

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXX

6

1999

Казанский мед. ж., 1999, 80, 6, 401—480.

Available
on the WEB

http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed

Редакционная коллегия:

Д.М. Зубаиров (главный редактор),
Д. К. Баширова, В.Ф. Богоявленский (зам. главного редактора), Х. З. Гафаров,
М. М. Гимадеев (зам. главного редактора), К.Ш. Зыятдинов, И.А. Латфуллин,
Р.И. Литвинов (отв. секретарь), И.З. Мухутдинов, И. Г. Низамов, О. И. Пикуза,
И. А. Салихов, Э.Н. Ситдыков, И.Ф. Фаткуллин

Редакционный совет:

Н.Х. Амиров (Казань), В.Ю. Альбицкий (Казань), Э.И. Аухадеев (Казань),
А.А. Визель (Казань), Р.М. Газизов (Казань), А.Н. Галиуллин (Казань),
В.И. Галочкин (Казань), А.А. Гильманов (Казань), В.Е. Григорьев (Казань),
Д.Ш. Еналеева (Казань), В.Ф. Жаворонков (Казань), Ш.З. Загидуллин (Уфа),
Л.Е. Зиганшина (Казань), И.А. Ибатуллин (Казань), Г.А. Иваничев (Казань),
М.Ф. Исагиллов (Казань), И.И. Камалов (Казань), А.М. Карпов (Казань),
Б.А. Королев (Нижний Новгород), А.Ф. Краснов (Самара), В.А. Кузнецов (Казань),
Л.А. Лещинский (Ижевск), М.З. Миргазизов (Казань), М.К. Михайлов (Казань),
А.П. Нестеров (Москва), Г.Г. Нуреев (Казань), О.К. Поздеев (Казань),
В.П. Рассанов (Йошкар-Ола), И.М. Рахматуллин (Казань), М.Р. Рокицкий (Казань),
И.Г. Салихов (Казань), Е.П. Сведенцов (Киров), Р.М. Тазиев (Казань),
В. В. Талантов (Казань), Р.Г. Фатихов (Казань), Р.Р. Хабибуллаев (Наб. Челны),
Р.У. Хабриев (Москва), Р.Ш. Хасанов (Казань), А. Д. Царегородцев (Москва).

Издается с 1901 года

Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех

Адрес редакции "Казанского
г. Казань, ул. Декабрист

Корреспонденцию нап
420066, г. Каза

Адрес "Казанского мед.
<http://www.kcn.ru/tat>
Электронная почта: с

Литературный редактор
Компьютерная верстка

Журнал зарегистрирован в Госкомитете
Подписано в печать 10.12.99 г. Форма
Гарнитура таймс. Объем 5 п.л. Уч. и
420066, Казань, Декабристов, 2, типогра

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1999

6

ТОМ
LXXX

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 616.36 — 002.12

ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ*

Д.К. Баширова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д.К. Баширова) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования



Эпидемические вирусные гепатиты (ВГ), подобно ВИЧ/СПИД инфекции, являются высокоактуальной проблемой современной действительности. Значимость данных заболеваний определяется прежде всего их глобальным распространением, которое началось в период второй мировой войны в виде эпидемии

* Актовая речь, посвященная 79-летию Казанской государственной академии последипломного образования (Казань, 29 апреля 1999 г.).

в разных странах мира и переросло в пандемию.

Вирусные гепатиты открыли новую главу в современной гепатологии. В классе болезней печени они составляют 60%. По данным литературы, ежегодно в мире острым вирусным гепатитом заболевают 1 млн. человек, и почти столько же умирают от различных клинических форм этого заболевания. В России за 1998 г. число заболевших острым вирусным гепатитом превысило среди взрослых 100 тыс. и среди детей 24 тыс. В Республике Татарстан среди 3 тыс. заболевших в 1998 г. были и взрослые, и дети.

Сущность этих инфекционных вирусных болезней состоит в том, что субклинические и безжелтушные (ин-апаратные) формы болезни составляют 2/3 от числа всех вирусных гепатитов. Эти формы болезни переносят чаще всего на "ногах", являясь скрытыми источниками инфекции и потенциальными хроническими больными. В последние 3 года резко возросла социальная значимость вирусных гепатитов в связи с ростом наркомании: 50—70% от числа всех больных вирусными гепатитами в возрасте от 15 до 30 лет, госпитализированных в казанскую инфекционную

больницу № 1, составляли наркоманы “на игле”.

Впервые инфекционная желтуха была описана С.П. Боткиным в 1883 г. В своих “Клинических лекциях” (1883—1889) он подчеркнул, что в основе желтухи лежит поражение печени — гепатит. Кроме того, С.П. Боткин впервые четко высказал мнение об инфекционной природе этого заболевания. С тех пор прошло более 100 лет, и вот сейчас проблема вирусного гепатита приобрела мировое значение, став медико-социальной. В последние три десятилетия XX века это заболевание является предметом широкого изучения гепатологами и специалистами различных областей медицины. В результате интенсивных исследований были сформированы принципиально новые представления о вирусных гепатитах. Благодаря использованию методов вирусологии, молекулярной биологии, генной инженерии, в частности рекомбинантной технологии и иммунологии, разработаны новые подходы к пониманию данной проблемы.

В 70-е годы были открыты вирусы инфекционных желтух, которые, согласно номенклатуре ВОЗ от 1973 г., стали обозначать в алфавитном порядке. Современная классификация эпидемических вирусных гепатитов включает не две нозологические формы, а уже восемь, хотя полагают, что “гепатитный алфавит” еще не исчерпан. Действительно, уже открыты новые вирусы гепатитов G и TT (Ти-Ти-вирусы).

Гепатиты различаются по путям передачи (см. схему). В настоящее время стала возможной раздельная специфическая диагностика вирусных гепатитов разной этиологии на основе использования высокоспецифичных и высокочувствительных тест-систем. В клинической практике она основывается на использовании иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Иммуноферментный анализ был описан в 1971 г. J. Engwall et al. Он широко используется для выявления антигенов или антительных маркеров различных гепатитов, то есть для специфической серологической диагностики острых и хронических вирусных гепатитов, о

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ



которой клиницисты давно мечтали. Метод можно считать уже рутинным, он широко внедрен в практику здравоохранения.

В 1983 г. американский ученый R. Mullis открыл феномен амплификации (размножения) нуклеиновых кислот *in vitro*. На основе этого принципа через 2 года был разработан метод полимеразной цепной реакции, который нашел широкое применение в различных областях медицины благодаря повышенной чувствительности, позволяющей идентифицировать даже единичные искомые молекулы генетического материала, то есть РНК или ДНК, в частности вирусов гепатитов. Этот метод не является рутинным. Он используется для уточнения диагноза, оценки фазы репликативной активности вируса, прогноза и эффективности лечения интерфероном (ИФН).

В настоящее время мы имеем определенный серологический и молекулярно-биологический диагностический стандарт эпидемических вирусных гепатитов. Для вирусного гепатита А основным серологическим диагностическим маркером является анти-HAV IgM, то есть выявление в крови больных специфических антител к вирусу А, относящихся к классу М; индикация РНК вируса в ПЦР практически не используется. Дело в том, что вирусный гепатит А (ВГА) — острое воспаление печени, которое вызывается кишечным вирусом 72. При воздействии факторов иммунной системы этот вирус полностью элиминируется из организма, что обычно предопределяет полное выздоровление, без исхода в хроническую форму и носительства вируса (см. табл. 1).

В Республике Татарстан эпидемия вирусного гепатита А пришлось на 60-е

Основные диагностические маркеры острых вирусных гепатитов

Маркеры	Нозологические формы				
	ВГА	ВГВ	ВГС	ВГД	ВГЕ

Серологические маркеры в ИФА

Антигены	НАAg в фекалиях	HBsAg HBeAg в крови	HDAg в крови		
----------	--------------------	---------------------------	--------------	--	--

Антитела	Анти-НАV IgM	Анти-НВсor IgM	Анти-НСV IgM Анти-НСV IgG	Анти-HD IgM Анти-HD IgG	Анти-HEIgM Анти-HEIgG
		Фаза репликации вируса HBV-ДНК, HBs Ag, HBe Ag, Анти-НВс IgM, АЛТ	Рекомбинантный иммуно- блот (Riba), подтверждаю- щий Анти-НСсorV- IgM		
		Фаза интеграции HBs Ag, Анти-НВсAg	Анти-НСсorIgG		

Молекулярно-биологические маркеры в ПЦР

НАV-РНК	HBV-ДНК	НСV-РНК	HDV-РНК
---------	---------	---------	---------

годы. Сотрудники кафедры инфекционных болезней (Д.К. Баширова, Н.И. Васильева, Р.К. Галеева, И.Г. Закиров, Л.С. Калагина, М.М. Мухаметзянов, Ф.И. Нагимова, А.А. Сорокин, И.М. Хаертынова, А.И. Ширинская) одними из первых стали заниматься проблемой вирусного гепатита А в г.Казани. Ряд работ был выполнен в содружестве с проф. А.П.Цибулькиным и сотрудниками Госкомитета санэпиднадзора Республики Татарстан.

Сотрудниками кафедры впервые в практике инфекционной больницы № 1 г. Казани был внедрен биохимический метод определения активности основных цитоплазматических ферментов — АЛТ и АСТ в разведенной сыворотке крови с целью улучшения диагностики ВГА. Клинический диагноз стали подтверждать биохимически и тем самым удалось улучшить дифференциальную диагностику желтух в целом на 70%. Активность АЛТ является биохимическим, хотя и косвенным, маркером репликации вируса и показателем силы иммунного ответа, то есть активности процесса при хронических гепатитах.

Для оценки тяжести течения гепатита нами впервые был использован про-

тромбиновый индекс (ПТИ), благодаря которому удается своевременно предотвращать неблагоприятные исходы. Мы получили расчетную эффективность со снижением летальности среди детей от 18—20% до 6—10%. Сегодня определение ПТИ по-прежнему служит важным диагностическим маркером тяжести болезни как у детей, так и у взрослых. Опасным для жизни является ПТИ $\leq 50\%$.

Будучи еще аспирантом, доцент И.Г. Закиров выявил закономерность иммунного ответа при вирусном гепатите А, используя современные для этого времени иммунологические методы. Он показал фазность иммунных реакций в зависимости от стадии болезни: острый период соответствует фазе “помощи”, период выздоровления — фазе “супрессии”. Острый период болезни характеризуется высоким иммунорегуляторным коэффициентом (отношение T_4/T_8) и также высоким уровнем сывороточных иммуноглобулинов М (IgM). В последующем, когда появились методы определения специфических иммуноглобулинов к вирусу гепатита А, оказалось, что уровень сывороточных IgM соответствует высокому уровню антител к вирусу гепатита А класса М.

Клинические и эпидемиологические различия гепатитов

Клинические признаки	Маркеры гепатитов				
	HAV	HBV	HCV	HIV	HEV
Инкубационный период (дни)	15—45	30—180	15—150	21—90	15—60
Течение болезни	острое	часто выявляется случайно	выявляется случайно	вариабельно	острое
Прогноз	благоприятный	ухудшается с возрастом	часто связывают с высокой хронизацией	часто в виде коинфекции и суперинфекцией	в общей популяции хороший; высокая летальность у беременных
Прогрессирование в хронический процесс	нет	5—10%	40—60%	2% (коинфекция) 70% (суперинфекция)	нет
Летальность	< 0,5%	< 1,2%	0,5—1%	2—20%	1—2% (20% среди беременных)

В настоящее время для активной профилактики вирусного гепатита А имеются как зарубежные, так и отечественные вакцины: вакцина Хаврикс — инактивированная, вирусные частицы обработаны формальдегидом (фирма “Шеринг-Плау”), вакцина культуральная, инактивированная Геп-А-ин ВАК (фирма “Вектор-фарм”). Продолжительность поствакцинального иммунитета составляет около 15 лет.

В последние годы появилась информация о возможности передачи вирусного гепатита А реципиентам препаратов крови (замороженная плазма, фактор крови VIII). Поскольку вирус лишен оболочки, он не инактивируется в результате применения растворителей и детергентов. Имеются единичные сообщения о передаче вируса гепатита А от больной матери ребенку.

Почти 3 последних десятилетия основными диагностируемыми формами были вирусный гепатит А и так называемые сывороточные гепатиты. Открытие новых нозологических форм этого заболевания и их маркеров, а также естественный спад заболеваемости вирусным гепатитом А в силу закона периодичности эпидемий позволили выявить истинную структуру вирусных гепатитов.

Аналитические исследования, проведенные совместно с Госкомитетом санэпиднадзора показали, что в Республике Татарстан с 1994 г. прослеживается

тенденция к росту гепатитов В и С. К 1996 г. они составили 50% всей заболеваемости вирусными гепатитами. Продолжается рост данной заболеваемости с парентеральным механизмом передачи, что является чрезвычайно сложной проблемой, которую пытаются разрешить все гепатологи мира. В Республике Татарстан, как в целом по России, нет региона, где бы не были выявлены вирусные гепатиты В и С.

Сложность разрешения проблемы состоит в том, что острые формы всех этих инфекций могут перерасти в хронические. Активные же формы последних трансформируются в цирроз печени или гепатоцеллюлярную карциному (табл. 2). Так, острый вирусный гепатит В дает исход в хроническую форму среди взрослых в 5—10% случаев, среди детей до одного года — в 50%, острый вирусный гепатит С — соответственно в 60—80%. Причины такого течения гепатитов В, С, Д до конца не выяснены. Однако следует учесть следующие особенности этих гепатитов, которых нет у вирусного гепатита А.

1. Гетерогенность генома вирусов гепатитов В и С.

2. Способность вирусов размножаться не только в гепатоцитах, но и в мононуклеарах и клетках разных органов. Это позволяет им уклоняться от иммунного контроля и персистировать в

организме, а также поражая внутренние органы вызывать внепеченочные заболевания, которыми хронические вирусные гепатиты (ХВГ) могут дебютировать. Поэтому вирусы являются, скорее, полиорганотропными.

3. Способность ДНК вирусов HBV и РНК HCV мутировать в процессе инфекции в организме человека, формировать мутантные штаммы, особые формы хронических гепатитов, в отличие от "диких" штаммов.

4. Наличие множества путей передачи, включающих общие, а также интранатальные, бытовые, половые.

5. Доминирование в инфекционном процессе инапарантных форм вирусного гепатита В, С, Д, то есть носительство соответствующих вирусов. Генез инапарантных форм инфекций еще полностью не раскрыт.

В мире насчитывается более 350 млн. носителей вирусов В и 500 млн. носителей вирусов С. Они представляют собой высокий потенциальный источник инфекций, а также хронических гепатитов. В этом сходство вирусного гепатита и ВИЧ/СПИД инфекций, но оно далеко не единственное. Даже если удастся снизить частоту новых заражений вирусом гепатита В путем вакцинаций, в XXI веке заболеваемость будет расти за счет хронических носителей вирусов.

Среди вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения первым эпидемиологически и по возбудителю был открыт вирусный гепатит В. В 1961—1962 гг. австралийский ученый B.S. Blumberg обнаружил в крови аборигенов Австралии белок-антиген, названный австралийским. Примерно через 10 лет он был идентифицирован в качестве антигена вируса гепатита В под названием оболочечного антигена, или HBsAg, который стал первым серологическим маркером этого гепатита. В последующем были открыты другие антигены вируса и антитела к ним, которые позволили создать серологический и молекулярно-биологический диагностический стандарт вирусного гепатита В. Он включает для острого гепатита HBsAg, HBeAg, анти-HBcV IgM.

Кроме того, известно, что вирус может находиться в фазе репликации, то есть активного размножения, при этом маркерами являются HBV-ДНК, HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, биохимический маркер АЛТ. Вирус может пребывать и в фазе интеграции, когда он внедряется в ядро гепатоцита и теряет способность синтезировать все свои антигены. Но ДНК ядра гепатоцита при воздействии вирусной полимеразы синтезирует лишь HBsAg, который и является серологическим маркером этой фазы. Определение HBV-ДНК в ПЦР используется в основном при хронических формах вирусного гепатита В.

По данным литературы, более 2 млн. человек на планете инфицированы гепатитом В. Более 2 млн. смертей ежегодно напрямую связаны именно с этой формой, которая в 100 раз заразнее, чем ВИЧ. Для борьбы с вирусным гепатитом В существуют зарубежные и отечественные вакцины энджерикс, А-В вакцина (Бельгия), HB — АХП (США), комби-тех ЛГД (Россия), зувакс В (Франция). Есть сообщения, что благодаря вакцинации, в том числе и подростков, в США число острых заболеваний вирусным гепатитом В составляет 1—4 на 100000 населения. В нашей стране вакцинация детей раннего возраста против вирусного гепатита В включена в календарь прививок. В настоящее время развернута кампания по проведению вакцинации школьников. Однако победить вирусный гепатит В из-за существования его инапарантной формы (носительства вируса) удастся еще не скоро.

Вирусный гепатит Дельта (ВГД) является спутником вирусного гепатита В. Его возбудитель дефектный и способен размножаться только в присутствии HBsAg, то есть одного из антигенов вируса гепатита В. Вирус Дельта достаточно коварный, ему приписывается способность индуцировать фульминантный гепатит Д и хронические микст формы гепатитов В+Д. Серологические диагностические маркеры вирусного гепатита Д включают HDV-Ag, анти-HDV IgM, анти-HDV IgG.

Вирусный гепатит С (ВГС) известен только около 8 лет. Его возбудитель имеет

Препараты α -ИФН при вирусных гепатитах

Торговое название	Международное наименование	Производитель
Природные α -ИФН		
1. Вэллферон	Interferon Alpha-n1	Слахо Wellcome (Англия)
Рекомбинантные α -ИФН		
1. Интрон-А	Interferon Alpha 2b	Schering Plough (США)
2. Роферон-А	Interferon Alpha-2n	Roche (Швейцария)
3. Реаферон	Interferon Alpha-2a	Вектор-Фарм (Россия)
4. Реальдирон	Interferon Alpha 2b	Віофа (Литовская Республика)
5. Виферон 1 Виферон 2 Виферон 3 (суппозитории)	Interferon Alpha 2b	ЗАО "БКИ" (Россия)

6 серотипов и 80 субтипов, распространение которых в разных странах различается. В России доминирует I тип. Это важно знать для оценки клиники гепатита и терапии ИФН. ВГС называют ласковым убийцей. Дело в том, что в 2/3 случаях болезнь протекает в очень легкой, безжелтушной форме, и человек переносит болезнь нередко на ногах, но через 5 — 30 лет у него может развиться цирроз печени или рак печени как следствие хронической бессимптомно протекавшей инфекции.

Основными серологическими маркерами вирусного гепатита С являются анти-НСV: анти-НСV IgM и анти-НСV IgG. Подтверждающий тест — рекомбинантный иммуноблот (Riba). Самым достоверным диагностическим тестом следует считать определение НCV — РНК в ПЦР.

Клинические аналитические исследования (Д.К. Баширова и др.) показали, что среди гепатитов, ассоциированных с циррозом печени разного генеза, в 50% случаев были впервые выявленные циррозы, ассоциированные с вирусным гепатитом С. При медицинском осмотре служащих одного из предприятий г. Казани у 8 из 600 человек НCV-РНК в ПЦР оказалась положительным, при этом у 4 обследованных имели место признаки гепатоцирроза. Амплификация и детекция НCV-РНК выполнялись в аппарате "Cobas Amplicor НCV" автоматически.

Вирусный гепатит С является ведущим гепатитом в среде наркоманов, употребляющих наркотики внутривенно. Среди наркоманов нередко (54,4%) микст-гепатиты С+В. Более чем в 60% случаев они остаются хроническими больными вирусным гепатитом С.

Иммунный ответ у больных вирусным гепатитом В и С характеризуется сложностью и неоднородностью.

В работах Л.С.Калагиной и Ф.И.Нагимовой было показано, что при вирусном гепатите В имеет значение отягощенность детей пищевой аллергией. У детей с латентной и клинически выраженной пищевой аллергией мы наблюдали обострения как вирусного гепатита В, так и три аномальных варианта иммунного ответа.

Первый вариант иммунного ответа был близок к классическому иммуногенезу вирусного гепатита А. Он наблюдался в основном у детей без пищевой аллергии и при латентной ее форме (66,7%). Вирусный гепатит В у таких детей протекал циклически, без исхода в хроническую форму. Нормализация уровней иммуноглобулинов, включая IgE, происходила на ранних сроках реконвалесценции.

При втором варианте активность иммуносупрессии снижалась к периоду реконвалесценции. У больных с латентной формой пищевой аллергии этот вариант встречался чаще (41,6%), чем при клинически выраженной (28,5%) и у лиц без аллергии (9%). Клиническое течение болезни было без особенностей. Нормализация уровня IgE к концу периода реконвалесценции происходила медленно.

Третий вариант иммунологического реагирования характеризовался стабильной иммуносупрессией в течение всего периода болезни, без тенденции к нормализации уровня IgE через 12 месяцев наблюдения. Можно полагать, что в характере данного типа иммунного реагирования, то есть иммунопатологического, имеет значение дефицит эндогенного ИФН. Этот вариант возникал у детей с клиническими проявлениями пищевой аллергии в 2 раза чаще, чем у детей с латентной ее формой и у лиц

без аллергии. При клинически выраженной пищевой аллергии на фоне такого варианта иммунного ответа хронический гепатит различной активности формировался в 25% случаев. Повышение уровня IgE у всех больных вирусным гепатитом А и В имело место в остром периоде болезни, а у детей с клинически выраженной пищевой аллергией — в течение 12 месяцев после выписки.

С современных позиций можно допустить участие IgE в патогенезе заболеваний печени, в частности вирусных гепатитов, с учетом значительного содержания рецепторов к IgE на макрофагах — купферовских клетках печени (Deesaint J.P. et al., 1989). При заболеваниях печени появляются гепатоциты с антигеном на мембране, и активируется местный синтез иммуноглобулинов, включая IgE (Jschizaka K. et al., 1988).

Результаты исследований позволяют полагать, что вирусные гепатиты у детей с пищевой аллергией протекают на фоне связанных с ней изменений в гепатобилиарной системе. В свою очередь, размножение вируса приводит к неспецифической поликлональной стимуляции В-лимфоцитов, частично активированных пищевыми аллергенами, что способствует быстрой манифестации клинических проявлений пищевой аллергии. Переключение синтеза иммуноглобулинов до стадии формирования IgE сопровождается нарушением классических иммунных ответов защитного характера. Полученные данные позволили разработать таблицу факторов прогнозирования хронического гепатита В.

По частоте распространения доминирует хронический вирусный гепатит С. Его малосимптомность в остром периоде болезни является причиной несвоевременной обращаемости больных к врачу и соответственно запоздалой диагностики заболевания. Больных выявляют на стадии хронического гепатита или цирроза; в 100% наблюдается формирование хронического гепатита при микст-формах (В+С).

Доцент И.Г. Закиров впервые в России провел аналитическое исследование

эпидемиологии хронических гепатитов В и С в Республике Татарстан. Обнаружено более 1600 больных, у 70% из них был первично установлен диагноз хронического гепатита (ХГ).

Больных в возрасте от 15 до 45 лет было 45%. Соотношение хронических вирусных гепатитов В и С составило 1:1. Согласно анамнестическим данным, гепатитом переболели 66,8% больных, в 8,6% случаев были семейные контакты.

Большой интерес вызвали данные о заболеваемости медицинских работников. Среди служащих этот контингент составил 62%, в целом среди всех больных — 13,8%. Хронический гепатит чаще развивался среди среднего медицинского персонала (в 54%), реже у врачей (в 39%) и младшего персонала (в 7%). Доля медицинских сестер процедурных кабинетов соматических и хирургических отделений составила 62%.

В настоящее время кроме патогенетически обоснованной терапии появились средства воздействия на этиологию хронических вирусных гепатитов, в частности ИФН и химические противовирусные препараты. ИФН был открыт в 1957 г. А.Jsaacg и соавт. При вирусных гепатитах нашли лечебное применение α -ИФН, которые продуцируются лимфоцитами. В качестве лечебного препарата используются рекомбинатные α -ИФН, полученные путем использования генно-инженерной технологии. Существует по меньшей мере 14 α -ИФН. Нашли применение интерферон α -2а и α -2в (табл. 3).

Механизм действия α -ИФН на клетки связан с наличием на них соответствующих рецепторов, относящихся к разряду семейства цитокиновых рецепторов. Связанный ИФН оказывает противовирусное действие. Под его воздействием в клетке синтезируются два фермента, один из которых тормозит синтез вирусных белков, а другой — расщепляет образуемые вирусные РНК. В результате этого новые вирусные частицы либо вообще не формируются, либо их число уменьшается в десятки и сотни раз. ИФН оказывают противовирусное, противоопухолевое и иммуномодулирующее действия.

В последние десятилетия α -ИФН нашли широкое применение в лечении хронических вирусных гепатитов В и С для купирования прогрессирования болезни, а также возможного выздоровления. Однако предстоит выяснить, продлевает ли ИФН-терапия жизнь больным и предупреждает ли формирование цирроза? Препараты ИФН стоят дорого и их доступность ограничена. За рубежом стоимость 4-месячного курса лечения составляет 5000 долларов. В нашей стране 24-недельный курс лечения ИФН может стоить больному до 40—70 тысяч рублей.

Использование α -ИФН требует строго индивидуального подхода к больному с учетом сопутствующих заболеваний. Эффект лечения и побочные реакции, обусловленные токсичностью ИФН, дозозависимые. В последние годы отдают предпочтение ИФН- α -2в: на этот препарат образуется меньше связывающих антител (САТ), относящихся к классу М, и нейтрализующих (НАТ). Наличие НАТ ассоциируется с рофероном и развитием резистентности к терапии, низкой частотой ответа, большим количеством рецидивов. Оптимальным для лечения хронических гепатитов является препарат α -2в (нитрон А) в связи с низкой способностью вызывать образование НАТ.

Кафедра имеет определенный опыт лечения хронических больных вирусными гепатитами В и С с помощью ИФН. Основным показанием к его использованию являются хронические гепатиты в репликативной фазе, когда больной способен на иммунологический ответ.

Под нашим наблюдением находятся 30 больных взрослых и детей. Временная ремиссия получена у 20% пациентов, стабильная — у 2 (под контролем в течение 2 лет). По данным литературы, эффект лечения ИФН при вирусном гепатите В может достигать 50%, при вирусном гепатите С — 25—30%, хотя в целом эти сведения весьма противоречивы.

В последние годы при лечении хронического гепатита, как и при ВИЧ/СПИД инфекции, ИФН используют в комбинации с различными препаратами, в частности с синтетическим ана-

логом нуклеозидов ламивудином. В ближайшее время кафедра будет иметь возможность провести такое лечение больных хроническим вирусным гепатитом В.

При вирусном гепатите С ИФН рекомендуется сочетать с синтетическим нуклеозидом — виразолом, рибавирином, урсофальком.

Накапливается опыт лечения вирозолом в виде монотерапии и в комбинации с ИФН. Однако ИФН-терапия не во всех случаях может быть адекватной мерой, поэтому альтернативным лечением при вирусном гепатите С и В является трансплантация печени.

Поиск нелекарственных методов лечения привел нас к применению лазеропунктуры с помощью низкоинтенсивного гелий-неонового лазера. Предпосылкой послужили известные факты о том, что лазерное излучение обладает мембраностабилизирующим, противовоспалительным и противоотечным эффектами. Вместе с тем механизм его действия на организм до сих пор до конца не раскрыт.

Ассистентами И.М.Хаертыновой и М.А.Мухаметзяновым эффективность воздействия лазера изучалась по отношению к биогенным аминам. Последние, как известно, обеспечивают адаптогенность жизненно важных систем организма в патогенезе вирусных гепатитов. Биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины) определяли гистохимическим методом Фалька во всех клетках периферической крови в динамике заболевания. Было установлено, что у больных вирусными гепатитами наблюдается повышение их уровня во всех клетках крови, особенно в лимфоцитах и полиморфноядерных клетках. Наиболее высокие показатели биогенных аминов были выявлены при среднетяжелом и тяжелом течении вирусного гепатита В: они превышали показатели не только у здоровых лиц, но и у больных вирусным гепатитом А.

Повышение уровня биогенных аминов достигало максимума в первые 20 дней болезни, то есть в остром ее периоде, в последующем же наблюдалась тенденция к его снижению. Однако у больных с хроническим алкоголизмом

уровень биогенных аминов оставался повышенным и через месяц после выписки из стационара. Лазеропунктура заметно ускоряла выздоровление больных. Достоверно сокращались сроки пребывания в стационаре в среднем на 8,3 и 7,2 дня, то есть констатирована полная расчетная эффективность, за исключением влияния на продолжительность HBs-антигемии.

Лазеропунктура, проведенная в течение 10 дней, заметно влияла на уровень биогенных аминов, при этом гистамин, серотонин и катехоламины в лимфоцитах и полиморфноядерных лейкоцитах вели себя по-разному, что, как мы полагаем, связано с механизмом их действия и способностью к активации соответствующих рецепторов этих биогенов.

К 5-му дню лечения в лимфоцитах и полиморфноядерных лейкоцитах уровень гистамина по сравнению с исходным снижался, серотонина и катехоламинов — повышался. С 12-го дня лечения содержание биогенных аминов начинало снижаться. Перед выпиской и через месяц после выписки концентрация гистамина и катехоламинов становилась нормальной, серотонина же — оставалась повышенной. Следовательно, лазерное излучение подавляет провоспалительный и провоотечный эффекты гистамина, что совпадает с клинико-биохимическим улучшением состояния больных.

Значительное же повышение содержания серотонина и катехоламинов при использовании лазеропунктуры связано, вероятно, с активацией метаболических процессов. Мы полагаем, что этот “серотонин-катехоламиновый криз”, или реакция на лазерное воздействие, служит показателем не усугубления процесса болезни, о чем свидетельствует клиника, а, скорее, улучшения, являясь необходимым и положительным звеном в механизме лечебного эффекта лазерного воздействия, возможно, проявлением иммунологического ответа. Медленное снижение уровня серотонина в лимфоцитах и полиморфноядерных клетках

крови, сохраняющееся его повышение и после выписки можно объяснить вегетоастеническими проявлениями у больных ВГ (Sulin M.G. et al., 1993).

Лазерная терапия нашла применение в целях профилактики развития внутрипеченочного холестаза при острых вирусных гепатитах. Лечение проводилось в течение 3—5 дней под контролем функциональных проб печени и эхограммы. При острых гепатитах внутрипеченочный холестаз наблюдался в 7,2% случаев. Он развивался обычно в первые 7—10 дней от начала болезни.

Предвестниками внутрипеченочного холестаза являются гипербилирубинемия (выше нормы в 5—6 раз), гиперферментемия (в 4—5 раз) и наличие на эхограмме “пустого” желчного пузыря с утолщенными стенками в виде гиперэхогенного образования. Своевременная начатая терапия на этой стадии болезни предотвращает развитие “полного” внутрипеченочного холестаза в 72% случаев.

По нашим данным, показаниями к лазерной терапии больных вирусным гепатитом являются острые вирусные гепатиты со среднетяжелым, прогрессивным течением болезни, сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, а также предвестники холестаза.

Таким образом, сотрудники кафедры одними из первых среди инфекционистов г. Казани стали изучать вирусный гепатит А и внесли посильный вклад в дальнейшее развитие эпидемиологии вирусных гепатитов. Их успешная деятельность способствовала более глубокому проникновению в сущность иммуно- и патогенеза данного заболевания, позволила выявить факторы неблагоприятного воздействия на течение болезни и разработать новые методы лечения.

Глобальное же решение проблемы эпидемических вирусных гепатитов возможно только путем вакцинации в сотрудничестве со специалистами различных областей медицины и социально-правовыми органами.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ И НЕКОМПЕНСИРОВАННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

А.В. Иванов, В.Д. Менделевич, Р.С. Могильнер

Кафедра медицинской и общей психологии (зав. — проф. В.Д. Менделевич) Казанского государственного медицинского университета, санаторно-курортное предприятие "Казанский" (генеральный директор — Ю.Е. Сахабутдинов)

Из всего многообразия эндокринной патологии сахарный диабет занимает одно из центральных мест. Эта медико-социальная проблема давно привлекает внимание исследователей и до сих пор представляет научный и практический интерес [2]. Известно влияние сахарного диабета на различные функциональные системы организма, включая и нервно-психическую. По данным литературы, психопатологические симптомы различной выраженности при сахарном диабете встречаются в 70,0—91,7% случаев [1, 4, 6]. В середине нынешнего столетия были описаны характерные для эндокринопатий психические расстройства [8], при этом акцентировалось внимание на взаимовлиянии болезни и личности больного. Ряд ученых изучали энцефалопатию при сахарном диабете [3], описав наличие неврозоподобных и психопатоподобных нарушений в рамках диабетической энцефалопатии [6]. Были исследованы также особенности психопатологии и внутренней картины болезни как у детей [5], так и у взрослых [1, 4, 9], страдающих сахарным диабетом.

Однако, на наш взгляд, мало внимания уделено анализу и сравнению особенностей психических нарушений при различной степени компенсации сахарного диабета, выявлению возможных закономерностей течения психических расстройств. Подобный подход позволил бы создать дополнительные возможности для поиска качественной, эффективной и адекватной терапии больного.

В соответствии с целью работы нами были обследованы 122 человека, страдающих сахарным диабетом в степени компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. Критерием компенсации слу-

жили показатели гликемии и глюкозурии [7]. Возраст больных находился в пределах 17—65 лет. Были выделены три группы больных, у которых был диагностирован компенсированный (41 чел.), субкомпенсированный (53) и декомпенсированный (28) сахарный диабет. Работу проводили на базе санатория "Казанский". Для получения более полных и точных результатов, соответствующих цели и задачам исследования, в качестве основного метода исследования был использован клинко-психопатологический, с помощью которого выявляли клинические структурно-динамические особенности психических расстройств. Кроме того, был применен патопсихологический метод, дающий возможность уточнять и дополнять клинические наблюдения.

Патопсихологический метод включал вариант теста ММРІ — методику СМІЛ, позволяющую оценивать личность по 9 шкалам, 16-факторный опросник Кетелла и цветовой тест Люшера, с помощью которого можно определять индивидуально-психологические особенности пациента и глубинные индивидуально-личностные свойства. При проведении патопсихологического метода были использованы компьютерные версии.

Психические нарушения при сахарном диабете были выявлены нами в 93,5% наблюдений. Они включали астенический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, обсессивно-фобический и истерический синдромы. Общим для всех синдромов являлся астенический симптомокомплекс, выступавший стержневым при данной патологии. При анализе астенического синдрома обращало на себя внимание чередование и смешение гипо- и ги-

перстенической форм, проявляющихся общей слабостью и раздражительностью, быстрой утомляемостью и гиперрезиями, снижением работоспособности и лабильностью настроения, склонностью к слезливости, ухудшением памяти и внимания.

