рабочих возрастов на один вызов приходится 6,5 посещений в поликлинику, то у пожилых людей одному визиту врача соответствует 3,5 посещения. До 25% всех вызовов врача принадлежит пожилым людям, при этом удельный вес лечившихся дома достигает 47—55% [1, 2].

2. Больничное обслуживание лиц старших возрастов.

Уровень госпитализации лиц в возрасте 60 лет и более составляет 132,8 на 1000 чел. населения, потребность в госпитализации равна 241,8 [2], что почти в три раза выше показателя для всего населения [6]. Исследования показали, что лишь у 70,5% больных старших возрастов заболевания соответствуют профилю того отделения, где они лечатся, а среди экстренно госпитализированных 19,6% пожилых доставлены в стационар несвоевременно. Диагноз направляющего учреждения не подтверждается в среднем в 25% случаев, в результате чего затягиваются сроки госпитализации. 25,1% людей старших возрастов поступают в стационары с осложнениями, а 13,7% больных получают осложнения в стационарах [2].

В настоящее время во многих странах признается необходимость функционирования стационаров для гериатрических больных, что целесообразно и в медицинском аспекте (позволяет им оказывать более качественную стационарную помощь), и в экономическом (дает возможность эффективнее пользоваться дорогостоящими койками в обычных стационарах). Единого мнения о типе стационарных учреждений для пожилых людей пока нет. Одни специалисты считают наилучшим вариантом организацию гериатрических отделений в составе больниц общего типа, другие предлагают создать отдельные гериатрические больницы. Получают распространение реабилитационные отделения и реабилитационные центры для длительного лечения и во многих случаях — для трудовой переквалификации [96].

Заслуживает внимания опыт ГДР, в которой существует эффективная система медицинского, социального и культурного обслуживания лиц старших возрастов [10]. Для терапевтической гериатрической клиника Берлина [11] имеет в своем составе отделения для острых, хронических больных и для лиц, нуждающихся в специальном уходе; ревматологическое отделение с собственной физиотерапевтической службой и амбулаторным приемом; диагностические отделения диспансерного наблюдения; рентгенологическое отделение (заведующий — специалист по рентгенодиагностике и лучевой терапии), клиническую лабораторию под руководством высококвалифицированного биолога. На одного среднего медицинского работника приходится 4 пациента. Каждый пациент клиники в зависимости от своего состояния может последовательно получать помощь в том или ином отделении, что значительно повышает эффективность лечения.

3. Вопросы преемственности и диспансерного наблюдения при обслуживании лиц старших возрастов.

Вопросам преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями при обслуживании гериатрических больных надо уделять особое внимание. Среди людей, перешагнувших 60-летний рубеж, число посещений поликлиники (на 100 заболеваний) с увеличением возраста уменьшается, сокращается и число госпитализации. Вместе с тем растет количество вызовов скорой помощи: 22,2 вызова на 100 заболеваний в возрасте 60—69 лет, 35,8 вызова — в возрасте 70—79 лет, 50,7 вызова — в возрасте 80 лет и старше [2]. Объяснить возникшие «ножницы» можно тем, что пожилые люди менее подвижны, оттого более пассивно наблюдают за своим здоровьем, предпочитая «отлеживаться дома», часто приписывая свои недуги возрасту, а не болезни. В результате осложнения заболевания возникает необходимость в скорой или неотложной медицинской помощи, хотя при своевременном обращении к врачам этого можно было бы избежать.

Выход из этой ситуации — в организации эффективного диспансерного наблюдения за пенсионерами, позволяющего контролировать состояние здоровья и своевременно принимать соответствующие меры. Кроме того, — и в обеспечении преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями при обслуживании пожилых людей, которых не следует оставлять без внимания медиков на длительный срок.

Особый подход нужен лицам, состоявшим до выхода на пенсию под диспансерным наблюдением по месту работы в связи со специфическими условиями труда. Для их своевременного взятия под контроль врачами районных поликлиник сведения об этих людях необходимо передавать из медико-санитарных частей в районные поликлиники.

4. Социальное обеспечение

Социальное обеспечение включает в себя вопросы, связанные с жильем, питанием, уходом, коммунальными услугами, культурными мероприятиями, социальной адаптацией, санитарно-просветительной работой и пр. Эти вопросы наиболее комплексно разрешаются в домах для престарелых.

5. Гериатрическое обучение

Высококвалифицированную медицинскую помощь людям старших возрастов, безусловно, может оказывать лишь врач-гериатр, хорошо знакомый с физиологией стареющего и старческого организма, психологией пожилых людей, спецификой протекания у них различных заболеваний и возможностями применения различных видов лечения. Поскольку в современных условиях медицинскую помощь пожилым людям в большинстве случаев оказывают врачи разных специальностей, им необходимы знания основ гериатрии.

Подготовку по гериатрии должны иметь студенты всех медицинских специальностей в соответствующих вузах страны. Врачи, решившие посвятить себя гериатрии, должны углублять свои знания в этой области. В настоящее время кафедра геронтологии и гериатрии имеется в Киевском институте усовершенствования врачей. Кроме того, постепенно появляются специалисты по гериатрическим аспектам отдельных дисциплин, особенно среди хирургов, офтальмологов, невропатологов, психиатров [9а]. Их опыт должен изучаться и распространяться.

Таким образом, организация эффективной службы комплексного обеспечения лиц старших возрастов медицинской и социальной помощью, охват их лечебными и оздоровительными мероприятиями задолго до выхода на пенсию, позволят значительно продлить период их трудовой активности и дадут ощутимый резерв трудовых ресурсов как в результате использования труда пенсионеров, так и в итоге освобождения лиц, занятых уходом за пожилыми людьми, ограниченными в своей подвижности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахитов Ш. М. Казанский мед. ж., 1980, 3.— 2. Гусева И. С., Потехина М. В. Основные вопросы медицинской демографии. М., 1979.— 3. Мы и планета: цифры и факты. М., Политиздат, 1980.— 4. Народонаселение стран мира. М., Статистика, 1974.— 5. Овчаров В. К., Быстрова В. А. Сов. здравоохран., 1981, 2.— 6. Ревницкая З. Г. Условия жизни и пожилой человек. М., 1978.— 7. Россет Э. Процесс старения населения. М., Статистика, 1968.— 8. Турчанинова В. С. Сов.

УДК 618.173—02:612.017

ОБ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ РЕАКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ В КЛИМАКСЕ

В. Д. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.—доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Казанский городской психоневрологический диспансер им. В. М. Бехтерева (главрач—Н. А. Авдонина)

Реферат. Обследовано 68 женщин с различными нервно-психическими нарушениями в климаксе. Значительное место среди этих расстройств занимали реактивные состояния, в которых психогенным фактором являлся сам климакс. У 12 женщин выявлено своеобразное изменение поведения. Оно проявлялось реакцией по истероидному типу в форме «мистификации действительности» и наблюдалось в среднем через 1—2 мес от начала климактерических нарушений. Реакция личности на климакс как значимое явление возникала в форме истероидного поведения лишь у тех женщин, которые до климактерического периода были склонны к истерическим формам реагирования, не достигавшим ранее значительной степени выраженности.

Ключевые слова: климакс, нервно-психические нарушения, реактивные состояния.

Библиография: 7 названий.

На психологическом и социальном уровнях адаптации климакс представляет собой нередко стрессовый фактор, который ломает установившийся жизненный стереотип. Ряд женщин с благоприятной окружающей микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживает климактерический период относительно благоприятно. Другие женщины, у которых остаются многие нерешенные проблемы (одиночество и т. д.), относятся к климаксу как к катастрофе [1, 5].

В климаксе возможны различные нервно-психические заболевания, среди которых особо выделяются реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный паранойд, включая психогенные формы бреда ревности.

При длительно действующей психической вредности, личность вырабатывает определенный тип адаптации, который в психологической и психиатрической литературе получил название «психологической защиты». Под этим понимается «процесс, направленный на снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения в случаях конфронтации определенных сознательных установок личности с противоречащими им осознанными или неосознанными установками» [3].

Различают адекватные и неадекватные формы психологической компенсации. К нормальным формам психологической защиты относят: а) нейтрализацию эмоционального напряжения путем переключения интересов личности на иную, более значимую деятельность; б) замену нереализуемой установки другой, доступной реализации; в) снижение эмоциональной значимости данного явления [2].

У 68 обследованных нами больных наряду с адекватными формами психологической компенсации климакса как значимого явления были обнаружены и неадекватные формы защиты, главным образом в виде так называемой «мистификации действительности».

В период наивысшего климакса у женщин этой группы наблюдался различной продолжительности (от 2—3 нед до 3—5 мес) этап, проявлявшийся депрессивно-ипохондрическим синдромом. Больные часто обращались к врачам различных специальностей, активно лечились, настаивали на повторных гинекологических исследованиях, категорически отрицая заключения врачей о начавшемся у них климактерическом периоде. Спустя некоторое время (не позднее 5 мес от начала климактерических нарушений) поведение таких больных претерпевало значительные изменения: слезливые, ипохондричные женщины становились повышенно активными. Они начинали более внимательно следить за своей внешностью, посещать косметические кабинеты, применять большое количество косметических средств, шить

и носить молодежного фасона платья и брюки. Такие больные посещали молодежные кафе и рестораны, искали знакомства и встреч с молодыми людьми, охотно оставались в компаниях своих детей, где являлись зачинщиками веселых игр и танцев.

Мы наблюдали 12 больных, у которых описанное выше поведение было вызвано климактерическими нарушениями. Три женщины стали регулярно посещать молодежный центр, дискотек, активно участвовали в организации и проведении различных развлекательных молодежных мероприятий. Четыре пациентки, приобретя дорогостоящую звукозаписывающую аппаратуру, стали собирать современные эстрадные фонотеки, часто устраивая групповые прослушивания своих коллекций. Одна больная, ранее никогда не увлекавшаяся туризмом, в течение трех лет регулярно совершала туристические походы с молодежными группами. В трех случаях, несмотря на определенные материальные затруднения и возражения со стороны родственников, женщины проводили свой отпуск на южных курортах, ведя легкомысленный образ жизни. Восемь женщин стали часто выпивать, стараясь привлечь этим внимание молодых людей.

В психическом статусе больных преобладали эмоциональная лабильность, расстройство сна, раздражительность. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики ни у одной больной не отмечалось. Сознание было ясное, все больные при встрече с психиатрами критически оценивали свое поведение, искали сочувствия и помощи, всячески показывая тяжесть своего состояния. Они были многословны и слезливы. Критическое отношение к своему поведению возникало у женщин лишь в то время, когда они оставались наедине с собой, а также в процессе долгого откровенного разговора с врачом-психиатром. В каждом конкретном случае проводился дифференциальный диагноз между реактивным состоянием и психозом. У всех 12 женщин диагноз психозов был отвергнут в связи с отсутствием основных психопатологических симптомов, характерных для последних.

При анамнестическом и экспериментально-психологическом обследовании, включавшем в себя многопрофильный метод оценки личности, тест фрустрационной толерантности Розенвейга, а также определение уровня невротизации [7], удалось установить, что у всех 12 женщин на преморбидном фоне преобладали истерические формы реагирования, не достигавшие ранее значительной степени выраженности. Они проявлялись в повышенной требовательности к окружающим при пониженной требовательности к себе. Чаще всего (у 7 пациенток) климактерический период совпадал с одиночеством. Это происходило либо потому, что женщины предъявляли непомерно высокие требования к жениху или мужу, либо, создав себе определенный идеал, не могли найти конкретного человека, соответствовавшего ему.

Ни одна из 12 больных до климактерического этапа не обращалась к психиатрам, даже в климаксе обращение было связано с настойчивыми просьбами родственников, заметивших изменившееся поведение больных.

С наступлением переходного периода, всячески отрицаемого больными, истерические черты характера приобретали гротескный, резко выраженный характер. Отношение к своей внешности становилось карикатурным, вызвало иронию со стороны родных и знакомых. Истероидное поведение в климаксе как реакция женщины на этот период жизни редко возникало на благополучной почве. Оно наблюдалось лишь у тех женщин, для которых климакс был особенно значимым явлением, соответствующая стержневой стороне их переживаний [4, 6].

Знание различных форм реакции личности на климакс помогает прогнозировать их течение и предупреждать возникновение. В лечении больных с реактивными состояниями в климаксе в форме истероидного поведения ведущую роль, наряду с применением психо- и вегетотропных препаратов, играет рациональная психотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е. С., Телешевская М. Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. Л., Медицина, 1976.—2. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Коммунист, 1974, 14.—3. Воловик В. М. В кн.: Клинические и организационные основы реабилитации психических больных. Под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе. М., Медицина, 1980.—4. Мерлин В. С. В кн.: Вopr. совр. психоневрологии. Л., Медицина, 1966.—5. Телешевская М. Э. Там же.—6. Фелинская Н. И. Там же.—7. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки уровня невротизации. Методич. рекомендации. Казань, 1978.

Поступила 8 января 1981 г.

ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА

Е. В. Цыбулина, Л. А. Емельянова

Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. Е. В. Цыбулина) и кафедры акушерства и гинекологии (зав.— проф. А. Ф. Жаркин) Волгоградского медицинского института

Реферат. Проведен сравнительный анализ эффективности антиангинальных препаратов (папаверина, персантина, интенсина, нитронга, анаприлина) в сочетании с климактерической миокардиодистрофией у женщин. Полученные данные позволяют рекомендовать бета-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан) для лечения ИБС у женщин на фоне патологического климакса для более широкого применения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, климактерическая миокардиодистрофия, антиангинальные препараты.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Согласно литературным данным, назначение антиангинальных препаратов при миокардиодистрофиях в лучшем случае бесполезно [4]. Некоторые авторы указывают на развитие тяжелых кардиомиопатий при перегламентированном применении коронародилатиков для лечения миокардиодистрофий [5]. Описаны варианты усугубления метаболических нарушений в миокарде после назначения антиангинальных средств [6]. Вопрос о рациональном подборе коронароактивного препарата для больных ИБС у женщин с явлениями патологического климактерия представляется довольно сложным и не может решаться шаблонно.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности некоторых коронароактивных средств при лечении ИБС у женщин на фоне патологического климактерия.

Контингент обследованных больных составили женщины в возрасте 45—55 лет, наблюдавшиеся у врача-кардиолога по поводу ИБС в течение 6—10 лет. Диагноз ИБС был установлен на основании типичной клиники (приступов стенокардии, перенесенных инфарктов миокарда) и комплекса функциональных проб (ЭКГ покоя, пробы на толерантность к физической нагрузке, пробы с обзиданом). Климактерический синдром клинически проявлялся вегетативно-сосудистыми пароксизмами, дисменореей, неадекватностью эмоций, астенизацией нервной системы и другими классическими признаками.

Обследовали больных с алгическими формами ИБС. Тяжесть коронарного атеросклероза соответствовала II степени согласно классификации Л. И. Фогельсона.

Недостаточность кровообращения не превышала II стадию. Изменения на ЭКГ выявляли нарушения процессов реполяризации различных локализаций.

При поступлении в стационар всех больных беспокоили боли в области сердца — от 1 до 5 приступов в неделю. У 16 женщин отмечались редкие экстрасистолы. 6 больных в прошлом перенесли мелкоочаговые инфаркты миокарда, 4 пациентки имели в анамнезе крупноочаговые инфаркты.

В зависимости от получаемого препарата все больные распределены на 5 групп по 15 человек в каждой. Контрольную группу составили 50 женщин в периоде физиологической менопаузы с аналогичными формами ИБС.

В течение 3—4 нед мы изучали влияние различных коронародилатиков на динамику ИБС и климактерического синдрома. Использовали следующие лекарственные средства: папаверин в суточной дозе 0,1 г парентерально, интенсин в суточной дозе 0,225 г, персантин в такой же дозе, нитроглицерин в таблетках, содержащих 2,6 мг нитроглицерина, по 3 приема в день. Дозу анаприлина после пробного приема устанавливали в количестве 20 мг, в среднем она составляла 60 мг в сутки. Проводили монотерапию слепым методом без применения плацебо.

Эффективность проводимого лечения определяли по динамике клинических проявлений ИБС (частоте и интенсивности ангинозных приступов, порогу физических усилий, при которых они проявлялись). Кроме того, учитывали срок лечения больного в стационаре, динамику показателей ЭКГ. Влияние препарата на климактерический синдром оценивали по частоте вегетативно-сосудистых кризов.

Результаты представлены в таблице, из которой видно, что у больных, лечившихся анаприлином, болевой синдром исчезал на 7—8 сут лечения, толерантность к физической нагрузке повышалась на 8—9 сут. На 10-й день госпитализации нормализовалась ЭКГ. Показатели тяжести климактерического синдрома имели четкую положительную тенденцию, начиная с 6—7-го дня лечения. Уменьшение тяжести

климактерического синдрома выражалось в урежении вегетативно-сосудистых пароксизмов, больные отмечали, что «приливы» стали менее тягостными и короткими.

Второе средство, которое эффективно при лечении ИБС на фоне патологического климакса, — нитронг. У больных, принимавших нитронг, болевой синдром продолжался всего 8 сут, через 3—4 дня после уменьшения болей нормализовалась ЭКГ. Порог физических усилий, при котором появлялись приступы стенокардии, повышался, начиная с 6-го дня лечения. Частота и выраженность «приливов» уменьшалась на 10-й день пребывания в стационаре.

Результаты лечения персантином и интенсалином были примерно одинаковыми. Боли в области сердца практически беспокоили женщин весь срок лечения этими препаратами и уменьшались только за 2—3 дня до выписки. Нормализация ЭКГ у большинства обследованных наступала в последний день лечения. Наиболее наглядным показателем улучшения состояния больных следует считать повышение толе-

Влияние коронароактивных препаратов на проявления ишемической болезни сердца и климактерического синдрома

Показатели	Группа	Препараты				
		папаверин	персантин	интенсалин	нитронг	анаприлин
Боли в области сердца	Основ.	29,19±0,24 $P < 0,05$	23,16±0,32 $P < 0,05$	25,19±0,36 $P < 0,05$	8,61±0,41 $P < 0,05$	7,62±0,21 $P < 0,05$
	Контр.	22,21±0,8	18,12±0,31	16,94±0,27	8,32±0,39	16,72±0,30
ЭКГ	Основ.	29,02±0,34 $P < 0,05$	27,12±0,41 $P < 0,05$	27,26±0,39 $P < 0,05$	11,91±0,32 $P < 0,05$	10,34±0,18 $P < 0,05$
	Контр.	27,16±0,26	24,19±0,29	20,16±0,31	10,16±0,24	10,11±0,61
Толерантность к физической нагрузке	Основ.	27,64±0,28	9,16±0,37	8,94±0,42	6,48±0,34	8,64±0,31
	Контр.	27,11±0,21	15,72±0,19	17,21±0,28	12,12±0,26	16,18±0,32
Вегетативные кризы	Основ.	30,01±0,17	24,18±0,27	26,31±0,30	10,14±0,24	6,83±0,28
	Контр.	32,64±0,36	27,72±0,31	28,17±0,29	20,41±0,38	18,62±0,44
Срок лечения в стационаре	Основ.	30,01±0,17	24,18±0,27	26,31±0,30	18,16±0,28	17,01±0,37
	Контр.					

Примечание: Показатели представлены в днях. Для подсчета средней использован день начала положительной динамики симптома.

рантности к нагрузке (на 9-й день лечения). Персантин и интенсалин влияния на климактерический синдром не оказывали.

Изолированное лечение папаверином больных ИБС на фоне патологического климактерия, по нашим данным, можно считать нецелесообразным, поскольку почти половина больных этой группы жаловалась на боли в области сердца в день выписки из стационара. Частота и продолжительность вегетативных кризов не изменялись.

В контрольной группе больных, независимо от применяемого препарата, показатели эффективности лечения ИБС были значительно лучше ($P \leq 0,05$). Это указывает на более высокую толерантность к лечению ИБС на фоне патологического климактерия.

Как по силе антиангинального действия, так и по выраженности положительного влияния на климактерический синдром среди изученных препаратов наиболее эффективны анаприлин, а затем нитронг. Высокая результативность применения бета-адреноблокаторов при лечении миокардиодистрофий уже отмечалась некоторыми исследователями [3]. Было показано, что применение бета-адренолитиков при лечении миокардиодистрофий снижает активность симпатно-адреналовой системы, тормозит влияние катехоламинов на миокард. Механизм антиангинального действия бета-блокаторов связан с уменьшением скорости потребления кислорода сердцем. В отличие от других препаратов аналогичного действия бета-блокаторы не изменяют концентрации АТФ и креатинфосфата в миокардиоците, что благоприятствует уменьшению метаболических нарушений в сердечной мышце. Кроме того, эффективность анаприлина, может быть, связана с его способностью увеличивать внутриклеточную концентрацию калия в сердечной мышце [1].

Эффект нитронга, возможно, объясняется улучшением церебральной гемодинамики [2].

Таким образом, полученные нами данные позволяют рекомендовать бета-адреноблокаторы для лечения ИБС у женщин в период патологического климакса для более широкого применения. У больных данной категории можно также расширить показания к применению пролонгированных нитритов.

1. Боголюбов В. М., Лыскова М. И., Грибкова И. Н., Круглова З. Г. Кардиология, 1976, 1.—2. Виноградов А. В. В кн.: Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1980.—3. Воробьев А. И., Шишкова Т. В., Коломейцева И. П. В кн.: Кардиалгии. М., 1980.—4. Маколкин В. И., Сыркин А. Л., Аллилуев И. Т. и др. Кардиология, 1980, 11.—5. Уайтингтон Дж. Р., Рефтери Е. Б. Тер. арх., 1980, 5.—6. Чекунов В. М. П., Суворов И. М., Зенкевич Е. С. и др. Кардиология, 1980, 11.

Поступила 22 марта 1982 г.

УДК 616.13—002.18—072

МЕСТО АНГИОГРАФИИ, ОСЦИЛЛОГРАФИИ И РЕОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Н. Малиновский, А. А. Замалетдинов, В. Е. Мамаев

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница МЗ ТАССР (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйдин)

Реферат. Проведено сопоставление данных ангиографического, осциллографического и реографического методов исследований 63 больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Установлено, что артериальная осциллография и реовазография объективно отражают и документируют изменения, происходящие в артериальном русле больных облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом, исключительно при их комплексном использовании. Фармакологическая проба с нитроглицерином позволяет дифференцировать органические и функциональные сдвиги в артериальном русле только в начальной стадии заболевания, в более поздних периодах она лишь помогает в прогнозировании течения болезни. Ангиографические методы обследования уточняют диагноз, локализацию и протяженность облитерирующего процесса.

Ключевые слова: нижние конечности, эндартерииты, ангиография, осциллография, реография.

В опубликованных работах, посвященных ангиографии, осциллографии и реографии, эти методы рассматриваются в отдельности или данные ангиографии сопоставляются с одним из электрофункциональных исследований.

Мы поставили перед собой цель — провести сравнительное изучение диагностической ценности ангиографии, осциллографии и реографии в комплексном обследовании больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. 63 больным с облитерирующими заболеваниями аорто-подвздошных сегментов и артерий нижних конечностей было проведено 65 ангиографических, 315 осциллографических и 765 реографических исследований. Из ангиографических методов применяли пункционную транслюмбальную аортографию (у 30), чрезкожную пункционную артериографию (у 22), чрезкожную катетеризационную артериографию по Сельдингеру (у 13 больных).

По нашим наблюдениям, в первой стадии облитерирующего процесса, когда клинически не удается обнаружить четких признаков артериальной недостаточности, на ангиограммах определяются явления ангиоспазма при эндартериите и сегментарного стеноза при атеросклерозе. При ангиоспазме рентгенологически на фоне обедненного сосудистого рисунка просматриваются неравномерное сужение магистральных артерий в дистальных отделах голени и отсутствие контрастирования их на стопе. Артерий 1 и 2-го порядка контрастируются неравномерно, часть из них имеет обрубленные концы.

Атеросклероз в первой стадии ангиографически проявляется сужением артериального русла на ограниченном участке за счет дефектов наполнения, контуры артерий на этом уровне становятся неровными, иногда нечеткими. Сеть мышечных артерий не изменена или имеется сужение их устьев.

Осциллограммы в этой (1) стадии, снятые с нижней трети бедра и верхней трети голени, всегда пульсирующие. Величина осциллографического индекса (ОИ) снижена в различной степени, тип кривой — гипертонический (то есть осцилляции на протяжении всей осциллограммы имеют небольшую разницу в величине), но

восходящая и нисходящая части выявляются отчетливо, артериальное давление определяется.

На реовазограммах первая стадия эндартериита проявляется снижением реографического индекса (РИ) преимущественно на стопе, где его величина не превышает 0,6 (при норме 0,9—1,10). Анакротическая фаза удлинняется (больше 0,12 с), вершина волны уплощается, дополнительные волны сглаживаются. На голени явления ангиоспазма менее выражены — ОИ не меньше 0,5 мм (при норме 0,6—0,9 мм), форма волны не изменяется.

При атеросклерозе наблюдается равномерное снижение амплитуд РВГ волн на уровне стопы—голень, ОИ на голени не превышает 0,6 мм, вершина волны уплощается незначительно, длительность анакротической фазы соответствует норме или несколько увеличивается. Дополнительные волны выражены в различной степени.

Фармакологическая проба позволяет дифференцировать органические изменения от ангиоспазма. После приема 0,5—1 таблетки нитроглицерина в течение 3—5 мин снимаются явления ангиоспазма, ОИ и РИ увеличиваются в 1,5—2 раза, осциллографическая кривая и реографическая волна приобретают форму, соответствующую нормотоническому типу. При атеросклерозе возрастание ОИ и РИ менее выражено (в 1,3—1,5 раза), форма осциллограммы и реограммы остается без изменений.

Во второй стадии облитерирующего эндартериита на ангиограммах определяется выраженное неравномерное сужение магистральных артерий голени в верхней и средней третях и отсутствует контрастирование их в дистальных отделах. На этом уровне обнаруживаются хаотически расположенные, неравномерно контрастированные, извитые (часто спиралевидные) сосуды коллатеральной сети.

У больных облитерирующим атеросклерозом во второй стадии артериографическая картина весьма разнообразна. Мы установили следующие виды нарушения проходимости магистрального сосуда:

1) стеноз — при этом на ангиограммах определяется локальное сужение магистральной артерии (единичное или множественное) более чем на 40%, контуры артерии на этом уровне неровные, нечеткие;

2) сегментарную облитерацию — отсутствие контрастирования сосуда на ограниченном участке (сегменте); дистальный отрезок артерии, расположенной ниже окклюзии, контрастируется за счет коллатералей;

3) полное отсутствие контрастирования одной из артерий голени.

Осциллографическая картина у больных со второй стадией заболевания отличается большим полиморфизмом, что зависит от вида облитерирующего процесса и степени развития коллатералей. Во всех случаях дистальнее стенозированного участка были получены осциллограммы магистрального типа, платообразные с ОИ не менее 6 мм и разницей в величине осцилляций не более 3 мм.

При сегментарной окклюзии на участке до 2 см и хорошо развитых коллатералей регистрировались гипертонического типа осциллограммы с ОИ 4—5 мм. С увеличением протяженности окклюзии или при плохо развитых коллатералях ОИ снижается до 2—3 мм, кривая деформируется. Облитерация одной из большеберцовых артерий не дает каких-либо типичных изменений на осциллограммах. В зависимости от состояния сохранившегося сосуда наблюдаются осциллограммы как нормотонического (со сниженным осциллографическим индексом), так и выраженного гипертонического типа.

Реографическое исследование у больных со второй стадией заболевания имеет очень большое значение. Если при стенозе по артериографической картине мы можем судить о степени кровоснабжения дистальных отделов конечности, то при сегментарной окклюзии даже с применением сериографа далеко не всегда удается получить полную картину состояния коллатералей.

Стеноз магистральной артерии более чем на 40% проявляется на реовазограммах снижением реографического индекса до 0,3—0,4, вершина волны уплощается, дополнительные волны сглаживаются.

При сегментарной окклюзии с хорошо развитой коллатеральной сетью РИ колеблется от 0,25 до 0,4. Форма волны при этом зависит от калибра сосудов, обеспечивающих коллатеральный кровоток. При наличии в обследуемой зоне мышечной артериальной ветви 2—3 порядка на реовазографической волне, несмотря на ее небольшую амплитуду (РИ 0,25—0,3), отчетливо выявляются фаза быстрого наполнения, дикротическая и дополнительные волны. Реографическая волна в форме полукруга без признаков дикротической и дополнительных волн наблюдается при хорошо развитой коллатеральной сети, состоящей из мелких сосудов, величина ее при этом может достигать 0,4.

Малоинформативна реография с голеней при окклюзии одной из большеберцовых

артерий. Констатируется небольшое снижение РИ, форма волны соответствует норме или имеются слабо выраженные признаки гипертонуса. Реовазография стоп в этом случае устанавливает уменьшение систолического притока (РИ снижается и не превышает 0,5), форма волны может быть различной.

Сочетание стеноза и окклюзии, которое наблюдалось у большинства обследованных больных, не выявляется характерными признаками на осциллограммах и реограммах; наблюдаемые при этом изменения отражают лишь степень выраженности коллатерального кровотока.

Во второй стадии облитерирующего эндартериита осциллограммы, снятые с голени, всегда имеют резко выраженный гипертонический тип с ОИ не более 4 мм или бывают деформированными. На нижней трети бедра ОИ достигает 6—8 мм, с разницей в величине осцилляций не более 2 мм. Реографические волны, снятые со стоп и голеней, имеют округлые вершины и пологие анакротические и катакротические части. РИ на стопе — 0,2, на голени — 0,35 и менее.

Значение фармакологической пробы для дифференциальной диагностики во второй стадии облитерирующего процесса снижается, так как присоединяющиеся органические изменения уменьшают сосудистую реакцию на нитроглицерин, делая ее идентичной с таковой при атеросклерозе. Однако эта проба имеет большое значение для прогноза. При злокачественном течении облитерирующего процесса уже на ранних стадиях сосудистая реакция на нитроглицерин бывает резко ослабленной. При вяло текущем заболевании нитроглицерин во второй стадии вызывает увеличение ОИ на $\frac{1}{3}$, а РИ — на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ от первоначальной величины.

У больных в предгангренозной и гангренозной стадиях обнаруживалось резкое снижение систолического притока к конечности, проявляющееся снижением РИ до 0,15—0,1 мм, отсутствием на осциллограммах осцилляций. На ангиограммах этих больных выявлялась обширная сегментарная облитерация с очень слабо выраженными коллатеральными в дистальных отделах конечности и облитерация магистральной артерии без заполнения ее дистального отдела. Ниже границы окклюзии наблюдалось небольшое количество мелких и извитых коллатералей.

ВЫВОДЫ

1. Применяемые в отдельности артериальная осциллография и реовазография объективно отражают и документируют степень артериального притока в конечности, но не позволяют дифференцировать характер кровотока (магистральный или коллатеральный).