В структуре астено-депрессивного синдрома отмечалось сочетание астенических проявлений с пониженным настроением, упадком жизненной энергии, нежеланием чем-либо заняться, пассивностью, пессимистической оценкой будущего, чувством тоски и безысходности. Тенденция к "застреванию" на соматических жалобах, большое количество жалоб, желание получить большую информацию о своем заболевании, сочетавшиеся в ряде случаев с разнообразными неприятными телесными ощущениями и вегетативными дисфункциями, позволяли предположить наличие астено-ипохондрического синдрома.

Истерический симптомокомплекс был диагностирован нами в тех случаях, когда больные предъявляли обилие разнообразных жалоб в ярких красках, акцентируя внимание на особой исключительности своих страданий. Кроме того, отмечалось несоответствие субъективных ощущений объективному состоянию пациентов, склонность к фантазиям и лжи, категоричность в оценке окружающих людей и драматизация происходящих событий наряду с отмечавшимися в преморбиде качествами истерической акцентуации характера. Больные, испытывавшие тревогу и страх перед возможными осложнениями заболевания, внутреннюю напряженность, с нарушениями сна в виде частых пробуждений и кошмаров были отнесены к группе обсессивно-фобического синдрома (см. табл.).

Анализ полученных данных показал преобладание астенического, астено-депрессивного и истерического синдромов у больных с более тяжелым соматическим статусом (нарушенной компенсацией сахарного диабета) по сравнению с менее тяжелыми. Астено-ипохондрический и обсессивно-фобический синдромы имели обратную зависимость от степени компенсации сахарного диабета.

Результаты исследования свидетельствуют о существовании определенных корреляций между степенью компенсации сахарного диабета и доминирующими

Синдромальная характеристика психопатологии при различной степени компенсации сахарного диабета (в %)

Синдромы	Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
Астенический	41,1	40,8	65,3
Астено-депрессивный	20,5	28,5	30,8
Астено-ипохондрический	25,6	16,3	11,5
Обсессивно-фобический	7,7	4,1	3,9
Истерический	5,1	10,3	11,5

ми психопатологическими синдромами. Так, астенический и астено-депрессивный синдромы имеют тенденцию к появлению при наиболее тяжелой степени декомпенсации, в то время как астено-ипохондрический и обсессивно-фобический синдромы чаще развиваются при стабильном течении соматического заболевания. Выявленные корреляции требуют дальнейших исследований с целью оценки причинно-следственных связей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов Х.А. Психические нарушения при сахарном диабете. — Ташкент, 1987.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. — М., 1994.
3. Добрыжанская А.К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. — М., 1995.
4. Елафимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1995.
5. Зелинский С.М. Психические расстройства и внутренняя картина болезни у детей, страдающих сахарным диабетом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — 1993.
6. Прихожан В.М. Поражение нервной системы при сахарном диабете. — М., 1981.
7. Талантов В.В., Султанова Л.М. Сахарный диабет. — Казань, 1990.
8. Bleuler M. Endokrinologische Psychiatrie. — Stuttgart: Thieme, 1954.
9. Lustman P.J., Griffith L.S., Gaard J.A., Clouse R.E.// Diabetes-Care. — 1992. — Vol. 15. — P. 1631—1639.

Поступила 25.06.98.

PSYCHOPATHOLOGIC PECULIARITIES IN COMPENSATED AND NONCOMPENSATED DIABETES MELLITUS

A.V. Ivanov, V.D. Mendelevich, R.S. Mogilner

Summary

Psychic disorders in patients with diabetes mellitus depending on the degree of its compensation are studied. The current methods of determining the level of glycemia and glucosuria and the classification of psychopathologic manifestations are used. The structure of the study performed is simple. The psychopathologic manifestations are correlated with the diabetes mellitus compensation degree. The results of the study will make it possible to determine the diabetes mellitus compensation degree on the basis of the clinical picture and dynamics of psychopathologic symptoms.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

О.П. Гребнева, Л.И. Анчикова

*Кафедра эндокринологии (зав. — проф. Л.И. Анчикова) Казанской государственной
медицинской академии последипломного образования*

Гиперплазия щитовидной железы, обусловленная недостаточностью йода в организме человека, в последние годы привлекает пристальное внимание исследователей как основная проблема охраны общественного здоровья во всех странах [3, 6, 8, 10]. По оценке ВОЗ и ЮНИСЕФ, более миллиарда жителей Земли имеют риск развития йоддефицитных заболеваний.

Дефицит йода в организме может привести не только к гиперплазии щитовидной железы, но и к патологическому процессу различных органов и систем — к нарушениям слуха [13], репродуктивной функции [9], умственно-го и физического развития [5, 9], возникновению врожденных аномалий [5], дисфункции сердечно-сосудистой и нервной систем [4], снижению иммунологической резистентности [4]. Недостаточное поступление йода в организм сказывается, в первую очередь, на детском населении, имеющем несовершенные механизмы адаптации к неблагоприятным факторам внешней среды.

В России более 5% территории (Урал, некоторые зоны Сибири, Центрально-Европейская часть, Север, Верхнее и Среднее Поволжье) традиционно считаются регионами с дефицитом неорганического йода в окружающей среде. Однако в г. Казани параметры йодной насыщенности организма за последние два десятилетия детально не изучались.

С целью оценки состояния щитовидной железы нами были осмотрены 899 детей в возрасте от 5 до 10 лет в детских садах и школах г. Казани. Детей пубертатного возраста мы не обследовали, чтобы исключить возможность гиперплазии щитовидной железы вследствие сложной гормональной перестройки периода полового созревания. Размеры щитовидной железы определяли по

методу О.В. Николаева (1955).

В ходе обследования гиперплазия щитовидной железы I—II степени по О.В. Николаеву (зоб I степени по классификации ВОЗ, 1994) была выявлена у 412 детей, что составило 45,8% от числа осмотренных детей допубертатного возраста. В данную группу вошли 200 девочек (48,5%) и 212 мальчиков (51,5%).

Следующим этапом исследования являлось изучение йодной насыщенности организма. С этой целью у 65 детей была определена йодурия в разовой порции мочи церий-арсенитным методом [7]. По результатам исследований, медиана йодурии составляла 7,5 мкг/дл, что, согласно рекомендациям ВОЗ по контролю за йоддефицитными заболеваниями [12], позволило отнести г. Казань к региону с легким дефицитом йода в окружающей среде. Однако несоответствие степени йодного дефицита распространенности гиперплазии щитовидной железы и ее преобладание у мальчиков привело к необходимости поиска дополнительных факторов, ведущих к увеличению щитовидной железы у детей допубертатного возраста.

Нами были проанализированы общее состояние здоровья детей с гиперплазией щитовидной железы, особенности их питания, принимаемые лекарственные препараты. У 35% детей была выявлена хроническая патология ЛОР-органов, у 46,7% — проявления аллергии в анамнезе. Функциональная кардиопатия отмечена у 23,3% обследованных, хроническая патология желудочно-кишечного тракта у 16,7%, перенесенные острые кишечные инфекции — у 13,3%, гельминтозы и лямблиоз — у 20%, дисбактериоз кишечника в анамнезе — у 18,3%, дизметаболическая нефропатия — у 13,3%, хронический пиелонефрит —

у 3,3%. Тубинфицирование было выявлено у 23,3% детей, в связи с чем они принимали изониазид. У 58,3% детей имело место частое использование антибактериальных препаратов, обусловленное острыми респираторными заболеваниями, особенно сульфаниламидного ряда. Известно их неблагоприятное воздействие на щитовидную железу, выражающееся в снижении уровней трийодтиронина, тироксина и повышении уровня тиреотропного гормона [2]. Такие негативные последствия могли усиливать индукцию и поддерживать гиперплазию щитовидной железы у ряда детей. Нами установлено, что 72,6% лиц с гиперплазией щитовидной железы используют в питании водопроводную воду без дополнительной очистки. По данным же литературы [6, 11], бактериальное и химическое (тиоцианаты, соединения хлора) загрязнение воды является одним из струмогенных факторов.

Выявленные в ходе исследования большая частота поражения желудочно-кишечного тракта, аллергических проявлений, а также отсутствие заметного клинического эффекта у ряда детей с гиперплазией щитовидной железы при традиционном лечении йодсодержащими препаратами — достаточно серьезные основания, чтобы уделить состоянию желудочно-кишечного тракта самое пристальное внимание. Поражение последнего ведет к нарушению всасывания йода и пищевых ингредиентов, повышенному накоплению в организме токсических веществ, которые, вероятно, могут служить блокаторами поступления йода в щитовидную железу.

Известно, что йод поступает в организм в основном через желудочно-кишечный тракт с пищей и водой в виде йодидов и органических соединений. С пищевыми продуктами человек получает до 95,8% йода [1]. Поэтому нами была исследована эффективность энтеросорбента — микрокристаллической целлюлозы как необходимого компонента терапии детей с гиперплазией щитовидной железы. Алтайская микрокристаллическая целлюлоза (МКЦ), получившая международный знак высших

технологий и качества, очищает слизистую оболочку кишечника, уменьшает количество токсических веществ эндо- и экзогенного происхождения в организме, доводит до 100% всасывание пищевых ингредиентов.

МКЦ назначали детям за час до еды в дозе 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней. У детей в период обследования каких-либо обострений заболеваний не было; они находились на привычном режиме питания, не получали других медикаментов, влияющих на процессы всасывания в кишечнике.

Йодурия в разовой порции мочи была исследована у 54 детей с гиперплазией щитовидной железы до и после лечения микрокристаллической целлюлозой. При исследовании йодурии дети были распределены по двум группам в зависимости от исходных показателей экскреции йода с мочой. В 1-ю группу вошли 28 детей, у которых до лечения медиана йодурии составляла 6,6 мкг/дл ($M \pm m = 6,50 \pm 0,19$ мкг/дл), во 2-ю (26 чел.) — с медианой йодурии, равной 9,5 мкг/дл ($M \pm m = 9,36 \pm 0,19$ мкг/дл).

После применения МКЦ медиана йодурии у детей 1-й группы возросла до 8 мкг/дл ($M \pm m = 7,72 \pm 0,24$ мкг/дл; $P < 0,001$), что свидетельствовало об улучшении процессов всасывания йода в кишечнике. У детей 2-й группы медиана снизилась до 7,8 мкг/дл ($M \pm m = 7,71 \pm 0,32$ мкг/дл; $P < 0,001$), что позволяет предположить улучшение поступления йода в тиреоидную ткань за счет адсорбции МКЦ токсических веществ, вызывающих “химическую блокаду” щитовидной железы.

Наряду с динамикой йодурии, у детей обеих групп отмечали улучшение аппетита, уменьшение сухости кожи и проявлений аллергодерматозов, восстановление регулярной деятельности кишечника.

Таким образом, целесообразно включение МКЦ в комплексную терапию детей с гиперплазией щитовидной железы в регионе йодной недостаточности. Участие энтеросорбентов в коррекции содержания йода в организме связано с повышением всасывания йода в кишечнике, а также его поступлением

в щитовидную железу в результате снижения уровня токсических веществ у детей с большой частотой поражения желудочно-кишечного тракта. Применение энтеросорбентов особенно желательны в тех регионах, где имеется несоответствие между распространенностью гиперплазии щитовидной железы и величиной экскреции йода с мочой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов А.П. Геохимическая обстановка в районах эндемического зоба. — М., 1946.
2. Гончаров Н.П.// Пробл. эндокринологии. — 1995. — № 3. — С. 31—35.
3. Дедов И.И., Юденич О.Н., Герасимов Г.А., Смирнов Н.П.// Пробл. эндокринологии. — 1992. — № 3. — С. 6—12.
4. Касаткина Э.П., Лисенкова Л.А., Щеплягина Л.А. и др.// Пробл. эндокринологии. — 1994. — № 4. — С. 14—16.
5. Касаткина Э.П.// Пробл. эндокринологии. — 1997. — № 3. — С. 3—7.
6. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Ибрагимова Т.В. и др.// Пробл. эндокринологии. — 1997. — № 4. — С. 3—5.
7. Селятицкая В.Г., Пальчикова Н.А., Галкин П.С.// Клиническая лабораторная диагностика. — 1996. — № 5. — С. 22—24.
8. Селятицкая В.Г., Пальчикова Н.А., Одинов С.В. и др.// Пробл. эндокринологии. — 1997. — № 5. — С. 3—5.
9. Хакимова А.М., Юнусова А.Н. Эндемический зоб и его профилактика. — Казань, 1979.
10. Delange F.// Thyroid. — 1994. — Vol. 4. — P. 107—128.

11. Heufelder A.E., Hofbauer L.C.// Eur. J. Endocrinol. — 1996. — Vol. 135. — P. 34—35.

12. Indications for Assessing Iodine Deficiency Disorders and Their Control Through Salt Iodization. WHO. — Geneva, 1994.

13. Valeix P., Preziosi P., Rossignol C. et al.// Eur. J. Clin. Nutr. — 1994. — Vol. 48. — P. 54—59.

Поступила 10.06.99.

USE OF MICROCRYSTALLINE CELLULOSE IN THE TREATMENT OF THYROID GLAND HYPERPLASIA IN CHILDREN

O.P. Grebneva, L.I. Anchikova

S u m m a r y

The children living in Kazan were examined to estimate the state of thyroid gland. The level of iodine saturation of the organism was evaluated by the cerium — arsenite method. The discrepancy between the incidence of thyroid gland hyperplasia and the amount of urinary excretion of iodine was revealed. The general health state of the children under study, peculiarities of their diet, and drugs being taken at the moment were analyzed. Taking into account the great incidence of gastro-intestinal tract injuries and allergic manifestations, the use of enterosorbent — microcrystalline cellulose in the treatment of children with thyroid gland hyperplasia was suggested. Two types of changes of urinary excretion of iodine proving the participation of enterosorbents in the correction of iodine content in the organism were revealed in the course of the treatment.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ КРИСТАЛЛООБРАЗОВАНИЕМ

А.Н. Максудова, И.Г. Салихов, О.Н. Сигитова

*Кафедра внутренних болезней № 1 (зав. — чл.-корр. АН РТ, проф. И.Г. Салихов)
Казанского государственного медицинского университета*

В отечественной литературе большое внимание уделяется в последнее время гипертензии при интерстициальных нефритах [1, 3, 5]. Доказано развитие изменений в интерстициальной ткани почек под воздействием метаболических нарушений [2, 6], в то же время до 35% пациентов с артериальной гипертензией (АГ) имеют нарушения пуринового обмена [3]. В клинике внутренних болезней часто встречаются пациенты с дизметаболическими нарушениями различного характера, при этом наиболее частыми находками являются уратная и оксалатная кристаллурии (КУ) и/или кристаллы в проекции чашечно-лоханочной системы. По данным эпидемиологических исследований [2], у детей дизметаболическая нефропатия (ДН) встречается до 32 на 1000 детского населения даже в неэндемичных по уролитиазу районах.

Целью нашего исследования было изучение артериальной гипертензии у пациентов с признаками дизметаболических нарушений.

Объектом исследования были 70 пациентов, имевшие в анамнезе постоянную КУ и/или точечные гиперэхогенные структуры (конкременты диаметром менее 5 мм). Больные были подразделены на 2 группы: 1-я — 55 пациентов с нормальным уровнем АД, 2-я — 15 пациентов с АГ (повышенным считался уровень АД выше 140/90). Средний возраст пациентов в 1-й группе составлял 20,9 года, во 2-й — 24,9 года, преобладали мужчины.

На амбулаторном этапе обследования АГ была расценена как гипертоническая болезнь (у 1), нейроциркуляторная гипертония (у 3), синдром АГ (у 10), вазоренальная гипертония (у 1). При детальном обследовании эти диагнозы не были подтверждены, признаков поражения других органов-мишеней не выявлено.

В качестве контроля использованы результаты обследования 32 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и проживающих в том же регионе.

С целью определения состояния парциальных функций почек были исследованы

активность клубочковой фильтрации (КФ) и уровень креатинина в крови, канальцевая реабсорбция воды и β_2 -микроглобулинов, реабсорбция фосфора, выделение аммиака. О состоянии обмена пуринов и щавелевой кислоты судили по количеству мочевой кислоты в крови и моче, а также оксалата в моче. Показатели клиренса веществ были рассчитаны на единицу площади тела.

Лабораторно-инструментальное обследование позволило выявить у больных 2-й группы мочевой осадок в виде лейкоцитурии у 6 (40%) обследованных, оксалатной КУ — у 9 (60%) и уратной КУ — у одного (13,3%). По данным УЗИ, ни в одной группе не выявлено изменений паренхимы и размеров почек. Точечные гиперэхогенные включения и кристаллы до 5 мм в диаметре обнаружены у 46,2% пациентов с артериальной гипертензией. Указанные изменения встречались с одинаковой частотой в обеих клинических группах.

Анализ лабораторных показателей выявил снижение активности КФ и повышение уровня креатинина. В ходе проведенного исследования обнаружены снижение реабсорбции воды и фосфора, отсутствие изменений в экскреции аммиака, высокий уровень никтурии в пробе по Зимницкому (у 80%), что свидетельствовало о поражении преимущественно проксимального канальца и петли Генле.

В обеих группах пациентов выявлены достоверные изменения обмена как оксалатов, так и пуринов. Гиперурикемия и гиперурикозурия при сохраненном клиренсе мочевой кислоты свидетельствовали о внепочечном механизме гиперурикозурии. Гипероксалурия и гиперурикозурия, в свою очередь, подтверждали нарушение функции проксимального отдела нефрона (табл. 1).

При сравнении двух групп пациентов (табл. 2) выявлено, что хотя средний возраст лиц с гипертензией был выше, развитие заболевания в этой группе происходило значительно быстрее и достоверно коррелировало с канальцевой реабсорбцией воды ($P < 0,05$; $r = -0,76$).

Показатели парциальных функций почек у обследованных пациентов (М)

Показатели	Контроль	АГ	Нормотония
Креатинин крови, мкмоль/л	54,5±2,8	69,1*	65,7
Клубочковая фильтрация, мл/мин	133,0±7,7	117,5	105,2*
Канальцевая реабсорбция воды	99,4±0,1	98,6	98,7*
Р сыворотки, ммоль/л	1,24	0,97*	1,1
Р мочи, ммоль/сут	13,7	22,3**	16,3
Аммиак, мг/сут	0,38	0,49	0,26
β_2 -микроглобулины мочи, мкг/л	<0,05	0,332	0,239
Мочевая кислота в сыворотке, ммоль/л	0,219	0,29***	0,259**
Мочевая кислота в моче, мкмоль/сут	3,25	4,25*	4,23*
Клиренс мочевой кислоты, мл/мин/1,73 м ²	10,9	9,8	12,0
Щавелевая кислота мочи, ммоль/сут	257,4	428,1***	402**
Аминоазот мочи, ммоль/сут	225,1	319,8	206,6

* $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$.

В то же время клубочковые уровни КФ, креатинина, канальцевая реабсорбция, оксалурия достоверно не различались. Наличие выраженных нарушений парциальных функций почек подтверждается более высоким уровнем экскреции кальция, фосфора и β_2 -микроглобулинов.

Достоверно высокая урикемия коррелировала с возрастом пациентов. Известно, что заболевания с наследственной предрасположенностью, к которым относятся нарушения метаболизма пуринов, проявляются с возрастом, претерпевая период функциональных изменений. По данным Н.А. Мухина [4], у пациентов с генетически детерминированным нарушением обмена мочевой кислоты длительная гиперурикозурия сопровождается постепенным снижением ее экскреции, последующим нарастанием урикемии и рассматривается как начальная стадия уратной нефропатии.

У 13 больных из общего числа обследованных был проведен тест на микроальбуминурию (МА). У всех протестированных пациентов выявлена МА (>30 мг/сут). Ее уровень был выше у пациентов с АГ ($P > 0,05$), что, возможно, связано с малым числом обследованных. Наличие МА, по данным других исследований [5], является ранним признаком поражения

Показатели парциальных функций почек у пациентов с дизметаболической нефропатией

Показатели	Гипертония	Нормотония	P
Возраст, лет	24,9	20,9	$\leq 0,01^*$
Длительность дизметаболических проявлений, годы	7,7	11,4	$\leq 0,02^*$
Р мочи, ммоль/л	22,3	16,3	$\leq 0,02^*$
Мочевая кислота в сыворотке, ммоль/л	0,29	0,26	$\leq 0,02^*$
Микроальбуминурия, мг/сут	125,8	70,28	$< 0,08$

почек при нарушениях пуринового обмена, что в нашем исследовании подтверждалось наличием достоверной гиперурикемии, более высоким уровнем МА и нарушением пуринового обмена.

Таким образом, обследование двух групп пациентов показало, что хотя длительность дизметаболических проявлений у пациентов с АГ была меньшей, основные нарушения у них были более выраженными, что позволяет связать развитие гипертензионного синдрома с развитием интерстициального нефрита и нарушениями обмена мочевой кислоты. Последние данные [6] свидетельствуют о том, что гиперурикемия является одной из четырех наиболее частых причин тубулоинтерстициального нефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугаева Н.В., Балкаров И.М., Колодин В.А.// Тер. арх. — 1994. — № 6. — С. 30—32.
2. Игнатова М.С., Харина Е.А., Ярошевская О.И. и др.//Тер. арх. — 1994. — № 6. — С. 45—50.
3. Лебедева М.В., Балкаров И.М., Лукичева Т.И. и др.//Тер. арх. — 1996. — № 6. — С. 40—43.
4. Мухин Н.А., Балкаров М.И., Бритов А.Н. и др. Российско-немецкий симпозиум. 16—18 мая 1996 г. — СПб.
5. Мухин Н.А.//Тер. арх. — 1997. — № 6. — С. 10—13.
6. Rastegar A., Kasgarian M.//Kidney International. — 1998. — Vol. 54. — P. 313—327.

Поступила 22.03.99.

ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ACTIVE CRYSTAL FORMATION

A.N. Maksudova, I.G. Salihov, O.N. Sigitova

Summary

The results of examination of 70 patients with urinary syndrome as oxalic-calcic and uratic crystalluria and in the projection of pelvic system by ultrasonic examination data were analyzed. The study of partial functions of kidneys, purine and oxalic metabolism was performed to estimate hypertension syndrome in patients with dysmetabolic disorders. The comparison of patients with arterial hypertension (15) and normotonia (55) showed the changes in the first group as fast development of dysmetabolic disorders and significant disorder of purine metabolism. The data obtained show the relation between hypertension and interstitial nephritis activity.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ РИБОКСИНА

А. М. Корепанов, А. М. Назаров, Е. Н. Никитин, Е. Л. Баженов, А. Е. Шкляев

*Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. А. М. Корепанов)
Ижевской государственной медицинской академии*

Хронический гастрит является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта [7, 9]. Среди различных его форм наибольший интерес представляет хронический атрофический гастрит (ХАТГ). По результатам массовых эпидемиологических обследований, ХАТГ обнаруживается более чем у 50% взрослого населения индустриально развитых стран и может предшествовать таким серьезным по течению и прогнозу заболеваниям, как рак и язвенная болезнь желудка [3, 6, 12].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении ХАТГ, рациональной тактики их терапии до настоящего времени не разработано. В связи с этим изучение и внедрение новых лекарственных препаратов для лечения ХАТГ остаются весьма актуальной проблемой. В практической медицине в лечении многих заболеваний заслуженной популярностью пользуется отечественный препарат рибоксин. Действующим его началом является инозин — естественный метаболит, являющийся предшественником нуклеотидов, содержащих аденозин и гуанозин.

По механизму действия рибоксин относится к анаболическим веществам. Под его влиянием ускоряются синтез нуклеиновых кислот и деление клеток, что способствует регенерации тканей, повышается активность ферментов окислительно-восстановительных процессов (цикла Кребса, гликолиза и др.), уменьшаются процессы перекисного окисления липидов, улучшается микроциркуляция в зоне поражения, проявляется мембраностабилизирующий эффект [5, 8]. В отличие от АТФ и других пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов, инозин (рибоксин) может проникать в клетку непосредственно через клеточную мембрану и эффективно используется в син-

тезе нуклеотидов [10, 13]. С учетом данных эффектов рибоксина его целесообразно применять и для лечения больных ХАТГ.

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности применения рибоксина в комплексной терапии ХАТГ. Были обследованы 82 пациента (женщин — 77, мужчин — 5) с давностью заболевания от одного года до 10 лет (в среднем $5,2 \pm 1,6$ года). Больные ХАТГ были разделены на 2 группы. Основная группа (60) получала на фоне традиционной терапии рибоксин в суточной дозе 1,2 г внутрь в течение 20—25 дней, контрольная (22) — только традиционную терапию (диета № 2, спазмолитики, ферменты, плантаглолид, трихопол). Возраст пациентов в основной и контрольной группах достоверно не различался — соответственно $41,7 \pm 0,8$ и $41,0 \pm 1,6$ года.

Для уточнения степени дистрофически-атрофического процесса в слизистой оболочке желудка (СОЖ) всем больным проводилось эндоскопическое исследование фиброгастродуоденоскопом фирмы "Olympus" (Япония) с одновременным прицельным взятием биоптатов слизистой тела и антрального отдела желудка с дальнейшим гистологическим и электронномикроскопическим их анализом. Кислообразующую функцию СОЖ оценивали по тесту Кея. Гастрин изучали радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов фирмы "CIS" (Франция). С учетом закономерного вовлечения в патологический процесс при ХАТГ соединительнотканной стромы желудка [1] и необходимости в связи с этим оценки одного из механизмов саногенеза в процессе лечения были исследованы показатели обмена коллагена.

Общеизвестно, что свободный оксипролин (СО) отражает процессы дегра-

дации коллагена, белковосвязанный (БСО) — биосинтеза, а пептидносвязанный (ПСО) — одновременно степень распада и биосинтеза, то есть информирует о скорости биологического оборота этого белка [2, 4]. Концентрации указанных физиологических маркеров коллагена в сыворотке крови определяли по методу П.Н. Шараева и соавт. [2], а в желудочном соке по методу Т.К. Осадчука и соавт. [4].

Исходно у всех больных ХАТГ выявлялась характерная клиническая и морфофункциональная картина заболевания. Показатели кислотообразующей функции желудка приведены в табл. 1.

Таблица 1

Динамика показателей кислотообразующей функции желудка у больных ХАТГ в процессе лечения (M±m)

Группы обследованных	ВАО, ммоль/л/ч	МАО, ммоль/л/ч
Основная (n = 48)	0,7±0,1 1,1±0,1*	1,1±0,1 2,3±0,3*
Контрольная (n = 22)	0,7±0,1 0,8±0,2	0,9±0,2 1,8±0,6
Здоровые (n = 18)	2,2±0,4	10,3±0,7

Примечание. В числителе — показатели до лечения, в знаменателе — после лечения.

* Достоверность различий по сравнению с исходным уровнем.

Как видно из табл. 1, у больных обеих групп выявлено достоверное снижение базальной (ВАО) и максимально стимулированной кислотопродукции (МАО) по сравнению с показателями здоровых лиц ($P < 0,05$). Уровень гастринемии у больных с ХАТГ тела желудка был достоверно повышен ($151,89 \pm 6,89$ нг/л при норме $69,51 \pm 8,39$ нг/л; $P < 0,05$), а с антральным гастритом — понижен ($36,93 \pm 2,96$ нг/л; $P < 0,05$). Показатели обмена коллагена в сыворотке крови достоверно не отличались от нормальных значений (табл. 2). В желудочном соке изменения в метаболизме этого белка характеризовались снижением концентрации ПСО и БСО при нормальных показателях СО, что сопровождалось увеличением величин соотношения СО/ПСО и СО/БСО (табл. 3). Указанные изменения показателей обмена

коллагена в желудочном соке, несомненно, свидетельствуют о снижении биологического оборота и содержании этого протеина в СОЖ. Коллаген стромы внутренних органов активно влияет на рост, дифференцировку и направленность биохимических процессов окружающих их клеток [12], поэтому не без основания можно утверждать, что нарушения обмена названного биополимера в СОЖ являются одним из важных патогенетических механизмов формирования и прогрессирования атрофически-дистрофических изменений эпителиальных структур желудка.

В результате курсового лечения у обследованных больных наблюдалось улучшение общего самочувствия, исчезновение или уменьшение болевого и диспепсического синдромов, причем положительные сдвиги были больше выражены в основной группе, чем в контрольной. Так, у больных, получавших в составе комплексной терапии рибоксин, жалобы на ноющие боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, отрыжку воздухом, пищей, снижение аппетита, вздутие и урчание в животе устранялись в среднем на 5–6-й день, а в контрольной — на 8–9-й день от начала лечения. Наряду с улучшением общего самочувствия, у больных основной группы отмечалась положительная динамика кислотообразующей функции желудка, однако показатели кислотопродукции не достигали уровня здоровых лиц (табл. 1).

В основной группе свободная соляная кислота в желудочном соке появилась у 9 (56,3%) из 16 больных с истинной ахлоргидрией, а в контрольной — у 2 (40%) из 5. При этом у больных основной группы с ХАТГ тела желудка концентрация гастрин в крови достоверно уменьшилась с $151,9 \pm 6,9$ до $130,6 \pm 4,5$ нг/л ($P < 0,05$), а с антральным — увеличилась с $36,9 \pm 2,9$ до $52,3 \pm 5,9$ нг/л ($P < 0,05$). В контрольной группе динамика указанного гормона была несущественной (с $145,6 \pm 8,1$ до $135,7 \pm 3,8$, у больных с ХАТГ тела желудка и с $37,6 \pm 2,6$ до $43,0 \pm 3,1$ нг/л у больных с антральным гастритом; $P < 0,05$). Показатели обмена коллагена в сыворотке кро-

Показатели обмена коллагена в сыворотке крови у больных с ХАТГ в процессе лечения ($M \pm m$)

Группы обследованных	СО, мкмоль/л	ПСО, мкмоль/л	БСО, мкмоль/л	СО/ПСО	СО/БСО
Основная (n = 31)	14,9±0,7	10,6±0,5	57,7±1,9	1,4±0,1	0,2±0,0
	13,4±0,9	9,2±0,7	57,7±1,7	1,5±0,1	0,2±0,0
Контрольная (n = 20)	15,6±0,8	10,4±0,8	58,7±2,6	1,5±0,1	0,2±0,0
	16,1±0,9	10,9±1,1	61,6±4,1	1,5±0,1	0,3±0,0
Здоровые (n = 25)	14,5±0,5	10,9±0,4	55,5±1,5	1,3±0,0	0,3±0,0

Примечание. В числителе — показатели до лечения, в знаменателе — после лечения.

Таблица 3

Показатели обмена коллагена в желудочном соке у больных с ХАТГ в процессе лечения ($M \pm m$)

Группы обследованных	СО, мкмоль/л	ПСО, мкмоль/л	БСО, мкмоль/л	СО/ПСО	СО/БСО
Основная (n = 32)	21,6±1,4	*17,2±1,6	*39,9±3,1	*1,3±0,1	*0,6±0,1
	22,7±1,8	22,9±2,2*	56,0±3,9*	1,0±0,0*	0,4±0,0*
Контрольная (n = 18)	22,5±1,8	*17,8±1,1	*43,6±6,2	*1,3±0,1	*0,5±0,1
	23,4±1,8	18,3±1,7	*44,5±4,4	*1,3±0,1	*0,5±0,0
Здоровые (n = 16)	22,3±0,8	21,1±1,1	54,8±2,9	1,1±0,0	0,4±0,0

Примечание. В числителе — показатели до лечения, в знаменателе — после лечения. * Справа — достоверность различий по сравнению с исходным уровнем, * слева — по сравнению с данными здоровых.

ви у больных обеих групп существенно не изменились, оставаясь в пределах нормы (табл. 2). В желудочном соке у пациентов основной группы отмечалось достоверное увеличение концентрации ПСО и БСО со снижением величин соотношения СО/ПСО и СО/БСО. К концу курсового лечения эти показатели не отличались от данных здоровых, что свидетельствовало о восстановлении равновесия между биосинтезом и распадом коллагена в СОЖ. В контрольной группе больных эти показатели к концу курсового лечения не нормализовались (табл. 3).

Выявленные положительные клинико-функциональные и метаболические сдвиги коррелировали с результатами гистоморфологических и электронно-микроскопических исследований СОЖ. Так, у всех больных основной и контрольной групп уменьшились явления отека собственной пластинки слизистой, а клеточный инфильтрат ее был представлен в основном лимфоцитами, плазмочитами, единичными макрофагами и малочисленными тучными клетками в различной стадии накопления секрета. Свободные гликозаминогликаны в СОЖ у больных основной группы,

как правило, отсутствовали, тогда как у больных контрольной группы в собственной пластинке слизистой сохранялись явления умеренно выраженного набухания фибриллярного компонента базальной мембраны сосудов микроциркуляторного русла с накоплением в ней мелкозернистого материала средней электронной плотности. У некоторых больных имел место периваскулярный отек.

Существенные изменения наблюдались в специализированных эпителиоцитах слизистой тела и антрального отдела желудка. При этом более положительная динамика в клетках регистрировалась у тех больных, которые наряду с традиционными препаратами получали рибоксин. В обкладочных клетках отмечались митохондрии с хорошо выраженными кристами и матриксом средней электронной плотности и внутриклеточный канальцевый аппарат в состоянии покоя. Миелиноподобные структуры выявлялись исключительно в клетках дна тела желез, что свидетельствовало о резком снижении перекисного окисления липидов, весьма характерного для ХАТГ. В главных клетках

усложнялась структура шероховатого эндоплазматического ретикулула. Микст-клетки и малодифференцированные эпителиоциты в теле желез встречались редко, а нарушения митохондрий в гастринпродуцирующих клеточных элементах желез антрального отдела слизистой отсутствовали.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное лечение ХАТГ с применением рибоксина оказывало положительное влияние на динамику клинических признаков заболевания, кислотообразующей функции желудка и концентрацию гастрин в сыворотке крови больных.

2. Рибоксин, использованный в комплексной терапии ХАТГ, существенно улучшал микроскопическую и ультраструктурную организацию СОЖ, что сопровождалось нормализацией метаболизма коллагена в желудочном соке.

3. Положительные эффекты рибоксина обосновывают целесообразность использования его в комплексной терапии больных ХАТГ.

4. Маркеры коллагена, определяемые в желудочном соке (СО, ПСО, БСО), могут служить дополнительным тестом в оценке эффективности лечения больных ХАТГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам, 1993.

2. Биохимические методы анализа показателей обмена биополимеров соединительной ткани / Шараев П.Н., Иванов В.Г., Рябов В.И. и др. — Ижевск, 1989.

3. Бутов Ю.М.// Арх. патол. — 1979. — № 3. — С. 71—76.

4. Осадчук Т.К., Мотин Ю.К., Осадчук М.А.// Лаб. дело. — 1982. — № 4. — С. 208—210.

5. Раццо Е.В., Соколов Л.В.// Хим.-фарм. журн. — 1978. — № 10. — С. 38—49.

6. Салупере В.П. Проблема хронического гастрита. — Таллин. 1978.

7. Фишзон-Рысс Ю.И. Гастриты. — Л., 1974.

8. Французова С.Б., Кривелевич В.Я., Пархонок В.П.// Фармакол. и токсикол. — 1989. — № 1. — С. 115—118.

9. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. — Пермь, 1992.

10. Чазов Е.И.// Кардиология. — 1975. — № 10. С. 12—16.

11. Шехтер А.Б., Серов В.В.// Арх. патол. — 1991. — № 7. — С. 7—14.

12. Villako K., Kekki M., Tamm A. et al.// Gastroenter. — 1982. — Vol. 17. — P. 601—607.

13. Koren R., Cass C.E., Paterson A.R.P.// Biochem. J. — 1983. — Vol. 216. — P. 299—307.

Поступила 12.05.99.

EXPERIENCE OF THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS USING RIBOXIN

A.M. Korepanov, A.M. Nazarov, E.N. Nikitin,
E.L. Bazhenov, A.S. Shklyayev

S u m m a r y

The results of the complex treatment of 60 patients with chronic atrophic gastritis using riboxin are presented. The favourable effect of riboxin on the dynamics of the clinical manifestations of the disease, collagen metabolism in gastric juice, acid-forming function parameters and ultrastructure organization of gastric mucosa is shown. These positive effects of riboxin justify its use in complex treatment of patients with chronic atrophic gastritis.

ИЗМЕНЕНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

*И.А. Ибатуллин, Р.Ш. Шаймарданов, И.С. Малков,
А.М. Зайнутдинов, Р.И. Гизятуллова*

*Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав. — доц. Р.Г. Мингазов),
кафедра общей и неотложной хирургии (зав. — доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской
государственной медицинской академии последипломного образования*

Несмотря на достаточную изученность патогенеза самых различных форм перитонита, совершенствование оперативной техники и наличие широкого медикаментозного арсенала, частота его и летальность даже увеличиваются. В основе развития перитонита лежит изменение минутного объема циркулирующей крови в органах и системах, при этом доминирует нарушение микроциркуляции, что обусловлено функциональной недостаточностью ЖКТ, ведущей к печеночной недостаточности [2]. Объективным показателем гомеостаза является функция первичных сосудисто-нервных пучков, а первичной генетической константой — АД. Кровяное давление в ЖКТ равно системному, так как имеет 5 артерий, 2 вены, 3 нервных сплетения и более 200 лимфатических узлов. Данный показатель изучен методом ангиотензиметрии А.А. Назиповым [3] при критических состояниях, в частности при перитоните в токсической и терминальной фазах.

Целью исследования являлось изучение в динамике на ранних сроках изменений гомеостаза при перитоните аппендикулярного происхождения по показателям сосудистых реакций и микроциркуляции и далее на основании полученных данных определение патогенетических методов лечения.

Экспериментальную часть работы проводили на 30 собаках и 70 крысах. Перитонит воспроизводили путем перфорации купола слепой кишки, что в клинике соответствует патологии червеобразного отростка. В динамике на ранних сроках, в течение 6 часов изучали системное АД, ЧСС, ЭКГ, проводили ангиотензиметрию на разных уровнях

ЖКТ, определяли объем и скорость лимфоистечения через дренируемый грудной проток (ГП). Состояние микроциркуляции оценивали в динамике по биомикроскопии брыжейки тонкой и толстой кишок, а также исследовали ангиоархитектонику и гистоструктуру жизненно важных органов. О состоянии локального кровотока в печени судили по показателям полярографии [1], выполняемой на аппарате ЛПУ-17 (ЧССР).

В клиническом разделе работы были использованы материалы 62 больных в возрасте от 23 до 81 года (женщин — 27, мужчин — 35). Определяли регионарную гемодинамику (при лапаротомии по поводу перитонита). В дооперационном периоде изучали частоту пульса, дыхания и динамику ЭКГ.

При исследовании функциональных показателей легочно-диафрагмально-сердечно-сосудистой системы при перитоните установлено следующее. У собак в устье верхнебрыжеечной артерии системное систолическое АД в течение 1-го часа составляло $96,7 \pm 6,7$ мм Hg (75%) — $P > 0,05$ от нормы, диастолическое — $71,7 \pm 4,4$ мм Hg (95%) — $P > 0,01$, в течение 3-го часа — соответственно $155,0 \pm 2,0$ мм Hg (122%) — $P > 0,001$, $106,7 \pm 1,4$ мм Hg (141%) — $P > 0,01$; в течение 5-го часа — $95,0 \pm 7,9$ мм Hg (78%) — $P > 0,05$, $70,0 \pm 4,4$ мм Hg (97%) — $P > 0,001$, в течение 6-го часа — $121,7 \pm 1,7$ мм Hg (97%) — $P > 0,001$, $67,5 \pm 2,6$ мм Hg (89%) — $P > 0,01$. Имело место кратковременное изменение давления в течение 1—3-го часа в пределах 15—20 мм Hg, равное капиллярному. Венозное давление увеличивалось в течение 3-го часа до 92% от контрольной и снижалось к 5-му часу до 77% от контрольной. В первичном

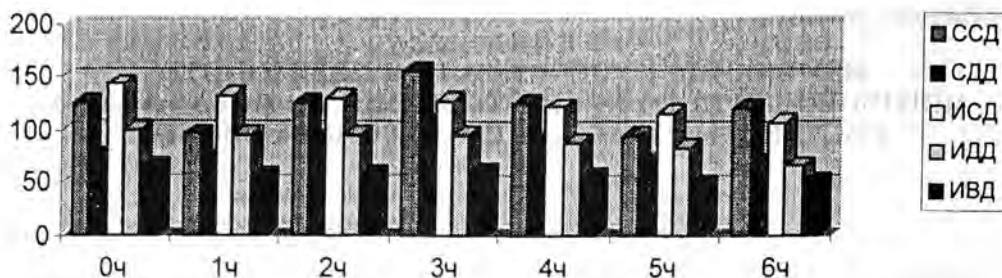


Рис. 1. Системное и внутриорганное (дистальный отдел тонкой кишки) кровяное давление в динамике аппендикулярного перитонита у животных (собак) через 1—6 часов.

очаге, терминальном отделе тонкого кишечника, в течение 5 часов систолическое и диастолическое давление не повышалось.

В первичных сосудисто-нервных пучках (желудок, проксимальный отдел тонкой кишки) были выявлены изменения через 3 и более часов. Этот факт в динамике указывал на переход реактивной стадии в токсическую.

Данные флеботензиометрии показали, что в первый час патологии у животных в нижней полой вене возникает гипертензия на уровне 150 мм H₂O, а через 2,5 часа — снижение до 20 мм H₂O. В верхней полой вене к этому сроку венозное давление возрастало до 600 мм H₂O.

Объем скорости лимфоистечения в первые 2 часа увеличивался на 33%, к 3—4 часам — лишь на 15—20%.

По данным клиники, при ангиотензиометрии определялась гиподинамическая реакция в очаге первичной патологии в сочетании со стабилизацией на участках, располагающихся дальше от патологического очага (желудок, проксимальный и средний отделы тонкой кишки, сигмовидная кишка).

В группе токсической стадии разлитого перитонита системное АД было равно 117,5±2,8/76,7±1,4 мм Hg

($P > 0,001$; $P > 0,01$), в желудке — 124,0±5,5/78,8±5,5/45 мм Hg ($P > 0,01$), в проксимальном отделе тонкой кишки — 118,0±2,5/80±2/56±1,3 мм Hg ($P > 0,001$, $P > 0,01$, $P > 0,05$), в среднем отделе тонкой кишки — 115,0±2,9/81,3±1,3/56,3±3,8 мм Hg ($P > 0,01$, $P > 0,05$), в дистальном отделе — 100,0±7,1/69,0±4,3/44,0±5,5 мм Hg ($P > 0,01$, $P > 0,05$), в сигмовидном отделе — 113,0±4,7/71,0±7,7/50,0±2,9 мм Hg ($P > 0,001$; $P > 0,01$).

Данные ЭКГ у собак были следующими: через 40 минут ЧСС составляла 86%, высокий остроконечный зубец P в стандартных и правых грудных отведениях, ST ниже изолинии. Через один час ЧСС повысилась до 94,0±2,9 (47%) — $P > 0,01$, $\angle \alpha = 120^\circ$, глубокие зубцы S1, S2, S3. Через 2 часа ЧСС возросла до 200,0±3,5 (76%) — $P > 0,001$, имели место высокий остроконечный зубец P и T, ST ниже изолинии. Через 3 часа ЧСС снизилась до 187,0±3,1 (81%) — $P > 0,001$, электрическая ось отклонилась влево. Через 4 часа ЧСС уменьшилась до 88,0±2,1 (53%) — $P > 0,001$, через 5 — до 82,0±1,5 (64%) — $P > 0,01$, ST ниже изолинии во всех отведениях. Через 6 часов появилась выраженная брадикардия: ЧСС до 76,0±4,4 (38%) — $P > 0,001$; далее определялась фибрилляция желудочков.

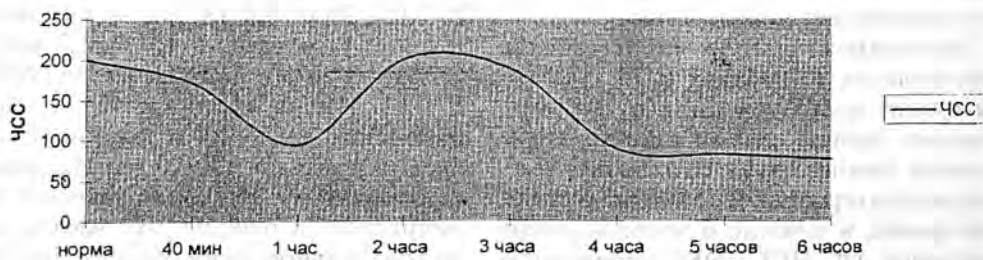


Рис. 2. Частота сердечных сокращений у собак в динамике аппендикулярного перитонита.

Экспериментальные данные ЭКГ крыс соответствовали показателям, полученным у собак.

Состояние дыхания морфофункционально было связано с функцией диафрагмы. Сокращения ее и глубина вдоха определяли величину внутрибрюшного давления, обуславливающие венозную гемодинамику в системе верхней и нижней полых венах, а также лимфоотток в ГП и моторику ЖКТ.

В течение последующих полутора часов в группе подопытных крыс частота дыхания сохранялась на уровне контрольной группы — $119,0 \pm 4,5$ в 1 мин (103%) — $P > 0,001$. Через 2 часа она возросла до $156,5 \pm 2,3$ в 1 мин (135%) — $P > 0,001$. В последующем через 3,5 часа частота дыхания снизилась до $103,0 \pm 2,6$ в 1 мин (89%) — $P > 0,001$, через 4,5 часа возросла до $140,0 \pm 5,7$ в 1 мин (121%) — $P > 0,001$, через 5,5 часа вновь снизилась до $111,0 \pm 3,4$ в 1 мин (96%) — $P > 0,001$, а через 6,5 часа — до $93,0 \pm 5,0$ в 1 мин (81%) — $P > 0,01$.

чае не наблюдалось. В 23% случаев имелось горизонтальное положение электрической оси, в 13% — влево, в 13% — вправо. Определялись нарушение внутрижелудочковой проводимости, отрицательные зубцы Т во всех грудных отведениях, ST ниже изолинии в I, 2, V 2—6.

В терминальной стадии ЧСС была равна $100,0 \pm 5,4$ ($P > 0,001$) в 1 мин; расширение QRS констатировано в 30% случаев, смещение влево $\angle \alpha$ — в 45%, горизонтально — в 45%. Имели место синдром $RV_6 > RV_5$, отрицательные зубцы Т в V5—6, I, нарушение внутрижелудочковой внутрисердечной проводимости, перегрузка обоих предсердий.

При изучении локального кровотока в печени методом полярографии на подопытных крысах выявлено, что в контрольной группе коэффициент водородного клиренса составлял $54,1 \pm 6,5$ ($P > 0,001$). После воспроизведения патологии через один час коэффициент водородного клиренса увеличился до

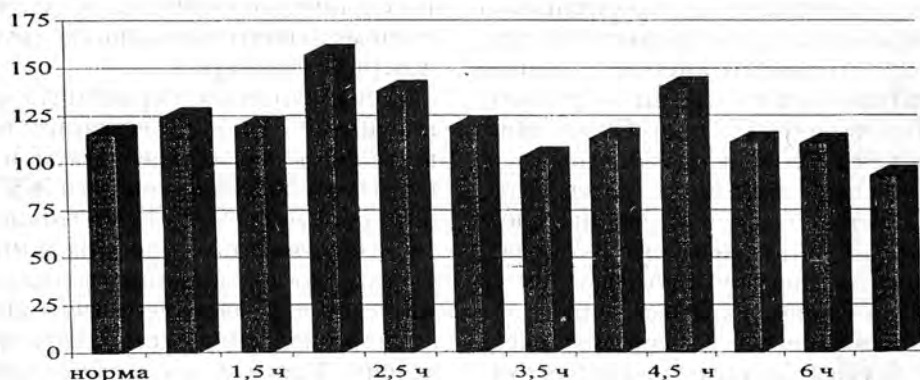


Рис. 3. Динамика частоты дыхания у животных при аппендикулярном перитоните.

По данным клинического раздела, в реактивной стадии ЧСС была равна $102,7 \pm 4,1$ ($P > 0,01$) уд. в 1 мин, в 34% случаев — $QRS > 0,11$. В 30% случаев имелось отклонение переходной зоны влево. У больных данной группы была нарушена внутрижелудочковая проводимость, имелись единичные экстрасистолы и гипертрофия левого желудочка с перегрузкой в этих отделах.

В токсической стадии ЧСС составляла $99,4 \pm 8,3$ ($P > 0,05$) уд. в 1 мин. Расширение желудочного комплекса, смещение переходной зоны ни в одном слу-

$60,1 \pm 11,8$ (113%) — $P > 0,05$, через 2 часа — до $69,3 \pm 7,8$ (123%) — $P > 0,01$, к 3 часам — $61,4 \pm 7,8$ (114%) — $P > 0,05$, к 4 — $68,7 \pm 0,2$ (127%) — $P > 0,001$, к 5 — $68,5 \pm 3,5$ (126%) — $P > 0,001$, к 6 — $50,7 \pm 0,46$ (94%) — $P > 0,001$.

Изучение функциональных показателей сосудистых реакций в ЖКТ показало снижение минутного ОЦК в печени, ведущее к гипоксии по показателям водородного клиренса. Известно, что кислородное потребление в печени обусловлено артериальной гемодинамикой и массой портальной крови, не от-



Рис. 4. Локальный кровоток в печени при аппендикулярном перитоните.

личающейся по оксигенации от артериальной. Функциональная гиповолемиа при перитоните вызывает гипоксию гепатоцита и сочетается с метаболической токсемией. Эти два фактора являются причиной возникновения печеночной недостаточности.

В клинике при операции определялись стабильное АД, спазм первичных сосудисто-нервных пучков, выявляемый по показателям ангиотензиетрии ЖКТ (чревный ствол, проксимальный и средний отделы тонкой кишки) и снижение его в очаге патологии — дистальном отделе тонкой кишки. При анализе данных ЭКГ тахикардия наблюдалась во всех стадиях перитонита, более выраженная в токсической и терминальной. По данным ангиотензиетрии, определялось снижение венозного давления до 60—70% от нормальных величин.

В течение первых 3 часов имел место стойкий спазм во всех сосудистых пучках ЖКТ, кроме участка патологии.

Указанные выше реакции вызывали централизацию кровотока, которая подтверждалась состоянием микроциркуляции (спазм артериол). Одновременно централизация кровотока вела к увеличению ОЦК и нарастанию ЧСС. Генерализация перитонита сопровождалась вовлечением в воспалительный процесс всех систем ЖКТ и проявлялась снижением регионарного АД в первичных сосудисто-нервных пучках ЖКТ и системного АД, что подтверждалось данными микроциркуляции — разрешением спазма артериол. В основе указанных сосудистых реакций имела место децентра-

лизация ОЦК с явлениями функциональной гиповолемии в системе депонирующих сосудов портальной системы, что подтверждалось изменением венозного давления и расширением диаметра венул в 3—4 раза.

В основе данной реакции лежит функциональная гиповолемиа, вызывающая изменения ЭКГ, свидетельствующие по ЧСС о повышении МОС, направленном на увеличение перфузии массы крови в системе малого и большого круга кровообращения.

Генерализация перитонита ведет к нарушению микроциркуляции, вызывающей развитие органической и функциональной недостаточности ЖКТ. Данный процесс сочетается с гиповолемией и обуславливает полиорганную недостаточность с доминирующим проявлением в виде выпадения функции основной биохимической лаборатории — печени. Таким путем можно выявить в динамике субкомпенсированные и декомпенсированные стадии перитонита. В основе их развития имеют место изменение минутного объема ОЦК в системе (ЖКТ, легочно-диафрагмально-сердечно-сосудистом комплексе) или органе (печень) с одновременным нарушением процессов микроциркуляции. В клинике данные процессы обуславливают развитие реактивной фазы перитонита и переход в токсическую и терминальную стадии.

Основной задачей врача-хирурга является исключение этиологического фактора перитонита с целью предупреждения перехода субкомпенсированной

стадии в декомпенсированную с помощью оперативных приемов. Учет выявленных изменений гомеостаза позволяет определить тактику лечения: провести дозированную инфузионную терапию, направленную на ликвидацию функциональной гиповолемии, что особенно важно и необходимо в дозированной дооперационной подготовке.

Для ликвидации функциональной и органической недостаточности ЖКТ необходима эндоназальная интубация желудка и тонкого кишечника с обязательной установкой дренажа за трейтцеву связку и, по возможности, интубация также толстого кишечника. При показателях АД не ниже 80 мм Hg следует проводить паравертебральную и паранефральную новокаиновую блокады, которые помимо обезболивающего эффекта позволят улучшить васкуляризацию, повысить концентрацию гормонов в крови и оказать нормализующее влияние на репаративно-пролиферативные процессы (И.А. Ибатуллин и др., 1996). Для изучения динамики течения следует использовать лапароскопическую технику с одновременной активной санацией брюшной полости и селективным введением антисептических средств и антибиотиков.

1. Демченко И.Т. // Физиол. журн. СССР. — 1981. — № 67. — С. 178—183.

2. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы и его клиническое значение. — Казань, 1998.

3. Назипов А.А. Интестинальная гемодинамика при критических состояниях в абдоминальной хирургии: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 1989.

Поступила 01.06.99.

VARIATION OF HOMEOSTASIS IN PERITONITIS OF APPENDICULAR ORIGIN BY THE INDICATORS OF VASCULAR REACTIONS AND MICROCIRCULATION

I.A. Ibatullin, R.Sh. Shaimardanov, I.S. Malkov, A.M. Zainutdinov

S u m m a r y

Variations of homeostasis in peritonitis of appendicular origin by the indicators of vascular reactions and microcirculation are studied in dynamics early in the development. The account of the revealed variations of homeostasis makes it possible to carry out the dosed infusion therapy directed to the elimination of the functional hypovolemia in the preoperative period of preparation. For the elimination of the functional and organic insufficiency of the gastroenteric tract the endonasal intubation of the stomach and small intestine with obligatory drainage placing on the Treitz hernia and the intubation of the large intestine are necessary. The use of laparoscopic equipment with concurrent active sanation of the abdominal cavity is advisable.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЦВЕТНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н. Насруллаев, М.Г. Тухбатуллин, И.В. Ключикин

Кафедра лучевой диагностики (зав. — чл.-корр. АНТ, проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, кафедра хирургии № 4 (зав. — проф. И.В. Ключикин) Казанского государственного медицинского университета, Республиканский медицинский диагностический центр (главврач — Р.З. Абашев) МЗ РТ

Рак молочной железы (РМЖ) занимает одно из самых первых мест среди злокачественных новообразований у женщин. На протяжении последних десятилетий рост заболеваемости РМЖ в большинстве стран мира возрастает ежегодно примерно на 3% [5]. В Татарстане среднегодовой прирост заболеваемости составил 3,8% [2]. Число больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования увеличилось за 1991—1996 гг. на 7%. У женщин, заболевших злокачественными новообразованиями, первое место занимает РМЖ — 18,3% [7].

На современном этапе клинической онкологии проблема состоит не столько в усовершенствовании методов лечения РМЖ, сколько в поисках путей его раннего распознавания. Развитие современных методов диагностики идет по пути неинвазивности и безопасности для больного, поэтому большой интерес для диагностики заболеваний молочной железы (МЖ) представляет сонография с цветной доплерографией, позволяющая получать изображение интересующего объекта и его сосудистой сети. Сонография безвредна, при ее использовании отсутствует ионизирующее излучение [4, 9]. Особенно эффективна сонография для выявления узловых образований МЖ при развитии железисто-соединительнотканном комплексе и диффузной фиброзно-кистозной мастопатии [1, 3, 9]. Цветное доплеровское картирование (ЦДК) кровотока дает возможность оценивать не только ангиоархитектонику МЖ, но и функциональные особенности кровоснабжения.

Гемодинамика доброкачественных и злокачественных опухолей различна. Опухоли, в основном злокачественные, индуцируют рост новых капилляров. Так

называемый ангиогенез приводит к возникновению собственных опухолевидных сосудов, неоваскуляризации [10, 11]. Однако новые опухолевые сосуды отличаются по строению от обычных. Нарушается строение сосудистой сети вследствие возникновения большого числа артерио-венозных шунтов, а также существенно трансформируется микрососудистая архитектура злокачественных новообразований из-за недостатка гладкой мышечной мускулатуры в стенках сосудов. Для диагностики злокачественных образований и проведения дифференциальной диагностики многие авторы предлагают метод ЦДК с изменением количества регистрируемых сосудов, их диаметра, линейной скорости кровотока (V_{max} , V_{min} и V_{med}), резистентного и пульсационного индексов [6, 8].

Несмотря на имеющиеся немногочисленные публикации, отсутствует общее мнение об оценке количественных показателей, их значении в дифференциальной диагностике новообразований МЖ, а также месте ПДК в комплексной диагностике различной патологии молочных желез.

С целью определения возможностей сонографии с ЦДК в распознавании и дифференциальной диагностике заболеваний МЖ нами проведено обследование 181 пациентки в возрасте 17—77 лет. В результате проведенных исследований и обобщения данных окончательный диагноз был установлен следующим образом: РМЖ — у 113 (62,4%) больных, фиброаденома — у 25 (13,8%), кисты — у 23 (12,7%), узловатая мастопатия — у 20 (11,1%).

Исследования выполняли на сонографе "Acuson 128 XR/40" (США) в режиме реального масштаба времени датчиком 7,5 МГц. У женщин репродуктив-

ного возраста исследования проводили в первой фазе менструального цикла (с 6 по 14-й день от начала менструации). Исследования начинали с традиционного ультразвукового исследования МЖ и регионарных лимфатических узлов по стандартным методикам, начиная с В-режима; на заключительном этапе производили ЦДК с вычислением основных параметров кровотока. Проанализированы 348 ультрасонограмм молочных желез с патологическими изменениями.

При интерпретации эхографической картины оценивали структуру и характер контуров, форму, эхоструктуру, эхогенность, отражение ультразвуковой волны от задней границы опухоли, эхоструктуру ткани железы вокруг патологического процесса. На эхограмме фиброаденома выявлялась как образование овальной формы, с четкими, ровными контурами, с однородным внутренним эхосигналом, умеренно пониженной эхогенности, симметричными контралатеральными тенями и дорсальным усилением. Не во всех случаях определялся гипозоногенный ободок по периферии. На 7 эхограммах фиброаденомы были неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами и низкой эхогенностью, что, несомненно, вызывало дифференциально-диагностические затруднения.

В большинстве случаев кисты имели следующие эхографические признаки: четкие, ровные контуры, круглую или овальную форму, были анэхогенны, с дорсальным усилением сигнала, латеральной акустической тенью вследствие отражения и отхождения звуковых волн от стенок кисты. Минимальный диаметр определяемой кисты составлял 3 мм.

Эхографическая картина мастопатий узловой формы выглядела следующим образом: нечеткие, ровные контуры,

овальные, ближе к округлым, формы, однородная структура, пониженная эхогенность, отсутствие отражения ультразвуковой волны от задней границы опухоли; эхоструктура ткани железы вокруг патологического очага не нарушена. Дифференциальную диагностику заболеваний молочной железы проводили по качественным и количественным показателям: максимальной (V_{max}), минимальной (V_{min}) и средней скорости (V_{med}), индексам пульсационности и резистивности (P_i , R_i).

Для узловых доброкачественных образований МЖ в большинстве случаев было характерно отсутствие кровотока в самом образовании. Васкуляризация была выявлена при фиброаденомах размером более 2 см (у 5), изменение кровотока — при узловой мастопатии (у 4). Во всех 9 наблюдениях васкуляризация осуществлялась 1—2 сосудами, локализованными в одном из полюсов.

Качественная оценка данных ЦДК и доплерографии кровотока показала при РМЖ увеличение количества сосудов с их локализацией преимущественно в периферической зоне (в 60,1% случаев). Смешанный тип васкуляризации, при котором отмечается распределение сосудов как по периферии, так и в самом опухолевом узле, обнаружен в 19,9% случаев, васкулярная опухоль — в 15,5%. Увеличение количества сосудов и их равномерное распределение по всем квадрантам МЖ в виде цветной мозаики имело место в 4,5% наблюдений, что было характерно для отеочно-инфильтративных форм.

При исследовании кровотока в прилегающих сосудах при доброкачественных и злокачественных процессах установлено, что скорость кровотока при раковом поражении была выше независимо от размеров узла (см. табл.).

При отеочно-инфильтративной форме РМЖ основным критерием злокачест-

Гемодинамические показатели прилегающих сосудов опухолей молочной железы

Образования	V_{max} , м/с	V_{min} , м/с	V_{med} , м/с	P_i	R_i
Рак	0,34±0,05	0,08±0,02	0,19±0,06	1,42±0,04	0,71±0,02
Фиброаденома	0,18±0,02	0,06±0,03	0,12±0,04	1,24±0,06	0,62±0,02
Киста	0,19±0,02	0,07±0,04	0,13±0,03	1,24±0,06	0,62±0,02
Узловая мастопатия	0,14±0,02	0,06±0,04	0,11±0,02	1,12±0,02	0,60±0,02

венности служили высокая скорость кровотока ($V_{\max}=0,31\pm 0,09$ м/с), а также диффузное усиление венозного кровотока во всей железе с повышением V_{\min} до $0,10\pm 0,03$ м/с.

При качественной оценке данных ЦДК и доплерографии сосудов новообразований МЖ выявлены различные виды их кровоснабжения: 1) периферический тип (сосуды обнаруживаются вокруг опухоли); 2) смешанный тип (сосуды обнаруживаются вокруг узла и внутри него); 3) равномерное распределение сосудов по всей молочной железе в виде цветной мозаики; 4) отсутствие кровотока. При доброкачественных узловых образованиях отмечено равномерное распределение сосудов в тканях МЖ, а показатели линейной скорости кровотока V_{\max} в среднем составляли $0,18-0,19$ м/с. Для злокачественных образований были характерны более высокие показатели линейной скорости кровотока ($V_{\max}>0,3$ м/с).

Таким образом, применение сонографии в сочетании с ЦДК кровотока позволяет получить дополнительные данные для проведения дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Араблинский В.М., Островская И.М., Шипуло М.Г. и др. // Вестн. рентгенол. — 1991. — № 2. — С. 65—70.

2. Двойрин В.В., Церковный Г.Ф., Аксель Е.М. // Вопр. онкол. — 1991. — № 4. — С. 401—436.

3. Камалов И.И., Тухбатуллин М.Г., Бусыгина Е.Х. // Казанский мед. ж. — 1991. — № 5. — С. 391—393.

4. Карчевская Л.Г. Диагностический центр. Возможности современных методов диагностики. — Омск, 1993.

5. Пинхосевич Е.Г., Линденбратен Л.Д. // Маммология. — 1992. — № 1. — С. 4—9.

6. Смирнова Н.А. Возможность цветной доплерографии в комплексной диагностике заболеваний молочной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1995.

7. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения стран СНГ в 1996 г. — М., 1997.

8. Харченко В.П., Рожкова Н.И., Зубовский Г.А. и др. // Маммология. — 1993. — № 1. — С. 22—28.

9. Brombart J.C. // J. Belge Radiol. — 1995. — Vol. 78. — P. 34—38.

10. Folkman J. // Adv. Cancer Res. — 1985. — Vol. 43. — P. 175—200.

11. Folkman J., Shing Y. // J. Biol. Chem. — 1992. — Vol. 267. — P. 10931—10934.

Поступила 25.01.99.

ULTRASOUND COLOR DOPPLEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE MAMMARY GLAND

M.N. Nasrullaev, M.G. Tukhbatullin, I.V. Klyushkin

S u m m a r y

As many as 181 patients with volumetric diseases of the mammary gland are examined using the current method of radiation diagnosis — the ultrasound color dopplerography with blood flow charting. The value of this method in the differential diagnosis of malignant and benign tumors of the mammary gland is proved.

СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Ф.Ш. Ахметзянов, И.В. Шаймарданов

Курс онкологии (зав. — доц. Ф.Ш. Ахметзянов) Казанского государственного медицинского университета, ГСМО "Онкология" (главврач — Ф.М. Хайруллин), г. Казань

В 1993 г. приказом Управления здравоохранения г. Казани на базе ГСМО "Онкология" было организовано отделение экстренной амбулаторной и стационарной помощи онкологическим больным. Ранее онкологические больные, в частности с распространенными формами злокачественных заболеваний, находились под наблюдением участковых терапевтов. Помощь этим больным заключалась главным образом в назначении наркотических препаратов и симптоматической терапии. Особую проблему представляют больные с метастатическими поражениями позвоночника со сдавлением спинного мозга и нарушениями функции органов малого таза и без сдавления спинного мозга, которым обычно назначают наркотические анальгетики.

Заслуживает внимания, как нам представляется, наш опыт применения скелетного вытяжения у больных с метастатическими поражениями позвоночника с опасностью сдавления спинного мозга или с уже развившимся сдавлением с нарушениями функции тазовых органов. Скелетное вытяжение в домашних условиях проводилось у 10 больных.

Метод декомпрессии позвоночника заключается в следующем. Необходимо 2 деревянных щита из жесткой фанеры или досок на ширину койки. Один из щитов должен быть на 10—15 см короче для того, чтобы этот щит имел свободный ход. Между двумя щитами закладывают 4 ролика. Для этих целей мы используем круглые деревянные палки диаметром 50—60 мм, длиной на ширину щита. Для вытяжения позвоночника под тяжестью тела больного головной конец кровати поднимают на 15—18 см. На верхний щит кладут матрац с постельным бельем. Из обычных простыней путем их скручивания готовят 2

кольца, с помощью которых больного за подмышечные впадины фиксируют к головному концу кровати. Из-за постоянного медленного вытяжения происходит расслабление мускулатуры тела, резких болевых ощущений при этом не наступает. Через 2—3 дня непрерывного вытяжения наблюдается снижение интенсивности болей или они полностью исчезают.

Приводим три клинических наблюдения.

1. Ж., 63 лет. В 1993 г. по поводу рака правой молочной железы ей была произведена мастэктомия по Холстеду с последующей гамма-терапией на аппарате "Луч-1" по радикальной программе с суммарной очаговой дозой по 40 Гр на область молочной железы и зоны регионарного метастазирования. В начале 1996 г. появились сильные боли в позвоночнике при любом движении и одышка, даже в покое. Диагностирован также специфический плеврит. Произведена четыре раза плевральная пункция: эвакуировано по 800 мл жидкости, затем введен тиофосамид по 30 мг. При радиоизотопном исследовании выявлены метастатические поражения XII грудного, I и IV поясничных позвонков, костей таза и легких. Проведено два 8-недельных курса полихимиотерапии по схеме Купера без положительного результата. С учетом такой диссеминации процесса и неэффективности химиотерапии больная была выписана на симптоматическую терапию по месту жительства с назначением тамоксифена по 20 мг в сутки.

С апреля 1996 г. больная обслуживается экстренной онкологической службой. Состояние тяжелое, с постели не встает. Назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 2 месяца боли прошли, и наркотические анальгетики были отменены. Через 6 месяцев больная стала ходить. В конце ноября 1997 г. на фоне проводимой гормонотерапии в указанной выше дозировке вновь появились сильные боли в позвоночнике, онемение нижних конечностей. Любое движение вызывало у женщины сильную боль, не позволявшую ей подниматься с постели. В домашних условиях 10.12.97 г. больной наложено скелетное вытяжение по описанному выше методу. На следующий день наркотические анальгетики были отменены в связи с резким уменьшением болевого синдрома. Через одну неделю боли полностью исчезли, и

29.12.97 г. ее перевели на периодический режим вытяжения, так как она начала ходить. Осмотр 10.01.1998 г. показал удовлетворительное самочувствие больной и отсутствие у нее болей. Периодически, по своему усмотрению больная проводит в течение суток 6-часовое прерывистое вытяжение.

2. Больная П., 76 лет. В 1979 г. ей была произведена мастэктомия по Холстеду по поводу рака левой молочной железы $T_2N_0M_0$ с последующей теле-гамматерапией по радикальной программе в суммарной очаговой дозе 40 Гр на область молочной железы и зоны регионарного метастазирования. В июле 1996 г. у пациентки появились сильные боли в позвоночнике. При рентгенологическом исследовании у нее были выявлены метастатические поражения позвоночника (L2—L3) со снижением высоты позвонков. Назначение наркотических препаратов эффекта не дало. При первичном же осмотре наложено скелетное вытяжение в домашних условиях по описанному выше методу.

Двигательная активность нижних конечностей ограничена из-за сильных болей. Чувствительность до уровня верхней трети бедра отсутствует. Через неделю боли уменьшились. С учетом эффективности вытяжения назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 6 месяцев скелетное вытяжение было снято. Больная начала сидеть, активно двигать ногами, чувствительность в них восстановилась. Из-за наличия большого очага деструкции вставать больной не разрешено, но боли ее не беспокоят, дома передвигается в инвалидной коляске. Большого желания обследоваться не проявляет, так как боится возобновления болей. С койки на коляску и к обеденному столу передвигается сама.

3. Больная С., 66 лет. Заболела в январе 1997 г. Боли появились в поясничном отделе позвоночника, которые прогрессировали и привели к нарушению функции органов малого таза. В феврале 1997 г. больная была осмотрена онкологом и на основании рентгенографии позвоночника установлен диагноз: метастатическое поражение позвоночника без выявленного первичного очага. Назначены симптоматическая терапия, наркотические анальгетики, которые практически не имели эффекта. Количество инъекций достигло 8 в сутки.