2. Комплексная оценка данных осциллографического и реографического исследований дает полное представление о характере кровотока в конечности.

3. Ангиография является методом выбора в установлении точического диагноза при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей, но как наиболее сложный и небезопасный метод исследования сосудистой системы должна применяться только в специализированных хирургических отделениях.

Поступила 26 мая 1981 г.

УДК 546.265.1—02:616.12—008.64—099—07

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ СЕРОУГЛЕРОДОМ

В. Е. Анисимов, И. И. Макарова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета (зав. — проф. А. В. Виноградов) 2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Реферат. У 27 мужчин, перенесших хроническую интоксикацию сероуглеродом, исследовали ударный выброс, частоту сердечных сокращений, минутный объем крови, фазовый анализ систолы левого желудочка; определяли амплитудно-временные параметры: скорость сердечного выброса, скорость подъема давления и скорость сердечного расслабления. Изучали параметры гемодинамики в покое и их изменение в ответ на возрастающее статическое усиление правой руки. Наиболее информатив-

ными параметрами для выявления сердечной недостаточности при хронической сероуглеродной интоксикации оказались амплитудно-временные.

Ключевые слова: сероуглерод, сердечная недостаточность.

1 иллюстрация. Библиография: 3 названия.

Диагностика сердечной недостаточности в ее ранних доклинических стадиях является сложной проблемой современной кардиологии. Назрела необходимость отбора наиболее информативных показателей, оценивающих сократительные свойства миокарда [2].

Мы произвели обследование 27 мужчин (средний возраст больных — 40 лет) с хронической интоксикацией сероуглеродом, не имевших клинических признаков сердечной недостаточности. Контрольную группу составили 30 здоровых мужчин (средний возраст — 42 года), занимавшихся преимущественно физическим трудом.

С целью диагностики сердечной недостаточности на доклиническом этапе мы подобрали группу из 12 мужчин (средний возраст — 45 лет), больных ИБС в стадии острого крупно-очагового инфаркта миокарда. Клинические признаки недостаточности кровообращения, нарушения ритма и проводимости у них отсутствовали. Констатировалась скрыто протекающая сердечная недостаточность вследствие выпадения обширной зоны инфаркта миокарда из акта сокращения.

В комплексе методов обследования входили электрокардиография в 12 общепринятых отведениях, поликардиография по Блумбергеру в модификации В. Л. Карпмана, тахоэциллография по Н. Н. Савицкому (1974). В качестве функциональной пробы использовали предложенную ВОЗ статическую изометрическую нагрузку правой руки для экспресс-диагностики патологии сердечно-сосудистой системы [1]. После определения максимальной произвольной силы сокращения (МПС) осуществляли дозирование нагрузки в 15%, 25%, 50% МПС. Запись вели на миннографе и механокардиографе. Определяли фазы сердечного цикла левого желудочка, ударный объем, частоту сердечных сокращений и минутный объем крови.

Для характеристики сократительной функции миокарда в фазу изгнания (Е) определяли объемную скорость выброса (ОСВ) по формуле:

$$ОСВ = \frac{УО}{Е},$$

где УО — ударный выброс, мл; Е — время изгнания, с.

Сократительную функцию миокарда в момент подъема давления при замкнутых клапанах оценивали по показателю скорости подъема давления (СПД), который определялся как частное от деления:

$$СПД = \frac{ДД - 5}{ИС},$$

где ДД — диастолическое давление, мм рт. ст.; 5 — условная величина конечного диастолического давления в левом желудочке; ИС — время изометрического сокращения, с.

Диастола также является активным рабочим периодом сердца, поэтому для характеристики активности миокарда в этот период рассчитывали скорость сердечного расслабления (ССР) по формуле:

$$ССР = \frac{СД - 5}{Д},$$

где СД — систолическое давление, мм рт. ст., 5 — условная величина конечного диастолического давления в левом желудочке; Д — период диастолы, с.

В условиях покоя больные с хронической интоксикацией сероуглеродом имели повышенные объемы циркуляции за счет увеличения ударного выброса и частоты сердечных сокращений,

The figure consists of three vertically stacked bar charts labeled A, B, and B. Each chart has four groups of bars representing different load levels: 1 (rest), 2 (15% MPS), 3 (25% MPS), and 4 (50% MPS). The y-axis for all charts is labeled 'ECV ml/sec' and ranges from 0 to 400. Chart A (healthy) shows a clear increase in ECV with increasing load. Chart B (chronic carbon monoxide poisoning) shows a similar trend but with lower overall values. Chart B (acute myocardial infarction) shows significantly lower ECV values across all load levels compared to the other two groups.

Рис. Изменение амплитудно-временных параметров в ответ на статическое усилие в 15% МПС (2), 25% МПС (3), 50% МПС (4) по сравнению с уровнем покоя (1). А — здоровые, Б — больные хронической сероуглеродной интоксикацией, В — больные острым инфарктом миокарда.

20

в то время как у страдающих ИБС в стадии острого инфаркта миокарда было констатирувано снижение ударного и минутного объема крови, несмотря на тенденцию к увеличению частоты сердечных сокращений.

В ответ на статическое усилие правой руки больные ИБС так же, как и здоровые лица, были способны увеличивать минутный объем крови как за счет ударного выброса, так и за счет частоты сердечных сокращений. У больных с хронической интоксикацией сероуглеродом ни ударный выброс, ни частота сердечных сокращений параллельно росту статического усилия не возрастали.

Амплитудно-временные параметры и их изменение при статической нагрузке представлены на рис. В контроле с ростом статического усилия увеличиваются объемная скорость выброса, скорость подъема давления и скорость сердечного расслабления. У больных ИБС также отмечается тенденция к росту объемной скорости выброса и скорости сердечного расслабления, в то время как скорость подъема давления не возрастает. Больные с хронической интоксикацией сероуглеродом, имеющие в покое повышенные объемы циркуляции, не способны адекватно увеличивать их в ответ на различное по интенсивности статическое усилие. Сократительная функция миокарда у них снижена как в фазе подъема давления, так и в период диастолы, что невыгодно отличает их даже от больных ИБС.

ВЫВОДЫ

1. У больных с хронической интоксикацией сероуглеродом обнаружены ранние признаки недостаточности кровообращения.

2. Нагрузочный тест со статическим усилием руки, предложенный комитетом экспертов ВОЗ, выявляет скрыто протекающую сердечную недостаточность.

3. Наиболее информативными показателями для оценки сократительной функции миокарда оказались амплитудно-временные параметры: объемная скорость выброса, скорость подъема давления и скорость сердечного расслабления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грацианский Н. А. Кардиология, 1970, 5.— 2. Мухарлямов Н. М. Ранние стадии недостаточности кровообращения и механизмы ее компенсации. М., Медицина, 1978.— 3. Савицкий Н. Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Л., Медицина, 1974.

Поступила 24 августа 1981 г.

УДК 612.135—02:616.33—002.44—092

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. Ф. Богоявленский, А. Г. Опарин, Р. М. Газизов, Т. И. Рупасова

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. В. Ф. Богоявленский) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. У 60 здоровых лиц и 85 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки изучены состояние микроциркуляции конъюнктивы глаза и уровень содержания гликопротеидов в желудочном соке. Показано, что одной из причин, ведущей к снижению уровня муцинов в желудочном соке, может быть гипоксия слизистой, вызванная нарушением микроциркуляции.

Ключевые слова: желудок, двенадцатиперстная кишка, язвенная болезнь, гликопротеиды.

3 таблицы. Библиография: 3 названия.

В свете современных научных данных в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки важное значение придается нарушению защитного слизистого барьера. Устойчивость этого барьера определяется количественным и качественным составом полисахариднобелковых соединений — фукомуцинов, сиаломуцинов, гастромукопротеидов, кислых мукополисахаридов, ШИК-положительных и других веществ, содержащихся в желудочном соке. Одной из причин снижения уровня муцинов в желудочном соке при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

кишки являются нарушение аэробного дихтомического окисления углеводов, сдвиг соотношений аэробных и анаэробных процессов в сторону преобладания последних [2]. В свою очередь, регионарная гипоксия слизистой может быть обусловлена другими факторами язвообразования и, прежде всего, изменением кровоснабжения [1].

В связи с этим мы решили изучить уровень содержания муцинов в желудочном соке и параллельно дать оценку микроциркуляции у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, пытаясь тем самым раскрыть один из механизмов непосредственного влияния сосудистого фактора на процесс язвообразования.

В желудочном соке определяли содержание гастромукопротеидов, фукозы и сиаловых кислот. О микроциркуляции в желудке судили косвенно — путем исследования сосудов конъюнктивы переднего угла глаза [3].

В контрольную группу вошли 60 здоровых лиц (32 мужчины и 28 женщин). В возрасте 20—29 лет было 18 человек, 30—39 лет — 16, 40—49 лет — 16, 50—59 лет — 10 человек. Средние данные, полученные при их обследовании, были приняты за норму (табл. 1).

Основную группу составили 85 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (59 мужчин и 26 женщин). В возрасте 20—29 лет насчитывалось 18 человек, 30—39 лет — 22, 40—49 лет — 26, 50—59 лет — 19 человек. Желудочная локализация язвы диагностирована у 37, дуоденальная — у 48 больных. Повышенная кислотообразующая функция желудка установлена у 38, нормальная и пониженная — у 47 больных. Рентгенологический симптом «ниши» обнаружен у 69, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки — у 16 человек. Длительность заболевания до 1 года отмечена у 16 больных, до 1—5 лет — у 28, до 5—10 лет — у 26, более 10 лет — у 15 пациентов. Нервно-вегетативный тип клинического течения язвенной болезни диагностирован у 28 больных, трофический — у 20, смешанный — у 18, осложненный — у 19 пациентов.

Таблица I

Содержание муцинов в желудочном соке у здоровых людей и больных язвенной болезнью

Показатели	Здоровые	Больные	P
Гастромукопротеиды, мг/л	262,0±11,4	164,0±12,0	<0,001
Сиаловые кислоты, мг/л	228,0±13,2	112,0±18,2	<0,001
Фукоза, мкмоль/л	1206,0±72,0	672,0±60,6	<0,001

В результате исследований было установлено, что у больных язвенной болезнью в период обострения заболевания по сравнению с контрольными данными наблюдается достоверное снижение уровня содержания гастромукопротеидов, фукозы и сиаловых кислот (табл. 1).

Одновременно у них были обнаружены нарушения микроциркуляции, проявляющиеся в спастико-атоническом состоянии капилляров, замедлении скорости кровотока. В частности, установлено, что кровообращение нарушено по типу +.1.K₁ — у 18, по типу 1.1.K₁ — у 42, по типу 1.1.K₁ — у 20 человек. У 5 больных, как и в контрольной группе, кровообращение в артериолах и венах было нормальным.

Отмечена прямая зависимость глубины нарушений микроциркуляции от количества гликопротеидов в желудочном соке — чем ниже падал уровень их содержания, тем большим расстройством подвергалась микроциркуляция. Причем, отклонения в содержании муцинов и нарушения микроциркуляции в большей степени проявлялись у больных с желудочной язвой, чем с дуоденальной. В частности, у 20 больных с желудочной локализацией язвы нарушения микроциркуляции определялись по типу 1.1.K₁, у 17 — по типу 1.1.K₁; в то время как при дуоденальной язве расстройств микроциркуляции у 25 больных соответствовали типу 1.1.K₁, у 18 — типу +.1.K₁, у 5 человек нарушений не обнаружено. У больных язвенной болезнью желудка содержание гастромукопротеидов было ниже. Разницы в снижении уровня содержания фукозы и сиаловых кислот не отмечено (табл. 2).

Заслуживает внимания и то наблюдение, что самый низкий уровень содержания гликопротеидов выявлен у больных с трофическим, а также с осложненным типами клинического течения заболевания. В меньшей степени изменения определялись при

Таблица 2

Содержание муцинов в желудочном соке у больных с желудочной и дуоденальной язвой

Показатели	Язвенная болезнь		P
	желудка	двенадцатиперстной кишки	
Гастромукопротеиды, мг/л	133,0±10,1	191,0±11,1	<0,05
Сialовые кислоты, мг/л	103,0±11,4	122,0±12,9	>0,05
Фукоза, мкмоль/л	612,0±75,6	732,0±69,0	>0,05

нервно-вегетативном и смешанном типах клинического течения язвенной болезни (табл. 3).

Наиболее глубокие нарушения микроциркуляции по типу 1.1.К₁₁ также наблюдались только среди больных с трофическим и осложненным типами течения заболевания. При смешанном и нервно-вегетативном типах клинического течения язвенной болезни эти расстройства были выражены менее значительно.

Параллелизм, обнаруженный между снижением уровня гликопротеидов в желудочном соке и степенью нарушения микроциркуляции, может служить подтверждением того, что в механизме повреждения защитного слизистого барьера одно из ведущих мест принадлежит нарушению микроциркуляции.

Таблица 3

Содержание муцинов в желудочном соке при различных типах клинического течения язвенной болезни

Типы клинического течения	Гастромукопротеиды, мг/л	Сialовые кислоты, мг/л	Фукоза, мкмоль/л
Нервно-вегетативный	189,0±11,1	122,0±12,3	726,0±70,8
Трофический	159,0±12,3	104,0±19,5	636,0±72,0
Смешанный	165,0±12,2	119,0±18,3	702,0±72,0
Осложненный	157,0±13,1	103,0±17,6	612,0±59,4

Эта взаимосвязь, вероятнее всего, заключается в том, что под влиянием нервных и гормональных расстройств возникают спастико-атоническое состояние капилляров, замедление кровотока, вызывающие развитие гипоксии слизистой, вследствие которой оживляется анаэробный гликолиз, характеризующийся малым освобождением энергии. В результате низкого энергетического потенциала клеток уменьшаются синтез и секреция муцинов, снижается резистентность слизистого барьера, создаются дополнительные условия для развития язвы.

Таким образом, изучение уровня муцинов в желудочном соке и состояния микроциркуляции при язвенной болезни имеет прямое отношение к раскрытию одного из механизмов язвообразования. Результаты этих исследований, на наш взгляд, служат аргументом для включения в комплекс противоязвенной терапии препаратов, улучшающих микроциркуляцию, а следовательно, и течение аэробных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорофеев Г. И., Акимов Н. П., Ткаченко Е. П. Тер. арх., 1979, 11.—2. Опарин А. Г. Казанский мед. ж., 1971, 5.—3. Шульпина Н. Б. Методика биомикроскопии живого глаза. М., изд-во ЦОЛИУВ, 1966.

Поступила 20 апреля 1982 г.

ВЛИЯНИЕ АППЛИКАЦИИ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА

С. Г. Вайнштейн, Ю. В. Афанасьева, Д. Х. Максудова, М. И. Пивикова

Кафедра терапии факультета усовершенствования врачей (зав.— проф. С. Г. Вайнштейн) Тернопольского медицинского института и базовый санаторий «Казанский»

Реферат. Применение аппликаций диметилсульфоксида у больных язвенной болезнью и хроническим гастритом приводит к подавлению повышенного кислото-выделения, амбивалентности при нормальном кислото-выделении и не оказывает эффекта у больных с атрофией слизистой оболочки желудка. Констатировано нормализующее действие аппликаций диметилсульфоксида (ДМСО) у лиц с кислым декомпенсированным и субкомпенсированным состояниями желудка путем стимуляции нейтрализующей функции интральных желез. Использование диметилсульфоксида в качестве транспортера различных лекарств при физиопроцедурах может быть показано больным с гиперсекрецией НСІ в межпищеварительной фазе желудочковой секреции.

Ключевые слова: желудок, язвенная болезнь, гастрит, секреция НСІ, диметилсульфоксид.

Библиография: 2 названия.

Диметилсульфоксид (ДМСО) обладает свойством проникать через кожный барьер без повреждения тканей. При нанесении 90% ДМСО на кожу его присутствие в крови обнаруживалось через 5 мин с максимальной концентрацией препарата через 4—6 ч [1]. ДМСО способен транспортировать ряд лекарственных средств через неповрежденную кожу, что используется при лечении многих заболеваний, в том числе и органов пищеварения. Тем не менее влияние ДМСО на функции желудка остается почти неизвестным. Электрофорез ДМСО, примененный в комплексном лечении больных язвенной болезнью, после 10—15 процедур не вызвал изменения секреторной функции желудка [2].

Целью нашей работы явилось изучение влияния аппликаций ДМСО на объем и кислотность базального желудочного секрета, а также на кислотоотделительную и нейтрализующую функции желудка у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью.

Четырехслойную марлю, обильно смоченную свежим 50% раствором ДМСО на дистиллированной воде и прикрытую клеенкой, накладывали на эпигастральную область больным I-й группы (48 чел.) после часового извлечения под низким вакуумом базального желудочного секрета, после чего аспирацию содержимого желудка продолжали еще 1 ч. В обеих порциях желудочного сока определяли объем, концентрацию и выработку кислоты, концентрацию и дебит-час свободной НСІ. У 17 мужчин и 7 женщин (19 человек — в возрасте от 30 до 59 лет) была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии; у 3 мужчин (возраст — 45—59 лет) — дуоденальная язва в фазе неполной ремиссии; у одного мужчины этой же возрастной группы обнаружена язва желудка. У остальных 20 больных констатирован хронический гастрит: с сохраненной секреторной функцией желудка — у 7 мужчин и 6 женщин (10 — в возрасте от 30 до 59 лет), с выраженной секреторной недостаточностью — у 3 мужчин и 4 женщин тех же возрастных групп. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии лишь у 6 из 24 пациентов изучаемые параметры не имели существенных сдвигов. В то же время выраженное снижение объема секреции отмечено у 15 больных и кислото-выделения — у 16; возросли объем и кислотность у 3 и 2 пациентов соответственно. У 3 больных дуоденальной язвой в фазе неполной ремиссии в обоих направлениях показатели изменялись с одинаковой частотой, а у больного с язвой желудка объем секреции оставался на том же уровне.

Из 13 больных хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией желудка объем сока остался прежним у 5, а кислотность — у 3. Уменьшение объема сока наблюдалось у 4 больных, кислотности — у 5, а увеличение этих показателей у 4 и 5 больных соответственно. Из 7 больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью у 4 исследуемые параметры не изменились, а у 3 — несколько снизились.

Следовательно, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, для которой характерно повышение показателей базальной желудочной секреции, у 21 из 24 больных ДМСО понижал либо совсем не влиял на объем секреции, и у 22 лиц

уменьшал или не изменял кислотовыделение. В меньшей степени влияние аппликаций ДМСО проявлялось у больных хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией желудка; у страдающих хроническим гастритом с секреторной недостаточностью стимулирующий эффект не обнаружен ни у одного. Таким образом, у больных с базальной гиперсекрецией диметилсульфоксид чаще угнетает желудочное сокоотделение, у лиц с нормальными показателями базальной секреции ДМСО амбивалентен, при атрофических процессах в слизистой его стимулирующий эффект не проявляется.

Интрагастральная рН-метрия по Линару выполнена у больных 2-й группы (90 чел.) После изучения динамики пристеночного рН в теле и антральном отделе желудка (в течение 30 мин) больным накладывали аппликацию с ДМСО и еще в течение 1 ч каждые 10 мин регистрировали показатели рН в указанных отделах желудка.

Среди 45 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки мужчин — 42, женщин — 3 (41 человек — в возрасте 30—59 лет). Натощак щелочная реакция желудка отмечена у 5 больных, слабокислая компенсированная — у 4, кислая компенсированная — у 2, кислая субкомпенсированная — у 8, кислая декомпенсированная — у 26. После аппликации ДМСО не произошло изменений рН желудка у 37 больных, а у 8 пациентов с кислой реакцией желудка наблюдалось нарастание нейтрализующей функции слизистой оболочки антрального отдела.

Хронический гастрит с сохраненной секреторной функцией желудка диагностирован у 24 мужчин и 12 женщин (32 человека — в возрасте 30—59 лет). Щелочное значение рН отмечено у 3 больных, слабокислое компенсированное — у 4, кислое компенсированное — у 5, субкомпенсированное — у 6 и кислое декомпенсированное — у 18 больных. Аппликации ДМСО не изменили состояние желудка у 28 больных, повышение кислотоотделительной функции зафиксировано у 2 больных, а увеличение нейтрализующей функции — у 6.

У 6 мужчин и 3 женщин (7 человек — в возрасте 30—59 лет) наблюдался хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Щелочная реакция желудка отмечена у 6 больных, слабокислая компенсированная — у одного и кислая субкомпенсированная — у 2. У 8 больных после терапии ДМСО состояние желудка осталось прежним, у одного кислая субкомпенсированная реакция желудка стала щелочной.

Эти исследования выявляют, хотя и не столь явно, нормализующий эффект аппликаций ДМСО на секреторную функцию желудка при повышенном кислотовыделении.

Обсуждая механизм влияния аппликаций ДМСО на секреторную функцию желудка, можно высказать два предположения. Во-первых, возможно прямое воздействие ДМСО на железистый аппарат слизистой оболочки желудка после резорбции препарата через кожу. Во-вторых, не исключаются и рефлекторные сегментарные реакции вследствие обезболивающего, слабораздражающего (?) действия ДМСО на рецепторный аппарат соответствующих метамеров кожи. В любом случае влияние ДМСО благотворно, поэтому его использование в качестве транспортера различных лекарств при физиотерапевтических и других лечебных процедурах следует признать полезным, особенно у больных с избыточным выделением соляной кислоты в межпищеварительной фазе желудочной секреции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даниленко М. В., Туркевич Н. М. Клиническое применение димексида. Киев, Здоров'я, 1976.— 2. Фомичева Т. В. В кн.: Вопросы курортологии. Материалы Белорусск. респуб. конф., Минск, 1978.

Поступила 5 ноября 1981 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОЙ рН-МЕТРИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. К. Алексеева

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. В. Ф. Машагатов) Ижевского медицинского института

Реферат. Изучена продолжительность закисления дуоденум у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от возраста, давности заболевания и наличия сопутствующей патологии со стороны желчевыделительной системы. Выявлены выраженные нарушения кислотонейтрализующей функции в ранние сроки заболевания и при сопутствующих поражениях желчных путей. Применение динамических токов оказывает положительное влияние на кислотонейтрализующую функцию дуоденум.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, язвенная болезнь, рН-метрия, 2 пилоространия. Библиография: 8 названий.

В образовании язвы двенадцатиперстной кишки ведущее значение придается действию на слизистую оболочку кислотно-пептического фактора. Этому способствует продолжительное закисление проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки вследствие нарушения ее ощелачивания [3, 6, 7].

Вместе с тем у многих больных при исследовании рН интрадуоденальной среды наблюдается неоднотипность структуры волны закисления, причины которой во многом остаются неясными.

В связи с этим нами проведено исследование дуоденального закисления у 112 больных в возрасте от 16 до 55 лет (мужчин — 90, женщины — 22). С продолжительностью заболевания до года было 15 больных, от года до 5 лет — 48, от 6 до 10 лет — 26, от 11 до 15 лет — 10, свыше 15 лет — 13 человек. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

У всех обследованных язва рентгенологически и эндоскопически локализована в луковичной зоне двенадцатиперстной кишки.

Графическая регистрация колебаний интрадуоденального рН в проксимальном отделе осуществлялась натошак (20—30 мин) и на протяжении 3 ч после стимуляции желудочной секреции стандартным хлебным завтраком.

У обследованных лиц контрольной группы сдвиг рН интрадуоденальной среды в кислую сторону после хлебного завтрака суммарно составил в среднем $29,5 \pm 2,5\%$, в том числе в течение первого часа — $14,5 \pm 1,2\%$, второго — $9,2 \pm 1,1\%$ ($P < 0,01$) и третьего — $5,8 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$). Следовательно, кривая закисления дуоденум у здоровых лиц имеет экспоненциальный характер и отражает, по-видимому, состояние эвакуаторной функции желудка. Это подтверждают и экспериментальные данные [4].

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки общая продолжительность дуоденального закисления была равна $57,3 \pm 2,7\%$ и превосходила аналогичный показатель здоровых лиц почти в два раза ($P < 0,001$). Почасовые значения закисления также носили экспоненциальный характер и равнялись соответственно $25,5 \pm 1,0\%$, $19,1 \pm 1,2\%$ ($P < 0,001$) и $12,7 \pm 1,6\%$ ($P < 0,01$).

При анализе рН-дуоденограмм у больных различных возрастных групп достоверной разницы в этих показателях не выявлено. Следовательно, возраст пациентов существенного влияния на характер дуоденального закисления не оказывает. Сопоставление показателей закисления в группах больных с различной длительностью заболевания показало, что общая продолжительность ее у больных с давностью заболевания до года составила $63,3 \pm 2,6\%$, от 1 года до 5 лет — $53,4 \pm 1,4\%$, от 6 до 10 лет — $58,9 \pm 1,9\%$, от 11 до 15 лет — $55,9 \pm 2,0\%$, свыше 15 лет — $55,4 \pm 2,5\%$. Таким образом, ацидификация содержимого луковицы дуоденум оказалась наибольшей в начальном периоде заболевания (до 1 года), что, возможно, объясняется более интенсивным выделением кислоты, увеличением ее дебита и гипермоторикой гастродуоденальной зоны [5, 8].

У 26 больных с рентгенологическими признаками дуоденальной дискинезии в виде гипертонуса и парциального стаза на протяжении трехчасового исследования «кислые» волны регистрировались в форме непрерывной кривой или через небольшие промежутки — кратковременной нейтрализацией дуоденальной среды. Поэтому

му сдвиг интрадуоденального pH в сторону кислой реакции был у них более продолжительным ($66,1 \pm 1,7\%$), без существенной разницы в почасовых интервалах наблюдений ($25,3 \pm 0,7\%$; $20,6 \pm 1,1\%$; $20,2 \pm 0,9\%$). У 16 из них отмечалось сопутствующая патология желчевыделительной системы.

В связи с этим были отобраны две группы больных (по 34 чел.) с одинаковым возрастным составом и давностью заболевания. Результаты наблюдений показали, что у больных с сопутствующим холециститом (1-я группа) заболевание сопровождалось более выраженным дуоденальным закиснением, чем у больных без него (2-я группа). Так, у больных 1-й группы (рис. 1) общая продолжительность закис-

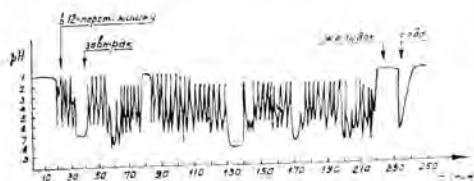


Рис. 1. pH-дуоденограмма больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и холециститом.

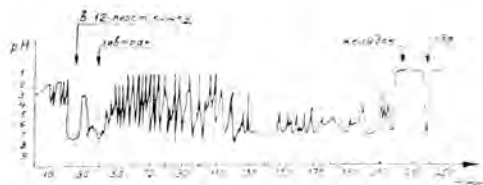


Рис. 2. pH-дуоденограмма больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

ления в среднем составила $60,9 \pm 1,9\%$, а у больных 2-й группы (рис. 2) — $49,3 \pm 1,2\%$ ($P < 0,001$). Значительное увеличение степени дуоденального закиснения у больных с сопутствующим холециститом было обусловлено, по-видимому, наряду с усиленным сбросом кислого содержимого желудка и нарушением заброса щелочного панкреатического сока в луковицу, уменьшением бикарбонатной щелочности.

Определение особенностей дуоденальной ацидификации может иметь существенное значение не только для общей оценки кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки, но и в проведении дифференцированной терапии. При комплексном лечении больных с более выраженным закиснением и дискинетическими нарушениями двенадцатиперстной кишки наилучший эффект достигается при назначении им диадинамических токов в модуляции «очень длинными периодами» [1]. Последние, как известно, оказывают тормозное действие на тонус гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта [2].

Таким образом, у больных язвенной болезнью с дуоденальной локализацией более выраженные расстройства кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки наблюдаются в ранние сроки заболевания на фоне повышения ее моторной активности и при сопутствующих холециститах, что должно учитываться при проведении лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н. К. Врач. дело, 1978, 12.—2. Бернар П. Д. В кн.: Динамическая терапия. М., Медицина, 1961.—3. Горшков В. А., Броун Л. М., Гончаров Е. Ф. Тер. арх., 1977, 10.—4. Гройсман С. Д., Бережа А. Д. Физиол. журн. СССР, 1974, 5.—5. Коростовцев С. Б. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда гастроэнт. М.—Л., 1978.—6. Машагатов В. Ф., Солопаева С. Н., Лучкин С. Л. Клин. мед., 1971, 10.—7. Borgström S., Arbo-relius M. Scand. J. Gastroenterol., 1978, 13, 3.—8. Kronborg O., Christensen P. M. Ibid., 1977, 12, 8.

Поступила 12 мая 1981 г.

СЕЛЕКТИВНАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ — МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. А. Салихов, Д. И. Гафуров, А. А. Агафонов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. Н. А. Салихов), кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав.—проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, городская клиническая больница № 1 им. А. Г. Тергулова (главрач — А. А. Абдулхакков)

Резюме. Предложена селективная мукозэктомия, при которой удаляется слизистая оболочка малой кривизны желудка с последующим наложением швов, укрывающих демуккозировавшую поверхность. Функциональное исследование желудка выявило стойкую редукцию секреторного потенциала, а также нормализацию ее моторно-эвакуаторной функции, что способствует заживлению язвенного дефекта. Операция ввиду ее малой травматичности может быть использована в хирургической практике, особенно в тех случаях, когда резекция органа или вмешательство на нервных сплетениях являются нежелательными.

Ключевые слова: язвенная болезнь, оперативное лечение, желудочная секреция.

1 таблица, 2 иллюстрации. Библиография: 20 названий.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — сложное и широко распространенное заболевание, требующее к себе пристального внимания как терапевтов, так и хирургов. Его лечение включает в себя, как известно, консервативную терапию (медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное), а в случаях безуспешного ее применения — оперативное вмешательство.

Наиболее распространенным методом хирургического воздействия все еще остается резекция желудка. Однако эту операцию в настоящее время нельзя считать безупречной: демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пострезекционная анемия — вот неполный перечень тяжелых осложнений, возникающих у больных в послеоперационном периоде.

Разработка операций, исцеляющих от тяжелого недуга, но сохраняющих желудок как орган — трудная и сложная задача, стоящая перед современными хирургами.

Паллиативные операции (пилоропластика, иссечение и выжигание язв) в настоящее время в чистом виде почти не применяются ввиду их малой эффективности. Ваготомия как операция органосохраняющего типа находит все большее распространение как за рубежом, так и у нас в стране [7, 10, 16, 17]. Но и эта операция не является совершенной. Есть сообщения о лечении язвенной болезни путем удаления слизистой оболочки, эти попытки отличаются друг от друга объемом и зонами удаляемой поверхности [2, 9, 18—20].