Повторно осмотрена онкологом: состояние тяжелое, нетранспортбельна, имеются нарушения функции тазовых органов. Больной наложено аналогичное скелетное вытяжение. Через 2 недели в связи с уменьшением болей инъекции наркотиков сокращены до 2 раз в сутки, а через месяц были полностью отменены. По характеру метастазов в молочной железе был предположен первичный очаг. Через месяц от начала скелетного вытяжения назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 6 месяцев функции органов малого таза стали произвольными. Необходимость катеризации мочевого пузыря и пальцевого очищения ампулы прямой кишки отпала. Осмотрена 20.01.98 г.: самостоятельно садится и пользуется инвалидной коляской.

На основании этих наблюдений считаем, что скелетное вытяжение является одним из методов паллиативной терапии. Метод позволяет снизить дозировку наркотических и ненаркотических анальгетиков или вовсе их отменить, значительно улучшает качество жизни и удлиняет ее продолжительность, не требует дополнительных экономических затрат и может с успехом применяться врачами всех специальностей.

Поступила 01.04.99.

SKELETAL EXTENSION IN METASTATIC INJURIES OF THE VERTEBRAL COLUMN

F.Sh. Akhmetzyanov, I.V. Shaimardanov

Summary

The experience of using the skeletal extension in patients with metastatic injuries of the vertebral column with the danger of squeezing the spinal cord or with the developed squeezing in combination with disorders of pelvic organ functions is shown. On the basis of the given clinical observations it is concluded that the skeletal extension is one of the methods of palliative therapy. The method makes it possible to decrease the doses of narcotic and innarcotic analgetics or to abolish them, improves the quality of life, does not require additional economic expense.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НА ФОНЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

А.И. Фазульязнова, В.Х. Фазылов, Д.М. Менделевич

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. В.Х. Фазылов),
кафедра психиатрии и наркологии (зав. — проф. К.К. Яхин)
Казанского государственного медицинского университета*

За период с 1995 по 1999 г. нами были обследованы 120 больных в возрасте от 15 до 49 лет, поступивших в отделение вирусных гепатитов 1-й клинической инфекционной больницы им. А.Ф. Агафонова г. Казани. Для постановки диагноза вирусного гепатита и оценки функционального состояния печени применялся комплекс клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Исследование лабораторных и иммунологических показателей у больных проводилось в динамике заболевания: в периоде разгара при поступлении больного в стационар, через 10 дней госпитализации, в периоде ранней реконвалесценции (совпадало с выпиской больного из стационара) и через один месяц после выписки из стационара при диспансерном обследовании. На ранних сроках госпитализации больным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

У 74 (61,6%) больных было установлено внутривенное употребление наркотических средств. Диагностика наркоманий базировалась на данных общего и специального клинического обследования. Наиболее значительными в этом плане являлись признаки наркотической интоксикации и наркотического абстинентного синдрома. Все больные в качестве наркотических средств внутривенно употребляли препараты опия (до 1998 г. — кустарно изготовленный водный экстракт из опия-сырца, с 1998 г. — героин). У 64 (86,5%) больных была диагностирована опийная наркомания, из них 30 (40,5%) продолжали прием наркотиков на фоне ВГ. У 10 (13,7%) заболевших употребление наркотиков расценивали как злоупотребление опиатами или как эпизоды употребления опиатов.

Среди наркоманов, заболевших ВГ, были лица мужского пола в возрасте от 17 до 33 лет. Следует отметить, что преобладали молодые люди в возрасте до 25 лет (81,1%), тогда как в группе лиц, не употреблявших наркотики, было 52,2% больных такого возраста. 70,3% лиц, употреблявших наркотики, нигде не работали и не учились.

Среди наркоманов наиболее часто обнаруживались маркеры возбудителей парентеральных гепатитов — в 97,3% случаев (против 60,7% в группе больных, не употреблявших наркотики). Острые вирусные гепатиты В и С были диагностированы у 36,5% и 13,5% больных, обострение хронических гепатитов В и С — соответственно у 1,4 и 4,1% больных. Маркеры гепатитов В и С были обнаружены у 35,1% обследованных из этой группы. У 2,7% был выявлен ГА. В 6,8% случаев этиологию ВГ расшифровать не удалось.

При оценке связи этиологии гепатитов с употреблением наркотиков было установлено, что среди больных ОГВ наркоманы составляли 56,3%, среди больных ОГС и ХГС — 90,9% и 75%, среди больных микст-гепатитами — 72%. Только 11,8% больных ГА имели проявления наркотической интоксикации.

Среднетяжелое течение болезни в основной группе регистрировалось чаще — соответственно в 64,9% и 45,7% случаев. Легкие формы в основной группе составляли 28,4% против 43,5% в контрольной.

В результате обследования острая форма парентеральных ВГ была установлена у 94 больных, у 67 из них заболевание протекало на фоне наркотической интоксикации. У 56 (83,6%) больных была диагностирована опийная наркомания, остальные 11 (16,4%) заболевших опиаты употребляли эпизодически.

27 больных не употребляли наркотиков. У 64 больных было среднетяжелое течение ВГ, у 30 — легкое.

У больных, употреблявших наркотические средства, доминировало подострое начало болезни (в 95,2% случаев при легких и в 76,1% — при среднетяжелых формах). У 20% наркоманов с легкими формами парентеральных ВГ преджелтушный период протекал незамеченным. У больных, не употреблявших наркотические средства, преобладали диспепсический (38,5% больных) и смешанный (34,6%) типы преджелтушного периода. Диспепсический тип имел место у 38,8% больных, употреблявших наркотики, смешанный вариант — у 8,9%. При легких формах в этой группе больных в 25% случаев встречался асеновегетативный тип преджелтушного периода. С развитием среднетяжелых форм отмечалось увеличение числа больных с острым началом болезни (с 4,8 до 23,9% случаев) и лихорадочно-диспепсическим типом преджелтушного периода (с 5 до 26,1% случаев). Длительность преджелтушного периода в сравниваемых группах достоверно не различалась.

Лихорадочный синдром занимал особое место в клинической картине больных, страдавших наркотической интоксикацией. В преджелтушном периоде повышение температуры до 38°C отмечалось у 22,2% больных с легкой формой (в контроле — у 11,1%) и у 45,7% больных со среднетяжелой формой (в контрольной группе — у 29,4%).

Температурная реакция более 38°C была у 4,3% больных со среднетяжелым течением, причем у многих больных лихорадка сохранялась и в желтушном периоде. Так, при легком течении заболевания у 44,4% больных опиной наркоманией наблюдался подъем температуры до 38°C (против 22,2%). Субфебрильная лихорадка имела место у 54,3% больных со среднетяжелыми формами (в контроле — у 35,3%), а у 18,4% больных опиной наркоманией температура поднялась выше 38°C. Наряду с распространенностью лихорадочного синдрома среди лиц, употреблявших наркотические средства, следует отметить его

достоверно большую продолжительность при среднетяжелом течении заболевания ($10,67 \pm 2,11$ против $3,11 \pm 1,01$; $P < 0,01$). Преобладание лихорадочных реакций у больных, употреблявших наркотические средства, лишний раз свидетельствует о предрасположенности этого контингента к инфекциям, что может быть связано как с нарушением иммунного потенциала организма под действием наркотиков, так и с обстоятельствами, сопровождавшими введение наркотиков (в первую очередь, контаминация инъекционного инструментария или наркотических препаратов).

Следует отметить большой полиморфизм симптомов в течении парентеральных ВГ у больных, употреблявших наркотические средства. В течение преджелтушного периода у них наблюдались такие симптомы, как слабость, вялость, быстрая утомляемость, головная боль, снижение аппетита, боли в области эпигастрия и правого подреберья, тошнота, рвота, артралгии, уртикарная сыпь. В желтушном периоде к перечисленным выше симптомам присоединились изменения психо-эмоционального статуса, нарушение сна, кожный зуд, геморрагическая сыпь.

При легких формах ломота и боли в суставах были выявлены только у наркоманов, которые продолжали прием наркотических средств на фоне заболевания (у 50%). С нарастанием тяжести заболевания ломота и боли в суставах становились критериями больше интоксикации, чем абстинентного синдрома. При легких формах длительность интоксикационного и диспепсического синдромов у больных, употреблявших наркотические средства, была достоверно меньшей, чем у больных контрольной группы ($4,57 \pm 1,06$ против $10,25 \pm 2,31$; $P < 0,05$ и $0,86 \pm 0,31$ против $7,38 \pm 2,51$; $P < 0,01$).

В отличие от легких форм, при среднетяжелом течении заболевания длительность интоксикационного и диспепсического синдромов у больных основной и контрольной групп в среднем была одинаковой.

Гепатомегалия констатирована в желтушном периоде у всех больных, упот-

реблявших наркотики. У больных с легкими формами печень была плотно-эластической (90,5%) или плотной консистенции, у 33,3% — болезненной при пальпации, у 52,4% — увеличенной на 2 см и более, а у 9,5% больных гепатомегалия сочеталась со спленомегалией. Для больных контрольной группы было характерно увеличение размеров печени от 1 см (у 22%) до 2,5 см (у 77,7%), эластический (у 33,3%) или плотно-эластический характер консистенции, отсутствие спленомегалии. При среднетяжелом течении заболевания у 69,6% больных печень была плотно-эластической, у 30,4% — плотной консистенции, у 50% — болезненной при пальпации, у 91,3% — увеличенной на 2 см и более, у 26,1% — гепатомегалия сочеталась со спленомегалией. У наркоманов, продолжавших прием наркотиков во время болезни, плотная консистенция печени наблюдалась в 40% случаев. Для больных контрольной группы были характерны увеличение размеров печени от 1 до 2,5 см (82,4%), плотно-эластический характер консистенции (у 94,1%), спленомегалия (у 17,6%).

В течение желтушного периода у больных, употреблявших наркотические средства, болевой синдром был выражен весьма значительно и характеризовался болями в эпигастрии, левом и правом подреберьях, носил постоянный характер или возникал после еды. Болевой синдром развивался у 50% и 71,1% наркоманов с легким и среднетяжелым течением заболевания (в контроле — у 33,3% и 47,1%).

В группе больных со среднетяжелыми формами, употреблявших наркотические средства, интенсивность желтухи кожных покровов различалась: у 60,9% — была умеренной, у 34,8% — выраженной и только у 4,3% — легкой (в контрольной группе — у 82,4%, 5,9% и 11,8% соответственно). Причем 3 из 4 больных, у которых развилась желтушная форма с холестатическим компонентом, были наркоманами. Длительность желтушного периода в сравниваемых группах достоверно не различалась.

При анализе гематологических показателей отмечались признаки воспали-

тельной реакции в виде лейкоцитоза (при легкой форме — $7,81 \pm 0,34$; $P < 0,01$, среднетяжелой — $9,5 \pm 0,27$; $P < 0,001$). Биохимические показатели у наркоманов существенно не отличались от таковых у больных, не употреблявших наркотики, хотя обращал на себя внимание изначално высокий уровень гипербилирубинемии у больных со среднетяжелыми формами (на 14%; $P < 0,05$). Низкие показатели ПТИ и тромбоцитопения наблюдались на протяжении всего заболевания и были более выражены у больных основной группы. В целом, степень изменения показателей, являющихся маркерами холестатического, цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов, зависела от тяжести заболевания, но носила более глубокий и затяжной характер у больных, употреблявших наркотические средства.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) больных парентеральными ВГ, употреблявших наркотические средства, позволило выявить некоторые особенности со стороны сонографической картины внутренних органов. У всех больных отмечалось увеличение размеров печени. Форма печени существенно не изменялась, контуры органа оставались ровными и четкими. Если у больных контрольной группы увеличение размеров печени происходило в основном в большей степени за счет правой доли и наблюдалась лучшая, чем в норме, дифференциация капсулы, то у наркоманов в большинстве случаев печень была увеличена как за счет правой, так и левой ее долей, и лучшей дифференциации капсулы не наступало. Изменение сосудистого рисунка печени, выразившееся в более четкой визуализации стенок средних и мелких ветвей воротной вены, было характерно для больных контрольной группы (89,3%). У больных, употреблявших наркотики, изменение сосудистого рисунка печени либо отсутствовало, либо было выражено в незначительной или легкой степени (у 54,9%), что можно объяснить, в первую очередь, диффузным повышением экзогенности паренхимы печени, которое имело место у больных основной группы в 36,4% случаев (в контроле — в 14,3%) и зависело

от тяжести болезни (например, в основной группе при легком течении — у 26,3%, при среднетяжелом — у 40,4%).

Увеличение размеров селезенки было выявлено у 50% больных с острыми формами парентеральных ВГ. Сплено-мегалия, как и повышение экзогенности паренхимы печени, была также характерна для больных наркоманов — у 57,6% (в контроле — у 32,1%). Признаки портальной гипертензии были обнаружены у наркоманов при легком течении болезни в 26,3% случаев, среднетяжелом — в 27,6% (против 9,1% и 11,8% соответственно). Изменения стенки желчного пузыря с характерными признаками отека в виде утолщения и расслоения наблюдались у 57,4% больных парентеральными ВГ. Выраженный отек с утолщением стенок от 10 мм и более был отмечен у 10,6% больных и не встречался у больных с легкими формами. Указанные изменения со стороны стенки желчного пузыря были одинаково частыми в обеих группах. Желчный пузырь в виде гиперэхогенного образования за счет выраженного утолщения стенок и отсутствия жидкостного содержимого или наличия желчи в незначительном количестве (“пустой желчный пузырь”) был характерен для среднетяжелого течения парентеральных ВГ (у 10,6%), причем наркоманы составляли 80%. У этих больных заболевание протекало в среднетяжелой форме с развитием внутripеченочного холестаза и клинически характеризовалось выраженной желтухой. У 4,3% больных была диагностирована желтушная форма с холестатическим компонентом, среди них было 75% больных, употребляющих наркотические средства.

Иммунные нарушения со стороны клеточного звена иммунитета, обнаруженные у больных, страдающих наркотической зависимостью, характеризовались как проявления вторичного иммунодефицита. В острой фазе и в периоде ранней реконвалесценции у больных

отмечались достоверно низкие показатели Т-лимфоцитов и их активных субпопуляций. Отсутствие активизации Т-супрессоров/цитотоксических клеток в динамике заболевания приводило к формированию дисбаланса иммунорегуляторных клеток и к повышению иммунорегуляторного индекса. Имели место повышение уровня В-лимфоцитов, характерное для среднетяжелых форм, статистически значимое и длительное повышение выработки иммуноглобулинов всех трех видов, прежде всего М и G, и уровня ЦИК. Обращало на себя внимание стойкое повышение функционально-метаболической активности нейтрофилов, регистрируемое в спонтанном НСТ-тесте, на фоне постоянно низких значений фагоцитарного числа.

Таким образом, сопутствующее употребление наркотических средств (опиатов) оказывает определенное влияние на клиническое течение, лабораторно-инструментальные и иммунологические показатели у больных вирусными гепатитами. К наиболее характерным проявлениям следует отнести молодой возраст больных — от 15 до 25 лет, выявление маркеров HCV-инфекции, лихорадочно-диспепсический вариант преджелтушного периода, преобладание среднетяжелого течения со склонностью развития холестаза, изменения иммунологических показателей, отражающие вторичный иммунодефицит по Т-клеточному типу.

Поступила 28.09.99.

CLINICODIAGNOSTIC PECULIARITIES OF PARENTERAL VIRAL HEPATITES IN THE PRESENCE OF NARCOTIC INTOXICATION

*A.I. Fazulzyanova, V.Kh. Fazylov,
D.M. Mendelevich*

S u m m a r y

The patients entered the viral hepatitis department among which were the persons taking narcotic agents intravenously are examined. It is established that accompanying use narcotic agents has a definite negative effect on the clinical course, laboratory and instrumental, immunologic indices in viral hepatitis.

ПНЕВМОНИЯ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Р.Ф. Халитов

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав. — доц. З.Ш. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета

Несмотря на впечатляющие успехи фармакотерапии, разработку все новых и новых генераций антибактериальных препаратов, доля пневмоний в структуре заболеваемости человека достаточно велика. Так, в России ежегодно более 1,5 млн. человек наблюдаются врачами по поводу данного заболевания, из них 20% в связи с тяжестью заболевания поступают в стационары. Среди всех госпитализированных больных с бронхолегочным воспалением, не считая ОРВИ, число пациентов с пневмонией превышает 60% [10].

Пневмония достаточно часто является непосредственной причиной смерти человека, что имеет большое медико-социальное значение. Летальность колеблется от 1—3% при внебольничных пневмониях до 50—60% при так называемых госпитальных, а также у лиц старше 60 лет [2, 7, 14].

Медиками Москвы и Санкт-Петербурга были изучены за 5-летний период протоколы вскрытий умерших от пневмоний. Результаты оказались весьма удручающими. Правильный диагноз был выставлен в первые сутки госпитализации менее чем у трети пациентов, в течение первой недели — лишь у 40%. 27% госпитализированных умерли в первые сутки пребывания в стационаре. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечалось в 63% случаев. Гиподиагностика пневмоний составила 37%, гипердиагностика — 55%. В качестве основных причин гиподиагностики назывались отсутствие рентгенологического обследования или неверная трактовка его результатов, недостаточное клиничко-лабораторное обследование и неправильное осмысление клинической картины [8, 10, 14].

Возможно, причинами этих мрачных цифр является изменение на современном этапе так называемого “золотого стандарта” при постановке диагноза пневмонии, включающего острое начало, лихорадку, кашель с мокротой, боль в грудной клетке, лейкоцитоз в крови, рентгенологически выявляемый консолидирующий инфильтрат в легочной ткани [2, 12, 16, 17]. Многие исследователи отмечают большую роль формального, поверхностного подхода врачей к вопросам диагностики и лечения такого “давно известного и хорошо изученного” заболевания, как пневмония [15]. Этим, вероятно, объясняются и рост заболеваемости, и ощутимый уровень летальности от пневмонии в течение последнего десятилетия.

Изменение клинической картины пневмоний в наши дни закономерно обусловило и пересмотр общепринятых классификаций 70—80-х гг. (Н.С. Молчанов, В.В. Ставская, 1971; О.В. Коро-

вина, 1978; Е.В. Гембицкий и соавт., 1983 и др.). На V Национальном конгрессе по болезням органов дыхания в Москве (1995) в докладе рабочей группы по результатам международного консенсуса по пневмониям была представлена новая классификация, в дальнейшем (1996) принятая на ученом совете по пульмонологии МЗ МП РФ в научном центре пульмонологии в качестве отечественного консенсуса по данному заболеванию. Рекомендованная классификация (более привлекательным и поэтому чаще употребляемым является термин “рубрификация”) учитывает место возникновения заболевания, некоторые особенности острого легочного воспаления и иммунологической реактивности больного. Она представлена следующими формами:

1. Внебольнично приобретенная пневмония.
2. Внутрибольнично приобретенная (госпитальная, нозокомиальная) пневмония.
3. Аспириационная пневмония.
4. Пневмония у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Наиболее распространенным классом являются пневмонии первой группы. Ряд исследователей предлагают дифференцировать среди них такие подгруппы, как пневмонии в тесно взаимодействующих коллективах и пневмонии у больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями. Эти подгруппы с учетом их наибольшей распространенности встречаются в литературе и как внебольничные пневмонии у лиц до 65 лет и старше.

Каждый класс пневмоний, наряду с эпидемиологическими и клиничко-рентгенологическими особенностями, характеризуется также определенным спектром возбудителей. Данное обстоятельство становится весьма привлекательным в условиях продолжающегося ограничения диагностической значимости традиционных подходов к этиологической верификации пневмоний, так как позволяет обосновывать “эмпирический” выбор инициальной антибактериальной терапии [6, 11].

Пневмония 1-й группы у лиц до 65 лет возникает обычно в холодное время года при отсутствии фоновой патологии. До 80—90% выявляемых возбудителей приходится на долю *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* [4, 17]. Последние три микроорганизма ответственны за так называемые атипические пневмонии, имеющие определенные особенности как в клинике, так и в диагностике и лечении.

Внебольничные пневмонии у лиц старше 65 лет возникают чаще на фоне сопутствующей соматической патологии (хронические obstructивные болезни легких, сахарный диабет, алкоголизм и т.д.). К основным возбудителям данной формы наряду с пневмококком, стафилококком и гемофильной палочкой могут быть отнесены аэробные грамотрицательные микроорганизмы (клебсиеллы, эшерихии и т.д.) [2].

Внутрибольничные (нозокомальные) пневмонии возникают спустя 2 и более дней пребывания больного в стационаре при отсутствии клинико-рентгенологических признаков легочного воспаления при госпитализации. Данная форма пневмоний, вызываемая в основном грамотрицательной флорой и золотистым стафилококком, отличается тяжелым течением и самыми высокими показателями смертности, занимая третье место по распространенности среди внутрибольничных инфекций. Основными факторами риска являются послеоперационный период, сам факт пребывания в палатах интенсивной терапии, инвазивные вмешательства на дыхательных путях (трахеостомия, бронхоскопия и т.д.) [7].

Особое место среди внутрибольничных пневмоний занимают так называемые вентилятор-ассоциированные пневмонии (ВАП), развивающиеся у пациентов на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Большое значение при этом имеют продолжительность ИВЛ и факт предшествующей антибиотикотерапии. У пациентов, не получавших антибактериальную терапию, ранние ВАП (продолжительность ИВЛ не превышает неделю) помимо пневмококков вызываются энтеробактериями, золотистым стафилококком. В этиологии поздних ВАП, возникающих, как правило, на фоне длительного антибактериального лечения, значительный удельный вес может занимать синегнойная палочка [1].

Аспирационные пневмонии распространены у категории психических больных, у лиц с заболеваниями ЦНС, рвотой. Они отличаются тяжелым течением с ранним развитием деструктивных осложнений, вызываются в основном анаэробной микрофлорой ротоглотки в чистом виде или в сочетании с грамотрицательными микроорганизмами [9].

Пневмонии четвертой группы характерны для онкологических пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, для наркоманов и ВИЧ-инфицированных. Наряду с распространенной грамотрицательной флорой, велико значение цитомегаловирусной и пневмоцистной инфекций, *Nocardia spp*, патогенных грибов и микобактерий [16].

Приведенная рубрификация пневмоний носит в какой-то степени условный характер, так как сочетает в себе разные принципы: этиологические, клинико-морфологические, патогенетические (аспирационные и иммунодефицитные). Поэтому было бы несправедливо умолчать о том, что она подвергается критике со стороны некоторых известных отечественных пульмонологов [12]. На наш взгляд, данное обстоятельство не является показателем низкой информативности

или качества рассматриваемой классификации. Напротив, неоднозначный подход ведущих ученых свидетельствует об актуальности проблемы и будет способствовать дальнейшим исследованиям в данном направлении.

При диагностике пневмонии как нозологической формы врач должен провести дифференциальную диагностику с целым рядом заболеваний, проявляющихся сходной синдромной симптоматикой, но отличных по своей сути и требующих иных лечебных подходов. Несмотря на то что некоторые исследователи [5] считают, что вопросы дифференциальной диагностики не представляют значительных трудностей, на основании приведенных выше данных можно убедиться в обратном.

Наиболее актуальными на уровне поликлинического звена являются вопросы дифференцирования пневмонии с гриппом и другими ОРВИ. Частота диагностических ошибок особенно возрастает в эпидемические периоды, когда до 10% случаев гриппа [3] осложняется пневмониями, как паренхиматозными, так и интерстициальными. Последние проявляются лишь усилением сосудистого рисунка (чаще односторонним) преимущественно в нижнемедиальных отделах за счет венозного полнокровия и иммунологического локального васкулита, отражающего иммунный ответ организма на вирусную инфекцию. Заполнение экссудатом малого количества альвеол обуславливает слабое поглощение рентгеновского излучения в очаге поражения, затухивание его неизменной частью органа, воспалительной реакцией интерстиция. Отсутствие явной воспалительной инфильтрации на обзорной рентгенограмме не должно вызывать сомнений в диагнозе при наличии клинико-лабораторных признаков пневмонии.

В особых клинических ситуациях (при тяжелом состоянии больного, молниеносном течении процесса) показана компьютерная томография зоны интереса, обычно выявляющая мелкоочаговую инфильтрацию альвеол и небольшое количество плеврального выпота [5]. Клиническими признаками в пользу пневмонии при спорных ситуациях являются большая длительность лихорадочного периода (свыше 5 дней), боли в грудной клетке, выслушивание крепитации на ограниченном участке легкого. В качестве путей решения данной проблемы предлагается более широкое использование (особенно в эпидемические периоды) существующих методов ранней диагностики (иммунофлюоресцентная и люминесцентная риноцитоскопия, крупнокадровая флюорография или рентгенография органов грудной клетки).

Следующей по актуальности в силу широкой распространенности является проблема разграничения пневмоний и хронических неспецифических заболеваний легких. Следует отметить, что термин "хроническая пневмония", еще встречающийся, к сожалению, в медицинской документации, надо рассматривать как анахронизм, за исключением редких случаев верифицированного рецидивирующего карнифицирующего ло-

кального легочного воспаления [15]. В связи с этим отпадает необходимость в определении "острая" перед диагнозом пневмонии.

Наиболее часто ошибки наблюдаются при вспышке пневмонии на фоне уже существующей хронической бронхолегочной болезни. Хотя патогенетически очаговую бронхопневмонию можно рассматривать как осложнение обострения хронического бронхита, с нозологических позиций все же следует строго различать обе патологии. При дифференцировании следует, в первую очередь, помнить из определения пневмонии, что это **локальное** поражение респираторных отделов легкого, основным рентгенологическим признаком которого являются преимущественно односторонние инфильтративные очаговые затенения. Двусторонние пневмонии, вопреки расхожему мнению, встречаются в популяции значительно реже и характеризуются особо тяжелым течением. Существенное значение в пользу пневмонии имеют также выраженность синдрома интоксикации, боли в грудной клетке и появление локальных, ранее не определявшихся аускультативных признаков — крепитации, очагов бронхиального дыхания и мелкопузырчатых влажных хрипов.

В связи с ухудшением социально-экономических условий жизни населения большое значение на современном этапе приобретают вопросы дифференциальной диагностики пневмоний с различными формами туберкулеза и опухолевого поражения легких. Ведущее значение имеют как полнота сбора анамнеза и клинико-лабораторного обследования, так и хороший контакт и ответственность в работе различных служб медицинской помощи.

С распространением рыночных отношений на медицину и резким подорожанием койко-дня ограничилось показание для госпитализации больных с установленным диагнозом пневмонии [9]. Направляют в стационар при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания, когда больному надо оказать экстренную медицинскую помощь, при отсутствии ощутимого эффекта от амбулаторного лечения в течение 3 дней, возрасте до 16 лет и старше 60, неудовлетворительных бытовых условиях проживания, поражении 2 и более сегментов легких, признаках гнойно-деструктивного поражения легкого, а также при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии. Больные с остальными формами пневмоний, вопреки укоренившейся практике, при надлежащей организации лечебно-диагностического процесса могут и должны лечиться в амбулаторных условиях.

Ведущее значение в лечении пневмоний как острых инфекционно-воспалительных заболеваний имеет антибактериальная терапия. Однако даже при наличии самого широкого выбора современных антибиотиков лечение будет неэффективным, если будут иметь место неправильная оценка клинико-рентгенологических данных, недоучет эпидемиологического анамнеза, сопутствующей соматической патологии, пренебрежение особенностями фармакокинетики и фарма-

динамики назначаемого препарата, отсутствие какого-либо плана рациональной антибиотикотерапии с учетом возбудителя [13].

В настоящее время, когда даже качественное микробиологическое исследование не позволяет выявить возбудителя пневмонии в 30—50% случаев, когда появляются новые микроорганизмы, не обнаруживаемые традиционными микробиологическими методами (хламидии, микоплазмы, легионеллы), многие авторы признают возможность эмпирического подхода к инициальной антибактериальной терапии [11, 18]. Тем не менее нельзя отрицать значение бактериологических исследований, так как по их результатам возможны адекватное лечение и более целенаправленная терапия с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов [4].

Большим подспорьем в организации лечебного процесса для практических врачей становится принятая по результатам международного консенсуса отечественная рубрификация пневмоний, так как каждая из предложенных групп характеризуется преимущественно своим спектром возбудителей. Так, при внебольничных пневмониях у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующей фоновой патологии инициальными антибиотиками признаны современные макролиды (ровамицин, кларит и т.д.) с учетом возрастающей частоты пенициллинрезистентных штаммов и довольно высокого процента атипичных микроорганизмов в данной группе [1, 10]. При внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет с большим удельным весом сопутствующих соматических заболеваний препаратами выбора становятся цефалоспорины второго поколения (цефуроксим, цефамандол и т.д.) либо комбинации полусинтетических пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (аугментин, амоксиклав и т.д.) [2].

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии, вызываемые грамотрицательной флорой и стафилококками, отличающиеся тяжелым течением и наиболее высокой частотой неблагоприятных исходов, требуют назначения цефалоспоринов третьего поколения (клафоран, цефтазидим и т.д.) либо комбинаций аминогликозидов (гентамицин, амикацин и т.д.) с антибета-лактамазными пенициллинами. Комбинации аминогликозидов с цефалоспоринами третьего поколения иногда в сочетании с капельной инфузией метронидазола рекомендованы при аспирационных пневмониях [11]. Многие возбудители "поздних" вентилятор-ассоциированных пневмоний, возникающих у больных на длительной ИВЛ на фоне массивной антибактериальной терапии, характеризуются чрезвычайно высокой приобретенной устойчивостью к лечению. Препаратами выбора в данных условиях являются карбапенемы, комбинации аминогликозидов с антипсевдомонадными цефалоспоринами 3—4 поколений (цефтазидим), монобактамами (азтреонам), гликопептидами (ванкомицин) [18].

Пневмонии у иммунокомпрометированных лиц (на фоне цитостатической терапии, облучения, СПИДа и т.п.), вызываемые грамотрица-

тельными микроорганизмами, цитомегаловирусом и пневмоцистой, определяют необходимость назначения цефалоспоринов третьего поколения, аминогликозидов, или карбапенемов (тиенам и др.), котримаксозола [13].

Можно выделить также некоторые общие принципы рациональной антибиотикотерапии пневмоний [18]:

— проводить по возможности монотерапию (комбинации оправданы лишь при тяжелом осложненном течении заболевания с неизвестным возбудителем, наличии выраженного иммунодефицита, пневмониях, вызываемых слабочувствительными штаммами или микробными ассоциациями, выходящими за рамки применяемого препарата);

— при назначении препаратов с примерно одинаковой антибактериальной активностью предпочтение отдавать менее дорогому, а при равенстве и этого критерия — лекарству с более удобным режимом дозирования;

— первоначальную оценку эффективности проводить через 48—72 часа от начала лечения;

— длительность антибактериальной терапии ставить в зависимость от эффекта (нет смысла менять препараты через 10—14 суток при хорошем действии первого), исходной тяжести заболевания, осложнений и сопутствующей патологии (неоправданная длительность необоснованно повышает стоимость лечения и увеличивает вероятность суперинфекции);

— снижение стоимости стационарного лечения может быть достигнуто последовательным (парентерально) назначением одного антибиотика.

Успешное, полноценное излечение пневмонии зависит не только от адекватной антибактериальной терапии, но и от умелого сочетания мероприятий по дезинтоксикации, в ряде случаев применения иммунокорректирующих препаратов с воздействием на процессы перекисного окисления липидов, от улучшения микроциркуляции, физиотерапии и квалифицированной реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых./Учебно-методическое пособие для врачей. — М., 1998.

2. Дворецкий Л.И./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 29—35.

3. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. — М., 1988.

4. Зубков М.Н./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 7—10.

5. Котляров П.М./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 44—48.

6. Материалы главного симпозиума “Пневмония” /Под ред. акад. РАМН, проф. А.Г. Чучалина. — VII Российский национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М. 1997.

7. Николаенко Э.М./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 35—43.

8. Никонова Е.В., Черняев А.Л., Чучалин А.Г./Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 75—91.

9. Пневмония. Методические рекомендации /Под ред. И.В. Лещенко. — Екатеринбург, 1995.

10. Пневмония: актуальная проблема медицины// Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 75—91.

11. Рациональная антибиотикотерапия пневмоний. — Методич. рекомендации./ Сост. А.И. Синопальниковым. — М., 1997.

12. Сильвестров В.П./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 29—35.

13. Сэнфорд Дж., Гилберт Д., Гербердинг Дж., Сэнде М. Антимикробная терапия. Пер. с англ. — М., 1996.

14. Черемисина И.А., Черняев А.Л., Ковальский Г.Б., Грантьев В.А./Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 13—18.

15. Черняев А.Л./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 11—14.

16. Чучалин А.Г./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 15—18.

17. Юшон Ж./Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 56—60.

18. Яковлев С.В./Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 49—57.

Поступила 08.12.98.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Ю.И. Бородин, И.К. Миннулин, Н.К. Миннулина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин)
Казанского государственного медицинского университета

В последнее десятилетие значительно увеличилось количество идентифицированных микробов и вирусов, способных вызывать заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП). Значительная часть людей подвержена риску заражения ЗППП вследствие особенностей сексуального поведения, раннего начала половой жизни, либерации сексуальных отношений, наркомании, бесконтрольного применения антибактериальных препаратов.

Расширился диапазон допустимости оргогенитальных и ректогенитальных контактов среди населения, особенно среди наиболее сексуально активной ее части (20—35 лет), что позволило сделать выводы о дополнительных путях передачи инфекции. Следует задуматься о некоторых микроорганизмах, колонизирующих организм человека и их роли в патогенезе ЗППП в изменившихся социальных условиях. В частности, с нашей точки зрения, представляет интерес кампилобактер: способен ли этот микроорганизм вызывать заболевания женских половых органов?

Кампилобактерии — спиралевидно изогнутые грамтрицательные бактерии длиной от 2 до 6,5 мкм, шириной от 0,5 до 0,6 мкм. На одном конце они имеют от 2 до 4 жгутиков, что позволяет им двигаться в слое слизи. Микроаэрофилы вырабатывают протеазу, оксидазу, щелочную фосфатазу, глутамилтрансферазу, фосфолипазы А и С, а также цитотоксины и липид А. Они расщепляют мочевины с образованием аммиака, растут при температуре 37—42°C, имеют рН 4,0—6,0, но могут выдерживать и рН 2,0 [1], спор и капсул не образуют, содержат О-Н- и К-антигены.

Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель. Инфекция передается через предметы, контаминированные слюной, рвотными массами, тканью желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, существуют ректально-оральный, орально-оральный пути заражения [1].