Язвенный процесс желудка в 97,8% случаев поражает область малой кривизны, сок которой отличается высокой кислотностью, а также большим содержанием пепсиногена [5, 8]. Биоэлектрическая активность малой кривизны выше, чем в остальных зонах желудка [6]. Даже в состоянии относительного покоя малая кривизна имеет наибольшее содержание общего белка, хлоридов, высокую активность холинэстеразы, аденозинтрифосфатазы, сукцинатдегидрогеназы, цитохромоксидазы, гистамина [14, 15]. Многие виды хирургического лечения язвенной болезни воздействуют на эту область: проксимальная селективная ваготомия [1], денервация региона малой кривизны [8], резекция этой зоны [13]. Однако названные операции не всегда могут обеспечить необходимую подпору денервации ввиду высокой вариабельности прохождения нервов. Вмешательство по Шумахеру—Сумину ведет к нарушению целостности органа со всеми возможными опасными осложнениями.

Изложенное побудило нас к поиску более надежного и менее травматичного способа оперативного вмешательства органосохраняющего типа, осуществляемого непосредственно на уровне эффектора. Поиск привел нас к селективной мукозэктомии, при которой удаляется слизистая региона малой кривизны желудка с последующим закрытием демуккозировавшей поверхности.

Экспериментальное испытание метода, проведенное на 29 собаках, показало, что после этой операции происходит редукция секреторного потенциала на инсулиновый

(второй час), а так же гистаминовый раздражитель, и через год дебит-час составляет соответственно 19,8% и 16,6% от исходного. Функциональное исследование рентгенологическим и баллонографическим методами позволило констатировать полное сохранение моторно-эвакуаторной способности желудка.

Оперативному лечению методом селективной мукозэктомии было подвергнуто 16 больных язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, которые находятся под нашим наблюдением до 4—5 лет.

Методика операции. Под эндотрахеальным наркозом после верхнестрединной лапаротомии по передней поверхности желудка в продольном направлении длиной 8—10 см, отступая на 1,5—2 см от большой кривизны желудка, производят гастротомию.

Следующим этапом операции является удаление слизистой по малой кривизне от угла желудка и проксимально на 2—3 см неходя до кардиального отдела с захватом слизистой по передней поверхности и задней стенки желудка. От малой кривизны на 4—5 см удаляют примерно 10—12% слизистой. Демуккозировавшую поверхность ушивают в продольном направлении 3—4 рядами узловых швов. Последний ряд швов соединяет края слизистой. Гастротомный разрез ушивают двухрядным швом.

Больные хорошо переносили оперативное вмешательство. На 2—3-й день им разрешали сидеть, на 4-й — ходить. На 3-й день назначали кисель, компоты, каши, на 4-й — овощные протертые бульоны и т. д. Малый объем оперативного вмешательства способствовал более активному послеоперационному режиму и быстрый реабилитация больных.

Через год 7 больных прибавили в массе тела от 2 до 7 кг, 2 человека — 8 и 14 кг, у 2 оперированных масса тела оставалась без изменений, а в последующие периоды наблюдения была стабильной, и ее колебания не превышали 0,5—1,5 кг.

Кислотообразующую функцию желудка после операции определяли фракционным методом по Михаэлису. Исследование базального секрета проводили в течение 1 ч, изучение первой — нейрорефлекторной фазы осуществляли введением в качестве раздражителя 2 ед инсулина на 10 кг массы тела больного (тест Холландера). Вторую — нейрогуморальную фазу секреции определяли с помощью максимального гистаминового теста Кея при введении препарата в дозе 0,024 мл на кг массы тела больного в течение одного часа (табл.).

Показатели кислотообразующей функции желудка до и после операции

Показатели	Сроки наблюдения						
	до операции n = 16	6 месяцев n = 13	P	1 год n = 11	P	2 года n = 7	P
Базальная секреция							
Объем, мл	169,8±17,7	61,6±4,1	<0,001	5,15±5,8	<0,001	69,0±16,9	<0,01
Дебит-час HCl, ммоль . .	8,9±2,0	1,3±0,3	<0,001	1,1±0,2	<0,001	1,5±0,5	<0,01
I фаза секреции, стимулированная инсулином							
Объем, мл	239,7±27,7	113,6±10,6	<0,001	109,5±10,7	<0,001	137,4±10,1	<0,001
Дебит-час HCl, ммоль . .	20,0±4,0	5,7±1,3	<0,001	6,2±1,5	<0,01	7,5±1,6	<0,01
II фаза секреции, стимулированная гистамином							
Объем, мл	277,1±21,3	110,4±9,5	<0,001	130,1±13,2	<0,001	156,8±21,8	<0,001
Дебит-час HCl, ммоль . .	20,1±2,3	5,0±0,8	<0,001	6,8±1,5	<0,001	9,2±2,5	<0,001

Примечание: n — количество наблюдений.

Снижение дебит-часа соляной кислоты наблюдалось на всех этапах исследования. Через 2 ч оно составило в базальном секрете 16,8%, а в стимулированном инсулином и гистамином — соответственно 37,5% и 45,8% от исходного. Уменьшение уровня дебит-часа происходит за счет снижения кислотности, так и объема секрета. В базальном исследовании и после стимуляции инсулином и гистамином объем секрета уменьшался соответственно в 2,4, 1,6 и 1,7 раза по сравнению с исходными показателями.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки позволило констатировать уже на 30-й день после селективной мукозэктомии нормаль-

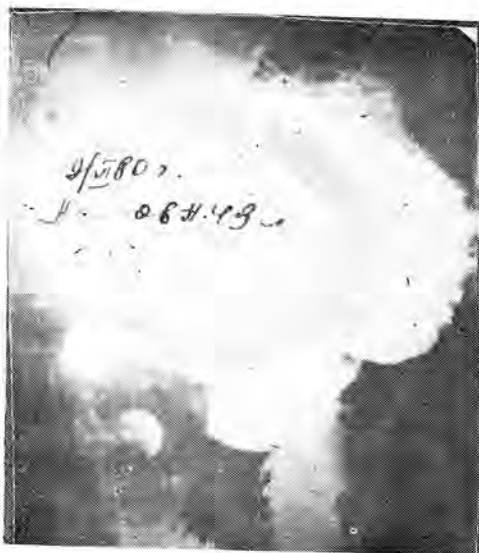


Рис. 1. Рентгенограмма больного А., 49 лет. Через год после операции «селективная мукозэктомия».



Рис. 2. Электрогастрограмма больного Н., 42 лет. а — до операции, б — через 1 мес после селективной мукозэктомии.

эвакуаторная, резервуарная функции желудка, кровоснабжение и иннервация органа, пассаж пищевых масс идет естественным путем — все это способствует заживлению язвенного дефекта.

ВЫВОДЫ

1. Селективная мукозэктомия позволяет сохранить желудок как орган с подходящими к нему сосудисто-нервными сплетениями.
2. Указанный метод ведет к выраженному снижению желудочной секреции, нормализации моторно-эвакуаторной функции, что способствует заживлению язвенного дефекта.
3. Ввиду малой травматичности и простоты исполнения селективная мукозэктомия сокращает срок реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А. А., Вайнштейн С. Г. Экспер. хир., 1976, 5.— 2. Агафонов А. А., Кулаков П. Е. Казанский мед. ж., 1971, 2.— 3. Береснев А. В., Клименко А. А., Григорян Г. О. и др. В кн.: Хирургия органов пищеварения. Киев, Здоров'я, 1975, вып. 4.— 4. Григорян Г. О., Береснев А. В. Клин. хир., 1977, 11.— 5. Давыдов Г. М. Секреторные поля желудка и их взаимосвязь. Архангельск, 1950.— 6. Калинин В. И. Изв. АН Казахск. ССР. Алма-Ата, 1972, 1.— 7. Кузин М. И., Посталов П. М. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии и сердечно-сосудистой хирургии. Таллин, 1976, ч. 1.— 8. Норкунас П. И. Там же. 9. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Сапелкина В. И. Экспер. хир., 1974, 5.— 10. Савельев В. С., Умбруманц В. А. Вестн. хир., 1970, 4.— 11. Салихов И. А., Гафуров Д. И. Открытия, изобретения, промышленные образцы, товарные знаки. М., 1978, № 35.— 12. Самсонов В. А., Азаренко В. В. Арх. пат., 1977, 4.— 13. Сумин В. В. Трубчатая резекция желудка. М., Медицина,

1972, 14. Хрипкова А. Г., Трохимчук Л. Ф., Миронов В. С., Романов И. Г. В кн.: Вопросы экспер. и клинической гастроэнтерологии. Ташкент, 1973, вып. 3.—15. Шергина И. П. В кн.: Материалы XXVIII научной сессии Архангельского мед ин-та посвященной 50-летию Великой Октябрьской соци. революции. Архангельск, 1967.—16. Doris P. I. Canad. J. Surg., 1978, 21, 1.—17. Jensen P. E., Ambrup E. Wrdl. J. Surg., 1978, 2, 4.—18. Kirk R. M. Brit. J. Surg., 1965, 52, 8.—19. Milton G. W., Maxwell G. A., Finkh E. S. Ibid., 1960, 47, 206.—20. Têroco R. C., Figueira S. E., Freire P. T. C. Rev. Ass. med. bras; 1976, 22, 3.

Поступила 30 декабря 1981 г.

УДК 616.366—002.2; [611.36+612.35]

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В. А. Кузнецов, Г. М. Харин, Р. К. Джорджикия, Г. Б. Старостин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и лаборатория патоморфологии Казанского НИИ травматологии и ортопедии МЗ РСФСР

Реферат. При сопоставлении функциональных и морфологических показателей состояния печени у больных хроническим калькулезным холециститом в 64% обнаружено несоответствие между данными биохимических анализов крови и тяжестью диффузного поражения органа. Результаты морфометрического анализа, свидетельствующие об изменении гистофизиологических параметров печени, также не имели соответствующих функциональных критериев. В целях усовершенствования диагностики и терапии желчнокаменной болезни рекомендуется дополнять клинико-лабораторные исследования прижизненным морфологическим изучением печени.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, печень, гистоструктура, клеточный состав.

2 таблицы, 2 иллюстрации. Библиография: 9 названий.

Одним из самых грозных осложнений желчнокаменной болезни являются диффузные поражения печени, нередко обуславливающие постхолецистэктомический синдром. В работах ряда авторов [3, 5, 7, 9] показаны изменения структуры и функции печени при этом заболевании. Однако в условиях клиники для оценки тяжести поражения печени больных калькулезным холециститом пользуются лишь функциональными, чаще всего биохимическими пробами, имеющими относительную достоверность. Между тем, ни в одной области патологии расхождения между показателями структуры и функции не бывают столь значительными, как при диффузных поражениях печени [2, 6, 8]. В этой связи возникает необходимость в комплексном исследовании, направленном на сравнительный анализ биохимических и морфологических показателей состояния печени у больных хроническим калькулезным холециститом.

В данной работе подобному анализу мы подвергли результаты функциональных и морфологических исследований печени у 87 больных, условно разделенных на 3 группы. 1-ю группу (неосложненную) составили 35 больных с изолированным поражением желчного пузыря. Во 2-ю вошли 33 человека с калькулезным холециститом, осложненным явлениями панкреатита, холангита, холедохолитиаза без желтухи. В 3-й группе было 19 пациентов с поражением магистральных желчных путей, осложненным механической желтухой. Среди обследованных — преимущественно женщины в возрасте 34—55 лет, с давностью заболевания от 1 года до 20 лет.

Перед операцией в крови больных определяли содержание билирубина, холестерина, глюкозы, активность щелочной фосфатазы и аминотрансфераз, основные показатели протеинограмм. Биоптаты печени, полученные из IV сегмента сразу после лапаротомии, фиксировали в жидкости Карнуа и 10% растворе нейтрального формалина. Гистотопографические серийные срезы окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином по ван Гизону, шифф-реактивом по Мак-Манусу и кармином по Бесту на гликоген, судановыми красителями на нейтральные жиры, по методу Перлса на железосодержащие пигменты, по Шморлю на липофусцин, по Штейну на желчные пигменты и по методу Фельгена на ДНК. Для объективной оценки гистоструктуры печени использовали морфометрический анализ [1] с определением клеточного состава и соотношения площадей сечения структурных компонентов, измерением размеров ядер и вычислением ядерно-плазматического коэффициента, а также характе-

Результаты биохимического исследования крови у больных хроническим калькулезным холециститом

Показатели	Клинические группы			
	контроль	неосложнен- ная	осложненная без желтухи	осложненная с желтухой
Общий белок, г/л	65—85	77,6±2,0	81,2±1,8	83,1±0,6
Альбумин, %	61,5	54,4±1,3	52,6±1,4	53,2±0,9
α_1 -глобулин, %	5,5	4,1±0,7	4,4±0,6	4,5±0,6
α_2 -глобулин, %	6,7	9,5±1,1	9,3±0,9	7,9±0,8
β -глобулин, %	9,2	11,3±0,6	12,0±1,1	13,4±0,4
γ -глобулин, %	16,8	19,0±0,8	21,8±1,4	20,2±1,2
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5—20,5	20,3±1,9	61,5±1,8	165,9±2,8
Прямой билирубин, мкмоль/л	5,1	2,9±2,4	2,2±0,5	90,1±1,9
Непрямой билирубин, мкмоль/л	1,7—17,1	17,3±1,4	59,3±1,4	75,8±1,7
Сахар, ммоль/л	3,3—5,5	4,7±0,4	5,5±0,5	5,8±0,5
Холестерин, ммоль/л	2,9—6,2	4,5±0,4	4,9±0,4	5,4±0,5
Щелочная фосфатаза, ед.	2—5	3,5±0,6	3,7±0,3	7,8±1,1
Аспарагинтрансаминаза, ммоль/ (ч.л)	0,1—0,5	0,3±0,1	0,3±0,1	0,6±0,1
Аланин-трансаминаза, ммоль/ (ч.л)	0,1—0,7	0,4±0,1	6,6±0,1	0,6±0,2

ристике степени распространенности патологических процессов. Контролем служили результаты морфометрического изучения печени у 3 лиц, оперированных по поводу диафрагмальной и ventральной грыж.

Полученные данные позволили установить как взаимосвязь, так и несоответствия между показателями функционального состояния печени и ее гистоструктурой. В группе больных с неосложненным калькулезным холециститом основные изменения биохимических показателей крови проявлялись в незначительном уменьшении альбуминов и увеличении фракций бета- и гамма-глобулинов (табл. 1). В целом, при относительно спокойной биохимической картине крови в печени почти у 90% больных этой группы выявлялся комплекс дистрофически-некробиотических изменений, степень выраженности которых находилась в соответствии с давностью и тяжестью заболевания. Закономерным следует считать наличие признаков зернистой и вакуольной дистрофии в центральных отделах долек, а в перипортальных пространствах и портальных полях — явлений персистирующего и неспецифического реактивного гепатита. У 4 больных из 35 при отсутствии изменений в изученных биохимических и клинических показателях крови отмечалось активное проявление хронического персистирующего гепатита с внутридольковой воспалительной инфильтрацией и дискомплексацией дистрофически измененных печеночных балок (рис. 1). Результаты гистохимических реакций позволили обнаружить в печени у половины всех больных этой группы уменьшение содержания гликогена, у каждого пятого — признаки жировой дистрофии, а у каждого десятого — скопление желчных пигментов в гепатоцитах. Лишь в единичных случаях наблюдались положительные реакции на липофусцин и железосодержащие пигменты.

В обеих группах больных с осложненным калькулезным холециститом морфологические изменения печени были более выраженными. Почти во всех наблюдениях у больных 2-й группы отмечались дистрофические поражения гепатоцитов, чаще всего с преобладанием вакуольной и мелкокапельной жировой дистрофий, а примерно у половины пациентов — смешанные диспротеинозы, характеризующиеся накоплением в печеночных клетках желчных пигментов, липофусцина и железосодержащих пигментов. Усиливалось разрастание волокнистых соединительнотканых структур. Выявленный морфологически хронический персистирующий гепатит, в ряде случаев протекающий активно почти у трети больных, в биохимической картине крови не отражался.

Значительное нарушение гистоструктуры печени прослеживается в группе больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Здесь более чем у $\frac{2}{3}$ больных на переднем плане — явления вторичного билиарного цирроза, внутриклеточные холестазы, желчные тромбы, пролиферация междольковых протоков. Весь комплекс отмеченных нарушений развивается, как правило, на фоне резко дистрофичной паренхимы и воспалительных процессов в портальных трактах. Почти всегда выраженность деструктивных изменений в печени коррелирует с тя-

жестью и давностью поражения желчевыводящей системы. Сопоставление в этой группе морфологических данных с результатами биохимических исследований позволило установить, что наиболее достоверными и постоянными признаками функционального поражения печени являются значительное увеличение в крови прямого и непрямого билирубина, а также повышение активности щелочной фосфатазы. Остальные биохимические показатели крови могут находиться в физиологических пределах и далеко не всегда отражать тяжесть морфологических изменений в печени.

Данные морфометрического исследования всех случаев желчнокаменной болезни выявили статистически достоверные изменения клеточного состава и площадей структурных компонентов печени (табл. 2). В частности, закономерным можно считать во всех группах исследуемых больных увеличение системы синусоидов, передаточной системы с расширением пространств Диссе, что отражает нарушение микроциркуляции в органе. Достоверным представляется и увеличение площадей, занимаемых стромой (межбалковым и междольковым коллагеном), свидетельствующее об интенсивности склеротических процессов в печени.

Таблица 2

Результаты морфометрического исследования печени больных хроническим калькулезным холециститом

Клинические группы	Структурные компоненты (в процентах от площади срезов)			Клеточный состав (в процентах на 1000 клеток)		
	паренхима	строма	синусоиды	одноядерные гепатоциты	двухядерные гепатоциты	ретикулоэндотелиоциты
Неосложненная	$81,9 \pm 1,2$	$3,1 \pm 0,5$	$15,0 \pm 0,7$	$79,2 \pm 1,1$	$8,8 \pm 0,4$	$12,0 \pm 0,3$
Осложненная без желтухи	$81,1 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,2$	$15,5 \pm 0,6$	$77,8 \pm 1,3$	$9,2 \pm 0,4$	$13,1 \pm 0,2$
Осложненная с желтухой	$79,1 \pm 1,4$	$5,6 \pm 0,7$	$15,6 \pm 0,4$	$75,0 \pm 0,5$	$9,5 \pm 0,3$	$15,5 \pm 0,2$
Контрольная . . .	$86,8 \pm 0,5$	$0,7 \pm 0,1$	$12,5 \pm 0,5$	$81,2 \pm 0,6$	$7,0 \pm 0,5$	$11,8 \pm 0,1$

Крайне интересными являются сведения о состоянии ретикулоэндотелиоцитов в печени больных хроническим калькулезным холециститом. В соответствии с тяжестью основного патологического процесса происходит возрастание количества этих клеток. Причем, помимо увеличения их общего числа, наблюдается активация купферовских клеток и усиление их фагоцитарной способности (рис. 2). Как известно, купферовским клеткам — важнейшему компоненту печеночной стромы — отводится значительная роль в осуществлении физиологических функций печени и поддержании оптимального уровня естественной резистентности организма в норме и пато-

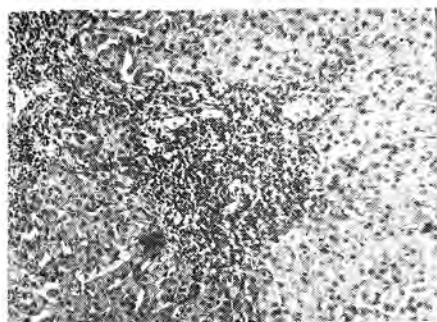


Рис. 1. Активное проявление хронического персистирующего гепатита с внутридольковой воспалительной инфильтрацией у больного неосложненным калькулезным холециститом. Давность основного заболевания — 2 года. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 10, ок. 15.

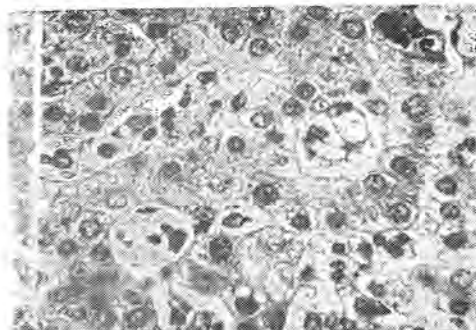


Рис. 2. Увеличение количества ретикулоэндотелиоцитов и активация купферовских клеток при механической желтухе. Давность желчнокаменной болезни — 3,5 года. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 40, ок. 15.

логии [4]. Прослеженные нами изменения вызваны, вероятно, стимуляцией печеночной ретикулоэндотелиальной системы и отражают мобилизацию защитно-приспособительных процессов в печени в ответ на имеющуюся токсемию.

О выраженности компенсаторно-приспособительных реакций печени при хроническом калькулезном холецистите может свидетельствовать и увеличение количества двуядерных гепатоцитов, а также возрастание числа клеток с крупными, резко гиперхромными ядрами и увеличенным ядерно-плазматическим коэффициентом. По-видимому, все это отражает усиление функциональной активности гепатоцитов, направленное на мобилизацию регенераторной способности печени. Отмеченные изменения гистофизиологических параметров, полученные с помощью морфометрии, также не имели закономерных и соответствующих проявлений в результатах биохимических анализов крови.

Таким образом, проведенные исследования показали в ряде случаев несоответствие между общепринятыми биохимическими показателями функционального состояния печени при желчнокаменной болезни, с одной стороны, и тяжестью и распространенностью поражений органа — с другой. Чаще всего в клинической практике недиагностируемыми следует считать воспалительные явления и изменения защитно-приспособительных процессов в печени, которые в сочетании с дистрофическим перерождением паренхимы остаются нераспознанными в 64% всех наблюдений. В целях усовершенствования диагностики и направленной терапии диффузных поражений печени при хроническом калькулезном холецистите клинико-лабораторные исследования необходимо дополнять прижизненным морфологическим изучением органа, в том числе и пункционной биопсией печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Морфометрия в патологии. М., Медицина, 1973.—
2. Блюгер А. Ф. Структура и функция печени при эпидемическом гепатите. Рига, 1964.—
3. Лебкова Н. П., Эльдарханова П. Ю., Колесова О. Е. *Арх. пат.*, 1981, 2.—
4. Маянский Д. Н. *Успехи совр. биол.*, 1979, 6.—
5. Палатова Л. Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с патологией печени. Автореф. докт. дисс., Пермь, 1977.—
6. Фишер А. Физиология и экспериментальная патология печени. Пер. с нем. Будапешт, 1961.—
7. Compagno J. *Arch. Path. (Chicago)*, 1974, 97.—
8. Popper H., Schaffner F. *Liver. Structure and Function*. 1957, 4.—
9. Reichmann I., Wohlgemuth B. *Zentralbl. Chir.*, 1971, 96.

Поступила 24 августа 1981 г.

УДК 616.381—002—003.236—076.5

ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

И. В. Пашаев, Л. С. Демкина

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского медицинского института

Реферат. Исследования у 113 больных острым холециститом и желчным перитонитом выявили закономерные изменения фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов в сторону ее повышения в зависимости от распространенности перитонита. Этот показатель может служить диагностическим тестом для определения хирургической тактики.

Ключевые слова: желчный перитонит, нейтрофильные лейкоциты, фосфатазная активность.

Библиография: 3 названия.

Несмотря на быстрое развитие хирургии желчевыводящей системы в последние годы, частота желчных перитонитов и смертность от них остаются довольно высокими. Так, по данным Т. А. Малюгиной (1973) частота возросла в 9 раз, поскольку многие вопросы их диагностики являются еще нерешенными.

Для уточнения возможностей цитохимических методов исследования в клинической диагностике желчных перитонитов нами изучены показатели фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов у 113 больных с различными формами острых холециститов. Из них 48 лечились консервативно, 65 прооперированы, у 57 больных обнаружены различные формы желчного перитонита. Мужчин было 30, жен-

щин — 83, возраст — от 29 до 85 лет. Контрольную группу составили 26 здоровых лиц.

Определение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови (ФАН) у оперированных больных производили до операции, на следующий день после нее, на 4-й и 8—15-й дни после операции.

У здоровых людей средняя величина ФАН составила $18,8 \pm 0,9$ ед. У всех 113 больных с различными формами острого холецистита при поступлении эта величина была равна $173,2 \pm 4,6$ ед ($P < 0,05$). У 65 экстренно оперированных больных при поступлении ФАН соответствовала $205,7 \pm 9,1$ ед ($P < 0,05$). На следующий день после операции активность фермента несколько увеличивалась и достигала $224,2 \pm 7,0$ ед ($P < 0,05$). В дальнейшем при благоприятном послеоперационном течении снижение активности фермента наступало на 4-й день ($147,6 \pm 6,5$ ед, $P < 0,05$) и 8—15-й день ($86,8 \pm 4,3$ ед, $P < 0,05$).

Значительное увеличение ФАН отмечается в группе больных с различными формами желчного перитонита, развившегося как осложнение острого холецистита. У больных этой группы (57 чел.) диагноз желчного перитонита был подтвержден во время операции и ФАН в среднем составила $230,7 \pm 7,7$ ед ($P < 0,05$). При динамическом наблюдении также констатировалась в первые послеоперационные дни некоторое увеличение показателя фосфатазной активности, а затем его постепенное снижение к 4-му и нормализация к 10—15-му дням после операции, если отсутствовали осложнения. У 4 больных наблюдалось тяжелое течение разлитого желчного перитонита, и во всех случаях фосфатазная активность длительное время держалась на высоких значениях — до клинических признаков улучшения состояния больного (от 250 до 298 ед).

Резкое увеличение активности фермента в начале заболевания указывает на значительные деструктивные изменения в желчном пузыре и распространение воспалительного процесса за пределы желчного пузыря при возникновении перитонита. В $\frac{2}{3}$ наблюдений отмечен параллелизм между увеличением ФАН и лейкоцитозом, на что указывают также и другие авторы [1, 3].

ВЫВОДЫ

1. Резкое повышение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови является ранним, тревожным признаком при острых деструктивных формах острого холецистита, осложненного желчным перитонитом.

2. С целью выяснения хирургической тактики определение фосфатазной активности нейтрофилов может быть рекомендовано для экспресс-диагностики при остром холецистите, осложненном желчным перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галеев М. А., Пашаев И. В., Демкина Л. С., Ибрагимова Р. Ф. В кн.: Актуальные вопросы гнойной хирургии. Тезисы XIII республиканской конференции хирургов. Уфа, 1978.— 2. Малюгина Т. А. Желчный перитонит. М., Медицина, 1973.— 3. Шехов В. П., Сандалов Г. А., Заплатин В. В. В кн.: Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей. Сборник научных работ. Свердловск, 1976.

Поступила 20 марта 1981 г.

УДК 616.346.2—089.87

СУБСЕРОЗНАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

И. П. Шатилов

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Октябрьская центральная районная больница (главврач — Л. Г. Наумова)

Реферат. На основании 340 операций при деструктивных формах аппендицита показано, что субсерозная аппендэктомия как пластический метод перитонизации культи червеобразного отростка при остром воспалении надежно герметизирует и перитонизирует культи, не нарушая кровообращения в стенке слепой кишки, что

создает благоприятные возможности для ликвидации остаточных явлений воспаления в слепой кишке.

Ключевые слова: деструктивный аппендицит, субсерозная аппендэктомия.
3 иллюстрации. Библиография: 4 названия.

В настоящее время после аппендэктомии по поводу острого аппендицита осложнения достигают 2—15% [1], среди них кишечные свищи наблюдаются у 0,05—5% оперированных [4]. Основной причиной возникновения свищей являются деструктивные изменения в червеобразном отростке и стенке слепой кишки. На этом фоне большое значение имеют травматизация слепой кишки на всех этапах операции, погрешности обработки культи отростка, несостоятельность кисетного шва. Зависимость возникновения кишечных свищей от способа перитонизации культи червеобразного отростка отмечена Ф. М. Жмудиковым [2]. По данным Г. Н. Захаровой и В. П. Шехова (1974), в 5,4%—15% кишечные свищи образуются в результате несостоятельности кисетного шва.

При большинстве аппендэктомий пользуются лигатурно-погружным методом, при котором перевязанная культя червеобразного отростка погружается в стенку слепой кишки кисетным швом. Однако, когда имеется резкая воспалительная инфильтрация основания отростка и стенки слепой кишки, при затягивании кисетного шва прорезается кишечная стенка и увеличивается площадь десерозированной поверхности. Для этих случаев нами разработан метод субсерозной аппендэктомии.

Техника операции заключается в следующем: после вскрытия брюшной полости и выведения в рану илеоцекального угла брыжеечку отростка перевязывают у основания обычным способом. Серозную оболочку над основанием отростка скальпелем рассекают продольно на 2—3 см. Двумя анатомическими пинцетами ее легко отделяют по окружности сначала с одной стороны, затем — с другой. Кетгутовую нить № 3 пинцетом проводят под десерозированное основание отростка (рис. 1) и завязывают. Дистальнее лигатуры на десерозированный отросток накладывают зажим, и ближе к нему скальпелем отросток отсекают. Культю и срез на удаляемой части обрабатывают 5% раствором йода. Для перитонизации культи на выкроенную серозную оболочку накладывают обвивной шов из тонкой капроновой нити. Для этого первый вкол иглой производят у проксимального угла разреза с захватом *taenia libera* и мышечной оболочки. Последующий вкол соединяет края обоих листков серозной оболочки дистальнее культи. Третий вкол делают через верхний край разреза и выводят на заднюю поверхность отделенной серозной оболочки дистальнее культи. С помощью ассистента, который держит один конец капроновой нити, хирург после очередного вкола иглы натягивает ее. При этом края серозной оболочки сопоставляются над культей. Дистальную часть отростка ножницами отделяют от брыжейки вместе с удаляемой частью серозной оболочки (рис. 2).

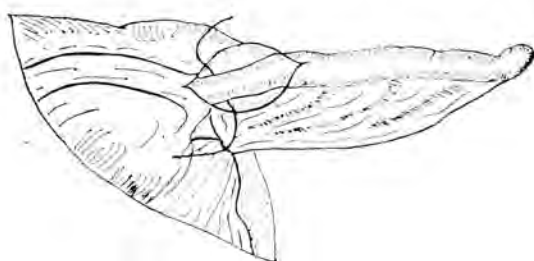


Рис. 1. Субсерозный способ аппендэктомии. Кетгутовая нить проведена под десерозированное основание червеобразного отростка.



Рис. 2. Субсерозная аппендэктомия. Пунктирной линией обозначена граница отсечения дистальной части отростка от брыжейки.

Сформированную серозную оболочку подтягивают к проксимальному углу разреза за капроновую нить и концы ее завязывают (рис. 3), в связи с чем из серозной оболочки образуется дубликатура, которая, в свою очередь, перитонизирует обвивной шов над линией разреза.

Таким образом, при субсерозном методе аппендэктомии культя отростка перитонизируется четырехугольным лоскутом висцеральной брюшины червеобразного отростка. Этот метод исключает всякое натяжение шва, потому он получается проч-



Рис. 3. Сформированную серозную оболочку укладывают над обвивным швом и концы капроновой нити завязывают.

ным и герметичным. При нем невозможны прокол стенки слепой кишки и образование некрозов в результате сдавления швом сосудов стенки кишки.

Описанным методом нами прооперировано 340 больных с деструктивными формами аппендицита: мужчин — 123 (36, 2%), женщин — 203 (59,7%), детей — 14 (4,1%). Больные поступали в сроки от 24 ч до 3 сут от начала заболевания. У 180 больных (52,9%) была флегмонозная форма аппендицита, у 127 (37,3%) — флегмонозно-гангренозная, у 18 (5,3%) — гангренозная, у 15 (4,4%) — периаппендикулярный инфильтрат. У 307 больных (90,3%) операционная рана зажила первичным натяжением, у 33 (9,7%) прооперированных брюшную полость при наличии в ней гнойного выпота тщательно высушивали, а к илеоцекальному углу для последующего введения антибиотиков подводили резиновые подложки из перчаточной резины и полиэтиленовый катетер. Ни у одного из 340 больных, оперированных субсерозным методом, мы не наблюдали формирования кишечных свищей, внутрибрюшных

инфильтратов, несостоятельности культи или шва.

Субсерозная аппендэктомия после овладения техникой практически не удлинняет продолжительность операции. При деструктивных формах аппендицита и наличии воспалительной инфильтрации основания червеобразного отростка и стенки слепой кишки этот метод является действенной профилактикой осложнений, обусловленных излишней травматизацией слепой кишки и недостаточной герметизацией культи червеобразного отростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов Л. Г. Хирургия, 1975, 6.— 2. Жмудиков Ф. М. Здравоохран. Белоруссии, 1973, 6.— 3. Захарова Г. Н., Шехов В. П. Хирургия, 1974, 2.— 4. Полещук И. С. Сов. мед., 1978, 2.

Поступила 18 декабря 1981 г.

УДК 617.55—007.43—089.844

ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОГО ШВА

Б. Л. Еляшевич, Ф. Ш. Шарафисламов, Р. М. Рамазанов

Кафедра хирургии (зав.—доц. Р. К. Харитонов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и хирургическое отделение Зеленодольской ЦРБ

Реферат. Разработан и применен у больных с грыжами передней брюшной стенки способ пластики собственными тканями с применением механического шва. Оперировано 109 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Данный способ пластики вентральных грыж позволяет восстановить анатомию и функцию брюшной стенки, стандартизирует и упрощает технику операции, сокращая время ее проведения, и дает 95,4% положительных отдаленных результатов.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, механический танталовый шов.

2 иллюстрации. Библиография: 12 названий.

Послеоперационные вентральные грыжи в большинстве случаев ведут к снижению работоспособности и нередко служат причиной инвалидизации. По сводным статистическим данным отечественных хирургов, свыше 3% всех чревосечений в ближайшие сроки после операции осложняются грыжами [2]. На более отдаленных сроках их число возрастает до 6% [5, 6]. Результаты лечения послеоперационных грыж нельзя считать даже удовлетворительными, так как, несмотря на известные 180 способов грыжесечений [8], число рецидивов колеблется в пределах 14—55% [1, 3, 9].

Стремление улучшить результаты оперативного лечения больших послеоперационных грыж вызвало поиски различных материалов для производимой пластики живота. Использование алло-ксеноткани, искусственных полимеров, некоторых ме-

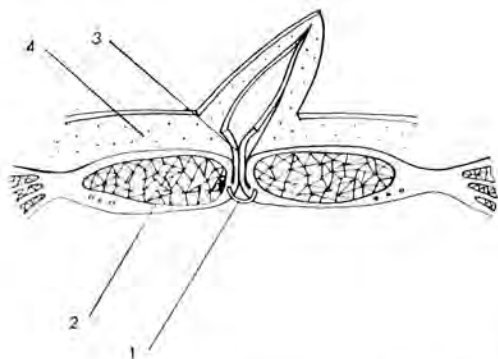


Рис. 1. Сближение прямых мышц живота. 1 — межмышечный шов, 2 — прямая мышца живота; 3 — двойная дубликатура, 4 — кожно-подкожный лоскут.

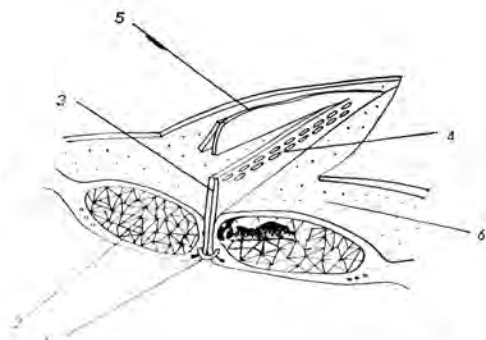


Рис. 2. Наложение второго ряда швов. 1 — межмышечный шов, 2 — прямая мышца живота, 3 — двойная дубликатура, 4 — танталовый скобочный шов, 5 — удаляемая часть дубликатуры, 6 — кожно-подкожный лоскут.

талов и аутопластики, как показывает статистика, не остановило этих изысканий новых способов пластики, обеспечивающих хорошие исходы грыжесечений. Публикации последних лет убеждают в преимуществе аутопластических методов [1, 7, 8, 10].

Анализ существующих аутопластических способов позволяет выделить и среди них ряд методик пластики передней брюшной стенки, не отвечающих современным требованиям. Так, пластика передней брюшной стенки с выкраиванием апоневротических лоскутов и их перемещением нарушает целостность мышечных влагалищ и отрицательно сказывается на функции прямых мышц живота. Использование толстых шелковых лигатурных нитей, стягивающих мышечно-апоневротические образования, не только афизиологично, но и ведет к дегенеративным изменениям тканей. Методы перемещения фасции [4, 12] или кожного лоскута [11] на дефекты брюшной стенки являются слишком громоздкими и нередко осложняются нагноением и отторжением лоскута.

Нами разработан и применен у больных с различными грыжами передней брюшной стенки способ пластики собственными тканями с использованием механического шва.

Способ состоит в следующем. Под интубационным наркозом с применением мышечных релаксантов лапаротомию производим выше или ниже послеоперационного рубца. Под визуальным контролем отсекаем кожно-жировой лоскут вместе с грыжевым мешком на расстоянии 2 см от медиального края прямых мышц живота. Припаянные к грыжевому мешку кишечные петли отделяем с помощью гидравлической препаровки раствором новокаина. Фиброзно перерожденный сальник резецируем. Сближаем прямые мышцы живота с помощью швов капроновыми нитями № 5, производим вкол через брюшину и задне-медиальный край влагалища прямых мышц, не захватывая мышечной ткани. Расстояние между этими стяжными швами — 3 — 3,5 см, число их зависит от величины грыжевых ворот (рис. 1). Край отсеченного грыжевого мешка и апоневроза соединяем зажимами Микулича и под ними, непосредственно над первым рядом стяжных швов, с помощью сшивающего аппарата УКЛ или УО накладываем второй ряд швов (рис. 2).

Одновременно сшиваемые листки апоневроза по средней линии живота прошиваем 20 танталовыми скобками на длину 6 см. Над аппаратом остатки тканей иссекаем. Если грыжевой дефект более 6 см, то, перезарядив аппарат, последовательно накладываем необходимое количество механических швов. После отсечения излишков грыжевого мешка получаем линейный двухрядный танталовый скрепочный шов необходимой длины.

Кожные края раны вместе с подкожной жировой клетчаткой дополнительно иссекаем так, чтобы образовался овальной формы дефект этих тканей с диастазом до 10 см по большому диаметру. Производим тщательный гемостаз, рану дважды промываем раствором фурацилина 1:5000 для удаления сгустков крови, остатков свободной жировой ткани и микроорганизмов.

Инфильтрируем подкожную жировую клетчатку 0,25% раствором новокаина, 1 млн. пенициллина и 50 мг гидрокортизона. Капроновыми нитями № 3 послыно

ушиваем подкожную жировую клетчатку и кожу при их умеренном натяжении. Накладываем асептическую повязку. Дренажей, иригаторов и турунд не применяем.

Начиная с 1973 г. описанным аутопластическим методом нами прооперировано 109 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, среди которых у 69 больных обнаружены большие и огромные грыжи с размерами грыжевых ворот более 15—20 см. Мужчин было — 28 (25,7%); женщин — 81 (74,3%); в возрасте от 21 до 30 лет — 3 больных, от 31 до 40 лет — 7, от 41 до 50 лет — 44, от 51 до 60 лет — 41, от 61 до 80 лет — 14 человек.

Грыжи возникли после гинекологических и акушерских операций у 30 больных, после аппендэктомии — у 22, рецидивные грыжи — у 32, после лапаротомии по поводу острой патологии органов брюшной полости, ножевых ранений, закрытой травмы живота — у 9, после операции на желчных путях — у 6 человек.

У 19 больных (17,4%) грыжи локализовались в эпигастральной, у 22 (20,2%) — в мезогастральной, у 33 (30,3%) — в гипогастральной областях, у 35 (32,1%) — в боковой области.

Анализ причин возникновения грыж показал, что наиболее часто они образуются в результате нагноения послеоперационных ран с последующим появлением лигатурных свищей, длительного применения тампонов и дренажей. Последнее часто наблюдалось после аппендэктомии и операций на желчных путях. Нагноение ран и использование непрерывного кетгутового шва апоневроза являются причиной образования грыж в гипогастральной области после гинекологических операций. Величина дефекта, длительность заболевания, число рецидивов, возраст больных, тяжелый физический труд, релапаротомии, дефекты ушивания ран и нерациональные разрезы также приводили к развитию или рецидиву больших послеоперационных вентральных грыж.

Исходы лечения больших послеоперационных грыж зависят и от метода анестезии. Существенное значение имеет тщательное стягивание краев дефекта, возможно только при хорошем расслаблении мышц передней брюшной стенки. Этому требованию отвечает эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами, который и является методом выбора [10].

Не менее важную роль играет предоперационная подготовка больных, которым за неделю до операции назначали безшлаковую диету, тугое затягивание живота, активную дыхательную гимнастику [3]. Послеоперационный период был также активен — через 4—6 ч после операции больным разрешали поворачиваться на бок, возобновили занятия дыхательной гимнастикой и комплексом упражнений ЛФК. Для ранней стимуляции перистальтики кишечника пользовались прозергином, нибуфином, церукалом. Производили коррекцию водно-электролитного баланса, нарушения кислотно-щелочного состояния. Больным старше 50 лет, а также с ожирением для профилактики тромбоэмболических осложнений с 3 до 7 сут назначали гепарин 20000 ед/сут. Садиться разрешали на 3—4 сут, вставать на 5—6 сут. На 10—12 сут после проведения рентгенологического контроля состояния танталовых швов больных выписывали из стационара.

Летальных исходов не было. Частичное нагноение подкожной клетчатки в области швов отмечено у 5 больных (4,6%), нагноение всей послеоперационной раны — у 2 (1,8%). Заживление закончилось вторичным натяжением без отхождения скобок и лигатур.

Анализ отдаленных результатов у оперированных нами больных позволил обнаружить рецидив грыжи у 5 человек (4,6%), из них у 3 — грыжевые выпячивания небольшие, у 2 — рецидив грыжи больших размеров, причем у 4 больных было ожирение II—III степени, у одной больной — сопутствующие заболевания сердца и легких.

Из 104 излеченных больных 39 (37,5%) выполняют физическую работу, 35 (33,6%) — сидячую, 30 (28,8%) являются пенсионерами, 9 (8,3%) оперированных находились на инвалидности от 2 до 6 лет и после операции вернулись к работе по своей специальности.

ВЫВОДЫ

1. Использование эндотрахеального наркоза с тотальной релаксацией мышц позволяет производить аутопластическое закрытие дефектов брюшной стенки различных размеров и локализаций.

2. Аппаратный механический шов обеспечивает равномерно минимальную траекционную нагрузку на каждую металлическую скобку, создает надежную герметичность, физическую прочность и сохраняет микроциркуляцию в зоне шва.

3. Дополнительное иссечение кожно-жирового лоскута перед сшиванием краев раны создает селективное давление в тканях, что исключает использование дренажей и ирригаторов.

4. Описанный способ пластики вентральных грыж восстанавливает анатомию и функцию брюшной стенки, стандартизирует и упрощает технику операции, сокращая время ее проведения.

5. Положительные отдаленные результаты пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки у 95,4% больных, оперированных по указанному выше способу, дают основания рекомендовать его для широкого внедрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барков А. А. Хирургия, 1972, 2—2. Бородин И. Ф., Скобей Е. В. Здрав. охр. Белоруссии, 1978, 12—3. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., Медицина, 1965.—4. Ильченко П. Я. Врач. дело, 1950, 5—5. Молоденков М. Н. Хирургия, 1961, 6.—6. Монаков Н. З. Нов. хир. арх., 1961, 3.—7. Овнатяня К. Т., Кондратенко Б. И. Хирургия, 1970, 3.—8. Полянский Б. А. Вестн. хир., 1978, 4.—9. Сазонов А. М., Грачева К. П., Коршунов А. И. Хирургия, 1976, 3.—10. Шпаковский Н. И. Клин. хир., 1980, 2—11. Hagstrom P., Nylen B. Scand. J. plast. reconstr. Surg., 1976, 10, 2.—12. Hamilton G. E. Ann. Surg., 1968, 167, 1.

Поступила 15 декабря 1981 г.

УДК 636.2+636.41:615.468.65.001.42

ОЦЕНКА КЕТГУТА КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА И СВИНЕЙ

В. Г. Морозов, В. А. Добрынин, З. М. Ломова, Л. З. Чернышова,
Н. И. Семенова, А. П. Кулаков

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Кулакова

Реферат. Были проведены экспериментальные исследования и клиническая апробация шовного материала, изготовленного из кишок крупного рогатого скота и свиней. По своим свойствам (прочности, рассасываемости, надежности стерилизации, отсутствию аллергической реакции) кетгут из кишок свиней и крупного рогатого скота может быть рекомендован для внедрения в хирургическую практику.

Ключевые слова: крупный рогатый скот, свиньи, изготовление кетгута.
Библиография: 2 названия.

В хирургической практике, наряду с возрастающим применением самой современной синтетической нити, остается необходимость в рассасывающемся шовном материале. В качестве последнего наиболее широко применяется кетгут, изготовленный из кишок овцы. Однако при всех его положительных свойствах, он обладает и недостатками: ранней набухаемостью кетгута в тканях организма, что ведет к ускоренной деструкции и резорбции материала, а также к соскальзыванию и развязыванию узлов. Кроме того, кетгут изготавливается из инфицированного сырья, поэтому не исключается присутствие в нем даже сибиреязвенной, столбнячной и других бактерий.

Стандартный кетгут может вызывать воспалительную реакцию, сопровождающуюся нагноением, некротизированием тканей, позднее она завершается склерозированием [2]. Такой кетгут обладает также выраженной аллергенностью. Нити его трудно калибруются и ненадежно стерилизуются. Производство его дорого, поскольку связано с разведением специальных пород овец.

В последнее время стал использоваться стандартный хромированный кетгут (ампульный), стерилизованный новым лучевым методом. Он долго не рассасывается, что является положительным качеством. В то же время он вызывает выраженную воспалительную инфильтрацию тканей. Стерилизация приводит к разрушению нити, резкому снижению прочности. При вскрытии ампул нередко отмечается гнилостный запах.

Нас заинтересовал кетгут, полученный от крупного рогатого скота и свиней. По мнению Н. Н. Кузнецова и И. Я. Ганяновича (1970), он не имеет перечисленных

выше отрицательных качеств стандартного кетгута, изготавливается из неинфицированных утилизированных продуктов, производство его дешево.

Для того, чтобы дать объективную оценку кетгута свиной и крупного рогатого скота, мы поставили следующие задачи: 1) сравнить прочность свиного и говяжьего кетгута со стандартным при стерилизации и хранении; 2) исследовать рассасываемость на протяжении 4 нед; 3) выявить аллергенные свойства; 4) изучить общую реакцию организма на введение материала.

Работа выполнена в эксперименте с применением свиного кетгута на 15 собак, говяжьего — на 16 и бараньего кетгута — на 10 контрольных собаках. Стерилизация кетгута осуществлялась на производстве методом облучения.

Исследуемый кетгут имплантировали в полые органы (через все слои и серозно-мышечный слой), паренхиматозные органы и мягкие ткани. Через 2, 3, 4, 7, 10, 14, 16 и 21-й день животных забивали, подвергали аутопсии с последующим исследованием участков ткани, где были наложены швы. Расхождения швов и явного нагноения не отмечалось. Весь взятый материал подвергали гистологическому исследованию. Мы не нашли патогистологических различий в качествах свиного и говяжьего кетгута.

Микроскопическое изучение экспериментального материала показало, что в процессе заживления операционной раны у подопытных животных отмечается незначительное раздражающее действие исследуемого шовного материала. Воспалительная инфильтрация тканей в местах наложения швов выражена слабо. Рассасывание свиных и говяжьих нитей начинается с 9—13 дня и заканчивается к 1,5 мес, в то время как бараний кетгут начинает рассасываться на 3-й день и уже в конце 1-й нед подвергается выраженной фрагментации, что свидетельствует о снижении прочности. Вокруг нити отмечается бурный воспалительный процесс, который при явлениях некроза и некробиоза элементов окружающих тканей держится до полного рассасывания кетгута.

Нити свиного и говяжьего кетгута до 5 суток сохраняют гладкую поверхность и компактную структуру. Затем нить разрыхляется и фрагментируется без чрезмерных признаков воспаления. Через 10 дней ее поверхность становится неровной, как бы изъеденной, но сохраняется до 20 дня. И хотя нить очень сильно фрагментируется, определяясь лишь отдельными островками, полного рассасывания ее и к этому сроку не наступает.

В клинических условиях кетгут, изготовленный из кишок крупного рогатого скота и свиной, применялся при операциях на желудке (6), по поводу аппендицита (40), геморроя (7) и многократно при первичной хирургической обработке ран. Для проведения указанных операций больше всего подходят свиной и говяжий кетгут № 3 и № 4. Нити кетгута № 1 и № 2 ввиду недостаточной прочности использовались лишь в подкожной клетчатке. Эластичность кетгута вполне удовлетворительная. Ни в одном случае не наблюдались инфильтрация и нагноение тканей, что, к сожалению, нередко имеет место при применении бараньего кетгута.

Аллергенные свойства кетгута определяли методом аппликации. Всего проведено 70 исследований с говяжьим и свиным кетгутом и 15 — с бараньим. Метод кожных проб основан на выявлении повышенной чувствительности неповрежденных участков кожи предплечья при нанесении мелко измельченного кетгута, предварительно находившегося в течение суток в физиологическом растворе. Аппликации свиного и говяжьего кетгута аллергической реакции у исследуемых больных не дали, в то время как кетгут, изготовленный из кишок овец, вызвал выраженное раздражение на месте и вокруг аппликации у 2 из 15 пациентов.

Следовательно, кетгут, изготовленный из кишок крупного рогатого скота и свиной, по своим качествам (прочности, рассасываемости, отсутствию аллергенности, надежности стерилизации) может быть рекомендован для применения в широкой хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов Н. Н., Ганянович И. Я. Здравоохран., Кишинев, 1970, 3.—
2. Фурманов Ю. А. Клини. хир., 1978, 8.

Поступила 20 мая 1981 г.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ И ВСАСЫВАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

В. И. Рябов

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. А. И. Чукавина) Ижевского медицинского института

Реферат. У 212 больных острой дизентерией и 138 больных сальмонеллезом наблюдалось сходство функциональных нарушений тонкой кишки: снижение всасывания, полостной и пристеночный гидролиз углеводов.

Показатели пробы с d-ксилозой, пристеночного гидролиза лактозы и данные копрограмм полезны в оценке функционального состояния тонкой кишки для реабилитации больных, перенесших сальмонеллез и острую дизентерию.

Ключевые слова: тонкая кишка, дизентерия, сальмонеллез, всасывание, пищеварение.

Библиография: 8 названий.

За последние годы достигнуты заметные успехи в диагностике и лечении острой дизентерии и сальмонеллеза, получили развитие новые представления о патогенезе токсического и диарейного синдромов при этих заболеваниях [1—3, 5]. Вместе с тем исследование функционального состояния тонкой кишки еще не нашло широкого применения в клинических условиях. Показатели функций тонкой кишки, в том числе пищеварительной и всасывательной, редко используются при характеристике клинической формы заболевания, а также для определения полноты выздоровления больных сальмонеллезом и острой дизентерией.

В настоящей работе представлены результаты исследования пищеварительной и всасывательной функций тонкой кишки у больных острой дизентерией и сальмонеллезом. Указанные функции изучали у больных в остром периоде болезни (3—5-й день) и в периоде реконвалесценции (12—18-й день от начала заболевания). Больным проводили лечение по общепринятой схеме, включавшей в себя щадящую диету, антибактериальные и патогенетические средства.

Оценку полостного пищеварения осуществляли по данным парных копрограмм, исследованных подряд или через день у больных, получавших стол № 13.

Пристеночное пищеварение изучали путем определения толерантности к лактозе. Известно, что ранним признаком ферментативной недостаточности тонкой кишки является уменьшение или отсутствие в кишечном содержимом лактазы — фермента, осуществляющего гидролиз молочного сахара [6]. Лактазную недостаточность определяли по плоским гликемическим кривым, полученным у больных после приема внутрь 50 г лактозы. Содержание глюкозы в крови устанавливали глюкозооксидазным методом [4].

Всасывательную функцию тонкой кишки исследовали пробой с d-ксилозой [8]. Этот моносахарид хорошо всасывается в тонкой кишке, не участвует в печеночном метаболизме, его почечная экскреция довольно стабильна и соответствует концентрации d-ксилозы в крови [7].

Комплексное функциональное исследование тонкой кишки проводили у 212 больных острой дизентерией в возрасте от 16 до 66 лет (мужчин — 68%, женщин — 32%). Диагноз заболевания у всех подтвержден бактериологически: шигеллы Зонне обнаружены у 28,3%, шигеллы Флекснера — у 71,7% больных. Легкое течение болезни наблюдалось у 54% больных, среднетяжелая форма — у остальных.

При копрологическом исследовании у 44% больных из числа наблюдавшихся в остром периоде дизентерии (204 чел.) был установлен энтеритический синдром. Признаки нарушения полостного пищеварения углеводов выявлены у 34% больных. Указанный энтеритический синдром в равной мере обнаруживался как у больных гастроэнтероколитической формой, так и при типичной (колитической) форме острой дизентерии. К моменту выписки из стационара (в периоде реконвалесценции) энтеритический синдром сохранялся у $\frac{1}{3}$ обследованных.

Пристеночное пищеварение в тонкой кишке по данным нагрузки лактозой оказалось сниженным у 37,9% больных острой дизентерией из числа обследованных (124 чел.). Несколько чаще эти нарушения отмечались у больных дизентерией, вызванной шигеллами Зонне (45%), чем при дизентерии Флекснера (33%). Изменение пристеночного пищеварения по отношению к лактозе также чаще наблюдалось при

среднетяжелом течении болезни (у 43,3% больных) по сравнению с данными, полученными у больных легкой формой острой дизентерии (у 33,8%). Тolerантность к лактозе снизилась у 46% больных с выраженными морфологическими изменениями (геморрагиями, эрозиями) в дистальном отделе кишки, тогда как при явлениях катарального проктосигмоидита — лишь у 29% пациентов. В периоде реконвалесценции частота нарушения пристеночного пищеварения в тонкой кишке возрастала и отмечалась у половины обследованных. Такое нарастание лактазной недостаточности у реконвалесцентов по сравнению с данными, полученными у больных в остром периоде заболевания, можно объяснить влиянием дисбактериоза, развивающегося у больных в результате применявшейся антибиотикотерапии.

Всасывательная функция тонкой кишки по результатам пробы с d-ксилозой была нарушена у 53,2% больных из числа обследованных (212 чел.) преимущественно в сторону снижения. Низкие показатели пробы с d-ксилозой у больных дизентерией, вызванной шигеллами Зонне, отмечены у 42,2% больных, несколько реже — при заражении шигеллами Флекснера (у 31,9%). Существенной зависимости показателей пробы от тяжести течения болезни не выявлено. В то же время сравнительно частое снижение показателей пробы с d-ксилозой констатировано у 53% больных при типичной (колитической) форме дизентерии, когда клинически не удавалось выявить признаков патологии тонкой кишки. У больных гастроэнтероколитической формой болезни эти изменения наблюдались лишь у 39% обследованных. В периоде реконвалесценции снижение всасывательной функции тонкой кишки сохранялось у 24,8% больных.

Приведенные результаты исследований функционального состояния тонкой кишки у больных острой дизентерией указывают на довольно выраженный характер нарушений как пищеварительной, так и всасывательной функции этого отдела кишечника, сохраняющихся в периоде реконвалесценции у значительной части пациентов.

Обследовано 138 больных сальмонеллезом в возрасте от 16 до 65 лет (мужчин — 75, женщин — 63). Заболевание протекало в гастроэнтеритических (55%) и гастроэнтероколитической (45%) формах. Бактериологическое подтверждение имелось у 86 больных (62,3%), из них сальмонеллы Бресла обнаружены у 32%, сальмонеллы Гертнера — у 30,3%. Легкое течение болезни зарегистрировано у 58 больных, среднетяжелое — у 72, тяжелое — у 8.

По результатам копрологических исследований нарушение полостного пищеварения в виде энтеритического синдрома было установлено у 42,2% больных сальмонеллезом. В копрограмме доминировали признаки нарушения полостного пищеварения углеводов, что выражалось увеличением сверх нормы внеклеточного крахмала у $\frac{2}{3}$ пациентов. Частота энтеритического синдрома у больных сальмонеллезом с наличием колитического синдрома несколько преобладала у страдающих гастроэнтеритической формой болезни (46,6% и 39,0% соответственно). В периоде реконвалесценции копрологические изменения (энтеритический синдром) сохранялись у $\frac{1}{4}$ обследованных.

Пристеночное пищеварение было нарушено у 17 из 37 больных сальмонеллезом. Мы не смогли установить зависимости частоты лактазной недостаточности у больных сальмонеллезом от вида антибактериальной терапии (антибиотиков или химиопрепаратов), а также показателей состояния пристеночного пищеварения в тонкой кишке от тяжести течения заболевания. Можно отметить лишь некоторое преобладание плоских гликемических кривых у больных сальмонеллезом, протекавшим с колитическим синдромом (у половины обследованных по сравнению с гастроэнтеритической формой болезни у $\frac{1}{3}$ больных).

Всасывательная функция тонкой кишки, исследованная у 111 больных сальмонеллезом, оказалась сниженной в 45,9%. У пациентов со среднетяжелой формой заболевания (56%) низкие показатели пробы регистрировались значительно чаще, чем при легком течении (26%).

В периоде реконвалесценции снижение показателей пробы с d-ксилозой было констатировано еще у 30 из 67 обследованных.

Отмеченные функциональные расстройства процесса пищеварения и всасывания в тонкой кишке у больных сальмонеллезом вызваны, по всей вероятности, действием токсинов сальмонелл на эпителиальные клетки слизистой оболочки этого отдела кишечника. Сохранение и даже увеличение ряда признаков скрытой дисфункции тонкой кишки у реконвалесцентов при их кажущемся клиническом выздоровлении может привести к формированию у них хронической патологии кишечника.

Сопоставление полученных данных у больных сальмонеллезом и острой дизентерией выявляет значительное сходство изменений всасывания пищеварения в тонкой кишке. Можно отметить лишь некоторые количественные различия.

В связи с этим возникают предпосылки для разработки единых подходов к патогенетической терапии указанных острых кишечных инфекций, направленные на восстановление функционального состояния тонкой кишки. Особенно важно это предусмотреть при санации реконвалесцентов сальмонеллеза и острой дизентерии, среди которых часто встречаются лица с нарушением функций тонкой кишки. Используемые нами функциональные тесты, характеризующие состояние тонкой кишки, могут применяться в любой инфекционной больнице и кабинете инфекционных заболеваний для улучшения качества стационарного и диспансерного наблюдения за больными и реконвалесцентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Новицкий И. Н., Теребкова З. Ф. Сальмонеллез. Рига, 1975.—2. Бунин К. В., Соринсон С. Н. Клин. мед., 1975, 3.—3: Бунин К. В., Федоров Н. А., Рябов В. И. и др. Сов. мед., 1977, 5.—4. Лукомский И. С., Городецкий В. К. Биохимия, 1961, 3.—5. Покровский В. И., Блюгер А. Ф., Солодовников Ю. П., Новицкий И. Н. Дизентерия: шигеллы. Рига, 1979.—6. Уголев А. М. Физиология и патология пристеночного пищеварения. Л., Медицина, 1967.—7. Fordtran J. S., Soergel K. A., Ingelfinger F. J. New Engl. J. Med., 1962, 267, 6.—9. Roe J. H., Rise E. W. J. Biol. Chem., 1948, 173, 507.

Поступила 17 февраля 1982 г.

УДК 616.34—008.87—053.2

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ

Г. Г. Надырова, Г. С. Подряднов, Л. М. Устименко, Т. Д. Пахорукова,
Т. С. Семенова, В. К. Николаева, Ф. Ф. Низамова

Кафедра детских инфекций (зав.—доц. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, детская инфекционная больница (главврач—Г. С. Подряднов) г. Казань

Резюме. У 89 детей диагностированы желудочно-кишечные заболевания, обусловленные условно-патогенной микрофлорой. Тяжесть заболевания и выраженность отдельных симптомов могут варьировать от легких до тяжелых токсических форм. При лечении таких больных следует, по возможности, ограничивать антибиотики, широко применять биопрепараты: бактериофаги, колибактерин, бифидумбактерин, витаминны.

Ключевые слова: условно-патогенная микрофлора, желудочно-кишечные заболевания у детей.

1 таблица. Библиография: 1 название.

За последние годы в этиологической структуре желудочно-кишечных заболеваний у детей все большую роль начинают играть условно-патогенные бактерии. Целью настоящей работы явилось изучение этиологических факторов и особенностей клинического течения у детей желудочно-кишечных заболеваний, обусловленных условно-патогенной микрофлорой.

В 1979—1980 г. проведены клинические наблюдения за 89 детьми, находившимися на стационарном лечении.

Больные поступили со следующими диагнозами: диспепсией, кишечной инфекцией невыясненной этиологии, дизентерией, энтероколитом, сепсисом, острой респираторно-вирусной инфекцией.

70% детей имели неблагоприятный преморбидный фон. В анамнезе были указания на асфиксию при родах, недоношенность, раннее искусственное вскармливание, анемию, рахит, гипотрофию, экссудативный диатез и др.

Одним из основных критериев этиологической значимости условно-патогенной флоры при выделении ее из фекалий является степень обсемененности: число микробных клеток более чем 10^3 — 10^5 на 1 г. Идентификацию условно-патогенных бактерий осуществляли с помощью таблиц-ключей для бактерий семейства Enterobacteriaceae [1].

Условно-патогенные бактерии чаще всего вызвали желудочно-кишечные заболевания у детей первого года жизни (77 пациентов).