С 1972 г. кампилобактериям отводилась этиологическая роль в развитии острой диареи. В 1983 г. Маршалл и Уорен (Австралия) обнаружили в слизистой оболочке желудка

Campylobacter pylori и подробно ее описали. В мире *Campylobacter pylori* заражено более 1 млрд. человек. Идентифицировано несколько видов кампилобактеров, вызывающих заболевания у человека.

По данным зарубежных авторов, *Campylobacter Ursaliensis* [4] и *Coli* [7] способны вызывать спонтанные, септические аборт [4, 7]. Определенная роль отводится *Campylobacter jejuni* в патологии плаценты [3].

Описано 11 случаев обнаружения *Campylobacter fetus* в аневризме аорты [5]. *Campylobacter cinaedi* считается этиологическим агентом при простатитах, проктитах у мужчин гомосексуалистов. Определенные виды кампилобактеров вызывают заболевания кишечника, а значит существует возможность обсеменения области промежности и влагалища, что также может свидетельствовать о его участии в воспалении гениталий. Чистая культура *Campylobacter jejuni* была получена из вагинального отделяемого у трех проституток после прерывания беременности на поздних сроках [7]. В дальнейшем роль *Campylobacter pylori* была определена при таком заболевании, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, что стало основанием для предположения о возможности передачи этого микроба от человека к человеку и уточнило его роль в воспалительных заболеваниях слизистой не только желудка, но и гениталий.

У женщин часто диагностируются эрозии шейки матки, которые вызваны гормональными нарушениями, вирусами папилломы человека, герпесом и др. В большинстве случаев врач не может определить истинное происхождение эрозий, назначая симптоматическое лечение с переменным успехом. С учетом некоторого гистологического сродства слизистой желудка и слизистой цервикального канала, а также высокой приспособляемости кампилобактерий можно предположить возможную его роль в возникновении эндоцервицитов, а в последующем и длительно рецидивирующих эрозий.

Установлено, что бактериальные клетки стареющих культур утрачивают типичную спиралевидную форму и трансформируются в кокковидную, то же наблюдается при

неблагоприятных условиях среды обитания (изменения температуры, рН, назначения антибактериальных препаратов) [1]. Кокковидные формы теряют свою ферментативную способность, у них редуцируется обмен веществ, что создает благоприятные условия для их сохранения в данной среде. В благоприятных условиях они вновь могут трансформироваться в спиралевидные вегетативные формы и вызывать воспалительный процесс [1].

При лечении сифилиса, гонореи, трихомониаза и других ЗППП используемые антибактериальные препараты могут подавлять рост кампилобактера, переводить его в неактивную или устойчивую к данному препарату форму. На сегодняшний день идентификация кампилобактера как фактора, вызывающего воспалительный процесс женских половых органов, не проводится. Следовательно, после излечения ЗППП наличие или отсутствие кампилобактера не учитывается, что может приводить, в свою очередь, к осложнениям и новым воспалениям неясного генеза.

Кампилобактер удалось высеять с налета на зубах, определить его роль в заболеваниях слизистой ротовой полости [7]. Имеются публикации о язвенном поражении слизистой ротовой полости, вызванном кампилобактером и цитомегаловирусом [6]. Поскольку слизистая ротовой полости имеет сходство со слизистой влагалища (многослойный плоский эпителий) не исключена возможность заселения кампилобактера во влагалище и его способности вызывать воспалительный процесс при оральном контакте в данной области. По данным исследований при воспалительных заболеваниях женских по-

ловых органов (эндометрит, цервицит, сальпингит) из грамотрицательных анаэробов чаще встречается кампилобактер, что свидетельствует об определенной роли кампилобактерной инфекции в этиологии воспалительных заболеваний женских половых органов [2]. Не исключена способность кампилобактера вызывать воспалительный процесс органов малого таза в симбиозе с другими микроорганизмами с учетом микробиоценоза и состояния иммунитета.

Проведенные нами предварительные исследования свидетельствуют о важной роли кампилобактера при таких заболеваниях, как эндоцервицит, эрозии шейки матки, эндометрит, хориоамнионит и др.

При хронических рецидивирующих воспалительных заболеваниях гениталий кампилобактер выявлен в 52–68% случаев в зависимости от вида патологии, что указывает на необходимость дальнейшего изучения роли этого возбудителя в патогенезе заболеваний женской половой сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Циммерман Я.С., Зиннатуллин М.Р.//Клин. мед. — 1997. — № 4. — С. 8—14.
2. Denton K.J., Clarke T.//J. Clin. Pathol. — 1992. — Vol. 45. — P. 171—172.
3. Farrell D.J., Harris M.T.//J. Obstet. Gynaecol. — 1992. — Vol. 32. — P. 172—174.
4. Kuzniec S., Estenssoro A.E.// Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao-Paulo. — 1995. — Vol. 12. — P. 128—129.
5. Leimola-Virtanen R., Happonen R.P.// J. Oral Pathol. Med. — 1995. — Vol. 28. — P. 128—130.
6. Mazor M., Chaim W., Bar David J.// J. Obstet. Gynaecol. — 1995. — Vol. 21. — P. 98—100.
7. Rams T.E., Feik D., Stots J.// J. Oral. Microb. Immunol. — 1993. — Vol. 8. — P. 44—48.

Поступила 08.12.98.

А.Ю. Васильев, А.Н. Семенов, Л.Л. Балачкова (Москва). **Использование лазеротерапии в лечении больных с черепно-мозговой травмой**

Актуальность проблемы черепно-мозговой травмы объясняется возрастающей ее частотой, значительной летальностью и тяжестью последствий. В лечении больных с черепно-мозговой травмой нами была использована лазеротерапия. На лечении в реанимационном и нейрохирургическом отделениях находились 182 пациента с черепно-мозговой травмой различной тяжести (мужчин — 129, женщин — 53, возраст — 16—40 лет). Время от момента травмы до поступления в стационар варьировало от 15 минут до 5 суток. Бытовая травма была у 94 человек, производственная — у 12, травма в результате дорожно-транспортных происшествий — у 66. У 10 пострадавших причину травмы установить не удалось.

В лечении 90 больных было использовано чрескожное лазерное облучение крови с помощью терапевтического аппарата АЛТ-115 (длина волны — 0,63 мкм, мощность на выходе световода — 15 мВт, экспозиция — 20 минут с компрессией на шею в проекции общей сонной артерии). Лечение начинали в 1-2-е сутки после поступления больных в стационар (по 14 сеансов лазеротерапии).

Основными критериями эффективности лечения служили динамика общемозговой и очаговой симптоматики, мозгового кровотока, исследованного с помощью транскраниальной доплерографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга.

В зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы все пациенты были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли 60 больных с сотрясением и ушибом головного мозга легкой степени (у 32 из них было использовано чрескожное лазерное облучение крови), во 2-ю (106) — с ушибом головного мозга средней и тяжелой степени, (50 из них получили лазеротерапию), в 3-ю (16) — с ушибом и сдавлением головного мозга оболочечными гематомами, диффузным аксональным повреждением (у 8 из них проведена лазеротерапия).

По поводу внутричерепной гематомы были прооперированы 12 больных, по поводу вдавленных переломов свода черепа — 9, из них у 2 больных первичную хирургическую обработку вдавленных переломов сочетали с удалением очагов размножения мозга.

Нарушения мозгового кровообращения после черепно-мозговой травмы проявлялись изменением ауторегуляции мозгового кровотока, усилением ("гиперемией") или снижением мозгового кровотока, наличием вазоспазма. В 1-й группе нарушения мозгового кровотока ("гиперемия") были выявлены у 34 больных, признаки умеренного ангиоспазма — у 4, одностороннее снижение мозгового кровотока — у одного. Нормализация показателей мозгового кровотока у больных, полу-

чивших чрескожное лазерное облучение крови, наступила в среднем на трое суток раньше, чем в контрольной группе. Регресс общемозговой симптоматики наблюдался также быстрее в среднем на 3 суток.

По данным транскраниальной доплерографии, во 2-й группе повышение линейной скорости кровотока выявлено у 20 больных, локальные ишемические синдромы в бассейне средней мозговой артерии — у 86 (на 5—7-й день после травмы). В день проявлений этих симптомов систолическая скорость кровотока в ипсилатеральной средней мозговой артерии была равна 270—320 см·с⁻¹, что превышало "критический уровень" (300 см·с⁻¹) в среднем на 14 см·с⁻¹. Индекс Линдергартена составлял в среднем 4,4, индекс скорости ауторегуляции — 8%. Превышение скорости кровотока более 300 см·с⁻¹ было продолжительнее в контрольной группе в среднем на трое суток. При лечении лазерным облучением более быстрый регресс общемозговой и очаговой симптоматики — в среднем на 3 суток — наблюдался у 36 (72%) больных, на одни сутки — у 10 (20%).

У больных 3-й группы доплерографические признаки ангиоспазма были выявлены на 4—6-й день после травмы. Превышение систолической скорости кровотока ("критического уровня") составляло в среднем 28 см·с⁻¹, индекс Линдергартена — в среднем 6,0, индекс скорости ауторегуляции — 5,2%. По данным транскраниальной доплерографии на 21-й день после травмы, нормализации большинства параметров не наступило.

Повышение вязкости крови в результате гемоконцентрации при черепно-мозговой травме также способствует ухудшению мозгового кровотока на капиллярном уровне. Состояние гемостаза, фибринолитической активности и реологических свойств крови было изучено у 42 больных 2-й группы и у 36 больных 2-й контрольной группы (без лазеротерапии). Указанные группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести черепно-мозговой травмы. В результате использования чрескожного лазерного облучения крови у большинства больных, наряду с улучшением клинического состояния, достигнута стойкая нормализация систем гемостаза, фибринолиза и реологических показателей крови. Отмечены достоверное снижение уровня фибриногена плазмы крови с 5,8±0,2 до 3,6±0,2 г/л, повышение фибринолитической активности плазмы крови с 7,5±0,8 до 12,2±1,5%. Время рекальцификации плазмы возросло с 90±7 до 122±13 с, толерантность плазмы к гепарину — с 388±18 до 663±12 с, вязкость крови снизилась с 5,6±0,2 до 4,4±0,2 усл.ед.

Снижение свертывающей активности и активация фибринолиза происходило уже после 6—7 сеансов чрескожного лазерного облучения крови. У большинства больных 2-й контрольной группы статистически достоверных улучшений показателей гемокоагуляции и текучести крови не выявлено.

При магнитно-резонансной томографии головного мозга у 18 больных 2-й группы были обнаружены патологические участки в виде ограниченной зоны отека диаметром в среднем 1 см, которые быстро претерпевали обратное развитие. При применении чрезкожного лазерного облучения крови эти изменения протекали быстрее в среднем на 2 суток. У 10 пациентов выявлены контузионные очаги диаметром около 2 см. Регресс очаговых изменений наблюдался в одинаковые сроки у больных, получавших лазеротерапию, и в контрольной группе.

Итак, наибольший клинический эффект с тенденцией к нормализации нарушений мозгового кровообращения был достигнут при применении чрезкожного лазерного облучения крови у больных с черепно-мозговой травмой средней тяжести.

По данным транскраниальной доплерографии, лечение локального ангиоспазма в остром периоде черепно-мозговой травмы эффективнее при использовании чрезкожного лазерного облучения крови, что подтверждается более быстрым регрессом общемозговой и очаговой симптоматики.

Улучшение мозгового кровотока на капиллярном уровне обеспечивается не только за счет непосредственного влияния лазерного облучения на тонус мозговых сосудов, но и в результате снижения свертывающей активности крови, повышения ее фибринолитического потенциала реологических свойств.

УДК 616—001:616.34—007.44—053.2

М.В. Четин (Ульяновск). Сочетание различных видов травм с инвагинацией кишечника у детей

Вопросы диагностики и лечения инвагинации кишок у детей до настоящего времени остаются одними из наиболее актуальных в детской хирургии. Нередко инвагинация кишечника сочетается с различными видами травм.

Приводим два клинических наблюдения.

1. П., 7 лет, поступил в хирургическое отделение 05.07.1998 г. с жалобами на головную боль, слабость после падения с высоты с потерей сознания за 1 час до поступления. После осмотра ребенка нейрохирургом и его обследования был поставлен диагноз: открытая черепно-мозговая травма; ушиб головного мозга средней тяжести; перелом основания черепа. Назначены анальгетики, сосудистые препараты, витамины, седативные препараты. На фоне проводимого лечения стала нарастать анемия, самочувствие пациента ухудшилось.

УЗИ органов брюшной полости показало наличие свободной жидкости в брюшной полости, смазанность контуров селезенки.

Заключение: гемоперитонеум, разрыв селезенки (?). После консультации детского хирурга и проведения диагностической лапароскопии диагноз разрыва селезенки с внутрибрюшным кровотечением был подтвержден.

Произведены срединная лапаротомия, спленэктомия. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии около 30 см и 70 см от связки Трейтца имеются тонко-тонкокишечные инвагинаты (по ходу перистальтики кишки) протяженностью до 4 см. Последние легко расправились после предварительного введения 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки. После дренирования левого поддиафрагмального пространства операционная рана ушита. Послеоперационное течение гладкое, дренаж удален на 3-и сутки, швы сняты на 10-е сутки, заживление произошло первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии через один месяц после поступления.

2. З., 1 год 8 месяцев, поступил 10.07.1998 г. с тяжелой сочетанной травмой, полученной в результате автодорожной аварии. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма; вдавленный перелом височной кости справа; линейный перелом теменной кости справа; ушиб головного мозга тяжелой степени; рваные раны правой половины лица. При комплексном обследовании во время УЗИ органов брюшной полости выявлен гемоперитонеум.

Параллельно операции, которую проводили нейрохирурги, была выполнена диагностическая лапароскопия. Выявлен разрыв передней поверхности правой доли печени (2,5×1,5 см) с продолжающимся кровотечением. Произведены переход на лапаротомию, ушивание раны печени. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии около 40 см и 80 см от связки Трейтца — тонко-тонкокишечная инвагинация по ходу перистальтики кишки. Протяженность инвагинатов около 3 см. После введения 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки инвагинаты свободно расправлены. Участки кишки, находящиеся в инвагинате, жизнеспособны. Операционная рана ушита послойно наглухо. Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на 10-е сутки. Заживление произошло первичным натяжением. Выписан через 1,5 месяца после поступления.

Дети дважды (через 3 и 7 мес) были осмотрены: самочувствие хорошее, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечено.

С учетом спастического механизма развития инвагинации кишечника, редкости сочетания различных видов травм с данной инвагинацией и соответственно сложности диагностики последней приведенные наблюдения будут интересны для нейрохирургов, травматологов и детских хирургов.

ИЗУЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ВИДЕОДИСПЛЕЙНЫХ ТЕРМИНАЛОВ

Л.М. Фатхутдинова, М.Ф. Исмагилов, Н.Х. Амиров, А.Б. Галлямов

Кафедра гигиены и медицины труда с курсом медэкологии (зав. — чл.-корр. РАМН, проф. Н.Х. Амиров), кафедра неврологии (зав. — проф. М.Ф. Исмагилов), кафедра общей гигиены и экологии с курсом военной и радиационной гигиены (зав. — проф. А.Б. Галлямов) Казанского государственного медицинского университета

Видеодисплейные терминалы (ВДТ) используют в своей профессиональной деятельности миллионы людей. Современное общество уже невозможно представить без развитых информационных технологий. Одновременно возникло много опасений относительно возможного неблагоприятного действия рабочей среды на здоровье пользователей ВДТ. В настоящее время достоверно известно, что работающие с ВДТ предъявляют многочисленные субъективные жалобы во время и после работы [5—8, 12]. Однако до сих пор не выяснены патофизиологические механизмы, лежащие в основе субъективного дискомфорта. Как следствие, нет ответа на вопрос, к каким отдаленным последствиям могут приводить повторяющиеся изо дня в день функциональные изменения.

Попытки объяснить астеногические проявления изменениями функций зрительного анализатора, а костно-мышечный дискомфорт — неудобной рабочей позой и локальными мышечными нагрузками не принесли однозначных результатов. Стало очевидно, что необходимы комплексные подходы к изучению проблемы, которые бы не ограничивались рамками той или иной системы организма. В частности, было доказано, что проявления костно-мышечного дискомфорта тесно связаны с уровнями рабочего стресса [8] и, следовательно, его патогенез может быть объяснен развитием определенных регуляторных нарушений. Кроме того, было установлено, что работа за ВДТ приводит к увеличению выработки ряда гормонов: норадреналина и альдостерона [10], кортизола [9] и адренокортикотропного гормона [4], а также к уменьшению уровня циркулирующего мелатонина [4]. Проведенные ранее собственные физиолого-гигиенические исследования показали, что субъективный дискомфорт

пользователей ВДТ может быть следствием изменений, происходящих в центрах, ответственных за вегетативную регуляцию функций организма, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы [3, 7]. Таким образом, анализ накопленной информации позволил предположить, что работа за ВДТ может вызвать развитие различных вегетативных расстройств.

Данное исследование было предпринято с целью выяснить распространенность пароксизмальных вегетативных нарушений у пользователей ВДТ по сравнению с лицами, не работающими за ВДТ. Кроме того, была изучена зависимость данных расстройств от некоторых индивидуальных особенностей работающих.

По спискам, представленным отделами кадров предприятий, были розданы анкеты, содержащие вопросы о работе за ВДТ. Всего возвращено 82% анкет. Методом случайной выборки были отобраны 103 человека: 85 пользователей ВДТ (женщин — 68 и мужчин — 17) в возрасте от 23 до 47 лет (средний возраст — $32,6 \pm 0,65$ года) и 18 лиц, отнесенных к контрольной группе (женщин — 15 и мужчин — 3), в возрасте от 27 до 43 лет (средний возраст — $32,6 \pm 0,6$ года). Группа пользователей ВДТ состояла из программистов, проектировщиков и архитекторов, а также работников компьютерных центров редакций. Лица, вошедшие в основную группу, работали за ВДТ более 20 часов в неделю и имели стаж работы за ВДТ от 10 до 180 месяцев (средний стаж — $70,32 \pm 4,9$ мес). Контрольная группа включала разработчиков алгоритмов, делопроизводителей, библиотечных работников. Обе группы, находившиеся под наблюдением, были однородными по половому составу — $(1) = 2,15 (P > 0,05)$ и возрасту — $t(101) = -0,82 (P > 0,05)$.

Наличие или отсутствие пароксизмальных вегетативных нарушений оценивали при помощи опросника [1]. Обследованным предлагалось ответить на вопрос, бывают ли у них приступообразные состояния, сопровождающиеся некоторыми из следующих симптомов: пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс; потливость; озноб, дрожание; ощущение нехватки воздуха, одышка; затруднение дыхания, удушье; боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки; тошнота, рвота или дискомфорт в животе; ощущение головокружения, неустойчивость, слабость или предобморочное состояние; ощущение нереальности происходящего или нереальности своей личности; ощущение онемения или покалывания; приливы жара и холода; чувство внутреннего напряжения; страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок; страх смерти; агрессивность, раздражительность.

Специальная часть анкеты содержала вопросы об образовании, семейном статусе, числе детей, включая в возрасте до 8 лет, удовлетворенности семейной жизнью, материальном доходе на члена семьи, жилищных условиях, коммунальных удобствах, регулярности питания, занятиях спортом или оздоровительных упражнениях, количестве пересадок по пути на работу и общем времени, проводимом в пути, курении, составе семьи родителей и взаимоотношениях в семье родителей.

Медицинский осмотр с участием терапевта и невропатолога позволил выявить наличие заболеваний, которые могут приводить к вегетативным дисфункциям. Были отобраны 87 человек без хронических заболеваний и объективных неврологических изменений: 72 пользователя ВДТ (женщин — 56 и мужчин — 16) в возрасте от 23 до 47 лет (средний возраст — $32,3 \pm 0,69$ года) и 15 лиц, не работающих за ВДТ (женщин — 12 и мужчин — 3) в возрасте от 27 до 43 лет (средний возраст — $33,5 \pm 1,0$ года). Обе группы были однородными по половому составу — $(1) = 0,036$; $P > 0,05$ и возрасту — $t(85) = -0,76$ ($P > 0,05$).

Для изучения роли индивидуальных особенностей в возникновении пароксизмальных вегетативных нарушений у лиц, отобранных для окончательного анализа, оценивали также физическую работоспособность по показателю PWC₁₇₀ [2].

Статистическую обработку результатов исследования производили путем анализа таблиц сопряженности с вычислением критерия χ^2 , однофакторного дисперсионного анализа, а также критерия Стьюдента для независимых выборок. Для вычислений использовали прикладной программный пакет *STATISTICA for Windows* (версия 5.0).

Среди женщин, работающих за ВДТ, частота вегетативных пароксизмов была достоверно выше, чем среди неработающих за ВДТ: 35,7% против 7,7% ($P < 0,05$). Группы, состоявшие из женщин-пользователей ВДТ и неработающих за ВДТ, не различались по социально-демографическим, поведенческим и семейным характеристикам, что позволило исключить влияние неприводимых факторов. При выявлении распространенности пароксизмов в смешанных группах, а также только среди мужчин никакой связи между работой за ВДТ и частотой вегетативных пароксизмов обнаружено не было.

Дополнительное изучение половых различий показало, что среди лиц, работающих за ВДТ, представленность вегетативных пароксизмов у женщин была достоверно выше, чем у мужчин: 35,7% против 6,2% ($P < 0,05$). По данным большинства эпидемиологических исследований, имеет место преобладание представленности пароксизмальных вегетативных нарушений у женщин по сравнению с мужчинами [1]. В контрольной группе подобных закономерностей обнаружено не было. В качестве возможного объяснения можно предположить, что работа за ВДТ провоцирует развитие вегетативных пароксизмов у женщин. Однако нельзя исключить и статистические ограничения, в частности небольшое число мужчин, принимавших участие в исследовании.

В группе женщин-пользователей ВДТ была изучена роль ряда индивидуальных факторов, которые можно было бы рассматривать как возможные факторы риска. Были проанализированы различия групп с вегетативными пароксизмами и без них по таким факторам, как возраст, стаж работы с ВДТ, социально-демографические, семейные и поведенческие характеристики, в том числе занятия спортом или оздоровительными упражнениями, курение, а также физическая работоспособность, оцени-

ваемая по показателю PWC₁₇₀. Результаты анализа показали, что в возрастной группе 30 лет и старше частота вегетативных пароксизмов у пользователей ВДТ достоверно выше, чем у лиц из контрольной группы: 40% против 9,1% (P<0,05). В возрастной группе до 30 лет представленность пароксизмальных вегетативных нарушений в группе пользователей ВДТ достоверно не отличалась от таковой в контроле.

Таким образом, женщины-пользователи ВДТ в возрасте 30 лет и старше должны быть включены в группу повышенного риска. Анализ остальных индивидуальных характеристик не выявил каких-либо различий между женщинами-пользователями ВДТ с вегетативными пароксизмами и без них. Начальное предположение о роли общей физической подготовленности также не подтвердилось.

В настоящее время имеется ограниченное количество исследований, посвященных связи между индивидуальными особенностями и степенью риска для здоровья при работах за ВДТ [6, 8, 11, 13]. В частности, была показана более высокая частота субъективного дискомфорта и некоторых других функциональных изменений, например повышения АД во время работы за ВДТ, среди женщин и лиц старших возрастных групп. Особенностью полученных результатов является то, что похожая тенденция была выявлена в отношении не изучавшихся ранее вегетативных расстройств. Исходя из этого рекомендуется уделять особое внимание женщинам-пользователям ВДТ в возрасте старше 30 лет при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров. Проблема поиска других индивидуальных факторов риска сохраняет свою актуальность и требует использования новых подходов и решений.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность пароксизмальных вегетативных нарушений выше среди женщин-пользователей ВДТ по сравнению с женщинами, не работающими за ВДТ.

2. Женщины-пользователи ВДТ в возрасте 30 лет и старше относятся к группе повышенного риска развития пароксизмальных вегетативных нарушений.

3. Не доказана роль других социально-демографических характеристик, особенностей поведения, а также общей физической подготовленности в возникновении вегетативных пароксизмов у женщин-пользователей ВДТ.

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект № 98-06-08037.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). — СПб, 1997.
2. Практикум по физиологии труда: Учеб. пособие/Дорошенко В.А., Осипова О.В., Павлова Л.П. и др.: Под ред. А.С. Батуева. — Л., 1986.
3. Фатхутдинова Л.М., Амиров Н.Х.// Медицина труда и промыш. экол. — 1994. — № 11. — С. 20—24.
4. Arnetz B.B., Berg M.// J. Occup. Environ. Med. — 1996. — Vol. 38. — P. 1108—1110.
5. Arnetz B.B., Wiholm C.// J. Psychosom. Res. — 1997. — Vol. 43. — P. 35—42.
6. Bergqvist U., Wolgast E., Nilsson B. et al.// Ergonomics. — 1995. — Vol. 38. — P. 763—776.
7. Fatkhoutdinova L., Amirov N. In: 25-th International Congress on Occupational Health (ICOH'96): Book of Abstracts; Part II. — Stockholm, 1996. — P. 304.
8. Sauter S.L., Schleifer L.M., Knutson S.J.// Hum. Factors. — 1991. — Vol. 33. — P. 151—167.
9. Schreinicke G., Hinz A., Kratzsch V. et al.// Int. Arch. Occup. Environ. Health. — 1990. — Vol. 62. — P. 319—321.
10. Tanaka T., Fukumoto T., Yamamoto S. et al.// Ergonomics. — 1988. — Vol. 31. — P. 1753—1763.
11. Tanaka T., Yamamoto S., Noro K. et al.// Ergonomics. — 1989. — Vol. 32. — P. 1595—1605.
12. Visual display terminals and workers' health. WHO offset publication No. 99. — Geneva: World Health Organization, 1987.
13. Watanabe S., Torii J., Shinkai S. et al.// Environ. Res. — 1993. — Vol. 61. — P. 258—265.

Поступила 05.01.99,

STUDY OF VEGETATIVE DISORDERS IN USERS OF VIDEODISPLAY TERMINALS

L.M. Fatkhutdinova, M.F. Ismagilov,
N.Kh. Amirov, A.B. Gallyamov

S u m m a r y

The incidence of paroxysmal vegetative disorders in users of videodisplay terminals, as well as the dependence of the disorders on some individual peculiarities of workers: sex, age, a series of social demographic, family and behaviour characteristics and general physical training are studied. The incidence of vegetative paroxysms in women — users of videodisplay terminals was higher than in women not working with videodisplay terminals. It is shown that women — users of videodisplay terminals aged 30 and older are a group of increased risk from the standpoint of paroxysmal vegetative disorders.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ*И. М. Ахметзянов**Научно-производственное объединение "Медикосервис"
(генеральный директор — канд. мед. наук И. М. Ахметзянов), г. Казань*

В целях эффективного финансового обеспечения охраны здоровья населения в современных условиях необходимо, как показала практика, изучение особенностей экономики здравоохранения, закономерностей развития потребностей населения в медицинских услугах и способов мобилизации экономических ресурсов для отрасли [3]. Финансирование здравоохранения можно отнести к числу вечных проблем поддержания национального благополучия, а сохранение жизни и здоровья различных демографических групп населения — к числу важнейших задач социальной политики [4].

Целью исследования являлось изучение системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения, сложившейся на уровне конкретного региона, с точки зрения применяемых форм расчетов.

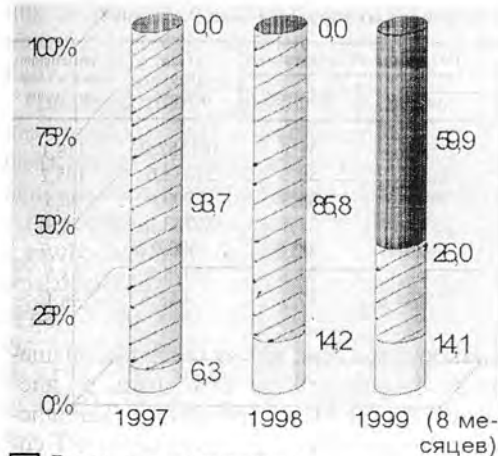
Бесспорным фактом является крайне низкий уровень бюджетной обеспеченности учреждений здравоохранения, сложившийся за последнее десятилетие в Российской Федерации. Так, за 1992—1997 гг. объем финансирования здравоохранения из бюджетов различных уровней и фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) сократился на 21% в реальном выражении [6].

По мнению ведущих экономистов, хронический дефицит ресурсов для нормального финансирования медицинских учреждений порождает следующие причины общегосударственного масштаба. Во-первых, это падение объемов производства (к 1 сентября 1999 г. промышленное производство сократилось на 57% по сравнению с аналогичным показателем начала 1990 г.) и расширение теневого сектора экономики, в котором

производится от 25% (оценка Госкомстата РФ) до 40—45% (оценка правоохранительных органов) ВВП России, в результате которых снижается объем налогооблагаемой базы и ограничиваются возможности для увеличения расходов на здравоохранение. В настоящее время последние фактически исключены из первоочередных приоритетов государства, и финансирование осуществляется по остаточному принципу [1, 6]. Во-вторых, рост безработицы, снижение реального размера заработной платы и задержки ее выплаты означают снижение объема поступлений в ФОМС, так как он формируется за счет отчислений от фонда оплаты труда (3,6%) [1]. В-третьих, существовавший в течение нескольких лет высокий уровень инфляции обесценивал бюджетные ассигнования на финансирование здравоохранения и задолженности предприятий перед бюджетной системой и стимулировал появление новых форм ее погашения.

Переход на расчеты с бюджетной системой денежными суррогатами обусловлен, в частности, недостаточностью денежной массы, находящейся в обращении. Причиной этого являются эффект "бегства от денег", то есть нежелание субъектов экономики иметь свободные денежные средства, и высокая ставка ссудного процента (в 1994—1995 гг. учетная ставка ЦБ РФ достигала 210%), которая не дает предприятиям возможности привлекать кредитные ресурсы для осуществления текущих платежей.

Главной проблемой для медицинских учреждений, возникающей при замещении денежных средств суррогатами, является их низкая покупательная способ-



□ Денежными средствами
 ▨ Векселями и взаимозачетами
 ■ Не оплачено

Рис. 1. Структура платежей ОАО "X" по НДС.

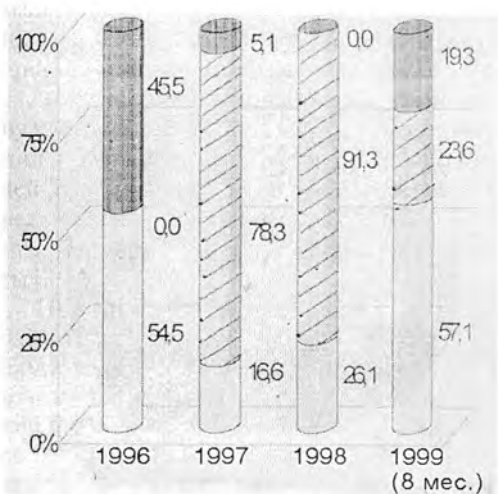


Рис. 2. Структура платежей ОАО "X" в ФОМС.

ность, то есть наличие дисконта при их обмене на денежные средства или товары, что не учитывается при выдаче этих суррогатов медицинским учреждениям и является причиной невозможности осуществления ими сметных расходов в полном объеме.

Бюджеты и территориальные больницы в значительной мере формируют свои доходы за счет поступлений от нескольких крупнейших предприятий, действующих в данном регионе. Расчет объемов и анализ структуры платежей этих предприятий с использованием метода научной индукции позволяет установить, какие средства и в

какой форме в данном регионе могут быть направлены на финансирование системы здравоохранения.

В качестве примера приведем структуру платежей одного из крупнейших предприятий РТ (обозначим его как предприятие ОАО "X") в республиканский бюджет (по НДС) и в ФОМС. В 1997—1998 гг. абсолютное большинство платежей осуществлялось векселями и взаимозачетами (рис. 1 и 2). Подобная практика позволила ликвидировать накопленную недоимку и увеличить собираемость платежей, при этом резко снизилась доля платежей денежными средствами. Однако когда в 1999 г. правительством РТ был ограничен прием в платежи денежных суррогатов, ситуация изменилась — увеличилась доля платежей денежными средствами, но вновь появились недоимки.

Предприятия также реализуют продукцию за векселя, по бартеру и взаимозачетам (их доля по РТ в 1996 г. составляла 71,4%), что не дает им возможности полноценно рассчитываться по налогам и платежам [2].

Эффект от отказа использовать в бюджетных расчетах неденежные средства может быть двояким — финансово устойчивые предприятия перейдут на денежные платежи, а прочие перестанут платить вовсе. В последнем случае долги предприятий бюджетной системе могут быть реструктурированы. В результате этого в обмен на обязательство осуществлять в полном объеме текущие платежи они получают возможность списания недоимки. Правительства РТ и других регионов дают возможность предприятиям вносить платежи в бюджет в любой форме, что поощряет их рассчитываться наименее ликвидной продукцией, денежными суррогатами, взаимозачетами.

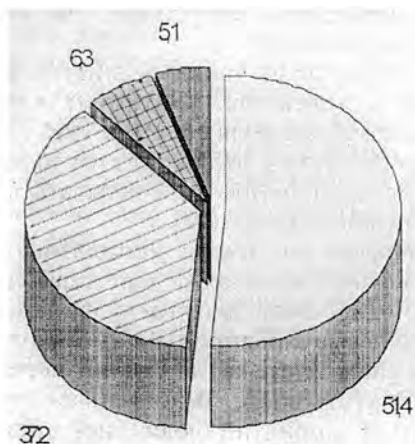
Таким образом, бюджетная система и соответственно здравоохранение при любых вариантах организации расчетов с налогоплательщиками либо недополучают ресурсы, либо получают неденежные средства, то есть медицинские учреждения потенциально могут финансироваться только с частичным использованием различных денежных суррогатов.

Сведения о финансировании здравоохранения одного из городов РТ за 9 месяцев

Наименование статей	Итого за 9 месяцев, тыс. руб.	Денежными средствами		Неденежными средствами		План на 1999 год, тыс. руб.	% финансирования к годовому плану
		тыс. руб.	% к итогу	тыс. руб.	% к итогу		
Заработанная плата	119889,8	82524,3	68,8	37365,5	31,2	101552,0	118,1
Канц. и хоз. расходы	54561,1	5717,0	10,5	48844,1	89,5	51888,6	105,2
Питание	12260,7	1316,0	10,7	10944,7	89,3	12700,0	96,5
Медикаменты	28155,6	2395,8	8,5	25759,8	91,5	39733,0	70,9
Капитальный ремонт	6655,4	0,0	0,0	6655,4	100,0	6000,0	110,9
Прочие статьи	34998,0	28932,9	82,7	6065,1	17,3	55075,0	63,5
Всего	256520,6	120886,0	47,1	135634,6	52,9	266948,6	96,1

Данные выводы подтверждаются сведениями о финансировании здравоохранения одного из городов Республики Татарстан. Большая часть поступлений за 9 месяцев 1999 г. приходилась на векселя и взаимозачеты (см. табл.). Структура финансирования здравоохранения

здравоохранения, могут быть превращены в товары или деньги лишь с дисконтом (скидкой от номинала). Так, дисконт по векселям правительства РТ составляет 46—48%. При осуществлении взаимозачетов или бартерных поставок предприятия также завышают цены на



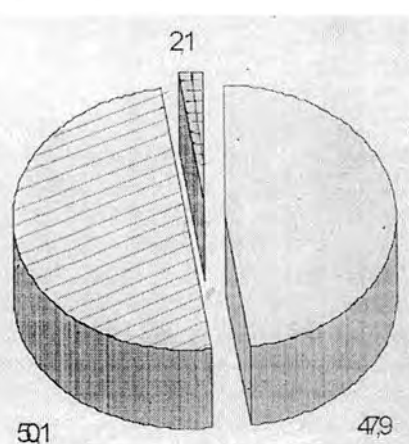
□ Денежные средства ▨ Взаимозачеты

Рис. 3. Финансирование здравоохранения крупного города (население более 500 тыс. чел.) в 1998 г.

по данному городу в 1998 г. и за 1 полугодие 1999 г. показана на рис. 3, 4.

В 1999 г. наблюдается выполнение бюджетных назначений. По некоторым статьям за три квартала финансирование превысило годовой план, однако из-за низкой покупательной способности поступающих денежных суррогатов возникают перерасходы, то есть реальный (в товарном эквиваленте) объем бюджетного финансирования не выше, а в большинстве случаев даже ниже планового.

Денежные суррогаты, поступающие в счет финансирования учреждений



▨ Векселя □ Займы

Рис. 4. Финансирование здравоохранения крупного города (население более 500 тыс. чел.) в I половине 1999 г.

товары. Например, одно из крупнейших предприятий РТ — ОАО «У» — устанавливает разницу в ценах товаров, поставляемых по взаимозачетам и за денежные средства (25—50% в зависимости от того, получены ли товары по бартеру или они собственного производства). Кроме того, при осуществлении расчетов, в том числе с использованием денежных суррогатов, бартера и взаимозачетов, органы управления здравоохранением и руководители медицинских учреждений вынуждены прибегать к услугам посреднических фирм, которые присваивают в виде вознагражде-

ния за услуги часть бюджетных ассигнований на содержание здравоохранения.

Важнейшим аспектом использования неденежных форм расчетов в рамках бюджетной системы является механизм ценообразования на денежные суррогаты и товары, используемые для бартера и взаимозачетов. В условиях отсутствия регламентации этого механизма предприятия бюджетная система завышает стоимость продукции и денежных суррогатов относительно реальных рыночных цен. Учреждения здравоохранения вынуждены соглашаться на такие условия финансирования под угрозой полного прекращения выплат и остановки лечебно-диагностического процесса [4].

Таким образом, государство формально выполняет планы финансирования здравоохранения, хотя фактически происходит недофинансирование, поскольку медицинские учреждения вынуждены за счет бюджетных поступлений покрывать надбавки производителей и торговли, устанавливаемые при реализации продукции по взаимозачетам, бартеру или за денежные суррогаты [2].

Предприятиям-должникам чрезвычайно выгодно осуществлять платежи в бюджетную систему путем бартера и взаимозачетов. Опыт работы медицинской фирмы в городской больницы кассе города за 1997—1998 гг. показывает, что предприятиями было передано в счет платежей ФОМС различной продукции более чем на 7 млн. руб., причем ее стоимость была выше рыночной в 1,5—4 раза. В то же время полное исключение использования денежных суррогатов в расчетах с учреждениями здравоохранения может привести к приостановке лечебно-диагностического процесса, поскольку при современном состоянии платежной дисциплины и собираемости налогов практически нереально обеспечить полное финансирование бюджетных расходов денежными средствами на региональном, тем более на местном уровне.

В условиях безудержного роста цен при товарно-вексельно-взаимозачетных

расчетах в реальном процессе становления рыночной экономики руководящие органы здравоохранения должны оставить за собой контролирующие функции в области цен и тарифов на медицинскую продукцию. Контроль за динамикой цен, осуществляемый органами государственного управления, предполагает не просто определение стоимости взятых на себя финансовых обязательств в области здравоохранения, но и их корректирование по мере изменения цен [3].

В системе здравоохранения должны быть заложены механизмы интенсификации повышения эффективности использования ресурсов. Необходимость увеличения финансовых ресурсов здравоохранения в условиях ограниченных возможностей экономики потребует повышения эффективности использования выделяемых средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивантер А.* // Эксперт. — 1999. — № 40. — С. 68.
2. *Климкин М.В.* // Вестн. "Мед. для Вас". — 1996. — № 17.
3. *Корчагин В.П.* Финансовое обеспечение здравоохранения. — М., 1997.
4. *Кравченко Н.А.* // Эконом. здравоохран. — 1996. — Спец. выпуск.
5. *Макаров Д.* // Вопр. эконом. — 1998. — № 3. — С. 38.
6. *Шишкин С.* // Вопр. эконом. — 1998. — № 3. — С. 90.

Поступила 15.11.99.

TOPICAL PROBLEMS OF FINANCING MEDICAL INSTITUTIONS IN MARKET ECONOMY

I.M. Akhmetzyanov

S u m m a r y

The system of budget financing health protection institutions establishing on a level of the concrete region with respect to the used account forms is studied. Under unchecked rise of prices in commodity — bill — interpayment accounts in the true process of market economy formation the health protection authorities should reserve the control functions in prices and tariff of medical products. The mechanisms of increasing the efficiency of using resources should be laid in the health protection system, the necessity of increasing financial resources of health protection will demand the rise of the efficiency of using the provided means.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ С ОТЦОМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ

А.И. Ибрагимов

*Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н. Галиуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Переход российского общества к ценностям демократии и рыночным отношениям приводит крайне мучительно и привел, с одной стороны, к социальной напряженности, росту социальной патологии, в частности к дальнейшей алкоголизации, а с другой — отрицательно сказался на состоянии здоровья наименее защищенных слоев населения, а именно детей, молодежи, стариков [2, 4, 6]. В таких условиях особую актуальность приобретает изучение состояния здоровья детей из так называемых социально значимых (с высокой степенью социального риска) семей, в которых проблемы охраны здоровья на фоне социальной нестабильности резко обостряются [1, 3].

Нами проведено комплексное социально-гигиеническое исследование 116 семей, имеющих отца, злоупотребляющего алкоголем, в сравнении со 109 семьями, где такового не наблюдалось. В социопатических семьях было 211 детей в возрасте до 14 лет включительно. Их заболеваемость изучена по данным обращаемости и медицинского осмотра. В качестве контроля противопоставлены данные заболеваемости 211 детей из благополучных семей, подобранных методом копия-пара (по возрасту, полу, месту жительства).

Анализ показал, что среди семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, высок удельный вес семей медико-демографического риска. Так, если в крупном промышленном центре, по данным А.В. Сорокина [8], распространенность семей, имеющих те или иные медико-демографические риск-факторы (неполные, многодетные семьи; родившие до 19 и после 35 лет матери), составила 21,6%, то в социопатической группе, по нашим данным, медико-демографическое неблагополучие отмечалось в каждой второй семье (52,5%). Конкрет-

но для семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, были характерны следующие демографические особенности: каждая пятая семья многодетная (18,9%); в каждой десятой семье мать родила первого ребенка в юном возрасте — до 19 лет (9,5%); в 19,8% случаев матери имели неблагоприятный для детородной функции возраст — до 19 или старше 35 лет.

Медико-демографическая ситуация в семье весьма точно характеризуется репродуктивно-демографическими показателями. В частности, мы выявили, что показатель детности семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, составляет 1,82 человека, в контрольной же группе — 1,42. Эта разница формируется за счет многодетности семей, число которых среди социально значимого контингента достоверно больше (18,9% против 4,6%). Вместе с тем в основной группе зафиксировано больше, чем в контрольной (51,7% против 42,2%; $P < 0,05$) и семей, воспитывающих одного ребенка. Относительно большее количество одно- и многодетных семей в социопатической группе убедительно свидетельствует о неблагополучии в вопросах планирования. Эти семьи либо ограничивают себя рождением одного ребенка, либо имеют большое число детей, не соизмеряя свои материальные и другие возможности.

Такую же неудовлетворительную оценку можно дать и другим репродуктивно-демографическим показателям. Так, среднее число аборт у матерей основной группы в возрасте 19—34 лет составило 6,7, в контрольной группе — 4,2 ($P < 0,01$), число осложнений беременности — соответственно 45% и 31,7% ($P < 0,05$), фетоинфантильных потерь (число мертворождений плюс число умерших на первом году жизни) на 100 родов — 7,86 и 3,12 ($P < 0,001$).

Анализ социального статуса родителей семей, где отец злоупотребляет алкоголем, показал, что они, как правило, относятся к категории рабочих, имеют неполное среднее или среднее образование (86,8% матерей и 92,3% отцов, тогда как в контроле — соответственно 53,2% и 67%). Каждый десятый-двенадцатый из них является безработным (7% и 10,3%, в контроле — 4,6% и 6,2%).

Достоверно меньшее количество социопатических семей проживают в квартирах, оцениваемых как хорошие (46,6% против 73,4%; $P < 0,01$). В целом, неудовлетворительные жилищные условия в основной группе были у 29,3% против 8,3% в контроле ($P < 0,001$).

Материальную обеспеченность изучаемого контингента семей мы определяли с помощью индекса уровня жизни (отношение дохода на душу населения к прожиточному уровню). Выяснилось, что если в контрольной группе за чертой бедности жили 41,3% семей, то в социопатической группе — 70,7% ($P < 0,01$). При интегрированной оценке экономического статуса семьи, проведенной по методу И.П. Катковой и Н.А. Кравченко [5], оказалось, что неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни имеют 18,9% семей основной группы и лишь 0,9% — контрольной. Следовательно, в семьях, где отец злоупотребляет алкоголем, весьма значительно страдает одна из основных функций семьи — экономическая.

Изучение психоэмоционального климата и уровня межличностного общения в семьях основной и контрольной групп показало, что в семьях, где отец является социопатической личностью, значительно чаще наблюдается конфликтная обстановка. Так, в основной группе родители часто конфликтовали в 53,4% случаях, а в контрольной — в 11%. Напряженная атмосфера в социопатической семье напрямую касается ребенка. В этих семьях 44,6% детей становятся свидетелями конфликтов, тогда как в контрольной группе этот показатель равняется 6,6%. Нельзя не отметить еще одну закономерность: повышенная конфликтность среди взрослых членов семьи “провоцирует” также напряженные отношения между детьми.

Показатель конфликтных отношений между детьми в социопатических семьях составил 25,9%, тогда как в благополучных — 11,9% ($P < 0,01$).

В семьях, в которых отец является социопатической личностью, ребенка воспитывают с помощью авторитарных, деспотических методов (“кнута”) — физического наказания (45,7%), окрика (43,1%). В контрольной же группе ведущими методами наказания являются строгий разговор с ребенком (66,1%), лишение его удовольствий (30,3%). Выявленная закономерность напрямую влияет на психическое здоровье детей.

Наконец, обращает на себя внимание и то, что в семьях, в которых отец злоупотребляет алкоголем, в полтора раза реже (37,1% против 58,7%) он участвует в воспитательном процессе. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в социопатических семьях нарушена и другая важная функция — воспитательная (педагогическая).

Среди слагаемых образа жизни одной из важнейших является медицинская активность, под которой понимают характер поведения с целью предупреждения заболеваний, а также во время болезни [7]. Исследование показало, что в семьях, где отец злоупотребляет алкоголем, достоверно меньшее число детей выполняют в полном объеме гигиенические процедуры (75,9% против 97,3%), делают утреннюю гимнастику (54,3% и 71,6%), вовремя ложатся спать (68,1% и 88,1%), питаются строго по режиму (19,8% и 74,3%), употребляют необходимое количество овощей и фруктов (72,4% и 88,1%). Приведенные данные убедительно, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что медицинская активность, направленная на укрепление здоровья детей, в семьях с отцом, злоупотребляющим алкоголем, заметно снижена.

Особенно тревожит наличие в таких семьях голодающих детей. Почти каждая десятая респондентка (8,6%) отмечала, что ее дети питаются 1—2 раза в день, то есть фактически голодают. Таким образом, служба медико-социального патронажа (или другие структуры, осуществляющие социальную защиту населения) должна глубоко изучать условия

жизни подобных семей и изыскивать возможность медико-социальной помощи нуждающимся детям.

Одной из важнейших характеристик медицинской активности человека является своевременность обращения за медицинской помощью. Изучая данный аспект, мы выявили весьма неблагоприятные тенденции в социопатических семьях, где менее половины (48,3%) из них обращаются к врачу в связи с заболеванием ребенка в первые сутки его начала, 41,4% — на второй день, 10,3% — на третий и позднее. В социально же благополучных семьях три четверти (75,2%) родителей обращаются к врачу в первые сутки от начала заболевания детей и лишь 21,1% и 3,7% — на второй и последующие дни. Таким образом, социопатическим семьям присуща несвоевременность обращения за медицинской помощью в связи с заболеванием ребенка.

Нельзя не отметить и следующий момент. В социопатических семьях при легком заболевании ребенка в поликлинику обращаются лишь 53,5% родителей (в контроле — 89,9%). Лишь 57,8% родителей в неблагополучных семьях выполняют полностью рекомендации врача по лечению ребенка (в контроле — 79,8%). Таким образом, в социопатических семьях медицинскую активность, направленную на лечение заболевания ребенка, можно оценивать как неудовлетворительную.

Изучение заболеваемости, по данным обращаемости, за три года показало, что ее уровень в социопатической группе достаточно высок — 1947,6 на 1000 детей. Вместе с тем этот уровень заметно ниже такового в контрольной группе (2525,9 на 1000), главным образом за счет более низкой обращаемости по поводу острых респираторных вирусных инфекций (957,4 против 1540,8 на 1000). Нам представляется, что данная ситуация обусловлена не истинным уровнем заболеваемости детей простудными болезнями в социопатических семьях, а низкой обращаемостью родителей этих детей в детские поликлиники. Если вспомнить, что 53,5% родителей обращаются к врачу при любом заболевании ребенка, 43,1% — только при тяжелом, а 3,4% — вообще не обращаются, то можно предположить, что истинный уровень заболеваемости детей социопатической группы занижен на 40—50%.

Второе место в структуре заболеваемости по обращаемости занимают инфекционные и паразитарные болезни (161,1 на 1000, или 8,3 в основной группе; 170,6 на 1000, или 6,7% в контрольной), третье — болезни уха (132,7 и 61,6 на 1000, или 6,8% и 2,5% соответственно).

Дети из семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, в 3 раза чаще получают стационарное лечение (287,4 против 94,8 на 1000). При этом фактически каждый третий ребенок попадает в стационар по поводу бронхолегочной патологии (по поводу ОРВИ — соответственно 41,1 и 12,7 на 1000, бронхита — 29 и 5,2 на 1000), инфекционных заболеваний (55,7 на 1000, или 19,4%). По поводу последних детей из этой группы в 17 раз чаще госпитализируют в стационар. С одной стороны, такие результаты указывают на минимальные возможности ухода за больным ребенком в социально неблагополучных семьях, а с другой — о стремлении участковых врачей помещать ребенка в стационар при заболеваниях, которые можно лечить амбулаторно.

Углубленный медицинский осмотр подтвердил представление о более худшем состоянии здоровья детей социопатической группы (см. табл.). Об этом свидетельствуют, во-первых, показатели, характеризующие уровень соматического здоровья: частота хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений, выявленных при углубленном медицинском осмотре, которая оказалась в 1,84 раза выше, чем среди детей из семей социального благополучия (264,9 против 143,1 на 100 осмотренных).

Во-вторых, наличие в семье “пьющего” отца неблагоприятно воздействует на физическое здоровье ребенка. Так, оказалось, что в социопатической группе лишь 63,5% детей имели гармоничное развитие, тогда как в группе контроля — 75,8% ($P < 0,05$). Кроме того; четверть детей из социопатических семей (26,9%) имели дефицит массы тела, в благополучной же группе этот показатель был в 2 раза меньше (10,0%, $P < 0,001$).

В-третьих, есть все основания констатировать неудовлетворительное состояние психического здоровья детей в социопатических семьях. У них в 3 раза чаще выявляются психические нарушения и расстройства поведения (34,1 про-

Распространенность и структура некоторых морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у детей

Классы болезней	На 100 осмотренных		В % к итогу		P
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	
V. Психические расстройства и расстройства поведения	34,1±3,3	10,9±2,1	12,9	7,6	<0,001
VI. Болезни нервной системы	34,1±3,3	12,8±2,3	12,9	8,9	<0,001
VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата	27,0±3,1	18,9±2,5	10,2	13,3	<0,05
X. Болезни органов дыхания	31,3±3,2	22,3±2,9	11,8	15,6	<0,05
XI. Болезни органов пищеварения	25,6±3,0	18,9±2,5	9,7	13,3	<0,05
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	12,8±2,3	9,0±2,0	4,8	6,3	<0,05
XIV. Болезни мочеполовой системы	9,9±2,0	8,1±1,9	3,8	5,6	<0,05
XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	23,7±2,9	4,7±1,5	8,9	3,3	<0,001
XVII. Врожденные аномалии	8,1±1,9	1,4±0,8	3,0	0,9	<0,001
Прочие классы	58,3±3,4	36,1±3,3	22,0	25,2	<0,001
ИТОГО	264,9	143,1	100,0	100,0	

тив 10,9 на 100 осмотренных). В структуре психических нарушений у детей социопатической группы значительное место занимают нозологические формы психических заболеваний в виде невротоподобных состояний, невротоз, задержки нервно-психического развития (72,2% против 34,7%). В благополучной же группе доминируют нозологические психические расстройства в виде психовегетативных нарушений и вегетососудистых феноменов (56,5% против 8,4%); высокий уровень заболеваний нервной системы (VI класс) и отдельных состояний (чаще всего в виде энцефалопатий), возникающих в перинатальном периоде (XVI класс).

Проведенная нами комплексная оценка состояния здоровья показала, что треть детей социопатической группы (33,2%) имеют III—IV группы здоровья, то есть те или иные хронические заболевания с различной степенью компенсации (в контроле этот показатель равен 16,1%, $P < 0,001$). Данный контингент детского населения должен быть отнесен к группе высокого риска. Такие дети нуждаются в оказании действенной социальной и медицинской помощи, что можно обозначить как приоритетное направление в системе охраны материнства и детства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Ананьин С.А. и др. // *Мат. и дет.* — 1992. — № 2. — С. 6—8.

2. *Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю.* // *Казанский мед. ж.* — 1996. — № 5. — С. 321—325.

3. *Ананьин С.А.* Состояние здоровья детей из семей социального неблагополучия и принципы организации медико-социальной помощи: Автореф. дисс. — докт. мед. наук. — М., 1995.

4. *Баранов А.А.* Медико-демографическая ситуация и здоровье детей России. — Охрана репродуктивного здоровья населения. — М., 1997.

5. *Каткова И.П., Кравченко Н.А.* Методика комплексного социально-гигиенического изучения материально-жилищных условий жизни семьи. — М., 1976.

6. *Комаров Ю.М.* Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения и вклад НПО "Мед-соцэкономинформ" в их научное обоснование и инновационные решения. — М., 1995.

7. *Лисицын Ю.П., Полунина Н.В.* Образ жизни и состояние здоровья детей. — М., 1982.

8. *Сорокин А.В.* Состояние здоровья и организационные принципы медицинского обслуживания детей группы медико-демографического риска: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Н.Новгород, 1992.

Поступила 21.04.98.

LIFE WAY AND HEALTH STATE OF CHILDREN BRINGIN UP IN THE FAMILIES WITH A FATHER ABUSING ALCOHOL

A.I. Ibragimov

S u m m a r y

The data of medicosocial study of the families having a father abusing alcohol are presented. The disease incidence of children in sociopathic families was studied by the data of taking medical advice and medical examination. The complex estimation of their health state showed that one third of the sociopathic group (33,2%) refers to III—IV health groups, that is they have various chronic diseases. The social and medical care for them can be considered as the priority direction in maternity and child protection.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

А.Н. Галиуллин, Г.М. Ахметова

*Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н. Галиуллин),
кафедра стоматологии детского возраста (зав. — доц. Р.З. Уразова)
Казанского государственного медицинского университета*

В период рыночной переориентации народного хозяйства, в том числе и здравоохранения, а также в связи с появлением альтернативных форм стоматологической помощи населению возникает необходимость в объективной оценке качества работы специалистов и в разработке мер по его улучшению. Сложность изучения проблемы улучшения качества работы детских врачей-стоматологов связана с многообразием факторов, влияющих на их трудовую деятельность.

В стоматологической литературе имеются единичные сообщения, в которых приведены результаты изучения качества работы врачей-стоматологов [1, 3, 4, 5], причем обслуживающих в основном взрослое население. Несмотря на свою актуальность, проблема оценки качества работы детского врача-стоматолога исследована недостаточно; кроме того, не изучено влияние медико-социальных факторов на их работу.

С целью оценки влияния медико-социальных факторов на трудовую деятельность проф. А.Н. Галиуллиным с участием Г.М. Ахметовой была разработана анкета "Карта изучения влияния медико-социальных факторов на трудовую деятельность и качество работы врача-стоматолога детского возраста". Для получения достоверных ответов на поставленные вопросы карта анонимна. В нее включены те факторы, анализ которых смог бы выявить причинные связи между ними и качеством работы каждого врача.

Данная анкета состоит из вопросов и возможных вариантов ответов, распределенных по пяти разделам. Первый раздел посвящен социально-гигиеническим условиям труда и образу жизни детских стоматологов. В возрастном аспекте контингент обследованных был разделен на

пять групп с десятилетним интервалом по общепринятым правилам. Второй раздел включал вопросы о жилищно-бытовых условиях жизни врачей, особенностях коммунальных услуг и типах квартир.

В третьем разделе для выяснения влияния образа жизни на трудовую деятельность детских стоматологов перед анкетлируемыми были поставлены вопросы о режиме дня, характере питания, физической активности, вредных привычках, а также перенесенных заболеваниях. Целью вопросов четвертого раздела карты были оценка и характер трудовой деятельности детского стоматолога. Варианты ответов на вопросы пятого раздела конкретизировали специфические процессы и особенности амбулаторного приема детей с кариесом и его осложнениями в терапевтическом кабинете.

С целью изучения медико-социальных факторов было проведено анкетирование 230 детских стоматологов, ведущих поликлинический прием больных в группных городах Республики Татарстан, а также в Йошкар-Оле и Ижевске. По возрастным группам число опрошенных распределилось следующим образом: от 20 до 30 лет было 32,2% врачей, от 30 до 40 — 28,7%, от 41 до 50 — 23,9%, от 51 до 60 — 14,8% и старше 60 лет — 0,4%.

При изучении социально-гигиенических факторов установлено, что 65,7% врачей имеют семью. Одинокие составляют 16,5%, неполные семьи — 17,8%. Благоприятную обстановку в семье отметили 90,4% обследованных, а неблагоприятный психологический климат — 9,6%.

Неудовлетворительные жилищные условия имеют 13,9% врачей: 3% — снимают жилье, 10,9% — живут в комму-

нальных квартирах и общежитиях. В государственных квартирах с коммунальными услугами проживают более половины 72,6% врачей, в кооперативных — 7,4%, в собственных домах — 6,8%, совместно с родителями — 25,6%.

Таким образом, только у половины обследованных (51,7%) созданы необходимые домашние условия для творческой работы. Своими жилищно-бытовыми условиями удовлетворены 56,4% опрошенных врачей.

Известно, что от образа жизни, поведенческих факторов в 52% случаев зависит здоровье населения [2], поэтому определенный интерес представляет изучение влияния поведенческих факторов врача на его здоровье. По праздникам употребляют алкоголь половина обследованных (51,4%), 8,7% опрошенных курят. Активному отдыху и занятиям физкультурой отдают предпочтение только 10,3% врачей.

Состояние своего здоровья хорошим считают 17,0% опрошенных, неудовлетворительным — 10,9%. Анализ структуры перенесенных заболеваний показал, что по частоте на первом месте стоит остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника (38,3%), затем следуют заболевания желудочно-кишечного тракта (29,1%), органов дыхания (20,3%), сердечно-сосудистой системы (19,6%), аллергические заболевания (13,9%). Режим дня не соблюдают 63,9% врачей и нерегулярно питаются на работе 62,1%. Отсутствие горячего питания отмечено половиной опрошенных (50,3%). Ежедневно употребляют мясные продукты менее половины врачей (43,9%), молочные — 35,2, овощи и фрукты — 24,8%.

Таким образом, у 13,9% детских врачей-стоматологов имеют место плохие жилищные условия, у 9,6% — психоэмоциональный стресс, у 89,1% — низкая физическая активность, гиподинамия. 51,4% врачей употребляют алкоголь, а 8,7% курят. Нерациональное и несбалансированное питание выявлено у 56,1% врачей.

Полученные нами данные свидетельствуют о значительном негативном воздействии медико-социальных факторов на качество жизни и деятельности детских врачей-стоматологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В.//Клин. стомат. — 1998. — № 1. — С. 3—5.
2. Лисицын Ю.П. Основной вопрос медицины. (Образ жизни. Общественное здоровье. Саналогия): Актовая речь (2 ноября 1987 г.). — М., 1987.
3. Маслак Е.Е. Планирование, мониторинг и экспертиза стоматологической помощи детям: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Самара, 1997.
4. Новиков И.А. Социально-гигиенические аспекты совершенствования стоматологической терапевтической помощи в условиях перехода к медицинскому страхованию: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1994.
5. Николаев А.И., Ценов Л.М.//Клин. стомат. — 1998. — № 2. — С. 33—36.

Поступила 25.06.99.

MEDICOSOCIAL CHARACTERISTIC OF THE ACTIVITY OF CHILDREN'S DENTIST IN A LARGE CITY

A.N. Galiullin, G.M. Akhmetova

Summary

The anonymous scheme is developed to study the effect of medicosocial factors on labour activity and work quality of children's dentist. The causal relationships between them and work quality are revealed. A series of unfavourable medicosocial factors of life of children's dentists has influence on qualitative indices of their activity.

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

Ф.Р. Умярова

Кафедра биомедицины и медицинского права с курсом истории медицины (зав. — проф. В.Ю. Альбицкий) Казанского государственного медицинского университета, отдел охраны здоровья матери и ребенка (зав. зам. министра — Л.А. Никольская) МЗ РТ

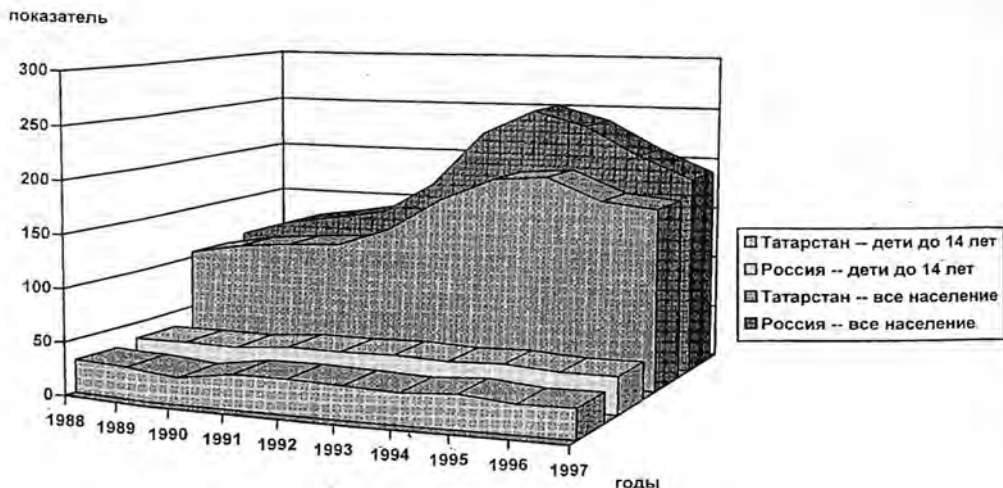
Одной из характерных особенностей смертности в России в последнее десятилетие является возрастающая роль двух крупных классов причин смерти: болезней системы кровообращения и внешних причин (несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных причин смерти) [2]. В индустриальных государствах смерть людей в первой половине жизни, вплоть до 45-летнего возраста, наступает в основном в результате внешних (неестественных) причин [4]. В структуре смертности в развитых и развивающихся странах они числятся среди пяти главных причин смерти людей в возрасте от одного года до 25 лет [1, 3, 5].

Особую тревогу вызывают именно неестественность внешних причин смерти, беспрецедентный для мирного времени их рост и отсутствие тенденции к снижению. Возрастной состав погибших, сложившееся представление о травмах как о случайностях, не поддающихся прогнозированию или предупреждению. Человеческие трагедии, которыми часто заканчиваются несчастные случаи, "нередко воспринимают как фатальную неизбежность" [2, 5, 7].

По данным Госкомстата России, смертность всего населения от внешних

причин по Российской Федерации увеличилась за 10 лет на 69,4% (см. рис.). Указанная тенденция произошла на фоне роста общего коэффициента смертности. Заметное увеличение показателя гибели детей от повреждений за последнее десятилетие отмечалось в 1991—1995 гг., а в 1996—1997 гг. он достиг уровня 1988 г., причем этот рост произошел на фоне значительного снижения общей смертности детского населения.

Аналогичные показатели по Республике Татарстан оказались несколько ниже среднероссийских, однако определенной тенденции в изменении показателя детской смертности от повреждений в Татарстане также не прослеживалось: в 1988 г. изучаемый показатель равнялся 30,7, а спустя 10 лет — 28,3 (на 100 тыс. соответствующего населения). В среднем за десятилетие показатель смертности детей в возрасте от 0 до 14 лет в результате неестественных причин составил 29,8 (РФ — 36,3). Среди всех умерших от несчастных случаев, травм и отравлений доля детей за указанный период уменьшилась с 7 до 3,6%, доля подростков от 15 до 19 лет фактически не изменилась.



Динамика смертности от внешних причин по Российской Федерации и Республике Татарстан за 1988—1997 гг. (на 100 тыс. соответствующего возраста).

Показатели смертности от внешних причин по Республике Татарстан
(на 100 тыс. соответствующего возраста)

Возрастные группы, лет	Республика			Городская местность			Сельская местность		
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.
До одного года	65,2	55,2	61,8	54,9	42,3	54,8	87,5	83,0	77,2
1—4	34,8	28,3	31,8	30,6	21,7	22,2	44,7	43,2	53,0
5—9	31,2	25,6	26,6	24,8	21,2	22,8	49,7	37,9	36,5
10—14	26,0	25,0	24,2	23,4	24,6	23,6	34,2	26,2	26,0
До 14	31,8	27,3	28,3	26,8	23,5	24,4	45,5	37,6	38,6
15—19*	90,0	97,8	70,3	92,5	85,4	68,3	82,5	136,6	76,9

Примечание. В связи с отсутствием в официальной статистике данных о причинах смерти в возрастной группе от 15 до 17 лет приведены данные о подростках от 15 до 19 лет, среди которых доля непосредственно 15—17-летних составила в 1988—1997 гг. в среднем 54,1%.

С целью изучения социально-гигиенических аспектов смертности детей в возрасте от 0 до 14 лет и подростков от 15 до 17 лет нами были проанализированы данные Республиканской официальной статистики, 1021 врачебное свидетельство о смерти (форма 106/у-84), зарегистрированное в Государственном комитете по статистике Республики Татарстан в 1995—1997 гг., и проведено выборочное анкетирование по методу “копия-пара” 524 семей (у половины из них были зарегистрированы случаи смерти детей от внешних причин). Наряду с непосредственной причиной смерти учитывали также пол, место проживания, месяц и место смерти, своевременность оказания медицинской помощи и девиантность семьи. Изучали показатели следующих возрастных групп: до одного года, от одного года до 4 лет, от 5 до 9, от 10 до 14 и от 15 до 17 лет.

По республике за последние 3 года отмечено снижение смертности детей и подростков во всех возрастных группах, в том числе от внешних причин. Исключение в этом плане составила возрастная группа от одного года до 4 лет, причем в сельской местности (табл. 1), что, несомненно, требует специального анализа.

Во всех возрастных группах среди умерших лиц мужского пола было больше: среди детей до 14 лет — в 2 раза, среди подростков от 15 до 17 лет — в 2,8 раза.

Зависимость частоты смертельных исходов от сезона календарного года отчетливо прослеживалась у детей старше одного года. Наиболее высокие показатели смертности были зарегистрированы с мая по сентябрь.

Анализ смертности от несчастных случаев с учетом места смерти показал,

что дети в возрасте до одного года почти в 70% случаев умерли дома (на месте происшествия), в 20% — в стационаре. В возрастной группе от одного года до 4 лет доля умерших на дому, в стационаре и “другом месте” была примерно одинаковой. В возрастных группах от 5 до 9, от 10 до 14 и от 15 до 17 лет около 60—70% детей и подростков умерли на месте происшествия “в другом месте”, а по 15—20% — на дому и в стационаре. Эти данные свидетельствуют о том, что в 2/3 случаев во всех возрастных группах смерть наступает до оказания квалифицированной медицинской помощи на месте происшествия, причем у детей до 5 лет — в результате домашних травм и повреждений, а старше 5 лет — вследствие несчастных случаев вне дома. Анкетирование показало, что и первая медицинская помощь была оказана своевременно лишь в 15—20% случаев (табл. 2).

Основные внешние причины детской смертности по данным врачебных свидетельств приведены в табл. 3.

Анкетирование показало, что от 20 до 40% детей и подростков, умерших от неестественных причин, проживали в социопатических семьях. Если учесть случаи смерти детей и подростков от повреждений, при которых род смерти не установлен (черепно-мозговые и сочетанные травмы тела, колото-резаные раны, асфиксия в безвоздушном пространстве и др.), то насильственные причины, включая убийства и самоубийства, стали ведущей причиной смерти детей и подростков старше 10-летнего возраста, это — одна из наиболее негативных тенденций смертности детского населения России в 90-х годах.

Таким образом, высокая смертность детей от внешних причин, отсутствие тенденции к ее снижению, неизменная в целом структура, низкая результатив-

Показатели своевременности оказания медицинской помощи детям и подросткам, умершим от внешних причин (%)

Медицинская помощь	Возрастные группы, лет				
	до одного года	1—4	5—9	10—14	15—17
Своевременная	16,1	24,6	20,8	15,2	15,8
Оказана поздно	14,3	19,8	26,7	27,2	17,1
Не оказана	69,6	55,6	52,5	57,6	67,1

Таблица 3

Показатели смертности детей и подростков от внешних причин (на 100 тыс. населения соответствующего возраста в среднем за 1995—1997 гг.)