Условно-патогенные бактерии, выделенные у детей с желудочно-кишечными заболеваниями

Возбудители	Частота выделения
<i>Proteus</i>	48
<i>Klebsiella</i>	15
<i>Citrobacter</i>	15
<i>Arizona</i>	2
<i>E. coli</i> гемолитическая	3
<i>Edwardsiella</i>	1
<i>Ps. aureoginosa</i>	4
<i>Alcaligenes faec.</i>	1
Всего	89

Как видно из таблицы, чаще всего острые желудочно-кишечные заболевания были связаны с родом протей (53,9%), клебсиеллы (16,9%) и цитробактер (16,8%). Другие представители условно-патогенной микрофлоры были выделены в 12,4%.

Клинически больные разделены на 2 группы. В 1-ю (44 чел.) включены дети, у которых заболевание начиналось остро — с появления симптомов общей интоксикации, дисфункции кишечника, с выделением условно-патогенных бактерий из фекалий в первые же дни. Очевидно, для них был характерен экзогенный путь инфицирования. Об этом свидетельствовало наличие повторных случаев и групповых вспышек в отдельных детских учреждениях. У больных 1-й группы были выделены протей (20), клебсиелла (8), цитробактер (14), аризонна (2).

Более чем у половины детей отмечалось повышение температуры (до 38° — у 20, выше 38° — у 4 больных). Признаки умеренного нейротоксикоза в виде гипертермии, возбуждения или вялости, снижения аппетита, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, приглушение тонов сердца) установлены у 2 детей. У 5 больных явления нейротоксикоза сочетались с повторной рвотой и развитием явлений эксикоза в последующие дни, у 13 отмечалось вздутие живота, у 8 — податливость ануса. Изменения сигмовидной кишки не выявлены ни в одном случае.

Что касается характера стула, то у 30 больных он был жидким, обильным, зеленого цвета со слизью. Жидкий, водянистый характера стул наблюдался у 11 человек; скудный, с примесью слизи и крови — у 3 детей.

Учитывая выраженность симптомов общей интоксикации и нарушений функций кишечника, можно различать легкие, средней тяжести и тяжелые формы болезни.

При легких формах состоянии больных заметно не нарушалось, температура чаще была субфебрильной или не повышалась; у некоторых детей отмечалась однократная рвота или срыгивание, они вяло сосали грудь, несколько снижался аппетит. Стул был обычно обильным, жидким до 3—5 раз в день, иногда с примесью слизи. Клиническое выздоровление наступало в течение 5—7 дней.

Среднетяжелые формы заболевания начинались более остро, температура поднималась до 38—39°, наблюдалось возбуждение или вялость. Кожные покровы были бледными. Отмечалась повторная рвота в течение 3—5 дней, анорексия. Пульс был частым. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом. Живот чаще вздут. Стул жидкий, водянистый с примесью слизи до 6—8 раз в день. Длительность заболевания составляла в среднем 15—20 дней.

Тяжелые формы заболевания возникали с резкого повышения температуры до 39—40°, многократной рвоты, вялости, снижения аппетита. Пульс был частым, слабого наполнения. Тоны сердца значительно приглушены, тахикардия. Наблюдались жажда, быстрое наступление обезвоживания организма. Отмечались вздутие живота и податливость ануса. Стул был частым, жидким или водянистым с примесью слизи, у 3 детей — с примесью крови. Длительность заболевания составляла в среднем 15—20 дней.

У больных 2-й группы (45 чел.) дисфункция кишечника развивалась на фоне других тяжелых заболеваний — сепсиса, пневмонии, сальмонеллеза. Диарея появлялась после 10—40 дней, а иногда через 2—8 мес. от начала заболевания. Эти больные длительно и многократно получали различные антибиотики. У детей 2-й группы мы предполагали дисбактериоз с самого начала нарушения функции кишечника. У них были выделены следующие представители условно-патогенной микрофлоры: *Proteus* (28), *Klebsiella* (7), *Citrobacter* (1), *E. coli* гемолитическая (3), *Edwardsiella* (1), *Ps. aureoginosa* (4) и *Alc. faecalis* (1). Следовательно, у больных этой группы чаще всего обнаруживались протей и клебсиеллы.

При развитии дисбактериоза состояние ухудшалось, температура повышалась у половины детей до 38—39°. У 1/3 больных появились срыгивания, повторная рвота. Отмечалось вздутие живота. Стул был жидким, неомогенным с примесью слизи до 8—15 раз в день, дисфункция кишечника — более длительной (до 25—35-го дня).

Восстановление функции кишечника обычно совпадало с нормализацией состава микрофлоры кишечника.

При лечении широко применяли биопрепараты: сальмонеллезный и колипротейный бактериофаги, колибактерин, бифидум и лактобактерин, бификол. Указанные препараты назначали в течение 10—15 дней, иногда повторно.

При остром начале заболевания с явлениями интоксикации, тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сепсисом, пневмонией) пользовались также антибактериальными препаратами: фуразалидоном, левомицетином, неомицином, полимиксином, карбенциллином, гентамицином, энтеросептолом курсами по 5—7 дней. По показаниям проводили дезинтоксикационную, регидратационную терапию с учетом тяжести обезвоживания. Назначали комплекс витаминов (С, В₁, В₂, В₆, РР, А, Е), стимулирующее и общеукрепляющее лечение. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получали кислые молочные смеси (кефир, пахтање).

На основании проведенного анализа можно заключить, что кишечные инфекции, обусловленные условно-патогенной микрофлорой, могут протекать при явлениях нейротоксикоза и токсикоза с экзикозом в сочетании с энтеритом или энтероколитом. Клиника заболевания может варьировать от легких до тяжелых токсических форм. В диагностике значительная роль принадлежит своевременному и качественно проведенному бактериологическому исследованию испражнений детей с дисфункцией кишечника, особенно длительно леченных антибактериальными препаратами.

По нашим наблюдениям, заболевание, вызванное условно-патогенной микрофлорой, может развиваться двумя путями: при попадании бактерий извне через рот (что подтверждают групповые заболевания детей в детских учреждениях) и в результате развития дисбактериоза у детей, длительно и тяжело болеющих, многократно леченных антибактериальными препаратами. Чаще всего желудочно-кишечные заболевания были обусловлены протеем и наблюдались у детей первых месяцев жизни на неблагоприятном преморбидном фоне. При заражении бактериальной флорой извне заболевание развивается более остро, с выраженными симптомами интоксикации и нарушениями функций кишечника, в то же время клиническое выздоровление наступает быстрее — на 5—15-й день. При развитии дисбактериоза на фоне других заболеваний интоксикация была менее выраженной, однако нормализация стула наступала позже — лишь на 25—35-й день.

ЛИТЕРАТУРА

Устименко Л. М. В кн.: Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. М., 1978.

Поступила 1 декабря 1981 г.

УДК 615.596—002.828—08

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Е. Т. Артемьева, Н. Н. Мантурова, Л. В. Гесс,
О. И. Зеленина, В. И. Ходырева

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Г. Э. Шинский) Ижевского медицинского института и республиканский кожно-венерологический диспансер (главврач — В. А. Мерзляков)

Р е ф е р а т. Приводятся отдаленные результаты комплексного лечения антибиотиками и местной терапией 131 больного онихомикозом. Эти наблюдения свидетельствуют об удовлетворительных результатах терапии онихомикозов. Излечение достигнуто при локализации заболевания на руках в 96,2—100%, на ногах — в 74,2—81,5%.

К л ю ч е в ы е с л о в а: онихомикоз, гризеофульвин, нистатин.

Несмотря на широкое применение антибиотиков противогрибкового действия (гризеофульвина, нистатина), лечение микозов ногтей до сих пор остается довольно трудной задачей в практике дерматомиколога. В какой-то степени это объясняется тем, что в последнее время наиболее частым возбудителем микоза ногтей является трихофитон рубрум, более устойчивый к терапии. Кроме того, нет препаратов, которые бы проникали в ногтевую пластинку, не разрушая ее и действовали бы фунгицидно. При всех методиках лечения необходимы удаление ногтевых пластинок, тща-

тельная терапия ногтевого ложа и всех очагов на коже. Это требует большого терпения и настойчивости как от персонала, так и от самого больного.

Нами преимущественно в стационарных условиях проведено лечение грибковых поражений ногтей у 131 больного (у 43 мужчин и 88 женщин). В возрасте до 20 лет было 6 человек, 20—29 лет — 42, 30—39 лет — 34, 40—49 лет — 28, 50—59 лет — 8, старше 60 лет — 13 больных.

Клинически 119 больным был поставлен диагноз — рубромикоза, 8 — эпидермофитии, 4 — кандидамикоза. Культурально диагноз был подтвержден у 114 больных. У 107 выросла культура трихофитона рубрум, у 3 — кандиды, у 4 — межпальцевый трихофитон.

У 97 больных рубромикозом выявлено поражение гладкой кожи и ногтей, причем у 3 из них — кожи ягодич, паховых складок, ладоней и подошв. У остальных 34 человек была поражена кожа подошв и межпальцевых складок, у 10 из них — кожа ладоней. По гипертрофическому типу заболевание протекало у 115 человек, нормотрофическому — у 10, атрофическому — у 6. Инфекция была обнаружена на всех 20 ногтевых пластинках у 9 человек, на 11—15 — у 19, на 5—10 — у 82, на 1—5 — у 21 больного.

Сопутствующая патология отмечена у 25 больных: у 8 — гастрит, у 5 — гепатохолестит, у 2 — гипертоническая болезнь, у 2 — фарингит, у 2 — язвенная болезнь, у 1 — сахарный диабет, у 1 — ожирение, у 1 — узловатый зоб, у 3 — вегетоневроз.

Лечение онихомикозов проводилось комплексное. 108 больных рубромикозом получали гризеофульвин, при массе тела до 50 кг — 5 таблеток (0,125 г), при массе тела больше 50 кг — по 2 таблетки 3—4 раза в день. Гризеофульвин в условиях стационара принимали 85 человек в течение 1 мес, 20 больных — свыше 1 мес. После выписки из стационара они продолжали получать гризеофульвин в той же дозе 1 мес через день, следующий мес — через два дня и в дальнейшем — 2 раза в нед в течение 2 мес. Побочные явления от приема гризеофульвина наблюдались у 6 человек, у 3 развилась лейкопения. Был назначен витамин В₁₂ с фолиевой кислотой, количество лейкоцитов в дальнейшем нормализовалось. У двух больных появились тошнота, понижение аппетита, боли в области печени. У одного из них в последующем возникла дискоидная красная волчанка. У этих двух больных гризеофульвин был отменен.

При заболевании кандидамикозом ногтей назначали нистатин по 4—5 млн. ед. в сут. Кроме того, общая терапия включала витамин А, комплекс витаминов В, аскорбиновую кислоту, новокаин или хлористый кальций, инъекции пирогенала, диатермию шейных и поясничных симпатических узлов, гимнастику.

У всех лечившихся были удалены ногтевые пластинки 20% уреопластырем. Большое внимание придавалось дальнейшему местному лечению ногтевого ложа, санации кожи подошв и всех очагов на коже. Местная терапия ногтевого ложа после удаления ногтевых пластинок проводилась по двум методикам.

75 больным после удаления ногтевых пластинок смазывали ногтевое ложе краской Кастелани, чередуя с настойкой йода и втиранием серно-салициловой и дегтарной мазей. Для отслойки рогового слоя один раз в неделю на 48 ч под компрессную бумагу накладывали мазь Ариевича. В стационаре больные находились 30—40 дней. Продолжительность всего лечения у 52 человек составила 6—7 мес, у 14 — 7—8 мес.

При проверке ближайших результатов у 5 больных (6,7%) наблюдались неудачи в лечении. У 3 больных рубромикозом с поражением всех 20 ногтей на ногах два ногтя выросли больными, у 1 страдающей кандидамикозом из 10 пораженных ногтей не излечен полностью один, у 1 больного эпидермофитией один ноготь тоже вырос нездоровым. Все 5 больных после выписки из стационара к последующему лечению относились невнимательно. 3 прекратили прием гризеофульвина, местное лечение проводили неаккуратно. В дальнейшем у них повторно удаляли ногти и занимались тщательным лечением ногтевого ложа и всех очагов на коже с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами.

Отдаленные исходы лечения прослежены у 70 больных в сроки от 4 до 10 лет. Остальные 5 человек не наблюдались по различным причинам. Полное излечение ногтей рук осуществлено у всех больных, ногтей ног — у 52 (74,3%) из 70 проследженных. У 18 человек возник рецидив (25,7%).

Рецидивы чаще наблюдались у пожилых с большим количеством пораженных ногтевых пластинок и давностью заболевания свыше 10 лет. Кроме того, они отмечены у тех больных, которые принимали гризеофульвин недостаточно (2—3 мес) и имели погрешности в местном лечении.

По второй методике после удаления ногтевых пластинок 20% уреопластырем попеременно двукратно по 48 ч на ногтевое ложе накладывали лечебные пластыри (бета-нафтоловый — 5%, трихлоруксусный — 10%, феноловый — 5%, йодный — 10%). Периодически при скоплении гиперкератотических наслоений применяли кератолитический 20% мочевиновый пластырь на 48 ч. При каждой смене пластырных масс удаляли размягчившиеся роговые части ногтя и гиперкератотические наслоения. Большое значение в процессе лечения имеет тщательное удаление корневой части ногтя, расположенной под краем заднего ногтевого валика. Лечение фунгицидными пластырями продолжали 4—5 нед и более. В дальнейшем больных переводили на амбулаторное лечение.

При амбулаторной терапии производили герметизацию ногтевого ложа, нанося на него и ногтевые валики лак (из 20% кристаллического йода, 5% карболовой кислоты, 15% салицидовой, 6% бензойной, 10% уксусной, 10% дегтя, растворенных в коллодии) один раз в 5—7 дней до полного отрастания ногтевых пластинок. При появлении элементов грибка в соскобах с отрастающей ногтевой пластинки повторяли курс лечения кератолитическими и фунгицидными пластырями, не дожидаясь полного отрастания ногтевых пластинок.

По данной методике лечение получали 56 больных. При проверке ближайших результатов у 4 больных отмечены неудачи в лечении. Один из них с поражением 10 ногтей ног получал гризеофульвин один месяц в условиях стационара; после выписки лечение не продолжал. 3 больных (все старше 60 лет) лечились без гризеофульвина (по противопоказаниям); местное лечение прекратили после выписки из стационара.

Отдаленные исходы прослежены у 54 человек в течение 1—4 лет (кроме 2 больных). В продолжении одного года под наблюдением находились 6 больных, 2 лет — 20, 3 лет — 16, 4 лет — 12 человек. Полностью излечены ногти рук у 52 (96,3%), ногти ног — у 44 больных (81,5%). Рецидивы отмечены у 10 человек. У всех больных с рецидивом онихомикоза диагноз был подтвержден микроскопически и культурально. Все они в данное время получают терапию амбулаторно.

ВЫВОДЫ

1. При комплексном лечении онихомикозов гризеофульвином с тщательным удалением ногтевых пластинок и лечением кожных поражений ногтевого ложа можно достичь вполне удовлетворительных результатов.

2. Рецидивы наблюдаются чаще у лиц пожилого возраста с давностью заболевания свыше 10 лет и большим числом ногтевых пластинок, вовлеченных в процесс.

Поступила 25 февраля 1982 г.

ОБЗОР

УДК 616—056.52+616.8—009.836.12+616.124.3—008.46

ПИКВИКСКИЙ СИНДРОМ

В. И. Жуков

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета (зав.—проф. А. В. Виноградов) II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Ожирение, как известно, нередко сочетается с атеросклерозом, гипертонической болезнью и характерной для них левосердечной недостаточностью. Меньше всего в нашем представлении ожирение ассоциируется с легочным сердцем и правосердечной недостаточностью.

В 1956 г. Бурвель описал больного со своеобразным синдромом, характеризующимся ожирением, сонливостью, вздрагиванием мышц, цианозом, прерывистым дыханием, вторичной полиглобулией, гипертрофией правого желудочка и недостаточностью правого сердца. Хотя в большинстве случаев публикации о синдроме появляются

под названием «пиквиковского синдрома», он известен и как «синдром Иоев», «сердечно-легочный синдром больных ожирением», «синдром ожирения-гиповентиляции».

Художественное описание этого страдания дано Ч. Диккенсом у одного из персонажей «Посмертных записок Пиквиковского клуба»: «Это был краснотелый, ожирелый, сонливый мальчик Джо». Это и позволило Бурвело назвать данное заболевание пиквиковским синдромом, клиническую картину которого характеризуют следующие симптомы.

1. Чрезмерное ожирение, с отложением жира преимущественно на животе и туловище. 2. Постоянная сонливость, одолевающая больного в любом положении тела, из которой его можно легко вывести. Время сна превышает 10—12 ч в сут, фазы поверхностного сна очень многочисленны, а пробуждения во время ночи — частые и долгие. 3. Нарушение функции дыхания. Приступы сна сопровождаются менее глубоким дыханием и периодами апноэ различной длительности (в среднем между 20 и 40 с). Первый вдох после периода апноэ — очень шумный и глубокий: он вызывает первым сильным движением диафрагмы и соответствует периоду пробуждения. В начальной фазе сна появляются миоклонии (короткие, внезапные сокращения или дрожания) в определенных группах мышц (в особенности на конечностях). 4. Цианоз. 5. Высокое стояние диафрагмы. 6. Снижение насыщения крови кислородом и гиперкапния. 7. Вторичная полицитемия, вызываемая гипоксией. 8. Гипертрофия правого желудочка. 9. Правожелудочковая недостаточность.

До настоящего времени нет единого мнения о патогенезе пиквиковского синдрома. Многие авторы подчеркивают патогенетическую связь между ожирением и высоким стоянием диафрагмы, ведущим к альвеолярной гиповентиляции, гипоксии, гиперкапнии, легочной гипертонии и развитию легочного сердца [3—5, 12]. В связи с этим представляют интерес исследования дыхательных функций у беременных [12] и у больных асцитом. Высокое стояние диафрагмы в этих случаях сопровождается уменьшением респираторных резервов, а при чрезмерном увеличении окружности живота может наблюдаться и вентиляционная недостаточность, как при пиквиковском синдроме.

Кроме того, у больных с интересующей нас формой ожирения снижение массы тела вызывает улучшение вентиляции, одновременно значительно увеличиваются жизненная емкость легких, минутный объем дыхания, насыщение кислородом артериальной крови, снижается напряжение углекислоты, повышается уровень альвеолярной вентиляции [10].

Бутлер и Арноф (1955) отметили, что при низком уровне респирации, как это наблюдается при высоком стоянии диафрагмы, по мере приближения легких к экспираторному состоянию дыхание становится более интенсивным и требует большей затраты энергии. Поэтому у больного, страдающего пиквиковским синдромом, дыхание — учащенное и поверхностное.

Когда дыхательный объем достигает критически низкой цифры, учащение дыхания не может обеспечить эффективный уровень альвеолярной вентиляции. Альвеолярная гиповентиляция вызывает высокое напряжение углекислоты и падение насыщения артериальной крови кислородом. В физиологических условиях гиперкапния и гипоксия раздражают дыхательный центр, и содержание газов нормализуется. У больных пиквиковским синдромом гипоксия и гиперкапния ведут к понижению чувствительности дыхательного центра, напряжению углекислоты, и в этих условиях дыхание начинает регулироваться кислородом, который как раздражитель значительно уступает углекислоте. Этим и объясняется периодическое дыхание, наблюдающееся при пиквиковском синдроме [10]. Гипоксия вызывает эритроцитоз, сонливость определяется как симптом гиперкапнии. Нарушение альвеолярного газообмена приводит к легочной гипертонии (альвеолярно-сосудистый рефлекс Эйлера—Лилистранда). Таким образом создаются условия для развития легочного сердца с правосердечной недостаточностью, что имеет место при критических степенях ожирения [4].

В настоящее время появились работы, позволяющие несколько по-иному трактовать патогенез пиквиковского синдрома и обратить внимание на некоторую несостоятельность старых представлений [1, 9, 13]. Так, считалось, что постоянная сонливость больных является следствием гиперкапнии и гипоксии и для диагностики этого заболевания необходима констатация повышенного парциального давления углекислоты в крови. Но, как показали исследования ряда авторов [8, 9], очень высокая концентрация углекислоты в организме ведет к изменению концентрации pH, вызывая в мозговой ткани прекоматозные и коматозные состояния, которые бывают и при других метаболических энцефалопатиях со специфическими клиническими и электрофизиологическими показателями, отнюдь не идентичными сну. Кроме того, установлено, что не всегда ожирение и сонливость у больных сопровождаются нарушениями газового состава крови — «нормооксическими» и «нормокапническими» формами синдрома. Следовательно, изменения газового состава крови не являются обязательным признаком пиквиковского синдрома. Отсюда вытекает и необязательность развития легочного сердца у таких больных [7, 9], поскольку в этих случаях оно возникает вследствие спазмов капилляров и повышения давления в системе легочной артерии в ответ на гиповентиляцию (рефлекс Эйлера—Лилистранда).

Таким образом, первым звеном патогенеза [1, 7] являются церебральные расстройства, приводящие к развитию гипоталамической недостаточности. Об этом, в

частности, свидетельствуют постоянные гипоталамические нарушения у больных и особенно выраженная неврологическая симптоматика (головная боль после сна, нарушение глазодвигательной иннервации), свидетельствующие об изменениях в мезодienceфальных структурах головного мозга [8]. Этиологическими факторами могут быть церебральные травмы, нейроинфекции. Имеющаяся гипоталамическая недостаточность проявляется нейроэндокринными расстройствами, причем ведущее место занимает нарушение жирового обмена. Жир откладывается преимущественно в области диафрагмы и уменьшение ее экскурсий. Альвеолярная площадь также снижается вследствие отложения жира в альвеолах. Все это неблагоприятно воздействует на функцию внешнего дыхания. Распространение ожирения во много раз превосходит частоту пиквического синдрома. Последний имеет место лишь тогда, когда возникает сочетание сложной нейроэндокринной патологии с обязательными первичными сдвигами со стороны гипоталамо-гипофизарной системы и нарушениями функций дыхания, связанными как с недостаточностью их регуляции, так и периферическими механизмами. Расстройства сна и бодрствования появляются вторично и исчезают по мере устранения первых двух факторов.

Альвеолярную гиповентиляцию и ее исход в виде синдрома легочно-сердечной недостаточности следует рассматривать только как следствие отмеченных респираторных изменений, несмотря на частое доминирование вместе с сонливостью в клинической картине [8, 9].

По мнению ряда авторов, диагностика пиквического синдрома возможна только при отсутствии хронической легочной патологии. Однако некоторые исследователи [1, 2] считают, что при наличии основных признаков этого синдрома — сонливости, ожирения, нарушения ночного сна — сопутствующая патология органов дыхания не может служить препятствием для диагностики этого синдрома.

Параду с почти постоянной дневной сонливостью, наблюдается характерное для пиквического синдрома нарушение ночного сна, для которого специфично периодическое дыхание. Остановки дыхания возникают, с одной стороны, вследствие закупорки дыхательных путей западающим, отяжеленным жиром языком (периферическое апноэ), а с другой — из-за истинного прекращения дыхания, обусловленного отсутствием движений дыхательной мускулатуры и диафрагмы (центральное апноэ). Возобновление дыхания сопровождается сильным храпом. Вероятнее всего, причиной столь серьезных нарушений дыхания является поломка центральных регулирующих механизмов. Немаловажную роль в нарушениях дыхания играет и ожирение. Это видно как из анамнестических данных, так и из результатов лечения.

Во врачебной практике часто встречаются два диагноза у больных с пиквическим синдромом: 1) нарколепсия, когда за основу принимается дневная сонливость; 2) гипоталамический синдром с учетом ожирения центрального генеза и других нейроэндокринных расстройств, имеющихся у больных. Для дифференциальной диагностики имеют значение отсутствие катаплектической потери мышечного тонуса, катаплексий при засыпании и пробуждении, гипнагогических галлюцинаций.

Прогноз в большинстве случаев благоприятен, несмотря на тяжелое состояние больных при поступлении. Известно, что даже нетренированный человек может поглощать кислород и ускорять процесс вентиляции в 10 раз больше, чем это нужно в состоянии покоя и лишь тогда наступает истощение. Но и в этом случае используются только 50% максимальной дыхательной способности [3]. Состояние больных остается относительно удовлетворительным до появления легочного сердца (лишь при наличии симптомов дыхательной недостаточности), изменения наступают в связи с ожирением, достигшим критической степени. При ожирении без патоморфологических сдвигов, свойственных больным пневмосклерозом, эмфиземой легких, которые нередко сопровождаются рецидивами перифокальных пневмоний, терапия протекает более эффективно.

Исходя из патогенетических представлений, было бы разумнее направить лечение на первичное звено заболевания — гипоталамическую недостаточность. Но, как правило, этиологический фактор, вызвавший церебральную дисфункцию, к моменту лечения исчезает, а оставленный им след (гибель нейронов) не восстанавливается [1]. Нельзя применять оксигенотерапию больным пиквическим синдромом, особенно при выраженной дыхательной недостаточности. У таких больных снижается чувствительность дыхательного центра к углекислоте, являющейся в норме основным контрольным параметром его работы, и регуляция дыхания происходит по кислороду. В этом случае повышенная сатурация кислородом приводит к торможению дыхательного центра, способного вызвать гиперкапническую кому и даже смерть больного.

Главным критерием терапии пиквического синдрома является динамика массы тела. Снижение массы достигается прежде всего бессолевой, малозадающей диетой (3,3—4,2 Дж) и эффективными диуретическими средствами. Дыхательные анапептики, сердечные гликозиды, производные пурина и пиримидина назначаются в соответствии с клинической картиной заболевания. По вполне понятным причинам, особенно в стадии выраженной дыхательной недостаточности, противопоказаны снотворные, наркотические и нейроплегические средства [6].

Следовательно, согласно современным представлениям, пиквический синдром — одна из форм гипоталамических нарушений, обычно начинающаяся с ожирения, но

сящего в большинстве случаев церебральный характер и являющегося составной частью синдромов адипозо-генитального ожирения, Иценко—Кушинга или смешанного ожирения [7]. Своевременные, энергичные меры, направленные против ожирения как одного из решающих звеньев патогенетической цепи рассматриваемого страдания, могут предотвратить развитие дыхательной недостаточности, легочного сердца и легочно-сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Латаш Л. П., Яхно Н. Н. *Клин. мед.*, 1972, 1.—2. Заславская Р. М. *Здравоохран. Казахстана*, 1972, 3.—3. Коган Б. Б. *Клин. мед.*, 1962, 4.—4. Коган Б. Б., Даниляк И. Г., Злачевский П. М. *Сов. мед.*, 1966, 10.—5. Ландышева И. В., Заволовская Л. И. В кн.: *Материалы выездной науч. сессии Всесоюз. науч.-исслед. ин-та пульмонологии МЗ СССР*. Благовещенск, 1972.—6. Марков И. И., Абрагамович Е. С., Мартынюк Н. О. *Врач. дело*, 1970, 6.—7. Павлова О. Н., Чацкис М. Ф., Усманович М. Т. *Мед. журн. Узбекистана*, 1975, 2.—8. Скляник А. Я., Яхно Н. Н. В кн.: *Актуальные проблемы клинической медицины*. М., Медицина 1970.—9. Яхно Н. Н. *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1969, 9.—10. Bugwell C. S. *Am. J. med.*, 1956, 21.—11. Butler J. G., Arnoff W. M., *Clin. Sci.*, 1955, 14, 703.—12. Cugell D. W. *Am. Rev. Tuberc.*, 1953, 67, 568.—13. Duron B., Tassinari A. F. *Trans. Med. Chir. thor.*, 1966, 120, 207.

Поступила 27 января 1981 г.

ДИСКУССИЯ

УДК 61

К ВОПРОСУ ОБ ОБЪЕКТИВНЫХ ОСНОВАНИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ

В. Д. Жирнов

Кафедра философии (зав.—доц. В. Д. Жирнов) I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова

Включаясь в дискуссию по своей монографии (Проблема предмета медицины. М., 1978), не могу не выразить искреннюю признательность редакции одного из старейших и авторитетных медицинских журналов страны и его главному редактору проф. Д. М. Зубаирову за организацию этой дискуссии.

Сама сложность проблемы предмета медицины не исключает и даже предполагает различные подходы к ее решению. Поэтому не приходится удивляться столкновению мнений и позиций, рассудить которые способно лишь время — время заинтересованных в истине дискуссий. В связи с этим критические замечания доц. Н. И. Вылегжанина необходимо признать весьма полезными, ибо они обязывают к уточнению и конкретизации предложенных нами решений.

Все разнообразие замечаний оппонента мы считаем возможным разделить на две группы. Первая из них представлена целым рядом кратких возражений, навешанных тем, чего нет в нашей монографии и которая, таким образом, служит лишь поводом для изложения воззрений оппонента. Вторая группа замечаний является развернутым обоснованием несогласия с тем, что в монографии, действительно, есть, но является, по мнению Н. И. Вылегжанина, ошибочным.

Все замечания имеют единую основу или монистический принцип. Суть этой основы или принципа состоит в том, что «для клинической медицины типично и специфично обращение к ... глубоко субъективным явлениям». Только в первой группе возражений эти субъективные явления составляют достояние личности врача, его интуиции, «его общей одаренности и специальных особенностей». Во второй — столь же глубокие субъективные явления представлены личностью пациента, его субъективными ощущениями общего благосостояния или сознания болезни.

В целом критическая направленность позиции оппонента правомерна лишь постольку, поскольку выражает заслуженный упрек в том, что в нашей работе не анализируется проблема личности в медицине. Безусловно, даже концептивный анализ данной проблемы придал бы монографии известную степень завершенности, но, признаться, ни на йоту не изменил бы смысла ее концепции.

Дело в том, что проблема личности в медицине требует собственно медицинского, а не психологического осмысления (не говоря уже об абстрактно филантропических сентенциях). Следовательно, она должна и может решаться лишь на фоне предварительного уяснения объективных оснований медицинского знания. Решению этой задачи — определению контурных границ предметно-медицинской реальности — посвящена наша работа. Она направлена на преодоление «таинственных» ореолов врачевания и взрядной дозы субъективизма в истолкованиях сущности клинического мышления.

Несомненно, по-медицински реальна и сфера субъективных явлений. Однако, замыкаясь лишь в этой сфере и самых глубоких глубинах ее, никому и никогда не удастся добраться до объективных оснований этих явлений. И позиция нашего оппонента служит достаточно ярким подтверждением тому.

Да, мы проходим, как отмечает Н. И. Вылегжанин, мимо такого «важного вопроса», как интуиция. Правильнее было бы сказать, что мы не доходим до него. Дискурсивно доказательный анализ любой проблемы не может начинаться и строиться на интуиции. Ведь несмотря на многократные обсуждения этого важного вопроса, о которых упоминает оппонент и мимо которых прошел автор, итог этих обсуждений, вероятно, близок к нулю. В противном случае Н. И. Вылегжанину не пришлось бы характеризовать интуицию чисто интуитивно, в духе некой непосредственной данности, т. е. как выражение общей одаренности врача, достояние его личности, как высоко индивидуализированное и, стало быть, глубоко субъективное явление.