Причины	Возрастные группы, лет				
	до одного года	1—4	5—9	10—14	15—17
Все причины	59,1	30,1	26,8	23,5	65,2
Асфиксия, случайное удушение	35,5	2,5	2,0	0,7	1,2
Черепно-мозговые травмы вследствие случайных падений	7,9	2,5	1,2	1,0	3,2
Утопления	5,1	6,0	9,5	7,4	8,1
Дорожно-транспортные происшествия	4,4	5,6	8,0	4,5	17,0
Суициды	—	—	—	4,0	22,3
повешения	—	—	—	2,4	15,8
отравления	—	—	—	1,1	3,4
выброс из окна	—	—	—	0,5	3,0
Убийства	3,9	1,2	0,5	0,7	4,5
Другие повреждения (род смерти не установлен)	—	1,8	2,8	1,6	7,1

ность профилактики травматизма свидетельствуют о масштабности проблемы, связанной с несчастными случаями и телесными повреждениями. Необходимо принятие скоординированных междисциплинарных и межведомственных мер для ее решения. Смертность детей от внешних причин можно снизить только путем разработки и реализации широкомасштабной программы борьбы с несчастными случаями, которая бы учитывала возраст и место проживания, включала мероприятия по созданию травмобезопасной среды, способствовала выработке у детей поведенческих реакций, снижающих риск травматизма. Этой же цели будут способствовать своевременное принятие мер к пресечению случаев жестокого обращения с детьми и подростками, организация и совершенствование системы детской и подростковой психологической помощи, квалифицированная доврачебная и своевременная специализированная помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А.//Педиатрия. — 1995. — № 4. — С. 7—11.
2. Вишневский А.Г. Население России, 1997. — Пятый ежегодный демографический доклад. — М., 1998.
3. Дзикович И.Б., Богданович И.П.//Здравоохранение Белорус. — 1996. — № 5. — С. 5657.

4. Игнатьева Р.К., Каграманов В.И.//Медико-демографический анализ под ред. Баранова А.А. — М., 1997.

5. Краткие сообщения о деятельности ВОЗ/Предотвращение несчастных случаев и повреждений. Всемирный форум здравоохранения. — 1989—1990. — № 3—4. — С.154—155.

6. Никольская Л.А., Умарова Ф.Р., Альбицкий В.Ю.//Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгресса педиатров России. — Медико-статистические особенности суицидов в подростковом возрасте в Республике Татарстан. — М., 1998.

7. Myint Myint Thein, James Lee//Всемирный форум здравоохранения. — 1993. — № 4. — С. 66—68.

Поступила 28.12.98.

CHILDREN DEATH RATE AS A RESULT OF EXTERNAL CAUSES

F.R. Umyarova

Summary

The social and hygienic aspects of the death rate of children and teenagers as a result of accidents, traumas and intoxication are studied. Higher level of the death rate of children living in rural regions, especially of males is revealed. The basic cause of unfavourable incomes in unnatural death in children aged up to one was asphyxia as a result of aspiration of food and vomiting, older than one were drowning and road-transport accidents, from 10 to 14 — suicides, from 15 to 17 — suicides and road-transport accidents. The coordinated and interdisciplinary measures are necessary to solve the problem connected with accidents and injuries in children.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАНИ ОСНОВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

И.Б. Амиров, Н.В. Пигалова, А.П. Пигалов, Т.М. Муравьева, А.Х. Мазитова,
Т.Н. Токарева, З.Р. Насыбуллина, И.П. Минабутдинова, Э.И. Никонова

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав. — доц. З.Ш. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета, Центр госсанэпиднадзора (главврач — Н.В. Пигалова), г. Казань

В последние годы в связи с ухудшением социально-экономических и экологических условий жизни происходит неуклонный рост заболеваемости и смертности населения России.

Анализ современного состояния здоровья населения и здравоохранения в целом свидетельствует об отсутствии реальных перспектив улучшения сложившегося положения. В связи с этим в условиях реформирования органов здравоохранения необходимо выбрать наиболее эффективные направления работы для улучшения здоровья населения.

В структуре общей заболеваемости населения ведущее место занимают заболевания внутренних органов, поэтому мы, исходя из статистических данных за 1992—1997 гг., проанализировали динамику показателей заболеваемости взрослого населения г. Казани. Численность населения г. Казани в 1997 г. составила 1077,8 тыс. человек, в том числе взрослого — 878 тыс. Имеет место

рождении в развитых странах составляет 76 лет. Отмечается большой разрыв (в 14 лет) между продолжительностью жизни мужчин и женщин. По данным ВОЗ, в развитых странах женщины живут в среднем на 7 лет дольше, чем мужчины. Темп сокращения жизни мужского населения за последние 5 лет составил 7,6%; в результате мужчин на 18% меньше, чем женщин.

Заболеваемость взрослого населения г. Казани имеет тенденцию к неуклонному росту (см. табл.)

Более 50% заболеваемости (380,4 на 1000) приходится на болезни внутренних органов, причем среди взрослых доминируют заболевания органов дыхания (33,6%), далее следуют органы кровообращения (3,7%), пищеварения (2,9%), мочеполовой (5,6%) и костно-мышечной (7,4%) систем. В структуре смертности населения г. Казани (рис. 1) заболевания внутренних органов составляют 67%, причем на первом месте на-

Показатели заболеваемости населения (на 1 тыс. чел.)

Группы населения	Годы				
	1993	1994	1995	1996	1997
Всего	891,0	907,8	923,8	924,7	955,8
Дети (от 0 до 14 лет)	1610,0	1594,5	1671,6	1658,5	1805,1
Подростки (от 15 до 17 лет)	585,8	675,8	928,6	699,1	787,8
Взрослые (18 лет и старше)	712,2	741,7	732,6	750,0	761,3

устойчивая тенденция к снижению рождаемости (8,5 на 1000 населения), при некоторой стабилизации смертности населения (12,6 на 1000), что ведет к относительному “постарению” населения. Естественная убыль населения Казани в 1997 г. составила 4,1‰. Средняя продолжительность жизни в 1995 г. по Казани на 10—15 лет ниже, чем в развитых странах (67,2 года). Средняя продолжительность предстоящей жизни при

ходятся болезни органов кровообращения. В структуре общей смертности они составляют 59%, тогда как на смертность от заболеваний органов дыхания и пищеварения приходится по 4% (в Европе основной причиной смертности лиц в возрасте 65 лет также являются заболевания сердечно-сосудистой системы [1]).

Возросла смертность от болезней среди трудоспособного населения — в 1996 и 1997 гг. она составила 12,6 на 1000 насе-

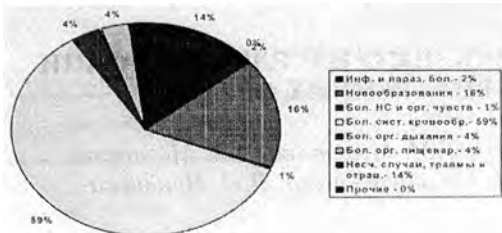


Рис. 1. Структура смертности населения по основным классам причин смерти в г. Казани в 1996 г.

ления (в г. Москве в 1996 г. — 15,1, а в среднем по России — 14,3 [3]), в том числе она увеличилась в 1,5 раза от заболеваний системы кровообращения среди мужчин и в 1,7 раза среди женщин, в 2 раза от болезней органов дыхания среди мужчин, в 1,8 раза среди женщин [4].

Установлено, что в структуре заболеваемости болезнями легких и бронхиального дерева (в среднем с 1992 по 1997 г. около 5,5‰) 54,7% занимают пневмонии, 37,5% — бронхиты (на долю бронхиальной астмы приходится 7,2%). Обращает на себя внимание тенденция к некоторому росту заболеваемости пневмонией. Устойчивая тенденция к росту заболеваемости бронхиальной астмой может быть связана как с общей аллергизацией населения города, так и с улучшением диагностики (рис. 2). Наметившаяся к 1995 г. тенденция к снижению заболеваемости бронхитом к 1997 г. возвратилась на уровень 1993 г. и составила 2,96‰.



Рис. 2. Структура заболеваемости болезнями легких взрослого населения (на 1 тыс. населения).

Заболеваемость взрослого населения г. Казани болезнями сердечно-сосудистой системы также имеет устойчивую тенденцию к росту (в 1997 г. — 28‰), при этом преобладают различные формы ИБС и гипертоническая болезнь (ГБ)

с устойчивой тенденцией кресту последней: с 1992 по 1997 г. — с 2,3 до 4,1‰.

Следует отметить некоторое преобладание ИБС над ГБ, однако при анализе структуры ИБС обращает на себя внимание тот факт, что 19,5% случаев ИБС сопровождается повышением АД. Таким образом, при более корректном анализе заболеваемости ГБ выходит на первое место.

При анализе структуры заболеваемости органов пищеварения, которая составила в 1997 г. 22,1 на тысячу населения, установлено, что более 62% приходится на заболевания желудка (рис. 3), причем гастриты развиваются более чем в 2,5 раза чаще, чем язвенная болезнь. Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки возросла с 1,4‰ в 1995 г. до 1,7‰ в 1997 г.

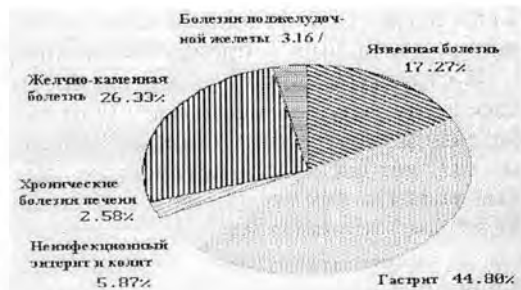


Рис. 3. Структура заболеваний органов пищеварения взрослого населения.

Имеют место тенденции к значительному росту неинфекционных заболеваний печени и поджелудочной железы, а также желчнокаменной болезни.

Состояние заболеваемости органов мочеполовой системы с 1992 по 1997 г. свидетельствует о ее росте почти в 2 раза — с 29,3 до 43,0‰.

Отмечается тенденция к росту заболеваемости пиелонефритами и мочекаменной болезнью. При общей с 1992 г. тенденции к снижению заболеваемости нефритами и нефрозами, отмечен рост заболеваемости с 1995 по 1997 г.

Частота болезни костно-мышечной системы также имеет тенденцию к росту: в 1997 г. — 56,9‰ (рис. 4).

В структуре заболеваемости преобладают остеоартрозы, что, вероятно, мож-



Рис. 4. Структура заболеваний костно-мышечной системы.

но объяснить преимущественной численностью женщин, а также лиц старшего возраста.

Анализ заболеваемости болезнями внутренних органов по годам показывает, что при тенденции к росту частоты всех основных заболеваний внутренних органов с 1995 г. наметилось значительное ухудшение всех показателей, и это требует усиления как профилактической, так и лечебной деятельности органов здравоохранения. Исходя из общей неблагоприятной социально-экономической и экологической ситуации в целом по стране и в г. Казани, связанной в частности с ухудшением питания населения, снижением защитных сил организма, следует ожидать увеличения потока больных всеми основными заболеваниями внутренних органов. Соответственно возрастет потребность в специализированных службах, в диагностическом

ком и лечебном (медикаментозном и немедикаментозном) обеспечении. Полученные результаты позволят достоверно обосновывать стратегию здоровья населения города, а также сформировать комплексные медико-социальные и экологические мероприятия, направленные на снижение негативных тенденций в здоровье жителей Казани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1995 году // *Здравоохран. Росс. Фед.* — 1998. — № 1. — С. 321.
2. Дмитриева Т.Б. // *Пробл. соц. гиг. и истор. мед.* — 1998. — № 1. — С. 3—7.
3. Филатов Н.Н., Аксенова О.И. и др. // *Здравоохран. Росс. Фед.* — 1997. — № 6. — С. 24—27.
4. Численность, состав и движение населения Республики Татарстан. — Госкомстат Российской Федерации. — 1996 г.

Поступила 02.10.98.

DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF INTERNAL ORGAN DISEASES IN ADULT POPULATION IN KAZAN

N.B. Amirov, N.V. Pigalova, A.P. Pigalov, T.M. Muravyeva, A.Kh. Mazitova, T.N. Tokareva, Z.R. Nasybullina, E.I. Nikonova

Summary

The dynamics of the disease incidence indices in adult population for 1992 to 1997 is analyzed. The growth of the incidence of internal organs diseases and the tendency to increasing the rate of hypertension, ischemic heart disease, diseases of stomach and respiratory organs are noted, the demand for specialized services, diagnostic and medical provision increases. The necessity to form complex medicosocial and economic measures directed to decreasing negative tendencies in health of the population in Kazan is noted.

**АДАПТИВНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА
В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ**

*Л.А. Никольская, Л.Н. Шайхутдинова, Р.К. Голубева, В.И. Глова,
В.А. Суздальцев, Л.З. Шакирова*

*Министерство здравоохранения РТ (министр — канд. мед. наук К.Ш. Зиятдинов),
Управление здравоохранения (начальник — В.Б. Зиятдинов), г. Казань,
кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. О.И. Пикуза) Казанского государственного
медицинского университета, кафедра ЭВМ (зав. — проф. В.А. Песошин),
кафедра АСОИУ (зав. — проф. Л.И. Ожиганов) Казанского государственного
технологического университета им. Туполева*

Одним из важных разделов работы по профилактике фетоинфантильных и репродуктивных потерь явились создание адаптивных компьютерных технологий по диспансеризации беременных и их внедрение в практическое здравоохранение Республики Татарстан [1]. Основой компьютерных технологий служат экспертные системы, применение которых в практической деятельности родовспомогательных учреждений повышает качество диагностики осложнений беременности, прогнозирования риска и профилактики перинатальной патологии плода и новорожденного [3—5].

В 1991 г. на базе женской консультации 1-го роддома г. Казани, а в последующем на базе 1-й (при 19-й городской больнице), 2 и 4-й женских консультаций начата эксплуатация экспертной системы (ЭС) по скрининговой оценке риска акушерской и экстрагениальной патологии при взятии беременной женщины на учет с разработкой плана лечебно-профилактических мероприятий.

Функциями эксплуатируемой ЭС являются:

1. Диагностика осложнений гестационного процесса на основе компьютерной обработки данных анамнеза, объективного и дополнительных методов обследования беременной, динамического клинического наблюдения.

2. Составление плана диспансеризации беременной в зависимости от состояния здоровья и прогнозируемого риска развития патологии беременности при постановке на учет в женской консультации.

В настоящее время разработан и внедрен метод прогнозирования на ранних сроках риска невынашивания, гестозов, аномалий сократительной деятельности матки, коагулопатического синдрома, родового травматизма, тромбоэмболических осложнений, плацентарной недостаточности и гипоксии плода, резус- и АВО-сенсibilизации, врожденных пороков развития, сахарного диабета, а далее во второй половине беременности — риска развития анемии и пиелонефрита беременных, гемолитической болезни плода и новорожденного.

Продолжается разработка метода прогнозирования фетоплацентарной недостаточности, гипоксии и задержки внутриутробного развития плода. Пространство диагностических признаков ЭС расширяется за счет включения данных ультразвукового исследования плаценты и плода на основе утвержденного и внедренного в г. Казани протокола УЗИ и за счет учета результатов лабораторных исследований в динамике в сравнении с нормами соответствующих сроков гестации.

В итоге при использовании ЭС повышается качество диагностики и прогнозирования патологических состояний беременности. Оперативнее выявляются группы риска фетоинфантильных и репродуктивных потерь, ведется активное наблюдение и проводится коррекция плана ведения пациенток в женской консультации. Индивидуальные планы диспансеризации формируются в печатном виде, в которых лечащий врач акушер-гинеколог отражает выполнение лечебно-диагностических и организационных мероприятий.

Важным условием работы с целью снижения фетоинфантильных потерь является преемственность в работе ведущих служб, обеспечивающих охрану здоровья женщин и детей [1, 6]. Применение ЭС в условиях женской консультации позволяет ежемесячно с помощью имеющейся базы данных передавать информацию об экстрагенитальной патологии беременных и родивших в территориальные терапевтические поликлиники. Аналогичную информацию передают в территориальную детскую поликлинику для проведения педиатрических дородовых патронажей.

Для осуществления эффективной экспертизы качества работы на базе женских консультаций №№ 1, 2, 4 и поликлиники КАПО г. Казани начата эксплуатация компьютерной программы по формированию ежемесячных, квартальных и годовых отчетов отдельно по каждому акушерско-гинекологическому участку и по консультации в целом. Отчет формируют на основе послеродовой базы данных по завершении беременности. Это позволяет оперативно получать необходимую информацию о диспансеризации беременных в женской консультации, а также суммарные сведения по г. Казани за соответствующий период при введении в базу отчетных данных по всем женским консультациям города.

Основными трудностями, возникающими при проектировании, изготовлении и эксплуатации ЭС, являются априорная и текущая неопределенности. Первая формируется при проектировании и изготовлении ЭС и вызвана недостаточностью или противоречивостью исходных сведений о диагностических правилах и технологии прогнозирования. Вторая возникает при эксплуатации ЭС и обусловлена неконтролируемыми изменениями состояния беременной во времени и технологии прогнозирования [2].

Одним из путей устранения возникающих трудностей является раскрытие априорных и текущих неопределенностей в процессе практической эксплуатации ЭС. При раскрытии неопределенностей изменяются диагностические и

прогностические правила в целях повышения качества прогноза. Компьютерные технологии, обладающие такими способностями к изменению, носят название адаптивных [3]. В связи с этим в функции ЭС включен анализ результатов беременности, течения родов и послеродового периода, состояния новорожденного. Данный раздел работы позволяет не только составлять индивидуальные планы послеродовой реабилитации женщин, но и корректировать прогностико-диагностические правила, применяемые в ЭС.

Анализ эксплуатации ЭС в условиях женских консультаций г. Казани в 1991—1998 гг. показал эффективность ее применения в диспансеризации беременных и необходимость широкого распространения адаптивных компьютерных технологий в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Фетоинфантильные потери. — Казань, 1997.
2. Глова В.И., Суздальцев В.А. // Вестник КГТУ им. А.Н. Туполева. — Казань, 1997.
3. Николаева Е.И. Роль диспансеризации беременных в снижении перинатальной патологии: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1990.
4. Ожиганов Л.И., Суздальцев В.А. Высшая школа России и конверсия. — М., 1993.
5. Поморцев А.В., Зубахин А.Г., Федорович О.К. и др. // Ультразвук. диагностика в акуш., гинек. и педиатр. — 1993. — № 3. — С. 46—50.
6. Рыбалкина Л.Д. Прогнозирование и профилактика акушерской и перинатальной патологии при угрозе невынашивания беременности: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Киев, 1988.

Поступила 12.05.99.

ADAPTIVE COMPUTER EXAMINATION SYSTEM IN PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF PREGNANTS

L.A. Nikolskaya, L.N. Shaikhutdinova,
R.K. Golubeva, V.I. Glova, V.A. Suzdaltsev,
L.Z. Shakirova

Summary

The experience of using in obstetric practice the adaptive computer technologies which make it possible to come to the true management decision is shown. The quality of diagnosis and prediction of pathologic states of pregnant increases, the risk groups are revealed more operative in using the examination system.

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.5—002.44—089.844

ТЕХНИКА АУТОДЕРМОИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов, Н.И. Дерябина, П.Я. Оренбуров

Кафедра хирургических болезней (нач. — проф. С.Г. Измайлов) военно-медицинского института Федеральной пограничной службы РФ при Нижегородской государственной медицинской академии, кафедра общей хирургии (зав. — доц. В.Ю. Терещенко) Казанского государственного медицинского университета

До настоящего времени трудной задачей является терапия трофических язв голени. Одним из вариантов лечения признан хирургический метод путем имплантации в грануляционную ткань мелких кожных аутосаженцев. Однако основной причиной неудач при его использовании является несовершенная техника погружения кожных лоскутов в грануляции.

С целью упрощения техники имплантации кожи в толщу грануляций нами предложен попеременный имплантационно-трансплантационный способ, сущность которого заключается в следующем.

После кратковременной местной санации язвенной поверхности у больного выкраивают лишнюю жировой клетчатки кожную полосу и рассекают на тонкие поперечные пластины. Донорскую рану зашивают. Полученные таким образом плоские кожные пластинки в виде нитей имеют две боковые ровные поверхности, способные к срастанию с тканями. Конец кожной пластины зажимают в расщепленном торце хирургической иглы. Иглу захватывают иглодержателем и вкалывают ее в грануляции на границе с кожей. После этого иглу проводят косо-кнутри через грануляционную ткань по направлению к основанию язвы с захватом подгрануляционного слоя и выводят на поверхность грануляций на расстоянии 1,5–2 см от места вкола. Кожную полосу умеренно натягивают и производят ее шадящую тракцию через ткани с распластыванием стежки на грануляциях. С отступом на 1,5–2 см от места выкола повторно вводят иглу вглубь с захватом подгрануляционного слоя, а затем обратно на поверхность грануляций на расстоянии 1,5–2 см от места вкола. Таким образом ткани дна язвы прошивают до ее противоположного края попеременно имплантационно-трансплантационным швом. Последний выкол делают у края язвы, не захватывая кожу. Кожную полосу по всей длине расправляют с помощью пуговчатого зонда. После этого приступают к прошива-

нию тканей язвы параллельно идущим (на расстоянии 5 мм друг от друга) аналогичным швом, отличием которого является то, что в первый раз вкалывают иглу с захватом края кожи, а во второй — на уровне выкола первого шва (см. рис.). Последний выкол производят через кожу противоположного края язвы.

Таким образом, язва закрывается кожными полосами в шахматном порядке с час-

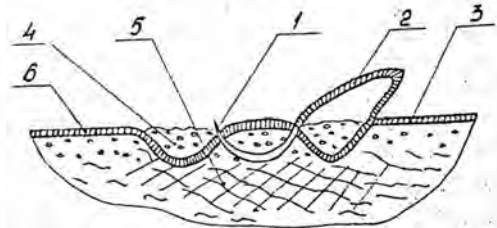


Схема попеременного аутодермоимплантационно-трансплантационного метода. Обозначение: 1 — игла; 2 — кожная пластина; 3, 6 — кожные пластины, уложенные на поверхность грануляций; 4 — грануляционная ткань; 5 — подгрануляционный слой.

тичной их имплантацией. Первую смену повязки делают на 2–3-и сутки, причем без риска оторвать кожные полосы ввиду их прочной фиксации механическим путем к реципиентному ложу. На 3-и сутки определяется отчетливая краевая эпителизация — встречное разрастание эпителия от кожных лоскутов.

Оперированные больные на 4–6-е сутки (на 2 дня раньше, чем в контроле) начинали ходить, при этом отторжения кожных полос не отмечалось. На 12–14-е сутки межтрансплантационные участки полностью закрываются эпителием. Использование предлагаемого способа лечения трофических язв голени привело к повышению эффективности терапии торпидно текущих язв. Способ прошел успешную апробацию при лечении 8 больных с трофическими язвами голени.

Поступила 11.01.98.

ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ КАССЕТ С НЕПОДВИЖНЫМ РАСТРОМ*Л.П. Сергеев**Чувашский республиканский клинический онкологический диспансер
(главрач — Л.Я. Иванова), г. Чебоксары*

Многие существующие конструкции современных отечественных и зарубежных рентгеновских аппаратов не позволяют применять отсеивающую решетку при некоторых рентгенологических исследованиях. Например, невозможно применение раstra при работе на передвижных палатных аппаратах без наличия специальной "Деки", при латерографических исследованиях.

Для устранения этого недостатка мы используем в работе кассеты, совмещенные с неподвижным растром (КСНР), изготовленные на основе отечественной металлической кассеты и раstra отсеивающей решетки. Уменьшенная по размерам кассеты решетка фиксируется внутри кассеты между передним экраном и передней стенкой кассеты.

Обязательными условиями для использования КСНР являются соблюдение фокусного расстояния и совмещение центра кассеты с центральным лучом, ход которого должен быть строго перпендикулярен плоскости КСНР, так как свинцовые полосы раstra соориентированы по прямому, проходящим через фокус рентгеновской трубки. Изображение раstra при этом становит-

ся малозаметным на пленке и практически не влияет на качество изображения.

Применение КСНР позволяет объединить преимущества контактной рентгенографии и действия отсеивающей решетки, что дает возможность получения информативных рентгенограмм независимо от толщины и плотности области исследования.

Ежедневно в отделении лучевой диагностики республиканского клинического онкологического диспансера проводится до 1000 рентгенологических исследований с применением КСНР, что составляет 5—6% от общего числа исследований, выполненных на аппаратах РУМ-20 и "Арман".

Анализ опыта работы с КСНР позволяет рекомендовать их для использования при исследовании всех анатомических областей, когда из-за конструкции рентгеновского аппарата или вынужденного положения больного невозможно применить отсеивающую решетку, особенно при работе на передвижных палатных аппаратах, неотложной рентгенодиагностике и выполнении латерографических исследований.

Поступила 14.04.98.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА МЕНЕДЖЕРОВ С ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Ш.М. Вахитов

*Курс менеджмента и организации сестринского дела (зав. — доц. Ш.М. Вахитов)
Казанского государственного медицинского университета*

В процессе широкомасштабного реформирования здравоохранения важное значение имеет изменение отношения к сестринскому делу. Объясняется это тем, что современное здравоохранение не может базироваться на старой, патриархальной модели сестринского процесса, где медсестра была лишь манипулятором. В новой модели медсестра — равноправный субъект системы здравоохранения, выполняющий специфические функции. Это влечет за собой перераспределение обязанностей и изменение взаимоотношений между различными категориями медицинского, парамедицинского и немедицинского персонала, появление новых специальностей и дисциплин — реабилитологии, валеологии, адаптологии и др.

Возникает необходимость разработки и внедрения новых подходов к аттестации, лицензированию, сертификации специалистов и оценке их квалификации, что так или иначе отражается в программах обучения медицинских работников, в определении и формулировании целей и задач учебного процесса, в программах и стандартах обучения (причем с учетом международных требований) и возможности интеграции наших специалистов в мировое сообщество на соответствующем уровне).

Новые требования к сестринскому образованию обусловили открытие в ряде вузов страны (в том числе в Казанском государственном медицинском университете) факультетов подготовки специалистов с высшим сестринским образованием и квалификацией "менеджер". В соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования деятельность специалистов с высшим сестринским образованием направлена на оказание высококвалифицированной сестринской помощи, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, уход за больными и их реабилитацию, на планирование и обеспечение педагогического процесса, связанного с подготовкой и переподготовкой определенных категорий персонала, а также на проведение научных исследований.

Сферами профессиональной деятельности этих специалистов являются лечебно-профилактические учреждения и учреждения медико-социальной помощи различных форм собственности, профессионально-образовательные учреждения, органы управления здравоохранением, службы милосердия обществ Красного Креста и Крас-

ного Полумесяца, научно-исследовательские учреждения.

Программа вузовской подготовки обеспечивает соответствие выпускников общим требованиям и как к специалистам с высшим образованием — по гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам и как к специалистам с высшим медицинским образованием — по естественнонаучным и общемедицинским дисциплинам. Кроме того, к ним выдвигаются специальные требования, в частности по клинической сестринской подготовке. Последнее предполагает умение собирать информацию и оценивать состояние здоровья пациента с целью планирования и осуществления плана мероприятий сестринской помощи, оказывать неотложную медицинскую помощь, осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, семьей, группами и контингентами населения для определения необходимой медико-социальной помощи.

Высшее сестринское образование предусматривает получение знаний по обеспечению комфортных условий для лечения и реабилитации пациента, формированию физиологического, психологического и социального поведения пациента для максимального использования потенциальных способностей его организма. Выпускники должны уметь оценивать эффективность оказанной помощи и взаимодействовать с другими категориями персонала (работниками здравоохранения и социальной сферы) для обеспечения адекватной помощи пациенту.

В соответствии с программой профессиональной менеджерской и психолого-педагогической подготовки выпускников факультета учат анализировать состояние здоровья населения и оценивать его потребности в медико-социальной помощи, формировать рациональную структуру организации и управления здравоохранением, применять современные средства коммуникации и информационные технологии, выбирать соответствующий ситуации стиль и методы управления.

Эта программа достаточно сложна и включает занятия, которые позволяют будущим молодым специалистам использовать рациональные методы организационной работы, подбора, подготовки и расстановки кадров, регулирования отношений в трудовом коллективе, применять знания экономики и законодательства, выполнять маркетинговые исследования и анализиро-

вать дидактический материал для преподавания, формулировать цели обучения, организовывать учебный процесс в различных формах, использовать знания в области психологии и педагогическом, управленческом и сестринском процессах, а также проводить товароведческий анализ.

Иными словами, согласно программе вузовской подготовки, в системе отечественного здравоохранения должны работать специалисты, умеющие управлять, преподавать и иметь клиническую сестринскую подготовку. Такие специалисты будут, безусловно, отличаться в принципе от выпускников других факультетов медресе уровнем своей общей и управленческой культуры. С учетом сложности выполнения подобных требований на первом курсе факультета менеджмента и высшего сестринского образования (МВСО) КГМУ уже на одном из первых занятий по теоретическим основам сестринского дела формулируются основные установочные цели, которые ставятся перед студентами в процессе получения образования.

Эти цели можно объединить в четыре группы. Первая — научиться думать: анализировать процессы и явления, синтезировать новое, систематизировать, формализовать процессы и действия, уметь восстанавливать по ограниченному количеству фактов первоначальную целостную картину явлений, приобрести определенный менталитет, дисциплинировать мышление, уметь сосредоточиваться, пользоваться сложными философскими и научными понятиями и категориями. Вторая группа целей — научиться говорить: правильно произносить и употреблять слова, четко и логично излагать мысли, употреблять ясные формулировки, уметь доступно и с учетом уровня слушателей объясняться, по-разному преподносить информацию различным аудиториям. Третья группа целей — научиться излагать мысли на бумаге: грамотно, доступно, с учетом специфики читательской аудитории, в заданном объеме и в соответствии с оформительскими требованиями. Четвертая группа целей — научиться управлять собой: следить и критически оценивать свою и окружающих манеру поведения, жесты, позы, выражения, уметь отстаивать свое мнение корректно и твердо, находить компромиссы.

Для достижения описанных целей в университете применяются различные подходы и формы преподавания — лекции, семинары, самообразование, значительную часть которых можно классифицировать как реализацию новых учебно-методических технологий. Каждая из названных форм преподавания реализуется в университете в нескольких модификациях, что обусловлено необходимостью максимального приближения учебного процесса к практике и тем проблемам, которыми придется заниматься выпускникам сразу после окончания университета.

Так, наряду с классической формой лекций практикуется проведение учебно-практических конференций. Суть их заключается в следующем. В процессе изучения предметов и дисциплин административно-управленческого направления

каждый студент приобретает определенный рейтинг, отражающий качество усвоения им материала, оценку домашних и самостоятельных работ, а также прилежание и производственную дисциплину. В очередности, соответствующей приобретенному рейтингу, каждому студенту предоставляется право выбора темы занятия, которое ему предстоит провести самостоятельно. Среди тем, как правило, есть описание организации и подходов к анализу деятельности различных ЛПУ, их подразделений и служб, но могут быть и другие, предложенные студентом или преподавателем в соответствии с его интересами, возможностями и уровнем подготовленности.

По выбранной теме студент готовит лекцию и разрабатывает тесты для оценки уровня усвоения материала. Прочитав лекцию своим однокурсникам и ответив на их вопросы, студент проводит тестирование и совместно с преподавателем выставляет оценки опрошенным. Но на этом работа по данной теме еще не заканчивается, так как в заключение студенты совместно с преподавателем обсуждают работу докладчика и определенным образом его оценивают, что опять-таки отражается на рейтинге студента.

Описанный метод преподавания позволяет достичь нескольких целей. Во-первых, побуждает студентов постоянно находиться в работоспособном состоянии и выполнять все задания хорошо для поддержания своего рейтинга, что является необходимой чертой будущего менеджера. Во-вторых, обуславливает необходимость проработки достаточно большого и разнообразного материала с тем, чтобы раскрыть выбранную тему. В-третьих, мотивирует студента не просто к переписыванию какого-либо текста, но к всестороннему осмыслению темы и готовности отвечать на вопросы, разъяснять непонятное, искать приемы и подходы для более понятного преподавания информации. В-четвертых, позволяет приобрести опыт создания тестовых заданий, что в современных условиях актуально и для менеджеров, и для преподавателей. В-пятых, будущий специалист в области управления начинает на себе ощущать, что значит обратная связь с учебным коллективом и как формируется мнение коллектива о преподавателе или руководителе.

Разнообразно проходят семинарские или практические занятия, которые позволяют не только знакомить студентов с определенными формами педагогического процесса, но и прививают им элементы культуры поведения и общения при работе в коллективе, раскрывают перспективы в плане использования тех или иных методов для решения разнообразных управленческих проблем.

Далее начинается плавный, если можно так выразиться, переход от аудиторной работы к самостоятельной, то есть к самообразованию.

В процессе самостоятельной работы каждый студент выполняет индивидуальные задания на различные темы: от поиска ответов на достаточно философский вопрос "Кем они видят себя после окончания вуза?" до решения аналитических

задач и статистического обоснования тех или иных выводов. Отчеты о проделанной работе оформляются в виде рефератов или письменных сообщений, которые в большинстве случаев сохраняются в архивах с целью передачи опыта студентам последующих курсов.

Особо следует выделить работу студентов в методических кабинетах. Они есть на многих кафедрах, и в них студенты работают с большим удовольствием и отдачей, чем в библиотеке. Объясняется это, видимо, значительной тематической концентрацией материалов и возможностью проконсультироваться с соответствующими преподавателями в области определенных дисциплин. Работа в методических кабинетах имеет для студентов определенный потенциал и в плане развития их профессиональных навыков. Например, методический кабинет курса менеджмента и организации сестринского дела организован в большей мере усилиями студентов: они систематизировали и систематизируют учебно-методические материалы, оформляют кабинет, следят за сохранностью литературы и ее пополнением, регулируют правила пользования кабинетом.

Завершающим звеном в подготовке специалистов на факультете МВСО является производственная практика, цель которой заключается в максимальном сближении педагогического процесса к практике и в адаптации студентов к будущей профессиональной деятельности.