По сравнению с таким пониманием врачебной интуиции более предпочтительна полуматематическая формула, согласно которой интуиция врача — это, во-первых, большие знания, во-вторых, большой опыт и, в-третьих, ...немного нахальства. Причем интуиция в меньшей мере является достоянием личности инженера и личности следователя, личности физика и личности политика и т. п. Вряд ли возможно отрицать, что интуиция следователя бесполезна в клинике, а интуиция врача не сформирована у физика или инженера. Следовательно, профессионально различные виды интуиции складываются на объективно различных основаниях, анализ которых составляет необходимое введение в проблему интуиции. И если интуиция предстает на уровне очевидности как непосредственное знание и как высоко индивидуализированное явление, то в связи с ее профессиональной определенностью далее необходимо признать, что интуиция есть всегда знание опосредованное. Интуиция сложившегося специалиста опосредована уровнем развития соответствующей отрасли знания, системой ее преподавания и господствующими стереотипами практической деятельности.

Интуиция в интерпретации Н. И. Вылегжанина составляет основание «искусства» медицины. Упрек в полном невнимании к этому «искусству» мы рассматриваем как недоразумение и просим оппонента вернуться к обсуждаемой им монографии. Там нетрудно найти весьма обстоятельный (по сравнению с известной нам литературой) анализ истории и логики соотношения науки и «искусства» в медицине. В отличие от оппонента, ограничивающегося констатацией неразрывной связи науки и «искусства», мы пытаемся показать их необходимую субординацию. При этом мы полагаем, что она принципиально такая же, как и в физике. В этой теоретически наиболее развитой науке считается, что там, где у физика срабатывает интуиция, следует искать закономерность (Л. Капица). С позиции же Н. И. Вылегжанина, если у врача срабатывает интуиция, следует возразовать его личной одаренности. Между тем и в медицине при аналогичных условиях следует искать закономерность.

Конечно, такая установка полностью исключается, если «искусство» в медицине рассматривается опять-таки и только как свойство личности. Причем от личности врача и его общей одаренности зависят, согласно нашему оппоненту, глубина и качество приобретенных им знаний и умений. Не отрицая такую зависимость, мы считаем более правильной иную — прямо противоположную субординацию соотносящихся здесь сторон. По нашему мнению, качество приобретаемых и глубина приобретенных знаний предопределяют «профессиональное лицо» врача, искусство врачевателя, его творческую одаренность и общественно развитую индивидуальность.

Менее очевидным, но все-таки недоразумением следует считать и приписываемое нам отрицание «методической суверенности» медицины. Ведь если мы отстаиваем суверенность предмета медицины, то, сказав «а», нам предстоит доказывать и суверенность метода медицины. Но это уже задача еще одной монографии.

Пытаясь защитить «методическую суверенность» медицины, Н. И. Вылегжанин недооценивает или принижает научно-методическую состоятельность медицины, ибо заявляет, что «основными принципиальными методами исследования являются субъективный анамнез, аускультация, пальпация и другие... приемы». Что называется,

как нарочно, оппонент подбирает субъективные уже по определению (анамнез) или субъективно окрашенные, субъективно вариативные приемы (аускультация, пальпация) исследования в медицине, которые уступают в строгости, точности и объективной сопоставимости результатов физического или химического исследования. К тому же выслушивание и ощупывание в своей непосредственности и вне предметной соотношенности не являются ни специфически медицинскими, ни собственно научными приемами познания.

Во избежание новых недоразумений необходимо подчеркнуть, что мы не отрицаем клиническую незаменимость этих приемов исследования и «методическую суверенность» медицины. Мы обращаем внимание на то, что аргументация оппонента отнюдь не способствует осознанию искомой суверенности медицины. Более того, мы считаем ущербной и, по меньшей мере, двусмысленной характеристику анамнеза как метода субъективного. Ведь если субъективность данного метода связывается только с «качеством личности» врача, степенью его «общей одаренности» и т. п., то на этом сразу же можно прекратить всякий разговор о науке медицинской. Если же субъективность анамнеза обусловлена самооценками пациента, то для того и существует научно образованный врач, чтобы вскрыть за этим субъективизмом объективно значимые факты и явления в их «исторической» и логической связи. Таким образом, и «субъективный анамнез» способен отражать объективную закономерность становления и развития болезней. Так почему же он однозначно «субъективный»? Не правда ли, есть над чем подумать.

Но надо разобраться с принципиальным неприятием со стороны Н. И. Вылегжанина понятия «труд» в качестве исходной предметно-конкретной абстракции при осмыслении реальной жизнедеятельности человека и, следовательно, объективных оснований медицинского знания. Вместо труда Н. И. Вылегжанин предлагает принять за искомую абстракцию понятие «индивидуально-личностная форма жизнедеятельности».

С нашей точки зрения, труд и индивидуально-личностная форма жизнедеятельности на уровне именно индивида принципиально совпадают. Однако это лишь с нашей точки зрения. Выдвигаемая же Н. И. Вылегжаниным абстракция призвана отразить глубины субъективных явлений.

Согласно оппоненту, «индивидуально-личностная форма жизнедеятельности эмпирически проявляется как общее самочувствие человека», как «субъективный мир, первая реальность», с которой встречается врач. В свою очередь, общее самочувствие определяется как опять-таки «субъективное ощущение общего благосостояния» человека, как «его психоэмоция здоровья».

Мы также считаем, что врач встречается с субъективным миром пациента как с первой реальностью. Однако последняя отнюдь не является единственной реальностью. Она должна объясняться объективными закономерностями. Без анализа объективных оснований «субъективного ощущения общего благосостояния» это ощущение и благосостояние может оказаться коварно-обманчивым и скрывать за «психоэмоцией здоровья» нечто весьма печальное или перспективно прискорбное.

Как только встает задача понять объективные основания индивидуально-личностных проявлений жизнедеятельности, придется выйти за рамки ее непосредственной данности. И это тем более неизбежно, что ни один индивид не может быть мерилом своей собственной инаковой нормальности или патологичности. Иначе говоря, индивидуально-личностная форма жизнедеятельности может и фиксироваться-то в своей индивидуальности и т. п. лишь на фоне и в связи с неким общим типом жизнедеятельности, с закономерностями его воспроизведения, дифференциации и развития.

И сам Н. И. Вылегжанин в противовес собственной исходной ориентации на индивидуально-личностную форму жизнедеятельности вынужден обратиться просто к жизнедеятельности. Для него «жизнедеятельность — это прежде всего онтогенез — строго видовое, целенаправленное, векторное развитие организма». Но, простите, это уже совершенно иная абстракция, в которой исчезло все индивидуальное, личностное и собственное человеческое. Ведь от строго видового, векторного развития организма нет объективно необходимого выхода именно к человеку как индивиду и даже виду (если, конечно, не принимать в расчет общей одаренности врача).

Между тем труд, выражающий и индивидуально-личностную форму жизнедеятельности, предстает прежде всего и как основание «строго видовой» жизнедеятельности именно человека.

И собственно онтогенетическое развитие индивида (или целого поколения) в своей строго видовой и нормативно-физиологической направленности осуществляется лишь в социально-оранжерейных условиях, которые создаются трудом другого индивида (или предшествующего поколения). Таким образом, труд как предметно конкретная

абстракция выражает ту всеобщую основу самого человеческого существования, которая позволяет понять все непосредственное разнообразие особенных и индивидуально-личностных форм жизнедеятельности как необходимые модификации этой основы. К подобного рода модификациям мы относим и дифференциацию жизнедеятельности человека на физиологически и патологически закономерную.

В связи с изложенным понятие и процесс труда должны получить по-медицински корректную теоретическую интерпретацию. Методологическим введением к таковой является марксистско-ленинское учение о социальной сущности человека. В рамках этого учения промедицински важные рубежи осмысления живого труда намечены К. Марксом. Как известно, он характеризовал труд как вечное и естественное условие человеческой жизни, без которого не был бы возможен обмен веществ между человеком и природой, а следовательно, не была бы возможна сама человеческая жизнь. К. Маркс также указывал, что «всякий труд есть... расходование человеческой рабочей силы в физиологическом смысле», что труд представляет собой «производительное расходование человеческого мозга, мускулов, нервов, рук и т. д.»¹.

Имея в виду ряд других утверждений К. Маркса, правомерно предположить, что производительное расходование человеческого мозга, мускулов и нервов есть, с одной стороны, процесс «производства» тех же мускулов, нервов и мозга человека. Но, с другой стороны, производительное расходование физических и духовных сил человека есть именно расходование, потребление, затрата и, порою, растрата человеческих сил.

Указанная противоречивость живого труда может послужить как по-медицински значимое основное противоречие человеческой жизнедеятельности. Промедицинская суть его в том, что производительное расходование человеческих сил, с одной стороны, является необходимым условием формирования и развития здоровья, а с другой — оно не исключает и в конкретных условиях предполагает различные степени его ограничения, т. е. развитие болезней.

Таковы, на наш взгляд, методологические перспективные подходы к выяснению объективных оснований медицинского знания. Безусловно, они должны быть по-медицински объективированы, но вряд ли их можно просто отбрасывать — тем более на основе обращения к «глубоко субъективным явлениям».

Поступила 27 августа 1981 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 617.741—004.1—089.87

М. Г. Галеев (Нурлат-Октябрьский район, ТАССР). Реабилитация излечимой слепоты у пожилых и стариков в районных условиях

Одной из задач социально-трудовой реабилитации лиц с афакией является создание условий, способствующих сохранению трудоспособности. Под диспансерным наблюдением (от 1 года до 5 лет) находилось 270 больных; в возрасте до 40 лет — 1 (0,4%), от 41 года до 50 лет — 4 (1,5%), от 51 до 60 лет — 3 (1,1%), старше 60 лет — 262 (97%). Основную группу больных, таким образом, составляли пенсионеры. Всем больным производилась операция криоэкстракции катаракты. Острота зрения с коррекцией при выписке 0,6—1,0 отмечена у 94 (34,8%), 0,3—0,5 — у 151 (55,9%), 0,1—0,2 — у 25 (9,3%) человек.

При повторных осмотрах учитывали объективное состояние прооперированного глаза, его зрительных функций, а также трудоустройство пациента и выполнение работы в домашних условиях. При исследовании глаза проводили офтальмоскопию, биомикроскопию, тонометрию, при необходимости — гониоскопию. Коррекцию осуществляли сферическими цилиндрическими стеклами.

Из 270 больных 6 человек возвратились к работе по специальности, среди них — агроном, контролер кинотеатра, повар, помощник бурового мастера, колхозный учитель, маляр. Двое переведены на инвалидность III группы, после которой одна — рабочая железнодорожного пути работает сестрой-хозяйкой в больнице; другой — нефтяник — вышкомонтажник устроен охранником. Из 262 пенсионеров 216 выполняют домашнюю работу, участвуют в воспитании детей. Остальные 46 человек, преимущественно старше 80 лет, хотя и не работают, однако в постоянном уходе за собой не нуждаются.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 23, с. 55 и 53.

Б. М. Рафиков, А. Б. Ягафарова (Уфа). Тест розеткообразования лимфоцитов у детей при травме органа зрения

Целью работы явилось изучение участия Т-розеткообразующих лимфоцитов в репаративных процессах после травмы органа зрения у детей.

Исследование проводили в различные сроки после травмы у 66 детей в возрасте 2—14 лет и у 21 здорового ребенка (контрольная группа).

В результате этих исследований выявлено, что количество лейкоцитов увеличивается в первые 14 дней после травмы и снижается до нормы в течение 1 мес, тогда как абсолютное количество Т-розеткообразующих лимфоцитов остается в пределах нормы в первые 14 дней, а увеличение (в два раза) наступает в последующие 30 дней (табл.).

Полученные данные указывают на то, что тест розеткообразования, позволяющий определить уровень клеточной реакции, является показательным при изучении процессов регенерации тканей и при травме органа зрения у детей.

Динамика количества лейкоцитов и Т-розеткообразующих лимфоцитов у детей при травме глаз

Число детей	Срок наблюдения после травмы	Количество	
		лейкоцитов	Т-розеткообразующих лимфоцитов
26	1—14 дней	9719±9,9	764±4,5
17	15—30 дней	7960±10,9	1518±8,8
23	1 мес.—2 года	5115±9,8	1366±10,2
21*	—	6034±8,4	789±4,4

* — контрольная группа.

УДК 617.52—001—089(470.57)

Г. Г. Мингазов (Уфа). Организация лечения и реабилитация больных с травмой лица

Анализ направлений в нашу клинику челюстно-лицевой хирургии показал, что в Башкирской АССР прежде отмечались запоздалая диагностика и госпитализация, многоступенчатость движения больных с травмами лица. 34,1% больных специализированную помощь в клинике получали на 4—10-е сут и только 15,5% пострадавших — в первые сутки, 64,7% больных первая медицинская помощь оказывалась хирургами, дежурными врачами сельских, районных, городских больниц, врачами и фельдшерами неотложной медицинской помощи, не имеющими специального опыта в вопросах клиники и лечения повреждений лица.

В связи с ростом материально-технической базы здравоохранения Башкирской АССР для сближения стоматологической травматологической помощи с сельским населением на базе соответствующих поликлиник и отделений во всех 12 городах республики были открыты межрайонные специализированные приемы, представляющие собой организационно-методические, консультативные и учебные центры по диагностике, лечению и реабилитации больных. Организационно-методическое руководство указанными приемами осуществляет ведущий специалист стоматологического центра Башкирской республиканской клинической больницы, функционирующего в составе консультативной поликлиники.

Для исключения многоступенчатости движения всех больных с травмой лица после оказания первой медицинской помощи направляют к стоматологу-травматологу специализированного межрайонного приема, где уточняется диагноз и решается вопрос о месте лечения больного. Вне работы специализированного приема пострадавших госпитализируют в стационар, где перед выпиской на них заполняют диспансерную карту, которую вместе с этапным эпикризом передают стоматологу-травматологу. Если возникает необходимость в помощи нескольких специалистов и требуются костно-пластические восстановительные операции, больных транспортируют в клинику санитарной авиацией. При нетранспортабельности пострадавших для оказания помощи на месте широко практикуются выезды специалистов из центра.

В связи с открытием реабилитационных межрайонных стоматологических травматологических приемов отпала необходимость в выездах больных в период амбулаторного долечивания в клинику, что дало возможность сэкономить более 20 тыс. руб. в год. Внедрение методов этапного лечения, комплекса современных лечебных мероприятий в стационаре и в поликлинике позволили уменьшить осложнения травм на 9,1%.

Н. Н. Шаршун, И. П. Арлеевский (Казань). Улучшение внешнего дыхания при устранении фибрилляции предсердий

Проведено исследование некоторых параметров внешнего дыхания за 1—3 дня и через 7 дней после электроимпульсной терапии у 59 больных с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Несмотря на значительное улучшение состояния гемодинамики, достигнутое в процессе подготовки больных к электроимпульсной терапии, вентиляционные показатели, изученные за 1—3 дня до проведения процедуры, свидетельствовали о наличии гипервентиляции: МОД составлял 139% должной величины, отличаясь от нормальных величин ($P < 0,02$). Констатируется снижение МВЛ и РД (до 83,2% и 77,6% соответственно по сравнению с должным уровнем). ЖЕЛ, отличаясь от нормальных показателей в абсолютных цифрах ($P < 0,05$), оставалась на достаточно высоком уровне—89,6% по отношению к ДЖЕЛ. Остаточный объем в процентном отношении к ОЕЛ находился на верхней границе нормы (35,3%).

Изменение вентиляционных показателей у больных с фибрилляцией предсердий обусловлено, главным образом, застойными явлениями в малом круге кровообращения. Аргументом в пользу этого предположения является обнаруженное у них замедление скорости кровотока на участке «легкое—ухо» в среднем до 8,7 с (при 6,1 с у здоровых).

Устранение фибрилляции предсердий сопровождалось улучшением параметров функции внешнего дыхания. Уменьшилась степень гипервентиляции, о чем свидетельствует достоверное снижение МОД. МВЛ возросла по отношению к ДМВЛ с 84,8% до 91,8%, а РД—с 79,3% до 87,1%. Улучшилось состояние бронхиальной проходимости: мощность вдоха увеличилась с 3,6 до 3,9 л/с, а мощность выдоха—с 3,8 до 4,1 л/с. Более равномерной стала альвеолярная вентиляция.

Положительную динамику вентиляционных параметров можно объяснить уменьшением венозного застоя в легких после восстановления синусового ритма. Это подтверждается достоверным увеличением скорости кровотока с 8,7 до 7,2 с на участке «легкое—ухо».

Напротив, у 6 больных, у которых фибрилляцию предсердий устранить не удалось, существенных сдвигов в показателях внешнего дыхания не произошло. Скорость кровотока на участке «легкое—ухо» осталась на уровне 9,3 с.

Полученные данные свидетельствуют о том, что постоянная форма фибрилляции предсердий сопровождается значительным ухудшением показателей внешнего дыхания, а восстановление синусового ритма приводит к отчетливому их улучшению. Эти положительные сдвиги идут параллельно с улучшением кровообращения в малом круге.

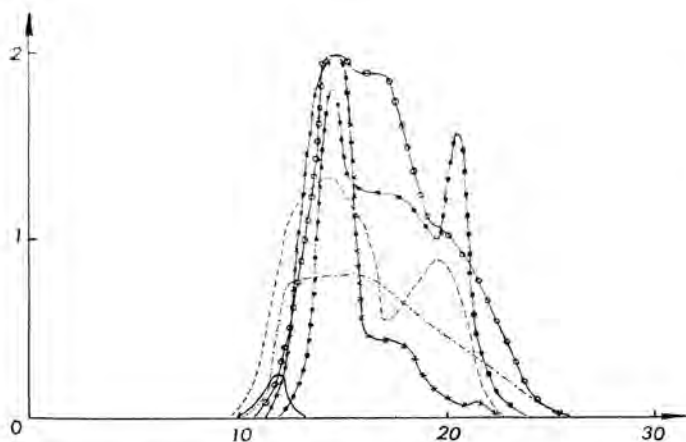


Рис. 1. Гель-хроматография препаратов гепарина на сефадексе G-50.

По оси абсцисс — объем элюата в мл, по оси ординат — экстинкция при 549 нм. Обозначения: голубой декстран — сплошная линия; препараты гепарина: каунасский — линия с черными кругами, минский — пунктирная линия, бакинский — линия с белыми кругами, чехословацкий — линия с крестами, венгерский — пунктирная линия с точками.

УДК 547.995.17—07:541.24

Г. Ш. Ченборисова, А. О. Киселев (Казань). Хроматографическое исследование препаратов гепарина

Препараты гепарина, применяемые в клиниках нашей страны (производство Минска, Каунаса, Баку, ВНР и ЧССР), отличаются по своей биологической активности.

Гепарин — полимер переменной молекулярной массы величиной около 17000 дальтон. Мономерная единица его состоит из α -глюкуроновой кислоты, этерифицированной серной кислотой по углероду 2, глюкозамину, этерифицированному серной кислотой по углероду 6 и по аминогруппе углерода 2, и L-идуроновой кислоты. Остатки глюкуроновой

кислоты и глюкозамина, идуроновой кислоты и глюкозамина соединены гликозидными α (1 $\rightarrow$ 4) связями.

Мы поставили цель установить, как связана активность различных препаратов гепарина с их молекулярными массами, имея в виду, что гепарин не имеет единой химической структуры, и как по признаку чередования углеводных единиц и функциональных групп объединяется ряд соединений с различной длиной цепи и неодинаковой молекулярной массой.

Препараты гепарина подвергали гель-хроматографии на сефадексе G-50 «medium»: колонка 550 $\times$ 15 мм, элюция 0,3 М раствором хлористого натрия. Во фракциях (1 мл) определяли гепарин реакцией с карбазолом в присутствии концентрированной серной кислоты, выдерживающей пробу Савая. После определения оптической плотности растворов при 549 нм строили график зависимости оптической плотности от объема выхода элюата (рис.).

Как видно из рисунка, препараты гепарина разного производства элюировались в пределах 10–26 мл. Молекулярные массы всех изученных препаратов гепарина колеблются в одних пределах. Однако в отечественных препаратах содержится относительно более высокая концентрация низкомолекулярных фракций гепарина.

УДК 616.33–002.44–02:616.37:612.015.1

А. К. Еремин (Саратов). Ферментообразовательная функция поджелудочной железы у лиц с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки

Изучена ферментативная активность поджелудочной железы у лиц с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки без клинических признаков сопутствующего панкреатита. Активность амилазы определяли по Вольгемуту, липазы в крови — по методу Комфорта, а в дуоденальном содержимом — по методу Бонди в модификации М. С. Рожковой, активность трипсина — по методу Фульда—Гросса—Михаэлиса. Содержимое двенадцатиперстной кишки получали в течение 20 мин двухканальным зондом натошак и после введения 30 мл 0,5% раствора соляной кислоты при раздельной постоянной аспирации его и желудочного сока с помощью водоструйного насоса, создавая отрицательное давление в пределах 7 кПа.

Активность ферментов поджелудочной железы у лиц с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки

Показатели	Здоровые	Больные		
		язвенной болезнью желудка	язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки	хроническим гастритом
Число обследованных	57	28	86	98
Амилаза в крови, ед.	17,1 $\pm$ 1,8	19,7 $\pm$ 2,8 $P>0,3$	17,3 $\pm$ 1,3 $P>0,5$	18,1 $\pm$ 1,2 $P>0,5$
Липаза в крови, мл щелочи	0,7 $\pm$ 0,2	1,7 $\pm$ 0,3 $P<0,01$	0,9 $\pm$ 0,2 $P>0,3$	0,7 $\pm$ 0,1 $P>0,5$
Число обследованных на дуоденальное содержимое	12	15	22	21
Амилаза, ед натошак	19,0 $\pm$ 101,0	235,0 $\pm$ 164,0 $P>0,5$	213,0 $\pm$ 151,0 $P>0,5$	192,0 $\pm$ 104,0 $P>0,5$
после стимуляции	211,0 $\pm$ 108,0	229,0 $\pm$ 144,0 $P>0,5$	217,0 $\pm$ 139,0 $P>0,5$	230,0 $\pm$ 100,0 $P>0,5$
Липаза, мл щелочи натошак	2,7 $\pm$ 0,2	3,4 $\pm$ 0,3 $P<0,05$	3,6 $\pm$ 0,3 $P<0,05$	4,0 $\pm$ 0,4 $P<0,05$
после стимуляции	2,9 $\pm$ 0,3	3,8 $\pm$ 0,5 $P>0,1$	3,3 $\pm$ 0,4 $P>0,5$	3,6 $\pm$ 0,5 $P>0,2$
Трипсин, ед натошак	466,0 $\pm$ 146,0	1885,0 $\pm$ 564,0 $P<0,05$	1974,0 $\pm$ 457,0 $P<0,01$	2657,0 $\pm$ 934,0 $P<0,05$
после стимуляции	558,0 $\pm$ 117,0	2583,0 $\pm$ 572,0 $P<0,01$	1779,0 $\pm$ 436,0 $P<0,02$	2463,0 $\pm$ 905,0 $P<0,05$
Объем секрета за 20 мин, мл натошак	12,2 $\pm$ 2,4	12,1 $\pm$ 2,7 $P>0,5$	14,9 $\pm$ 2,1 $P>0,5$	12,9 $\pm$ 1,8 $P>0,5$
после стимуляции	13,8 $\pm$ 2,6	14,5 $\pm$ 2,8 $P>0,5$	15,8 $\pm$ 2,5 $P>0,5$	15,1 $\pm$ 2,9 $P>0,5$

Как видно из таблицы, установлено повышение активности липазы крови у больных язвенной болезнью желудка до 1,7 $\pm$ 0,35 мл щелочи и увеличение ее активности в дуоденальном содержимом натошак у всех больных. Активность трипсина натошак в дуоденальном содержимом всех больных по сравнению с таковой у здоровых людей возросла в 4 и более раз. Активность амилазы крови и дуоденального содер-

жимого натошак, а так же объем секрета последнего у больных и здоровых людей существенно не отличались. При сравнении активности ферментов в дуоденальном содержимом после стимуляции соляной кислотой у здоровых лиц и у больных получены аналогичные данные, повышение активности липазы было недостоверным.

Изменения ферментативной активности поджелудочной железы у лиц с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, возможно, обусловлены продолжительным заклиением содержимого двенадцатиперстной кишки и нарушением координированной моторной деятельности кишки.

УДК 616.37—007.253—089

В. В. Федоров. (Казань). К казуистике внутренних свищей поджелудочной железы

Опубликовано около 1000 наблюдений за кистами и свищами поджелудочной железы. Панкреато-плевральные свищи — исключительно редкое явление. Г. Д. Вилявин (1977) описал левосторонний панкреато-плевральный свищ. Публикаций о правосторонних панкреато-плевральных свищах мы не обнаружили. Наше наблюдение представляет интерес с точки зрения диагностики и хирургической тактики.

У., 29 лет, поступил в хирургическое отделение 11/XII 1979 г. В течение 4 лет страдал хроническим панкреатитом, злоупотреблял алкоголем. В июле 1979 г. заметил увеличение живота, тяжесть в нем, общую слабость, отеки на ногах. Во время лечения в терапевтическом отделении при лапароскопии удален трансудат. Состояние улучшилось, отеки прошли. Выписан домой. 15/XI 1979 г. появились нарастающие боли в правой половине груди, одышка, температура повысилась до 38°. Вновь госпитализирован в терапевтическое отделение, где при повторных пункциях плевральной полости справа была извлечена вначале прозрачная жидкость, а затем геморрагический экссудат с активностью амилазы 8192 и 10240 ед. После консультации с хирургом предположено наличие панкреато-плеврального свища, и больной переведен 11/XII 1979 г. в хирургическое отделение.

Объективно: состояние тяжелое, бледен, истощен, обезвожен, температура 38,4°, пульс 100 уд. в 1 мин. Клинико-рентгенологически — правосторонний тотальный гидроторакс. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 4 см, свободная жидкость в брюшной полости не определяется, отеков на ногах нет, никаких опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируются. Пункцией правой плевральной полости удалено 3 л экссудата бурого цвета с активностью амилазы 8192 ед.

13/XII 1979 г. состояние больного ухудшилось: одышка, бледность, боли в груди, пульс 140 уд. в 1 мин, АД 10,7/6,7 кПа. При повторной плевральной пункции получено 800 мл геморрагического экссудата с активностью амилазы 8192 ед. Экстренными реанимационными мерами состояние больного улучшено. 14/XII 1979 г. из плевральной полости удалено 2 л геморрагического экссудата с активностью амилазы 10240 ед. Активность амилазы мочи 1024 ед. Анализ крови: л. 4,6·10⁹ в 1 л, э. — 1%, п. — 1%, с. — 52%, лимф. — 32%, мон. — 14%, СОЭ — 65 мм/ч.

Диагностированы киста поджелудочной железы, панкреато-плевральный свищ, эмпиема плевры, цирроз печени.

14/XII 1979 г. под эндотрахеальным наркозом произведена срединная верхняя лапаротомия. Печень больших размеров, мягкая. Выраженный перигепатит, перигастрит. Желудок смещен влево. На серозной оболочке желудка, сальника, желчного пузыря — множество пятен жирового некроза. Полость малого сальника заращена. Поджелудочная железа склерозирована. При разделении сращений в полости малого сальника на передней стенке поджелудочной железы обнаружена и вскрыта киста 4×6 см с белесоватой мутной жидкостью (активность амилазы 32768 ед), стенка кисты тонкая, нежная. На задней стенке кисты — ткань поджелудочной железы на участке 0,6×0,6 см. У верхнего полюса полости кисты — вход в узкий свищевой канал шириной 1 мм и глубиной 10—12 см в направлении правой плевральной полости через забрюшинное пространство. Оба устья свища мобилизованы окаймляющими размерами и ушиты узловыми швами в два ряда. К области свищей подведен резиновый дренаж, и рана ушита. Через восьмое межреберье по среднеподмышечной линии правая плевральная полость дренирована трубкой. Исследование плеврального экссудата на активность амилазы от 16/XII 1979 г. — 16 ед., от 2/I 1980 г. — 4 ед. Исследование дуоденального содержимого от 24/XII 1979 г. — активность амилазы 333,3 ед, трипсина — 500 ед, липазы — 500 ед.

Послеоперационный период гладкий. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Эмпиема плевры излечена. Выписан в удовлетворительном состоянии 20/II 1980 г. При осмотре через 9 мес. — самочувствие хорошее, жалоб нет, масса тела возросла на 6,5 кг. Трудоспособность восстановлена.

Ш. Х. Ганцев, В. М. Тимербулатов (Уфа). Перекрут большого сальника

Хирургическая патология большого сальника многообразна. В практической деятельности часто допускаются диагностические и, вследствие этого, тактические ошибки, которые ведут к непоправимым исходам (летальность — 4%).

Изолированный перекрут большого сальника встречается редко: описано не более 100 наблюдений. В происхождении перекрутов ведущее значение придается спайкам большого сальника с послеоперационными рубцами и гипогастрии (гинекологические операции, грыжесечение), а также его сращению с органами малого таза. Играть роль и анатомические варианты большого сальника. Большой сальник треугольной формы, спускаясь вниз и постепенно суживаясь, принимает вид тяжа, который может свободно перемещаться в брюшной полости, припаиваться к различным участкам брюшины. Это, в свою очередь, может вызвать перекрут большого сальника. Приводим наше наблюдение.

Г., 32 лет, врач, поступил в хирургическое отделение через 12 ч от начала заболевания с жалобами на постоянные боли в животе, больше в правой его половине. Заболел остро после поднятия тяжести. 4 года назад перенес операцию по поводу правосторонней паховой грыжи.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, питание повышено. Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 17,3/12 кПа. Язык суховатый, чистый. Живот округло-овальной формы, в акте дыхания участвует, мягкий, при пальпации — болезненность в правой подвздошной и мезогастральной областях. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Температура тела — 36,6°. Лейкоцитов в крови — $6,75 \cdot 10^9$ в 1 л. Госпитализирован с предположительным диагнозом: острый аппендицит?

При дальнейшем наблюдении боли в правой подвздошной области сохранялись. Поставлен диагноз «острый аппендицит». Больной оперирован под местной инфильтрационной анестезией, доступом Волковича—Дьяконова вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено, что участок большого сальника треугольной формы размерами 6×4 см перекручен на 720° вокруг своей оси, темно-багрового цвета. Произведена резекция в пределах здоровых тканей с перитонизацией линии разреза, и удален гиперемизированный, утолщенный червеобразный отросток. Послеоперационный период — без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки.

УДК 616.34—006—089

Ю. А. Башков, И. А. Тангина, С. В. Батов (Ижевск). Опухоли тонкой кишки в онкологической практике и неотложной хирургии

В структуре болезней тонкого кишечника опухолевые поражения имеют небольшой удельный вес, но по своей тяжести и неудовлетворительным результатам лечения заслуживают особого внимания.

Мы располагаем наблюдениями за 26 больными с опухолями тонкой кишки. 14 человек поступили в неотложном порядке, 12 госпитализированы для обследования в связи с предположением внутриабдоминальной опухоли. Женщин было — 14, мужчин — 12; возраст больных — от 17 до 68 лет, из них почти половина (12 чел.) — не старше 40 лет. Если учесть, что $\frac{2}{3}$ и даже более больных со злокачественными опухолями толстой кишки в возрасте старше 40 лет, то становится заметной существенная разница в контингенте этих двух групп больных.

Основанием для госпитализации послужили следующие клинические симптомы: острая (или нарастающая хроническая) кишечная непроходимость (у 10), симптомы перитонита (у 3), пальпируемая опухоль (у 9), профузное кишечное кровотечение (у 4).

Нередко больные еще задолго до поступления в больницу отмечали слабость, похудение или утрату аппетита, урчание в животе, периодическое его вздутие.

При рентгенологическом обследовании в связи с острой кишечной непроходимостью, возникшей в результате инвагинации или obturации кишки, были обнаружены раздутые петли тонких кишок с наличием в них уровней жидкости (чаши Клойбера), а у 2 больных — и сами инвагинаты. При массивном кишечном кровотечении рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта в неотложном порядке не выполнялась.

Все 26 больных оперированы, из них 5 — в ближайшие часы после госпитализации, то есть не по поводу самой опухоли тонкой кишки (у большинства больных она и не предполагалась), а в связи с развившейся абдоминальной катастрофой. Лишь 4 больных положены на операционный стол с установленным диагнозом — опухолевым поражением тонкой кишки.

При операции обнаружены опухоли в двенадцатиперстной кишке у 2 больных, в начальном отделе тощей — у 6, в терминальном отделе подвздошной — у 7. У 11 человек констатирована опухоль в среднем отделе тонкого кишечника, причем у 3 из

них была множественная локализация и при этом, как правило, одна из нескольких опухолей также располагалась в начальной части тонкой кишки. У одного больного четыре одностенных по характеру опухолевых узла (недифференцированный мелкокле- точный рак) находились в двенадцатиперстной (три) и начальном отделе тощей кишки (один). У другого пациента 6 узлов ретикулосаркомы локализовались на протя- жении 1,5 м тощей кишки в среднем ее отделе и один — в 15 см каудальнее связ- ки Трейца.

В связи с распространенностью опухолевого процесса 9 больным были произве- дены операции только паллиативного характера — обходные анастомозы, ограничен- ные резекции кишки, разгрузочные кишечные свищи, эксплоративная лапаротомия. У 17 больных удалось осуществить радикальные оперативные вмешательства, которые заключались в резекции кишки вместе с опухолью и иссечении части брыжейки с на- ходящимися в ней регионарными лимфоузлами. Двум больным пришлось выпол- нить резекцию кишки на двух уровнях. У одного больного резекция некротизирован- ной в результате инвагинации кишечной петли с опухолью дополнена при повторном оперативном вмешательстве удалением путем энтеро- и гастротомии трех полипов из тощей, одного — из подвздошной кишки и четырех — из желудка.

При гистологическом исследовании удаленных опухолей установлено, что у 4 больных они были доброкачественными, а у 19 имели злокачественный характер. Нет сведений о гистологическом характере трех удаленных опухолей. Из числа выпи- санных после перенесенной операции (18 чел.) более 3 лет живы 10 больных, причем 6 из них живут пять и более лет. Среди пациентов, оперированных в плановом по- рядке, исходы лечения существенно лучше.

Внимание врачей общего профиля при жалобах больного на боли в животе или ные нарушения нормальной функции внутрибрюшных органов не должно ограни- чиваться обследованием только желудка или (и) толстого кишечника. Нельзя вы- пускать из поля зрения и средний отдел желудочно-кишечного тракта — тонкий ки- шечник, где очаговые процессы (доброкачественные и злокачественные опухоли, яз- вы, рубцовые изменения, спайки или иная патология) являются столь же реальными, как и на любом ином уровне пищеварительной трубки.

УДК 616.3—006

Н. П. Силитрин, В. Ф. Диденко, А. М. Батраков (Саранск). Полинеоплазии желудочно-кишечного тракта

Первично-множественные опухоли могут развиваться как синхронно, так и мета- хронно, причем последние диагностируются чаще. Частота поражения органов и систем различна, но, как правило, первично-множественные опухоли локализуются в желудочно-кишечном тракте, затем в коже, молочной железе, легких.

В Мордовском республиканском онкологическом диспансере за два года (1979— 1980) первично обратились и получили соответствующее лечение 370 больных с за- болеваниями желудочно-кишечного тракта. У 9 из них обнаружены первично-мно- жественные опухоли (не считая кожной локализации), что составило 2,4% (женщин— 6, мужчин— 3; в возрасте от 31 до 41 года— 3, от 51 до 61— 5 и старше 61 года— 1 человек). Двойная локализация выявлена у 4 пациентов, тройная— у 3, опухоли четырех локализаций — у 1 и пяти— также у 1 больного. Синхронно опухоли раз- вивались у 5, метакронно — у 4 человек.

Приводим краткие данные о некоторых больных.

Ф., 56 лет, поступила в клинику 13/VIII 1979 г. с диагнозом — рак слепой кишки в III стадии, подтвержденный при ирригоскопии. Жалобы: общая слабость, тупые боли в правой половине живота, жидкий стул с примесью слизи.

После подготовки 16/VIII 1979 г. больная прооперирована. При ревизии брюш- ной полости в восходящем и нисходящем отделах толстой кишки найдены две опу- холи. Произведена колектомия с наложением анастомоза между подвздошной и дистальным отделом сигмовидной кишки. Гистологический диагноз: в обеих локали- зациях кишки — аденокарцинома. Осложнений после операции не было. Выписана домой. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно.

Р., 31 года, поступила в клинику с диагнозом — рак прямой кишки в III ста- дии, частичная кишечная непроходимость, опухоль яичников. После соответствующей подготовки 10/I 1980 г. больная прооперирована. Обнаружены раковая опухоль ам- пулярного отдела прямой кишки с инфильтрацией в параректальную клетчатку и дис- семинацией тазовой брюшины, киста левого яичника на широкой ножке, рак правого яичника, метастазы в большой сальник. Произведены двусторонняя овариэктомия с резекцией большого сальника, двустольный противоестественный анаст. Гисто- логический диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки, аде- нокарцинома с озислением правого яичника, папиллярная цистаденома левого яич- ника. После операции проведен курс полихимиотерапии: 5-фторурацилом и циклофос- фаном. Выписана 15/II 1980 г. Умерла 15/V 1980 г.

Во всех случаях опухолевого процесса желудочно-кишечного тракта необходимо помнить о возможности первично-множественного процесса. Поэтому во время

лапаротомии следует проводить тщательную ревизию всего толстого кишечника. Больные после успешного оперативного лечения рака пищеварительного тракта подлежат постоянному диспансерному наблюдению и периодически проводимым рентгенологическим и эндоскопическим обследованиям.

УДК 618.17—008.8+611.711.616—073

Я. Н. Ниязов, Р. А. Ниязова (Уфа). Рентгенологические изменения скелета у женщин с нарушениями менструальной функции

Мы наблюдали 67 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с нарушениями менструальной функции. У 10 из них констатированы аменорея, у 11 — синдром Штейна—Левенталя, у 43 — дисфункционально-маточные кровотечения различной этиологии, у 3 — климактерические и постклимактерические синдромы. Указанным больным проведено рентгенологическое исследование скелета, причем у 45% были обнаружены костно-суставные изменения.

На рентгенограммах черепа у 17 женщин выявлены остеопороз в передних отростках клиновидной кости, уплотнение костей свода черепа (чаще в лобной кости), слабо выраженный линейный и неравномерный остеосклероз дна и спинки турецкого седла, многоконтурность дна турецкого седла с деформацией, неравномерное уплотнение венечного и частично лямбдовидного швов.

Из 17 больных у 7 выражен рисунок ложа артериальных сосудов, у 5 отмечен симптом пальцевидных вдавлений в лобной, теменной, височной костях, у 3 пациенток усилено изображение ложа венозных синусов в височно-теменной и затылочной областях.

Поражения суставов обнаружены у 18 женщин. Они состояли в кистовидных просветлениях в головках и основаниях смежных суставных сочленений, неравномерном уплотнении субхондральных пластинок, костных разрастаниях по краям суставных поверхностей по типу обезображивающего остеоартроза в мелких суставах кистей.

Наличие клинических жалоб — боли в области шеи — послужили показанием для рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника. На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника в 0,2% случаев выявлены признаки деформирующего спондилеза и в 1,2% — межпозвоночного остеохондроза. Для уточнения диагностики выполнены рентгенограммы шейного отдела позвоночника. Для этого пользовались гибкой кассетой, представляющей собой светонепроницаемый лак-кожи или дермантина, с минимальным радиусом кривизны 7—8 см. Внутри кассеты между усиливающими экранами расположена рентгеновская пленка. Благодаря свойствам кассета может плотно облегать исследуемый участок тела.

Методика рентгенографии: больная ложится вниз лицом на мешочек с наполненным в передней части шеи. Гибкая кассета устанавливается между шеей и передней частью шеи. При боковом положении больной гибкая кассета подкладывается под область шеи на мешочек с песком, предназначенный для обтяжки кассетой шеи.

Физико-технические условия рентгенографии гибкой кассетой: расстояние фокус-рентгеновской трубки-кассеты — не более 50 см, напряжение — 52—57 кВ, ток — 60—100 мА, экспозиция — 0,3—0,4 с.

На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения обнаружены только у 3 человек, а на рентгенограммах с гибкой кассетой признаки деформирующего спондилеза, раннего и выраженного межпозвоночного остеохондроза выявлены у 29 больных. Из них у 19 женщин отмечены остеофиты и костные разрастания крючковидных отростков тел шейных позвонков, выпрямленность шейного лордоза, сужение высоты межпозвоночных щелей, выбухание задних лимбусов, уплотнение субхондральных замыкательных пластинок межсуставных отростков; у 7 женщин обнаружены остеопороз тел позвонков, остеосклероз замыкательных пластинок, костные выбухания передних краниокаудальных углов и задних лимбусов, незначительное снижение высоты межпозвоночных щелей.

УДК 618.15—007.44—089:616.62—008.22

Л. Н. Василевская, В. М. Багаев (Москва). Восстановление мочеиспускания после операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки

Оперативные вмешательства на матке и влагалище нередко в послеоперационном периоде приводят к атонии мочевого пузыря и циститам. Предупреждение этих осложнений весьма важно. С 1972 по 1981 г. мы наблюдали 131 больную старше 50 лет после пластических операций, выполненных влагалищным путем, по поводу опущения, выпадения матки и влагалища. Влагалищная экстирпация матки по Мейо произведена у 87, манчестерская операция — у 9, передняя и задняя пластика с левоторопластикой — у 35 больных. Все операции включали мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и уретры.

Для сравнения степени восстановления функции мочеиспускания после пластических влагалищных операций все оперированные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 55 больных, которым сразу после операции был поставлен постоянный полиэтиленовый катетер на 3—4 дня с зажимом, позволяющим самой больной выпускать мочу 5—6 раз в сут. Вместо катетера можно пользоваться полиэтиленовыми трубками от одноразовых систем для переливания крови после оплавки одного из концов и вырезки бокового отверстия. Один раз в сутки производили промывание мочевого пузыря 0,5% раствором фурацилина. Пользование постоянным катетером с дозированным выпуском мочи обеспечивало физиологический массаж мочевого пузыря, предотвращающий его атонию.

После удаления катетера самостоятельное мочеиспускание у 44 больных восстановилось сразу, у остальных — на следующие сутки. У 5 из 24 женщин, у которых до хирургического лечения определялась остаточная моча в количестве 100—600 мл, на 7 сут после операции ее количество уменьшилось до 30 ± 10 мл.

76 женщин (2-я группа) в послеоперационном периоде постоянным катетером не пользовались. Самостоятельное мочеиспускание у 52 больных восстановилось на 4—5 сут после операции, а у остальных на 6—10 сут. Для возобновления самостоятельного мочеиспускания каждой больной приходилось производить от 8 до 24 катетеризаций. На 7—8 сут после операции более чем у половины женщин остаточная моча определялась в количестве 80 ± 10 мл (до операции она достигала 150—700 мл). Симптомы цистита выявлялись у 45% больных. На 8—9 сут количество лейкоцитов и эритроцитов в моче больных 2-й группы было в 2—2,5 раза больше, чем у женщин 1-й группы.

Следовательно, применение постоянного катетера с дозированным выпуском мочи ведет к более быстрому восстановлению самостоятельного мочеиспускания. Кроме того, при выполнении пластических операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки оно способствует уменьшению количества послеоперационных циститов.

УДК 618.14—089.87—02.616.62—009.16—08.615.814.1

Ф. М. Сабилов, А. М. Свергузов (Казань). Иглорефлексотерапия при послеоперационной атонии мочевого пузыря

Нарушения мочеиспускания, особенно после экстирпации матки, являются нередким осложнением послеоперационного периода. Они проявляются в виде учащенного мочеиспускания или задержки мочи, но больные при этом обычно ощущают позывы к мочеиспусканию. Эти осложнения поддаются медикаментозной терапии и физиотерапии. Мы наблюдали больную, которая после операции экстирпации матки не мочилась и не ощущала позывов к мочеиспусканию. Они появились только через два месяца после операции в результате проведенной иглорефлексотерапии.

З., 54 лет, поступила в клинику 8/1 1981 г. с диагнозом — миома тела матки с прогрессирующим ростом.

Менструации — с 13 лет, через 4 нед по 3 дня. Последняя менструация — 25/XII 1980 г. Замужем с 25 лет. Половой жизнью жила всего несколько месяцев. Беременностей не было. Перенесла тяжелую психическую травму.

Впервые опухоль была выявлена в 1979 г. Жалоб больная не предъявляла. Женщина психически неуравновешенная, плохо контактирует с окружающими, часто агрессивна, груба. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые — нормальной окраски. Сердце и легкие без патологии. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации определяется плотная, неподвижная, бугристая опухоль, верхний полюс ее достигает пупка, нижний — уходит в полость малого таза. На шейке матки — множество кист.

Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки полукольцевидной формы переходит в вышеописанную опухоль. Придатки не определяются. Выделения — белого цвета.

С диагнозом — множественная интерстициально-субсерозная миома тела матки с прогрессирующим ростом — 4/II 1981 г. больная была прооперирована. Во время операции оказалось, что матка увеличена до 20 нед беременности, бугристая, содержит множество интерстициальных и субсерозных миоматозных узлов диаметром от 2 до 18 см. Правый яичник превращен в опухоль тугоэластической консистенции, размером $6 \times 4 \times 5$ см. К нему плотно припаян червеобразный отросток. Левый яичник содержит множество ретенционных кист диаметром 2 см и меньше. Трубы — без изменений.

Произведены простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон и аппендэктомия. Послеоперационный диагноз (после гистологического исследования) — множественная интерстициально-субсерозная миома тела матки с отеком, гиалиномом и некрозом, эндометриоз правого яичника, ретенционная киста левого яичника, железисто-мышечная гиперплазия шейки матки, катаральный аппендицит.

Послеоперационный период (кроме мочеиспускания) был гладким. С четвертого дня нормализовалась температура. Кишечник функционировал нормально. Заживление раны передней брюшной стенки произошло первичным натяжением. Позывов к мочеиспусканию у больной не было. На следующее утро после операции было выпущено 1,5 л мочи. Проводили медикаментозную стимуляцию мочевого пузыря, электростимуляцию, промывание мочевого пузыря раствором фурацилина. С третьего дня ввели постоянный катетер. Однако позывы к мочеиспусканию не восстановились. Больная была консультирована урологом. На 15-й день после операции постоянный катетер был удален. Позывы к мочеиспусканию не возобновились. За сутки выпущено 2,1 л мочи.

С 16-го дня начали иглорефлексотерапию. Остальное лечение было отменено.

Лечение начинали с использования I уровня воздействия на точки акупунктуры третьей пары «чудесных» меридианов: 7 I Ля-пое, 6 VIII Чжао-хай, 6 IV Сань-инь-цзяо, 2 XIV Цюй-гу, 3 XIV Чжун-цзи, 4 XIV Гуань-юань, 6 XIV Ци-хай. На пятом и шестом сеансах иглорефлексотерапию проводили по схеме, предложенной Ф. Манном (1962) с тонизацией VII меридиана. В дальнейшем лечение продолжали с использованием III вида связи и применением поперечных ЛО-пунктов, а также воздействия на дистальные точки VIII меридиана и трехзональную его систему при синдроме «недостаточности». После пятого сеанса иглорефлексотерапии появилось первое самостоятельное мочеиспускание в количестве 0,8 л, при этом остаточная моча была в количестве 0,4—0,6 л. При лабораторном исследовании мочи патологические изменения не обнаружены. Количество остаточной мочи постоянно уменьшалось. Был проведен курс лечения из 10 сеансов. На 29-й день после операции больную выписали из клиники в удовлетворительном состоянии. Позывы к мочеиспусканию у больной появились только через 2 месяца после операции.

УДК 617.559—08:615.814.1:611.85

А. М. Свергузов, В. М. Носов (Казань). Зональная аурикулотерапия больных поясничным остеохондрозом

Использование известных точек аурикулотерапии при различных болевых состояниях не всегда приводит к нужному обезболивающему эффекту. Нельзя отрицать и трудность выбора наиболее эффективной точки. Поэтому для купирования болевых состояний нами применялась зональная аурикулотерапия — техника так называемого нанизывающего укола.

Зональная аурикулотерапия для снятия выраженного болевого синдрома с первого дня лечения была применена у 28 больных поясничным остеохондрозом. Воздействие проводили в области верхнего отдела противозавитка и его нижней ножки ушной раковины по аурикулярным точкам: АТ38VII (крестцовый отдел позвоночника), АТ115VII (тепло), АТ52IX (седалищный нерв), АТ53IX (ягодица), АТ54IX (люмбагия). С помощью металлического зонда определяли наиболее болезненную точку. От нее намечали линию ввода иглы до точки АТ52IX (седалищный нерв). Аурикулярную иглу медленными вращательными движениями, не повреждая хрящевую ткань, вводили подкожно от триггерной точки до последующей, расстояние между ними составляло 10—15 мм. Выбор стороны воздействия находили и по выраженной болезненности аурикулярных точек, но в большинстве случаев укалывали ушную раковину на стороне патологического процесса. Проводили однократную стимуляцию иглы в течение 10 с и затем оставляли ее на сутки. Выраженность болевого состояния оценивали через 1 и 24 ч от начала лечения.

Анализ полученных данных показал достоверное уменьшение выраженности симптома Ласега через 1 ч на 22% и через 1 сут на 20% по отношению к исходным данным (объективным критерием в оценке симптома Ласега мы считали угол подъема ноги, при котором появлялась выраженная боль). Отмечена незначительная динамика в сторону улучшения курвиметрических показателей. Наиболее быстрое уменьшение боли наблюдалось в течение первого часа после введения иглы, в дальнейшем состояние больных поддерживалось на достигнутом уровне или констатировалась некоторая тенденция к ухудшению показателей. Это служило основанием для продолжения лечения больных с применением корпоральной акупунктуры. В процессе последующего лечения усиления боли не отмечалось.

Следовательно, зональная аурикулотерапия позволяет за короткое время купировать болевой синдром. Этой методикой целесообразно пользоваться в первые сутки до начала основного патогенетического лечения больных поясничным остеохондрозом.

СТАЦИОНАР «ОДНОГО ДНЯ» В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

А. А. Вишневский, В. В. Борисов, И. П. Копейко, В. А. Федорова

Отделение торакальной хирургии (зав. — проф. А. А. Вишневский) Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР

Реферат. Проанализирована эффективность работы стационара «одного дня» — догоспитального обследования торакальных больных в амбулаторных условиях. Показано, что такая форма обслуживания больных значительно сокращает время постановки диагноза и пребывания больного в стационаре, а также позволяет увеличить оборот койки и повысить хирургическую активность стационара.

Ключевые слова: торакальные больные, догоспитальная диагностика.

Результаты хирургического лечения заболеваний легких находятся в прямой зависимости от своевременности обнаружения патологических изменений. Наиболее информативные методы исследования являются и наиболее инвазивными, и применение их в поликлинике не всегда возможно. Эти соображения побудили нас заняться организацией специального звена на догоспитальном этапе, которое сочетало бы возможности массовости поликлинических приемов, с одной стороны, и безопасность применения всех необходимых методов исследования для получения точного диагноза — с другой.

В нашем институте развернут стационар «одного дня», цель которого — выполнение основных диагностических исследований и хирургических биопсий в амбулаторных условиях. Сроки пребывания в нем больного колеблются от нескольких часов до 3—5 дней, необходимых для установления морфологического диагноза. Такой стационар должен установить тесную связь как с поликлиникой, так и с торакальным отделением, иметь свою документацию, которая, наряду с информативностью, была бы несложной. Задачами стационара являются: 1) установление в кратчайший срок диагноза; 2) определение распространенности заболевания в легком; 3) выявление возможности для хирургического лечения, предполагаемый тип вмешательства и объем операции.

За 1979—80 гг. в диагностическом стационаре «одного дня» выполнено 1181 инструментальное исследование, в том числе бронхологических — 1017; пункционных биопсий легкого, плевры, средостения — 125; плевроскопий — 17, лапароскопий — 22. Высокая результативность биопсийных методик, отсутствие каких-либо серьезных осложнений позволили нам, начиная с 1981 г., в условиях стационара «одного дня» перейти к предварительному обследованию каждого больного с бронхолегочной патологией, направляемого в торакальное отделение.

Обследование больных проводится в два этапа. На первом этапе в поликлинике выполняется клиническое и лабораторное обследование, что позволяет поставить больному предположительный диагноз или составить дифференциально-диагностический ряд. В зависимости от предварительного диагноза, локализации и характера патологического процесса планируются дальнейшие диагностические мероприятия. Второй этап обследования проводится в стационаре «одного дня». Ведущими исследованиями являются эндоскопические методы. Манипуляции выполняются как в условиях наркоза и искусственной вентиляции легких, так и под местной анестезией.

При отрицательном результате цитологического исследования полученного материала, которое становится известным через 1,5—2 ч, больному производятся другие виды биопсий, такие как аспирационная или игловая биопсия легкого, средостения, биопсия плевры, плевроскопия, лапароскопия.

Для определения эффективности обследования на догоспитальном этапе была проведена сравнительная оценка двух групп больных. I группу составили 48 человек, поступивших в торакальное отделение без предварительного обследования; во II группу вошли 45 больных, предварительно обследованных в стационаре «одного дня».

Для сравнения были выбраны следующие критерии: 1) сроки пребывания в стационаре до установления диагноза; 2) процент оперированных больных; 3) количество пробных торакотомий; 4) процент неоперированных больных, причины отказа от операции; 5) количество койко-дней, проведенных в стационаре до момента операции.

Сроки пребывания больных 1-й группы в отделении до установления точного диагноза колеблются от 1—3 дней до месяца и более (в среднем 7—15 дней). Из 41 больного с центральной локализацией опухоли хирургическое лечение осуществлено лишь у 14, в том числе сделана 1 пробная торакотомия и 27 человек не оперированы. С периферическим расположением опухоли оперативному вмешательству подвергнуты 6 человек, не оперирован один. Итого из 48 больных радикально оперированы лишь 19. Произведена одна пробная торакотомия и 28 человек, которые провели в отделении 665 койко-дней, выписаны без операции. Среди последних наибольшую группу (19 человек) составили больные с запущенными формами рака легкого, у которых оперативное вмешательство было невыполнимо из-за распространения опухоли на трахею или ее бифуркации или прорастания опухоли в средостение. Показательны сроки пребывания этих больных в отделении после установления диагноза, то есть выполнения бронхологического исследования: 13 человек выписаны в ближайшие 5 дней, остальные 6 — в сроки от 7 до 10 дней. Это подтверждает состоятельность бронхологического исследования для установления полной иноперабельности этих больных.

Второй причиной отказа от хирургического лечения явилось наличие противопоказаний для выполнения операции со стороны других органов. Таких больных выписывали в сроки от 20 до 30 дней после морфологической верификации опухоли. Относительно сложные и многочисленные исследования позволили обнаружить функциональные изменения, не допускающие оперативное вмешательство. И, наконец, третьей причиной явились отказы больных от операции.

За два месяца 1981 г. в стационаре «одного дня» обследовано 136 больных с различной легочной патологией. В отделение для оперативного лечения госпитализировано 45 (33%), из них 26 — с диагнозом «рак легкого».

При установлении этого диагноза в стационаре «одного дня» важно выяснить все возможности для хирургического лечения больного: 1) точную локализацию опухоли; 2) распространенность по бронхам; 3) гистологический тип опухоли; 4) наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

Последний из этих моментов — наиболее сложный. Учитывая частоту поражения метастазами рака легкого органов, расположенных ниже диафрагмы (ряд авторов считает, что они стоят на втором месте после средостения), в частности печени, части больных выполняется лапароскопия. Показания для этого исследования зависят от гистологического типа опухоли и наличия метастазов в лимфатических узлах средостения. Больные с морфологически подтвержденным недифференцированным и железистым раком вне зависимости от размеров первичной опухоли подвергаются лапароскопии. При плоскоклеточном раке лапароскопия показана при явном поражении лимфатических узлов средостения.

Из 26 человек радикально прооперирован 21. Помимо этого двум больным произведена пробная торакотомия. В обоих случаях опухоль прорастала через крупные сосуды, гистологический тип — недифференцированный рак. Три человека выписаны без операции — у одного из них противопоказанием для выполнения операции явился выраженный коронарокардиосклероз, у другого обнаружены метастазы в мозге. У одной больной округлое образование в верхней доле правого легкого было определено как периферический рак. Цитологическое исследование пункта подтвердило злокачественное образование. Однако в дальнейшем диагностирован «рак почки», а образование в легком оказалось метастазом.

Таким образом, из 26 человек, обследованных в стационаре «одного дня» и госпитализированных для оперативного лечения, прооперировано 80%, в то время как из направленных в отделение без предварительного обследования оперативному вмешательству было подвергнуто лишь 40% больных.

Для обследования требуется в среднем 3 дня. Госпитализация больного в стационар для хирургического лечения с уже установленным диагнозом значительно сокращает время его пребывания на койке, позволяя увеличить оборот койки, повысить хирургическую активность стационара.

Поступила 24 августа 1981 г.

ФИЗИОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Н. И. Вылегжанин, А. Т. Гончаров

Кафедра общей гигиены (зав.—доц. А. Т. Гончаров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Старение — процесс внутреннего автоматического, медленного, неотвратимого, развивающегося в течение всей жизни специфического изнашивания, неразрывно связанного с постепенно снижающимися и замедляющимися процессами восстановления. Замедлить старение в пожилом возрасте помогает здоровый образ жизни, главными составляющими которого являются постоянный умственный и физический труд в сочетании с правильно организованным отдыхом, нормальный психологический микроклимат в семье и на работе, постоянное совершенствование своего характера, отказ от вредных привычек, систематические занятия физкультурой и спортом, рациональное питание.

Ключевые слова: пожилой возраст, физиология, гигиена.

Библиография: 13 названий.

Постарение населения — характерный признак нашего общества. По классификации, принятой на конференции геронтологов в 1963 г., к пожилым относятся люди в возрасте 60—74 лет. Число людей старше 60 лет к 1975 г. в СССР составило 13,3% от числа всего населения. Темпы их роста были выше, чем у населения страны. Так, за период 1970—1975 г. население страны увеличилось на 4,8%, а число пожилых людей в возрасте 60 лет и старше — на 17,5 [1].

Старость является следствием старения, которое начинается, как полагают, с ранней молодости и субъективно незаметно, неощутимо продолжается в течение всей жизни. Однако объективно его признаки улавливаются довольно рано. Так, уже с 20 лет ежегодно жизненная емкость легких мужчин уменьшается на 17,5 мл³, а, начиная с 25 лет, основной обмен веществ в человеке каждое десятилетие снижается на 7,5%.

Возрастным проявлением старения следует рассматривать снижение возможностей людей заниматься спортом или работать в специальных (водолазами, в сверхзвуковой авиации и т. п.) или экстремальных условиях (в Арктике, Антарктиде, высокогорных районах), что связано с постепенным возрастным снижением адаптационных способностей. Правда, это снижение может перекрываться компенсирующим воздействием новых приспособительных навыков и реакций, в первую очередь, психоэмоциональных и нейрогормональных. Есть основание процесс индивидуального старения считать процессом внутренне противоречивым: с одной стороны, он ведет к постепенному и неуклонному снижению общего адаптационного потенциала организма, а с другой — компенсаторно возникают другие реакции, которые не только не уменьшают потенциал общей неспецифической приспособительной реактивности организма, но удерживают ее на должном возрастном уровне. Это подтверждают устойчивость людей среднего возраста к болезням и сравнительно низкая смертность, регистрируемая демографически.

Следовательно, старение есть процесс внутреннего медленного, неотвратимого, развивающегося в течение всей жизни, специфического изнашивания, которое завершается наступлением старости. Но если мы сказали об изнашивании, то нельзя обойти второй — диалектически с ним связанный процесс восстановления. Как правило, восстановительные процессы в пожилом и старческом возрасте снижены и замедлены. Это хорошо известно хирургам: раны заживают медленнее, кости срываются хуже, реабилитация после болезней протекает дольше. Преобладание процессов изнашивания над восстановительными — характерная физиологическая особенность стареющего и старого организма.

Клетки в процессе функционирования изнашиваются структурно, то есть своими органоидами — ядрами, мембранами, митохондриями и всеми другими частями. В первую очередь катаболизируются фосфорсодержащие соединения (АТФ, ДНК и РНК и др.) и цитоплазматические белки. Процесс восстановления означает, по существу, восстановление структур, а через них и функций клеток [3, 4].

Собственно старым определен возраст с 75 до 90 лет. Конечно, скорость старения и наступления старости индивидуально развиваются различно: у одних быстрее (преждевременное старение), у других медленнее (позднее старение). Но в том

и другом случае старение ведет к старости и смерти, а, значит, этот процесс в своей направленности разрушительный.

Процесс старения еще нередко называют биологическими часами организма, механизм которого возникает эндогенно, но ход их в течение всей жизни подвержен постоянному воздействию внешней среды (поскольку речь идет о человеке, то не столько природной, сколько общественной). Подъем уровня социальных условий вызвал увеличение средней продолжительности жизни человека [12, 13]. С другой стороны, появилась возможность достижения большинством людей видовой биологической продолжительности жизни, срок которой точно неизвестен, но предположительно равен 90—100 годам.

Индивидуальное течение старения и время наступления старости определяются генотипически (они врождены и обязательно вписаны в историю жизни) и фенотипически, то есть реакциями на условия жизни в онтогенезе. Интересно, что чем благоприятнее социальные и климатические условия, рациональнее образ жизни людей, тем меньшая роль среди факторов активного долголетия отводится наследственности [10]. Важнейшим фактором активного долголетия является здоровый образ жизни, который во многом определяется самой личностью.

Из сказанного вытекает важный вывод, что в какой-то мере управление ходом своих биологических часов находится в руках каждого человека, если иметь в виду естественное развитие старения или его ускорение в направлении к старости. Задача при этом заключается еще и в том, чтобы человек в пожилом и старом возрасте был относительно здоров и жизненно активен, то есть максимально свободен от болезней.

Что же конкретно понимается под здоровым образом жизни пожилого человека — именно таким, который делает личность максимально свободной от болезней?

Главнейшая составляющая такого образа жизни — постоянный творческий труд, умственный и физический, который является важным фактором активного долголетия. Еще Х. Гуфелянд, основоположник науки о долголетии (XVIII век), писал, что ни один лентяй не достиг глубокой старости: все достигшие ее вели очень деятельный образ жизни. По образному выражению К. Маркса, труд прибавляет масло в лампу жизни, а мысль зажигает ее.

Высокая жизнеспособность и функциональная активность всех органов и тканей прямо связаны с оптимальным снабжением их кислородом, что, в свою очередь, зависит от их капилляризации. Более развитая сеть капилляров характерна для работающих органов. Именно поэтому постоянная, правильно организованная физическая и умственная работа является профилактической мерой, сохраняющей психическое и соматическое здоровье, высокую трудоспособность пожилых людей.

В профессиях, не связанных с выраженными производственными вредностями, при средней степени напряженности труда профессиональная работоспособность остается высокой в 50—60 лет, а у многих и в возрасте 60—70 лет и более [6]. В связи со снижением адаптационных возможностей организма пожилых людей особую актуальность приобретают надлежащие санитарно-гигиенические условия их труда: чистый воздух, рациональное освещение, оптимальный микроклимат, правильно организованный отдых с обязательной производственной гимнастикой, рациональная рабочая поза.

Для пожилых работников малоподвижных профессий важно выработать привычку соблюдать рациональную рабочую позу. Более выгодна рабочая поза сидя. При легких ручных работах нормальным является не выпрямленное, а слегка наклонное положение тела с легким кифотическим изгибом поясничной части позвоночника. При такой позе поддержание верхней части тела происходит при естественном участии связок, прикрепляющихся к отросткам позвонков, что ограничивает участие мышц. При работе сидя важно предотвратить формирование сгорбленности позвоночника. Для этого у стула должна быть спинка на высоте 20—22 см от сиденья, достигающая только края подвздошных костей. Этим можно ограничить поворот таза назад. Рабочую позу сидя следует периодически менять на позу стоя. Рациональная мебель может снизить мышечное напряжение в 3—4 раза [11]. Если пожилой человек ушел на пенсию, то и тогда он не может обойтись без посильного труда, без любимого дела. Художественные ремесла, коллекционирование, садоводство, работа над мемуарами, наставничество и многие другие любимые и полезные занятия помогают сохранить здоровье и долголетие.

Здоровый образ жизни немыслим без нормального психологического климата в рабочем коллективе и в семье. По словам И. П. Павлова, радость укрепляет тело, горе его разрушает. Поэтому из жизни пожилых людей надо исключить резкие эмоциональные напряжения, хронические психические травмы, одним словом — обеспе-

чить им хороший психоэмоциональный настрой. Пожилые люди чаще нуждаются в медицинской помощи, многие из них нередко бывают на приеме у врачей. Чуткость, предельная внимательность, ободряющее слово, приветливость медицинского работника очень часто действуют эффективнее фармакологических средств.

Психоэмоциональное состояние и здоровье во многом зависят от характера человека. Значительно реже болеют те пожилые люди, которые привыкли совершенствовать свой характер, устраняя его негативные черты (сварливость, подозрительность, эгоизм, жадность и пр.). Известно, что люди неуживчивые, злые, себялюбивые, вечно чем-то недовольные живут меньше. Пожилой человек проживет долгую счастливую жизнь, если он не будет уставать делать людям добро.

Отказ от курения и употребления алкогольных напитков — неперемный атрибут здорового образа жизни. Табак и алкоголь для пожилого человека — коварные враги, потому что они делают его покорным рабом своих пристрастий и постепенно, незаметно подтачивают его здоровье и снижают работоспособность. Подсчитано, что каждая выкуренная сигарета сокращает жизнь курильщика на 5—6 мин. Конечно, некоторые пожилые люди отказываются от дурных привычек, но часто только тогда, по жизненным показаниям, когда курение и употребление алкоголя грозят повторением заболевания или смертью.

Обязанность врача — самому избавиться от вредных привычек и отучить от них своих пациентов. Тогда резко сократится число таких заболеваний, как рак легкого, бронхит, эмфизема легких, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, инфаркт миокарда, инсульт. Заметно повысится работоспособность. Как тут не вспомнить мудрые слова великого Гете, справедливость которых получила сейчас научное подтверждение: «От курения тупеешь. Оно несовместимо с творческой работой. Курение хорошо лишь для бездельных людей».

Одним из главных факторов, ускоряющих старение, является избыточная масса тела, характерная для алиментарного ожирения (заболевания, связанного с избыточным питанием), при котором жир составляет 20% массы тела и более. Поэтому повседневная профилактика ожирения — неперемная составная часть здорового образа жизни. Каждый человек должен стремиться иметь нормальную (должную, идеальную) массу тела. Ориентировочно ее можно определить по формуле Брока: нормальная масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100. Массу тела можно систематически (один раз в неделю) контролировать утром натощак взвешиванием. Пожилому человеку желательно иметь портативные напольные весы (например, марки «Здоровье»).

Питание пожилых должно быть рациональным, то есть качественно полноценным, сбалансированным по основным пищевым веществам, умеренно ограниченным по энергетичности. Однообразное питание является неполноценным, поэтому рекомендуется употреблять разнообразные пищевые продукты: молоко и молочные продукты, овощи, фрукты, рыбу, нежирное мясо, яйца (2—3 в неделю), крупы, мучные изделия, жиры. Желательно чаще иметь в рационе овощи, фрукты, творог, рыбу, растительное масло (20—30 г в сутки), зерна подсолнуха, в которых содержатся естественные противосклеротические вещества. Рациональное питание — эффективная профилактическая мера против атеросклероза [7].

Энергетичность суточного рациона для пожилых мужчин по физиологическим нормам определена в 9211—11095 кДж, для пожилых женщин — 8374—9630 кДж; норма белка для мужчин — 75—91 г и для женщин — 65—79 г; нормы жира 71—85 г и 61—74 г соответственно; норма углеводов для пожилых мужчин и женщин — 350 г. При этом белок животного происхождения должен быть равным 50% суточной нормы белка (половина животного белка — молочный белок).

Одну четвертую часть суточной нормы жира должно составлять сливочное масло, столько же — растительное, остальное — кулинарный жир и жир пищевых продуктов. 25% углеводов (80—100 г) желательно получать за счет картофеля, овощей и фруктов, а сахара следует употреблять не более 50 г в сутки.

Индивидуальный самоконтроль за рациональностью питания пожилые люди могут осуществлять с помощью номографа и счетчика калорий, предложенных академиком АМН СССР А. А. Покровским, а также калькулятора «Рацион» (автор — зав. кафедрой питания Центрального института усовершенствования врачей В. И. Воробьев).

Номограф А. А. Покровского (приложение к его книге «Беседы о питании») позволяет точно определить должную массу тела и оптимальное количество белков, жиров, углеводов, фосфора, кальция, железа, некоторых витаминов в суточном рационе в зависимости от величины нормальной массы тела, возраста, пола, профессии, дополнительной физической нагрузки.

Калькулятор питания «Рацион» служит для определения фактического содержания основных питательных веществ (белков, жиров, углеводов и др.) и фактической энергоемкости пищи. Он помогает организовать рациональное питание не только здоровому человеку, но и больным, страдающим различными заболеваниями — сахарным диабетом, ожирением, заболеваниями органов пищеварения и др. Счетчик калорий и калькулятор «Рацион» выпускаются серийно и продаются в аптеках и специализированных магазинах санитарии и гигиены.

Гиподинамия (недостаточная двигательная активность) является серьезным и весьма распространенным личностным фактором, ведущим к ожирению и вообще отрицательно влияющим на здоровье пожилых людей. При дефиците движений, особенно в условиях переедания, развивается атеросклероз, заметно нарушается функция сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, теряется сила и уменьшается объем скелетной мускулатуры, ограничивается подвижность в суставах, быстрее стареют органы дыхания и развивается эмфизема легких, истончаются и становятся хрупкими кости, замедляется процесс пищеварения, возникают запоры, нарушается выделение метаболитов из организма, повышается уровень холестерина в крови (а это уже грозит прогрессированием атеросклероза), в суставах накапливаются соли мочевой кислоты — развивается подагра. Чтобы избавиться от этих последствий гиподинамии, отдых должен быть активным физически, что является одним из основных правил здорового образа жизни.

Мы настоятельно рекомендуем всем врачам пользоваться в своей личной жизненной практике советами, изложенными в ряде книг [2, 5, 9], и пропагандировать их среди пациентов. В них описаны ежедневные физические упражнения для пожилых людей.

Конечно, пожилой человек, прежде чем приступить к физическим упражнениям, должен пройти медицинское обследование и получить совет специалиста о разумном объеме и видах упражнений. В любом случае пожилому следует соблюдать принцип постепенности вхождения в непривычную для него работу. Программа упражнений, рекомендуемая Магдой Розенберг (1981), поможет медленно и ненавязчиво привести в норму все тело и укрепить его физическое состояние. Но для этого требуются терпение, самодисциплина, решительное устранение всяких отговорок, которые чаще всего порождаются обыкновенной ленью.

Магда Розенберг справедливо обвиняет медиков: «...почему они не ратуют за физические упражнения как за универсальную форму профилактической медицины, почему не бьют во все колокола? Разве профилактика дорого стоит?» Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дальнейшем подъеме массовости физической культуры и спорта» открывает новые возможности в развитии физкультуры среди советских людей всех возрастов. Прежде всего врачи должны содействовать этому своим личным примером.

Какие виды физических упражнений наиболее доступны для пожилых? Индивидуальная утренняя зарядка, прогулка, плавание, катание на велосипеде, длительная ходьба, бег (начать с нескольких секунд и за несколько месяцев довести до 5 мин), туристические походы. Все эти виды физической культуры лучше всего осваивать в группах здоровья. Несомненно, полезна также умеренная работа в саду или огороде.

Здоровый образ жизни предполагает разумную организацию отдыха. Энергичный пожилой человек должен знать, что любимый труд лишь тогда полезен для здоровья и плодотворен, когда он сочетается с отдыхом. При умственном труде отдыхать полагается в течение дня каждый час (10—15 мин), включая короткий дневной сон во второй половине дня (не более 1 ч). Во время отдыха надо выйти из помещения, где работал, и проветрить его. Необходимо сменить позу (работал стоя — отдыхай сидя и сделай физкультпаузу; работал сидя — сделай прогулку, несколько несложных упражнений). Эффективным видом отдыха является перемена занятий.

Нередко пожилые люди страдают бессонницей. В этом случае благотворно действуют легкий (а не обильный) ужин, спокойная прогулка перед сном, теплые ножные ванны (можно с горчицей), постоянный приток свежего воздуха в спальную комнату во время сна.

Самый верный и реальный способ продлить жизнь — уметь ее не сокращать. Здоровый образ жизни, об основных элементах которого упоминается в этой статье, поможет многим людям достичь видового предела жизни человека — прожить до 100 лет и больше, оставаясь деятельным, жизнелюбивым человеком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева И. С., Потехина М. В. Основные вопросы медицинской демо-

графии. М., Изд-во ЦОЛИУВ, 1979.—2. Журавлев Е. П. Секреты здоровья. М., Физкульт. и спорт, 1968.—3. Меерсон Ф. З. Пат. физиол. 1980, 5.—4. Мильман М. С. Учение о старости и смерти. Баку, 1926.—5. Минх А. А. Очерки по гигиене физических упражнений и спорта. М., Медицина, 1980.—6. Навокацкий А. О., Крыжановская В. В. Возрастная работоспособность лиц умственного труда. Киев, Здоров'я, 1979.—7. Петровский К. С. Питание в пожилом возрасте. М., Медицина, 1969.—8. Покровский А. А. Беседы о питании. М., Экономика, 1968.—9. Розенберг М. За 60, а все в порядке. М., Физкульт. и спорт, 1981.—10. Сачук Н. Н. В кн.: Условия жизни и пожилой человек. М., Медицина, 1978.—11. Тарасенко Н. Ю., Ананьев Б. В., Мойкин Ю. В. Оздоровление труда работников малоподвижных профессий. М., Медицина, 1978.—12. Френкель З. Г. Удлинение жизни и деятельная старость. М., Изд-во АМН СССР, 1949.—13. Фролькис В. В. Старение и биологические возможности организма. М., Наука, 1975.

Поступила 15 апреля 1982 г.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 61 (091)

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ П. Ф. ЛЕСГАФТА В КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Научная деятельность профессора П. Ф. Лесгафта в Казанском университете— яркая страница в истории медицинского факультета и заметный след в общественной и культурной жизни нашего города. А так называемое казанское «дело Лесгафта» стало известным всей России.

11 сентября 1868 г. ученый совет Казанского университета, рассмотрев сочинения и материалы, представленные претендентами на кафедру физиологической анатомии, девятью голосами против одного отдал предпочтение проктору Медико-хирургической академии доктору медицины и хирургии П. Ф. Лесгафту. На это решение повлияла и характеристика, выданная ему «Пименом русской анатомической школы» В. Л. Грубером. Оценивая заслуги своего ученика и помощника, он писал: «Диссертация его есть одна из лучших, которые когда-либо появлялись в Медико-хирургической академии. Она основывается на огромном числе исследований и составлена с большой точностью и любовью к научной истине»¹.

Молодой экстра-ординарный профессор очень скоро обратил на себя внимание своим лекторским искусством. Живой, красочный язык, великолепное знание материала, логичность и последовательность его изложения, неожиданные и своеобразные отступления от текста в ходе лекции— все покоряло аудиторию, не предполагавшую, что курс анатомии может быть столь живым и увлекательным.

С первых шагов П. Ф. Лесгафту пришлось заниматься решением самых разнообразных вопросов— учебных, хозяйственных, бытовых. «При вступлении моем в Анатомический институт Казанского университета... я нашел его совершенно пустым, без препаратов, без инструментов, словом, без всяких удобств для успешного преподавания анатомии»,— горько признавался Лесгафт².

Он добивается выделения дополнительных средств, закупает инструменты, приборы, лабораторную посуду, музейные банки, привлекает студентов к приготовлению костных и мышечных препаратов для демонстраций на лекциях и практических занятиях.

Через месяц после начала своих лекций П. Ф. Лесгафт обратился в совет университета с просьбой разрешить ему помимо обязательного курса систематической анатомии читать для желающих лекции по хирургической анатомии. Согласие было дано, и каждое воскресенье в аудитории анатомического корпуса стали собираться студенты на эти необязательные, но удивительно интересные занятия.

«Один из самых ярких анатомов, каких производил свет»,— написал о П. Ф. Лесгафте казанский корреспондент столичной газеты «Неделя»³. И в этой меткой характеристике— весь Лесгафт.

Решительный сторонник женской эмансипации и активный борец за высшее женское медицинское образование, П. Ф. Лесгафт в первый же год своей профессорской деятельности открыл двери анатомического зала для вольнослушательниц и допустил их к практическому изучению анатомии.

Одновременно он начал читать курс анатомии для учениц повивального класса, сопровождая занятия практической препаровкой трупов, обязательной для каждой из них. В сентябре 1870 г., убедившись в добросовестности, способностях и техническом

¹ ГЦА ТАССР. Ф. 977, № 11317, л. 18.

² ГЦА ТАССР. Ф. 977, № 6436-а, л. 94.

³ «Неделя», № 49, 6 дек. 1870 г.

совершенстве одной из учениц, Евгении Мужсковой, он добивается ее официального прикомандирования к кафедре. Впервые в России женщина надела прозекторский фартук и встала рядом с профессором как его полноправная помощница.

Деятельность П. Ф. Лесгафта в Казани была плодотворной и разносторонней. Он являлся одним из учредителей общества естествоиспытателей при Казанском университете и активным его членом. Ему принадлежит идея создания антропологического музея, который, благодаря его энергии и настойчивости, стал быстро пополняться скелетами, черепами и многими другими экспонатами. В оснащении музея профессору активно помогали студенты.

Вкладывая современный смысл в слово «наставник», можно с полным правом считать П. Ф. Лесгафта наставником и другом молодежи. Учащиеся тянулись к нему, искали его внимания, с радостью выполняли поручаемую им работу, стараясь перенять его ответственность к делу, воспитывая в себе личность.

«Всю жизнь защищал он свою человеческую личность и личность ближнего от всякого поругания, гнета и насилия, всю жизнь воспитывал молодежь в идеале труда и исполнения долга», — вспоминала Вера Фигнер, его ученица по Казанскому университету¹.

Именно на этой почве, в противоборстве с притеснениями и произволом со стороны попечителя Казанского учебного округа П. Д. Шестакова и возникло «дело Лесгафта», завершившееся увольнением «строптивного» профессора из университета.

Верный слуга престола, направленный в Казань «для наведения должного порядка в университете», П. Д. Шестаков довольно быстро сумел объединить вокруг себя послушных ему профессоров, с помощью которых воздействовал на решения совета и правления. Это вызывало активное противодействие со стороны прогрессивной части профессуры, к которой сразу же примкнул Лесгафт, ставший, по выражению того же П. Д. Шестакова, «стенобитным тараном» в руках этой партии.

Революция во Франции и провозглашение в 1871 г. Парижской Коммуны, смертельно напугавшей царское правительство, привели к еще большему обострению всей обстановки в университете и, в частности, к «делу Лесгафта». Толчком к нему послужили экзамены, которые вместо П. Ф. Лесгафта принял профессор патологической анатомии А. В. Петров, причем с явным нарушением правил — без препаровки трупа и с другими условиями. Попечитель, вмешавшийся в разбор инцидента, принял сторону Петрова и приказал признать экзамены законными.

Возмущенные таким самоуправством, П. Ф. Лесгафт и профессор Н. А. Головкинский пытались добиться приема у министра народного просвещения, но потерпели неудачу. Вернувшись в Казань, они направили в «С.-Петербургские ведомости» письмо, которому редакция дала интригующее название «Что творится в Казанском университете?»². В «Голосе», «Неделе», «Камско-Волжской газете» и других периодических изданиях появились возмущенные отклики с осуждением действий Шестакова и совета университета. Однако Шестаков нашел сильного защитника в лице министра народного просвещения, который добился у царя увольнения П. Ф. Лесгафта.

Это решение взбудоражило весь город. Студенты решили организовать демонстрацию протеста, слушательницы курсов проводили митинги. 3 ноября 1871 г. на стол ректора положили свои заявления об отставке семь лучших профессоров университета: А. Я. Данилевский, Н. А. Головкинский, В. Г. Имшенецкий, В. В. Марковников, А. И. Якобий, А. Е. Голубев и П. И. Левитский. Коллективный выход группы профессоров в отставку как форма общественного протеста в высшей школе России был первым прецедентом.

Покидая Казань, П. Ф. Лесгафт, которого И. П. Павлов называл «выдающимся ученым и страстным учителем», оставлял после себя плоды своих свершений: хорошо оснащенную кафедру, анатомический и антропологический музеи, общество естествоиспытателей, несколько выпусков отлично подготовленных акушеров и женщин-вольнослушательниц, а главное — сотни студентов, которым он преподавал не только анатомию, но и основы человеческого самосознания и самоуважения, пробуждая в них лучшие общественные устремления и порывы.

...Небольшая мемориальная доска перед входом в анатомический корпус Казанского университета повествует нам о том, что здесь работал Петр Францевич Лесгафт — выдающийся анатом и замечательный человек.

Канд. мед. наук А. В. Шабунин (Ленинград)

¹ Сборник «Памяти Петра Францевича Лесгафта», СПб, 1912, с. 153.

² «С.-Петербургские ведомости» № 262, 23 сент. 1871 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Ю. Я. Грицман. *Диагностические и тактические ошибки в онкологии*. М., Медицина, 1981 г. Тираж 8000, 169 стр.

При анализе ошибок в онкологии автор выделяет диагностические, тактические, технические, организационные ошибки, а также неточности в ведении документации и поведения медицинского персонала.

В разделе, посвященном диагностическим ошибкам, рассматриваются различные «тапы и формы распознавания, активное выявление и уточняющаяся диагностика. В то же время, по мнению автора, редкий анализ возможностей ранней диагностики побуждает к выделению группы злокачественных опухолей, для которых нет информативных методов раннего распознавания (рак поджелудочной железы, костей и средостения). Организацию массовых осмотров населения автор справедливо относит к основному моменту в решении диагностической проблемы. Обследование больных, обращающихся по различным поводам — второй источник выявления рака при дифференциальной диагностике. Деление причин ошибок на субъективные и объективные, несомненно, убедительно. Значение осведомленности врача в онкологии — решающее условие их преодоления и, в частности, необоснованного, по выражению Ю. Я. Грицмана, оптимизма.

Ю. Я. Грицман вполне оправданно считает нужным запретить выполнение онкологических операций в учреждениях, в которых отсутствуют условия для проведения экстренных методов диагностики.

Весьма содержательно и красочно изложена глава, посвященная лечению больных, которое без развернутого диагноза является «вводной» и обычно решающей ошибкой. Автор обращает внимание на противоречия в тактических подходах к лечению, затрудняющие миссию врача. Деление врачебных неточностей на ошибки, допускаемые врачами общей лечебной сети и врачами-онкологами, следует считать хотя и условным, но вполне обоснованным.

Иллюстрации и соображения, приведенные в книге, подчеркивают значение специалиста-онколога, функции которого не могут быть переданы врачу другого профиля, несведущему в этой области.

В разделе, касающемся тактических ошибок онкологов, большое внимание уделено хирургическим методам лечения злокачественных новообразований. Хирургия рака является одним из важнейших разделов лечебной онкологии. В отличие от общей хирургии здесь возникает необходимость выбора, определения показаний, возможность сочетаний и комбинаций, включающих лучевую терапию и лекарственное лечение. Сложность вопроса и разноречивость подходов, как правильно утверждает Ю. Я. Грицман, требуют унификации тактики.

Эмоционально насыщенной, глубокой по содержанию является глава, посвященная деонтологическим ошибкам в онкологии. Деонтология в онкологии имеет ряд специфических проблем, которые всегда должны решаться только с учетом интересов заболевшего. Эти страницы читаются с увлечением и имеют большое воспитательное значение.

В целом книга Ю. Я. Грицмана — весьма полезная работа, которая окажет существенную пользу врачам, так или иначе имеющим отношение к человеку, заболевшему раком.

Засл. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. М. З. Сигал (Казань)

В. А. Журавлев, Е. П. Сведенцов, В. П. Сухоруков. *Трансфузиологические операции*. Киров, Волго-Вятское книжное издательство. Кировское отделение, 1981 г. Тираж 3000 экз., 191 стр.

В современной клинической медицине, особенно в хирургии и реаниматологии, трансфузиологические методы лечения занимают важное место. Это связано с успехами в заготовке, стабилизации, консервировании и фракционировании крови и костного мозга, создании эффективных препаратов крови и кровезаменителей направленного действия.

При трансфузиологических вмешательствах применяется широкий спектр средств компонентной гемотерапии. За последнее время наблюдается быстрое развитие и совершенствование этих операций, многие из которых, несмотря на свою простоту и эффективность, еще не всем практическим врачам хорошо известны. В связи с этим выход в свет монографии «Трансфузиологические операции» является своевременным и оправданным. Следует отметить, что в отечественной литературе эта тема раскрывается в работе монографического плана впервые.

Монография состоит из предисловия, написанного чл.-корр. АМН СССР профессором Е. А. Вагнером, введения, четырнадцати глав и списка источников литературы.

Ниязов Я. Н., Ниязова Р. А. Рентгенологические изменения скелета у женщин с нарушениями менструальной функции	61
Василевская Л. Н., Багаев В. М. Восстановление мочеиспускания после операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки	61
Сабиров Ф. М., Свергузов А. М. Иглоорефлексотерапия при послеоперационной атонии мочевого пузыря	62
Свергузов А. М., Носов В. М. Зональная аурикулотерапия больных поясничным остеохондрозом	63

Организация здравоохранения

Вишневский А. А., Борисов В. В., Копейко И. П., Федорова В. А. Стационар «Одного дня» в диагностике заболевания легких и средостения	64
--	----

Гигиена и санитария

Вылегжанин Н. И., Гончаров А. Т. Физиология и гигиена пожилого человека	66
---	----

История медицины

Шабунин А. В. Деятельность П. Ф. Лесгафта в Казанском университете	70
--	----

Библиография и рецензии

Сигал М. З. На кн.: Ю. Я. Грицман. Диагностические и тактические ошибки в онкологии	72
Малышев В. Д. На кн.: В. А. Журавлев, Е. П. Сведенцов, В. П. Сухорук. Трансфузиологические операции	72
Шакирзянова Р. М. На кн.: А. И. Клиорин. Атеросклероз в детском возрасте	74

Съезды и конференции

Фассахов Р. С. Всесоюзная научная конференция «Актуальные вопросы иммунологии»	75
--	----

В научных медицинских обществах ТАССР

Прохоров В. П. Общество травматологов и ортопедов	76
---	----

Юбилейные даты

Профессор К. А. Святкина	77
Академик Н. Н. Блохин	78
Хроника	79

CONTENTS

Gimadeev M. M., Yakobson B. L. Development of the sanitation and bacteriologic service in the TASSR	1
---	---

Clinical and theoretical medicine

Chebotaev D. F., Revutskaya Z. G. Organization of geriatric service	4
Vakhitov M. Kh., Vakhitov Sh. M. Medical care of elder people	9
Mendelevich V. D. Concerning one of the forms of climacteric reactive states	13
Tsibulina E. V., Emelianova L. A. Treatment of ischemic heart disease in women during pathologic climacteric	15
Malinovskiy M. N., Zamaletdinov A. A., Mamaev V. E. The role of angiography, oscillography and rheography in the examination of patients with obliterating diseases of low extremity arteries	17
Anisimov V. E., Makarova I. I. Detection of early signs of circulatory insufficiency in patients with chronic carbon disulfide intoxication	19
Bogoyavlensky V. F., Oparin A. G., Gazizov R. M., Rupasova T. I. The role of microcirculation disturbances in pathogenesis of ulcer disease	21
Vinestain S. G., Afanasieva Yu. V., Maxudova D. Kh., Pivikova M. I. Effect of dimethylsulfoxid applications upon gastric secretory function	24
Alexeeva N. K. Diagnostic value of intraduodenal pH-metry in duodenal ulcer disease	26
Salikhov I. A., Gafurov D. I., Agafonov A. A. Selective mucous ectomy as a method of surgical approach to gastric and duodenal ulcers	28
Kuznetsov V. A., Kharin G. M., Georgikiya R. K., Starostin G. B. Liver state in patients with chronic calculous cholecystitis	31
Pashaev I. V., Demkina L. S. Cytochemical examination in diagnosis of bile peritonitis	34
Shatilov I. P. Subserous appendectomy as a method to prevent postoperative complications	35
Elyashevich B. L., Sharafislamov F. Sh., Ramazanov R. M. Plasty of postoperative ventral hernia with the use of mechanical suture	37

Morozov V. G., Dobrinin V. A., Lomova Z. M., Chernishova L. Z., Semenova N. I., Kulakov A. P. Assessment of cattle and swine catgut	40
Ryabov V. I. Small intestine digestive and absorptive function in patients with acute dysentery and salmonellosis	42
Nadirova G. G., Podryadnov G. S., Ustimenko L. M., Pakhorukova T. D., Semenova T. S., Nikolaeva V. K., Nizamova F. F. Gastrointestinal diseases in children caused by conditioned pathogenic microflora	44
Artemieva E. T., Manturova N. N., Gess L. V., Zelenina O. I., Khodireva V. I. Complex treatment of onychomycoses	46
Survey	
Zhukov V. I. Pickwickian syndrome	48
Discussion	
Zhirnov V. D. To the problem of objective basis of medical knowledge	51
Sharing of experience and annotations	
Galeev M. G. Rehabilitation of cured blindness in elderly and old people in regional conditions	54
Rafikov B. M., Yagafarova A. B. Lymphocyte rosetta formation test in ocular trauma in children	55
Mingazov G. G. Organization of treatment and rehabilitation of patients with facial trauma	55
Sharshun N. N., Arleevsky I. P. Improvement of external breathing in atrial fibrillation elimination	56
Chenborisova G. Sh., Kiselev A. O. Chromatographic study of heparin preparations	56
Eremin A. K. Pancreatic enzyme formative function in patients with gastric and duodenal diseases	57
Fedorov V. V. To casuistry of pancreatic internal fistulas	58
Gantsev Sh. Kh., Timerbulatov V. M. Greater omentum torsion	59
Bashkov Yu. A., Tangina I. A., Batov S. V. Small intestine tumours in oncological practice and emergency surgery	59
Silitrin N. P., Didenko V. F., Batrakov A. M. Polyneoplasias of gastrointestinal tract	60
Niyazov Ya. N., Niyazova R. A. Skeletal roentgenologic changes in females with menstrual function disorders	61
Vasilevskaya L. N., Bagaev V. M. Urination recovery after operation for ptosis and prolapse of vaginal and uterine walls	61
Sabirov F. M., Svergunov A. M. Acureflexopuncture in urinary bladder postoperative atony	62
Svergunov A. M., Nosov V. M. Zonal auricular therapy of patients with lumbar osteochondrosis	63
Public health organization	
Vishnevsky A. A., Borisov V. V., Kopeiko I. P., Fedorova V. A. «One day» hospitalization for the diagnosis of pulmonary and mediastinal diseases	64
Hygiene and sanitation	
Vilegzhanin N. I., Goncharov A. T. Physiology and hygiene in the aged	66
History of medicine	
Shabunin A. V. P. F. Lesgaft's activity at the Kazan University	70
Bibliography and book reviews	
Seagull M. Z. To the book: Yu. Ya. Gritsman. Diagnostic and tactical errors in oncology	72
Malisher V. D. To the book: V. A. Zhuravlev, E. P. Svedentsov, V. P. Sukhorukov. Transfusion operations	72
Shakirzyanova R. M. To the book: A. I. Klierin. Atherosclerosis in the early childhood	74
Congresses and conferences	
Fassakhov R. S. All-Union scientific conference «Actual problems in immunology in the TASSR scientific medical societies»	75
In the TASSR scientific medical societies	
Prokhorov V. P. Traumatology and orthopedics society	76
Jubilee	
Professor K. A. Svyatkina	77
Academician N. N. Blokhin	78
Current events	79