Всего в процессе обучения студенты проходят четыре вида производственной практики: психолого-педагогическую, педагогическую, ознакомительную менеджерскую и менеджерскую. Все виды производственной практики имеют единую мотивацию деятельности студентов в процессе их прохождения: использование приобретенных в университете знаний и навыков в реальных условиях определенного учреждения и по мере возможности решение каких-либо конкретных практических задач, стоящих перед данным учреждением (например, разработка плана развертывания нового для данного учреждения отделения, плана преобразования участковой больницы в хоспис, индивидуальных функционально-должностных инструкций, технологических карт ведения больных с определенной патологией, системы отслеживания движения медикаментов и изделий медицинского назначения в крупной больнице, плана маркетинговых исследований при организации платных услуг, оценка эффективности работы подразделений санатория и т.п.). Каждая производственная практика заканчивается представлением соответствующих отчетов, форма и содержание которых позволяют судить об уровне подготовленности по тем или иным дисциплинам.

Таким образом, в процессе прохождения через различные формы подготовки на факультете МВСО студенты получают знания и навыки, позволяющие им реализовать себя как менеджеров, аналитиков, педагогов, психологов, ораторов,

организаторов сестринского ухода. Завершается обучение на факультете подготовкой и защитой дипломной работы, которая должна аккумулировать в себе все, что студент приобрел в процессе обучения. И зачастую дипломные работы выглядят как весьма солидный труд, посвященный научно-методическому обоснованию решения определенной проблемы здравоохранения.

Каковы же возможности их трудоустройства (причем трудоустройства эффективного как в аспекте экономики отрасли, так и отдельного ЛПУ)?

Согласно существующим положениям, они могут сразу, без предъявления требований к стажу, работать преподавателями в средних и высших медицинских учебных заведениях, а также на различных административно-управленческих должностях старшими и главными медицинскими сестрами, заместителями главного врача по организационно-методической работе, медицинскими статистиками, директорами хосписов (домов сестринского ухода).

Однако следует обратить внимание на два обстоятельства. Первое — еще ни одна реформа не заканчивалась успешно, если проводники ее опирались на старые догмы и положения. Второе — по изданном еще Министерством здравоохранения СССР, но действующим и ныне приказам и положениям любой главный врач в рамках своей компетенции может обосновывать и перестраивать штатное расписание в соответствии с конкретными условиями деятельности ЛПУ. Исходя из этих обстоятельств, думающий и инициативный руководитель может на контрактной основе максимально полно использовать потенциал не только специалистов с высшим сестринским образованием, но и многих других, определяя обязанности всех категорий сотрудников (врачей, медсестер со средним образованием, медсестер-менеджеров) в соответствии с их базовой подготовкой, не заставляя выполнять несвойственные в силу их профессиональной компетенции функции.

На этой основе здравоохранение может получить очень многое — организаторов семейной медицинской практики, психологов-педагогов для работы в различных ЛПУ, инструкторов и учителей для различных категорий сотрудников и пациентов ЛПУ, администраторов новой формации, освобождающих от административно-хозяйственных обязанностей врачей и медсестер, координаторов информации и аналитиков, специалистов в области маркетинга и многое другое. Отсюда не просто целесообразно, но даже жизненно необходимо в современных условиях руководителям здравоохранения не ждать направляемых свыше новых штатных расписаний, а активно искать возможности для максимально эффективного использования потенциала нового для отрасли института специалистов-менеджеров с высшим медицинским образованием.

Поступила 21.09.98.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

А.Г. Сухарев, Г.А. Фомин

*Кафедра гигиены детей и подростков (зав. — чл.-корр. РАМН, проф. А.Г. Сухарев)
Российской медицинской академии последипломного образования, кафедра общей гигиены
(зав. — проф. А.Б. Галлямов) Казанского государственного медицинского университета*

Профилактическая медицина — это область научных знаний о сохранности и укреплении здоровья населения, закономерностях его формирования в единстве с окружающей средой. Она тесно связана с экологией, социологией, биологией и другими научными дисциплинами, знание которых необходимо для выявления причинно-следственных связей в сложной системе *здоровье—среда*. Под здоровьем населения понимается комплекс демографических показателей, заболеваемости, физического и интеллектуального потенциала, обеспечивающих определенный уровень жизни общества и возможность выполнения социальных и биологических функций. Здоровье населения справедливо считают общественным здоровьем и образно называют «барометром социально-экономического развития общества».

Под средой понимается сложный комплекс факторов внешнего воздействия, которые взаимосвязаны между собой и оказывают влияние на состояние здоровья населения. Существует несколько классификаций факторов окружающей среды. В качестве классификационного признака можно использовать их происхождение. В этом случае они группируются как экологические, социальные, внутрижизненные и производственные. Если в качестве признака рассматривать направленность (вектор) воздействия, то они группируются на положительные (оздоровительные факторы) и отрицательные (факторы риска). Существует концепция многофакторного и разнонаправленного воздействия окружающей среды на здоровье населения.

Нами выделено несколько типов взаимодействия окружающей среды и здоровья населения:

I тип — адаптация к воздействию среды в пределах физиологических механизмов с признаками улучшения общих показателей состояния здоровья населения: снижение общей смертности, заболеваемости, инвалидности, улучшение физического развития и социальной дееспособности населения.

II тип — неспецифическое хроническое воздействие факторов риска с признаками дезадаптации, ростом неспецифической заболеваемости, ухудшения физического развития и социальной дееспособности детского и подросткового населения.

III тип — специфическое хроническое воздействие факторов риска с признаками чрезмерного стресса, который сопровождается ростом экопатологии и смертности за счет травм, отравлений, несчастных случаев и самоубийств.

Профилактическая медицина имеет отличительные особенности. Они сводятся к следующему:

1. Специфичность задач, методов, объектов наблюдения и путей решения возникающих проблем.

2. Интеграция медицины с такими научными дисциплинами, как экология и социология,

при решении проблем сохранения и укрепления здоровья населения.

3. Высокая социальная значимость конечных результатов. Известно, что социальная дееспособность общества определяется уровнем его здоровья, а один рубль, вложенный в профилактику, обеспечивает обществу эффект, равный 8—10 рублям.

Существует разграничение функций между врачом лечебной профили и врачом профилактической медицины. Оно традиционно сложилось в ходе развития в России медицинской науки и органов здравоохранения. Если объектом наблюдения лечебной медицины является больной человек, то в профилактической медицине — здоровье населения и состояние среды. В лечебной медицине используются клинические методы, в профилактической — гигиенические. Целью первой является выздоровление больного, второй — укрепление здоровья людей. Пути решения также различаются: лечебная медицина занимается лечением, профилактическая — оздоровлением среды, формированием мотивации здорового образа жизни.

Дальнейшее развитие профилактической медицины в современных условиях социально-экономического развития общества и здравоохранения затрудняет следующие актуальные проблемы. Во-первых, это противоречие между социальной значимостью профилактической медицины и реальными возможностями ее финансирования. Провозглашение и декларирование принципа приоритетного развития профилактики остаются нереализованными. Имеют место низкая оплата труда специалистов профилактической медицины, отсутствие автоматизированных систем непрерывного наблюдения за состоянием окружающей среды. Самое же важное — неполная востребованность органами государственной власти результатов деятельности специалистов профилактической медицины. В связи с этим, на наш взгляд, необходимо законодательно закрепить приоритетность профилактики, принять местные законы о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения с учетом региональных природно-климатических особенностей и состояния здоровья различных слоев населения. Общество должно более активно участвовать в обсуждении проблем охраны здоровья населения, формирования положительной мотивации на здоровый образ жизни.

Во-вторых, в современных условиях возникла проблема несоответствия между состоянием здоровья подрастающего поколения и технологией его обучения и воспитания. Состояние здоровья школьников Российской Федерации и Республики Татарстан за последнее десятилетие характеризуется неблагоприятными тенденциями. На фоне высокого уровня общей заболеваемости детей растут хронические формы патологии (особенно болезни нервной системы и органов чувств);

увеличивается распространенность нарушений физического развития за счет дефицита массы тела и низкого роста в сочетании с низкой физической подготовленностью и работоспособностью; интенсивно возрастают коэффициенты смертности (особенно у юношей 15—19 лет) за счет травм, несчастных случаев, отравлений, самоубийств. Данные тенденции представляют угрозу для национальной безопасности страны. Пути

решения этой проблемы видятся в приоритетности охраны здоровья детей и подростков, в адаптации школы к новым социальным условиям, в формировании здоровья через систему образования, в целенаправленном финансировании профилактических программ по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

Поступила 28.12.98.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

А.А. Визель, М.Э. Гурылева. **Туберкулез** / Под ред. акад. М.И. Перельмана. — М., 1999. — 208 с.

Руководство в помощь практическому врачу "Туберкулез" было издано в рамках федеральной целевой программы "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998—2004 гг.". Книга рассчитана на широкий круг читателей. Врачи общего профиля найдут в ней азы современной фтизиатрии, профессиональные фтизиатры получают новую информацию о стратегии DOTS, которую до настоящего времени не включали в отечественные руководства, о новых противотуберкулезных препаратах и новых комбинированных лекарственных формах.

Авторы построили изложение в форме бесед, каждая из которых является законченным фрагментом. В первой беседе читатель знакомится с основными историческими вехами учения о туберкулезе, с современным определением этого заболевания. Следует заметить, что этот раздел не перегружен. В нем характеризуются, действительно, глобальные события в истории борьбы с этим заболеванием.

Проблемам эпидемиологии посвящена вторая беседа книги. В ней можно найти определение эпидемиологических показателей, принятых в России, а также их значения в различных регионах нашей планеты. Состояние заболеваемости туберкулезом рассматривается также в возрастном аспекте, в связи с распространением ВИЧ-инфекции. Авторы правильно понимают эпидемиологию заболевания — не как констатацию статистических показателей, а как научный анализ причинно-следственных связей и путей оптимизации борьбы с этим заболеванием. Микробиологическая характеристика микобактерий раскрывает читателю проблемы микобактериозов. Обосновано и четко изложены санитарные мероприятия в борьбе с туберкулезом.

Третья беседа посвящена вопросам классификации и диспансеризации. Приведены принятые в России данные о группах диспансерного учета, отечественная классификация клинических форм туберкулеза и основные положения Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Диагностике туберкулеза посвящена четвертая беседа, где последовательно изложены вопросы туберкулинодиагностики, описаны рентгенологические методы, включая флюорографию, современные бактериологические способы, а так-

же методы выявления туберкулеза врачом общей практики. Отдельно достаточно подробно изложена стратегия DOTS, которая пока еще не нашла широкого распространения в России.

В четырех последующих беседах (пятая—восьмая) дана характеристика клинических форм туберкулеза. Следует отметить четкость и краткость изложения, наличие табличного материала, который будет полезно разместить на рабочем столе врача. Недостатком этого раздела следует признать отсутствие иллюстраций и рентгенограмм, которые бы существенно повысили практическую полезность книги. Возможно, авторы учтут это при переиздании книги.

Девятая беседа отражает клиническую фармакологию противотуберкулезных препаратов. Каждый препарат описан по единому плану, что делает удобным использование этого раздела как справочника во время практической работы.

Десятая беседа знакомит с принципами и схемами химиотерапии туберкулеза, а одиннадцатая — с патогенетическими методами лечения и хирургическими вмешательствами при туберкулезе.

В двенадцатой беседе руководства рассматривается значение отдельных витаминов и витаминных препаратов (виннибис) в комплексном лечении туберкулеза, приводятся показания к проведению фитотерапии.

Необходимой для врачей всех специальностей является глава тринадцатая, в которой последовательно отражены подходы к лечению легочно-сердечной недостаточности, легочного кровотечения и спонтанного пневмоторакса.

Оригинальной следует признать беседу "Применение нефтизиатрических препаратов при лечении больных туберкулезом органов дыхания". Такая информация впервые в компактном виде представлена практическим фтизиатром при лечении как самого туберкулеза, так и сопутствующей патологии. В этом же ключе написана и пятнадцатая беседа, посвященная сочетанию туберкулеза с другими заболеваниями. Последняя шестнадцатая беседа отражает современные тенденции клинической медицины с привлечением правовых и этических вопросов.

Книга полезна для врачей, студентов старших курсов, ординаторов и интернов.

Проф. Ю.Г. Григорьев (Москва)

Проблеме инфаркта миокарда (ИМ) посвящена обширная научная литература, среди которой немало и монографий. Рецензируемая книга отличается широким охватом проблемы с использованием мировой и отечественной литературы. Кроме того, в ней отчетливо прослеживаются собственные взгляды на ИМ. Автор уделяет большое внимание клинике ИМ, полагая, что подробнейший осмотр больного, детализация и верификация симптомов, умение сомневаться, когда все кажется простым или "классическим", по-прежнему актуальны.

В главе "Краткая историческая справка" автор останавливается на этапах клинического изучения ИМ, начало которых в России ассоциируется с классическими работами В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско (1909). Показаны заслуги отечественных и зарубежных ученых в изучении клиники и ЭКГ-картины ИМ, описании особенностей клинического течения и вариантов ИМ.

В главе, посвященной патогенезу ИМ, автор обстоятельно рассмотрены различные механизмы развития ИМ. Показано, что в основе ИМ лежат органические анатомические изменения коронарных артерий, вызванные атеросклерозом, и нейрогуморальные факторы, от взаимодействия которых зависит не только возникновение ИМ, но и его исход.

Анализ экспериментальных и клинических данных, как собственных, так и литературных, позволил ученому уточнить основные факторы, наиболее значимые в развитии ИМ, — тромбоз коронарной артерии и быстрое уменьшение ее просвета в результате кровоизлияния в атеросклеротическую бляшку. Обобщена литература последних лет, в которой раскрыта роль проходящей агрегации тромбоцитов, нарушений простагландинового баланса в сторону увеличения тромбоксана и увеличения выброса тромбоцитозависимых vasoактивных веществ.

Существенную роль в развитии ИМ автор отводит возникновению спазма коронарных артерий, который обусловлен вазоконстрикторным эффектом эндотелина, изменениями механической чувствительности эндотелия сосудов.

Достоинны внимания схемы возникновения тромбоза коронарных артерий, развития ИМ и его последствий, которые отражают данные литературы и собственных исследований.

С большим интересом читается глава "Некоторые факторы риска ИМ, задачи участкового врача при их выявлении", в которой автор обращает внимание на немодифицируемые и модифицируемые факторы риска ИБС. Показана значимость отягощенной наследственности на основе изучения HLA-ассоциированности ИМ среди жителей Казани. Автором выделен генетический маркер — сцепленный с ИМ антиген HLA, позволяющий предсказывать вероятность развития ИМ у лиц с отягощенным семейным анамнезом. В этой главе представлены данные литературы и собственных исследований о частоте гиперлипидемии, артериальной гипертонии, курения, нарушения толерантности к глюкозе, избыточного приема высококалорийной пищи и алкоголя в популяции и их значимости в развитии ИМ.

Прекрасно написана глава, в которой раскрыта клиническая картина ИМ. Автор полагает, что

"приоритет клиники в диагностике ИМ должен быть определяющим для врача". Даны подробная характеристика основных клинических вариантов начала ИМ, диагностические критерии болевого синдрома по ВОЗ, по А.Л. Мясникову (1964), А.П. Голикову (1986). Находкой автора является яркое описание клиники ангинозной боли при ИМ, которая процитирована из книги Н. Думбалде — "Закон вечности".

Большое внимание уделено атипичным вариантам ИМ, в частности церебральному, подробно описаны бессимптомная форма, аритмический и отечный варианты, осложнения ИМ, поскольку они нередко диктуют выбор лечебной тактики и стратегии и во многом определяют исход заболевания. Глава хорошо проиллюстрирована многочисленными клиническими примерами, различными вариантами ЭКГ, отражающими особенности начала острого ИМ.

Обстоятельно рассмотрены инструментальные и лабораторные аспекты диагностики ИМ, особенно ЭКГ-диагностика. Даны ключи ЭКГ-диагностики при ишемической болезни сердца. Автором разработана и представлена в книге система компьютерной электрокардиографии на базе персонального компьютера, которая позволяет широко использовать современные математические методы обработки и представления кардиосигнала. Весьма ценными для практических врачей являются сведения о новом методе изображения сигналов в ЭКГ-методе фазовых траекторий.

Клинический опыт автора позволяет утверждать, что путем измерения многомерных параметров фазовых портретов в динамике можно создавать имитационную модель сердца с последующим прогнозом заболевания. Подробно изложены ошибки ЭКГ-диагностики ИМ, описан синдром ранней реполяризации желудочков, даны ЭКГ-критерии дифференциальной диагностики с ИМ. В этой главе широко продемонстрированы различные ЭКГ-варианты ИМ.

Обстоятельно и интересно написана глава "Лечение ИМ", в которой представлены основные аспекты терапии осложненного и неосложненного ИМ.

Особое значение автор придает догоспитальному этапу лечения. Базисными средствами для купирования боли являются нейролептики и наркотики. Подробно освещены вопросы тромболитической, антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, использования нитратов и β -блокаторов на стационарном этапе реабилитации.

Автор приводит данные литературы об использовании антагонистов кальция и ингибиторов АПФ при ИМ, рассматривает результаты многоцентровых исследований и на их основе дает рекомендации для лечения. В этой главе изложена проблема кардиогенного шока при ИМ, даны критерии диагностики, широко освещены медикаментозные методы лечения, хирургические подходы с использованием внутриартериальной баллонной контпульсации, приведены алгоритмы диагностики и лечения кардиогенного шока.

Вышедшая в свет монография отличается широтой и глубиной содержания, литературным стилем изложения. Сегодня не часто встретишь монографическую литературу, которая не только несет современную научную информацию, но и доставляет эстетическое удовольствие читателю.

Указом Президента РФ от 15 марта 1999 г.
почетное звание “Заслуженный работник высшей школы
Российской Федерации” присвоено

Шамсутдинову Наилю Шакировичу — заведующему кафедрой патологической анатомии, заслуженному деятелю науки Татарстана, профессору Казанского государственного медицинского университета.

* * *

Указом Президента Республики Татарстан от 2 ноября 1999 г.
звание лауреата Государственной премии РТ в области
науки и техники присвоено:

Амирову Наилю Хабибуловичу — доктору медицинских наук, ректору Казанского государственного медицинского университета,

Пикуза Ольге Ивановне — доктору медицинских наук, заведующей кафедрой Казанского государственного медицинского университета,

Микусеvu Ивану Егоровичу — доктору медицинских наук, профессору Казанской государственной медицинской академии последипломного образования.

ПОЗДРАВЛЕНИЕ

В сентябре 1999 г. исполнилось 60 лет заведующему кафедрой физвоспитания и ЛФК, председателю профкома Казанского государственного медицинского университета профессору

Рашиду Биаловичу Сагдееву.

Редколлегия и редакция “Казанского медицинского журнала” поздравляют юбиляра и желают ему здоровья, благополучия и дальнейших творческих успехов.

Социальная гигиена и организация здравоохранения

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Шакирова Э.М. (Казань). Этико-правовые аспекты выхаживания недоношенных детей. 3, 230.

Амиров Н.Б., Пигалова Н.В., Пигалов А.П., Муравьева Т.М., Мазитова А.Х., Токарева Т.Н., Насыбуллина З.Р., Миннабудинова И.П., Никонова Э.И. (Казань). Динамика заболеваемости взрослого населения города Казани основными болезнями внутренних органов. 6, 459.

Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Галиямов А.Б., Сухарев А.Г. (Казань). Роль и место профилактической медицины в системе высшего медицинского образования. 1, 1.

Ахметзянов И.М. (Казань). Актуальные вопросы финансирования лечебных учреждений в условиях рыночной экономики. 6, 446.

Ахунзянов А.А. (Казань). Проблемы организации в РТ специализированной помощи детям с хирургическими заболеваниями органов мочеполовой системы. 2, 135.

Вахитов Ш.М. (Казань). Особенности подготовки и перспективы трудоустройства менеджеров с высшим сестринским образованием. 6, 466.

Галиуллин А.Н., Ахметова Г.М. (Казань). Медико-социальная характеристика деятельности детского врача-стоматолога в условиях крупного города. 6, 454.

Гафаров Х.З., Муругов В.С. (Казань). Травматизм — приоритетная медико-социальная проблема. 4, 312.

Емалетдинова Л.Ю. (Казань). Использование информационных технологий для повышения эффективности управления лечебно-диагностическими процессами в лечебном учреждении. 4, 308.

Ибрагимов А.И. (Казань). Образ жизни и состояние здоровья детей, воспитывающихся в семьях с отцом, злоупотребляющим алкоголем. 6, 450.

Камаев И.А., Горюнов А.В., Позднякова М.А., Большакова О.М. (Н. Новгород). Пути медико-социального оздоровления детей из семей социального риска. 4, 315.

Камалова Ф.М., Галиуллин А.Н. (Казань). Распространенность заболеваний сельского населения в зависимости от типа семьи. 5, 394.

Никольская Л.А., Шайхутдинова Л.Н., Голубева Р.К., Глова В.И., Суздальцев В.А., Шакирова Л.З. (Казань). Адаптивная компьютерная экспертная система в диспансеризации беременных. 6, 462.

Ослопов В.Н. (Казань). Программы первичной и вторичной профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Татарстан на 1999—2009 годы. 2, 130.

Сухарев А.Г., Фомин Г.А. (Казань). Профилактическая медицина: проблемы и перспективы развития. 6, 469.

Титова А.А., Ефремов А.И., Шакулова О.Р. (Казань). Влияние социально-гигиенических факторов на репродуктивную функцию женщин. 1, 41.

Трифонов С.В. (Москва). Врачебные кадры службы медицины катастроф. 2, 140.

Тухбатуллина Р.Г., Зянгирова С.Т. (Казань). Особенности организации лекарственного обеспечения больных сахарным диабетом в г. Казани. 4, 317.

Тухбатуллина Р.Г., Сафиуллин Р.С. (Казань). О лекарственном обеспечении льготных категорий населения. 5, 396.

Умарова Ф.Р. (Казань). Детская смертность от внешних причин. 6, 456.

Шарапова О.В., Низамов И.Г., Кулаков В.И. (Чебоксары—Казань). Основные причины перинатальной смертности на региональном уровне. 3, 227.

Яруллин А.Х., Мингазова Э.Н. (Казань). Тенденции "омоложения" репродуктивно-демографических процессов в современных условиях. 1, 39.

Терапия

Артемьева Е.Г., Лисицын Е.А., Свеклов А.М. (Чебоксары). Динамика содержания гистамина, серотонина, катехоламинов в слизистой бронхов при остром бронхите затяжного течения. 4, 247.

Ванюшин Ю.С., Ситдинов Ф.Г. (Казань). Комплексная оценка сердечно-сосудистой и дыхательной систем при нагрузках повышающейся мощности. 3, 187.

Визель А.А., Гизатуллина Э.Д., Хамитов Р.Ф., Хасанова Ш.М., Фаткуллина Р.Ш., Филатова М.С., Азнабаева Ю.А., Халфиев И.Н. (Казань). Эффективность амбросана при бронхолегочных заболеваниях. 3, 179.

Волкова И.Н., Волков Е.М., Гиниятуллин Р.А., Зефирова А.Л., Полетаев Г.И., Никольский Е.Е., Хамитов Х.С. (Казань). "Микроэлектродный" период развития казанской физиологической школы. 5, 326.

Гиниятуллин Р.А., Зефирова А.Л. (Казань). Современные представления о медиаторах. 5, 332.

Жильев А.Г., Зимакова И.Е. (Казань). Особенности невротических расстройств у больных с резистентными к терапии формами соматических заболеваний. 5, 369.

Корепанов А.М., Назаров А.М., Никитин Е.Н., Баженов Е.Л., Шкляев А.Е. (Ижевск). Опыт комплексного лечения хронического атрофического гастрита с применением рибоксина. 6, 417.

Косарев В.В., Жестков А.В., Лотков В.С. (Самара). Показатели иммунитета при воздействии промышленных аэрозолей, содержащих соединения кремния и диоксины. 5, 364.

Латфуллин И.А. (Казань). Расслаивающая аневризма грудной аорты и возможности ее прижизненной диагностики. 4, 303.

Латфуллин И.А., Ахметзянов В.Ф., Ослопов В.Н. (Казань). Существует ли связь между инфарктом миокарда и Na-Li противотранспортом? 5, 353.

Лещинский Л.А., Гайсин И.Р., Логачева И.В. (Ижевск). Эффективность антиоксидантной терапии больных острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. 5, 356.

Максудова А.Н., Салихов И.Г., Сигитова О.Н. (Казань). Артериальная гипертензия у пациентов с активным кристаллообразованием. 6, 415.

Мухаметзянов И.Ш., Карпов А.Е., Гапеев Т.С. (Казань). Медико-социальная реабилитация больных с терминальной почечной недостаточностью на индивидуально-программируемом гемодиализе. 3, 161.

Осипов С.А., Зиганшин А.У., Еналеева Д.Ш. (Казань). Сравнение эффективности бензилпенициллина в лечении пневмонии при внутримышечном и лимфотропном способах его введения. 3, 176.

Сигитова О.Н., Максудова А.Н., Мясоутова Л.И. (Казань). Клинический и мембраностабилизирующий эффекты димефосфона и преднизолона и/или циклофосфана при лечении активного гломерулонефрита. 5, 386.

Сироткин Е.А. (Саратов). Ошибки в диагностике муковисцидоза. 1, 57.

Тейлор Ф.Б. мл. (США). Модель коли-сепсиса на павианах: роль фосфолипидных микрочастиц в диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови. 5, 340.

Тукшантов Р.Х. (Казань). Методологические аспекты повышения информативности биометрического показателя порога значимости. 4, 259.

Хабилов Р.А. (Казань). Мышечный синдром у больных воспалительными и дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника. 2, 113.

Хамитов Р.Ф. (Казань). Пневмония: актуальная проблема современности. 6, 435.

Цибулькина В.Н. (Казань). Ведущие механизмы лечебного действия димефосфона. 2, 120.

Инфекционные болезни

Анохин В.А. (Казань). Современные принципы клинико-лабораторной диагностики герпетических инфекций. 2, 127.

Баширова Д.К., Сорокин А.А., Газизова Г.Ф. (Казань). Содоку. 3, 201.

Баширова Д.К. (Казань). Эпидемические вирусные гепатиты. 6, 401.

Закиров И.Г., Баширова Д.К., Сорокин А.А., Горловская Э.В. (Казань). Клинико-эпидемиологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Республике Татарстан. 3, 234.

Фазульязова А.И., Фазылов В.Х., Менделевич В.Д. (Казань). Клинико-диагностические особенности парентеральных вирусных гепатитов на фоне наркотической интоксикации. 6, 431.

Хирургия

Акберов Р.Ф., Файзуллин В.А. (Казань). Алгоритм диагностики острого деструктивного холецистита. 5, 374.

Батраков С.Н., Трошкин В.Н. (Чебоксары). Эндоскопическая лазеротерапия в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 3, 172.

Гребнев П.Н. (Казань). Новые подходы к лечению полостных образований легких у детей. 2, 117.

Данилов В.И. (Казань). Лекарственная коррекция цереброваскулярной реактивности — необходимый компонент лечения нарушений мозгового кровообращения. 2, 94.

Ибатуллин И.А., Шаймарданов Р.Ш., Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Гизатуллова Р.И. (Казань). Изменения гомеостаза при перитоните аппендикулярного происхождения по показателям сосудистых реакций и микроциркуляции. 6, 421.

Иванов Л.А. (Ижевск). Использование пентагастрина для коррекции функционального состояния печени после резекции желудка. 5, 378.

Измайлов Г.А., Измайлов С.Г., Дерябина Н.И., Оренбуров П.Я. (Н.Новгород—Казань). Техника аутодермоимплантации при лечении длительно незаживающих ран и трофических язв. 6, 464.

Ишенин Ю.М., Валеев Р.А., Фахрутдинов Р.Н., Киселев Д.И. (Нижекамск). Оперативное лечение хронического калькулезного панкреатита. 3, 222.

Красильников Д.М., Фаткуллин И.Ф., Карпухин О.Ю. (Казань). Новые лазерные технологии в хирургии, акушерстве и гинекологии. 2, 88.

Мальшев К.В., Терешенко В.Ю., Семенов В.В. (Казань). Кеосмедон в комплексной терапии больных хроническим остеомиелитом и его влияние на созревание эритроцитов. 1, 63.

Назипов А.А., Шутов А.В., Саетгареев А.К. (Казань). О пролонгированной и управляемой спинномозговой анестезии. 5, 382.

Халилов И.Г. (Казань). Одномоментная реконструкция двухэтажных поражений артерий нижних конечностей. 3, 208.

Шульман Х.М., Данилов В.И., Пушкин И.А., Соломатина А.Х., Чекалин Л.А. (Казань). Клинико-хирургические параллели и ближайшие результаты оперативного лечения больных с аномалиями краниовертебрального перехода. 4, 262.

Ярисов Ю.Н., Чернов В.А., Орлов Л.Н., Верещеев С.В. (Чебоксары). Фаллопластика при мочеполовой аномалии. 4, 301.

Ортопедия и травматология

Васильев А.Ю., Семенов А.Н., Балачкова Л.Л. (Москва). Использование лазеротерапии в лечении больных с черепно-мозговой травмой. 6, 441.

Гафаров Х.З., Анисимов О.Г., Назипов А.А. (Казань). Опыт анестезиологического обеспечения тотального эндопротезирования крупных суставов. 4, 268.

Зулкарнеев Р.А., Зулкарнеев Р.Р. (Казань). Гормон тиреокальцитонин и его физиологическое назначение. 4, 291.

Малеев М.В., Латыпова Н.А., Кузнецова Р.Г. (Казань). Прогнозирование рецидива синдактилии кисти. 3, 166.

Микусев И.Е., Латыпова Н.А. (Казань). Радиальная полидактилия: классификация и оперативное лечение. 5, 384.

Неттов Г.Г. (Казань). Оперативная техника устранения застарелых перелома-вывихов костей запястья. 2, 125.

Неттов Г.Г. (Казань). Восстановление нарушенной функции сгибания большого пальца кисти. 3, 170.

Четин М.В. (Ульяновск). Сочетание различных видов травм с инвагинацией кишечника у детей. 6, 442.

Шафит С.Е., Алейников А.В., Ежов Ю.И., Кейлман В.К., Баронин А.А., Иванов А.М., Селивановский С.М., Самойлов В.А. (Н. Новгород). Результаты лечения инфицированных псевдоартрозов большеберцовой кости методом внесочагового остеосинтеза (опыт использования способа Г.А. Илизарова в течение 26 лет). 4, 274.

Онкология

Ахметзянов Ф.Ш., Шаймарданов И.В. (Казань). Скелетное вытяжение при метастатических поражениях позвоночника. 6, 446.

Насруллаев М.Н., Тухбатуллин М.Г., Клоштин И.В. (Казань). Ультразвуковая цветная доплерография в диагностике опухолей молочной железы. 6, 426.

Савин А.А., Крадинов А.И., Прокопенко О.П., Бекиров Ш.А., Джемелев С.С., Васильев А.Ю. (Симферополь—Москва). Значение компьютерной томографии в диагностике опухолей верхних дыхательных путей. 4, 250.

Савушкина Н.Ю., Фатыхова Т.А. (Казань). Случай ошибочной диагностики рака печени с метастазами у больной системным васкулитом. 1, 72.

Ситдыкова М.Э. (Казань). Основы реабилитации больных раком мочевого пузыря. 4, 279.

Педиатрия

Арон И.С., Потемкина А.М. (Казань). О значении психологических факторов при аллергических заболеваниях у детей. 3, 219.

Гребнева О.П., Анчикова Л.И. (Казань). Применение микрокристаллической целлюлозы в лечении гиперплазии щитовидной железы у детей. 6, 412.

Даминов Т.А., Муратходжаева А.В. (Ташкент). Дифференцированное лечение хронических гепатитов невирусной этиологии у детей. 3, 193.

Мальцев С.В., Ишкина Л.А. (Казань). Физиология и патофизиология мелатонина. 5, 390.

Ожегов А.М., Пенкина Н.И., Мякишева Л.С., Мальцев С.В. (Ижевск—Казань). Функциональное состояние иммунной и эндокринной систем у детей первых трех месяцев жизни с активной цитомегаловирусной инфекцией. 3, 204.

Пикуза О.И., Ослопов В.Н., Вахитов Х.М., Бабушкина А.А., Никольский С.Е. (Казань). Прогнозирование атеросклероза у детей и возможности ранней профилактики ишемической болезни сердца. 4, 296.

Сироткин Е.А. (Саратов). Клинико-генетическая характеристика больных муковисцидозом в Саратовской области. 3, 197.

Степанова О.Л., Макушина Л.А., Зарилов М.М., Волкова М.А. (Казань). Коррекция нейтропении у детей донором, глицином, липоевой кислотой, рибофлавином, пиридоксальфосфатом и плацентоном. 2, 125.

Шамов Б.А., Шамова А.Г., Маланичева Т.Г. (Казань). Динамика иммунологических показателей у детей старшего возраста с atopическим дерматитом. 4, 253.

Якушенко М.Н., Кочубей А.В., Каримов М.Б. (Нальчик). Определение распространенности бронхиальной астмы у детей школьного возраста. 3, 184.

Акушерство и гинекология

Абдрахманова Л.Р., Зайнуллин А.А., Садыков Б.Г., Латыпов А.Ш. (Казань). Молекулярно-генетическая диагностика резус-принадлежности плода по околоплодным водам при резус-изоиммунизации. 4, 300.

Бородин Ю.И., Минуллин И.К., Минуллина Н.К. Кампилобактериозы в патогенезе заболеваний женской половой системы. 6, 439.

Козлов Л.А., Нигматуллина Н.А. (Казань). Осложнения аборта. 3, 237.

Ляшова Г.М. (Набережные Челны). Опыт применения депо-провера в женской консультации. 3, 223.

Мазитова М.И., Давлетшина Л.Т., Мазитов И.М. (Казань). Репродуктивный потенциал у женщин, перенесших операцию по поводу трубной беременности. 3, 212.

Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С., Сотникова Л.Г., Кудряшова А.В., Филинов А.Г., Петрушин Д.Д. (Иваново). Особенности продукции нейтрофилами растворимого антигена лейкоцитов-2 и его иммунорегуляторное действие при позднем ОПГ-гестозе. 4, 283.

Фаткуллин И.Ф., Габидуллина Р.И., Гурьев Э.Н., Галимова И.Р., Сафина Ф.В., Шабрукова О.В. (Казань). Зависимость гнойно-септических осложнений кесарева сечения от шовного материала и способа перитонизации. 2, 91.

Неврология и психиатрия

Гайнутдинов А.Р., Иваничев Г.А., Чучалин А.Г. (Казань—Москва). Дыхательная модуляция рефлекторной активности мозгового ствола. 3, 190.

Деомидов Е.С. (Казань). Нейрофизиологические аспекты закономерности мигательного рефлекса у больных с лицевого нейропатией. 4, 266.

Иванов А.В., Менделевич В.Д., Могильнер Р.С. (Казань). Психопатологические особенности личности больного при компенсированном и некомпенсированном сахарном диабете. 6, 410.

Калинин Ю.П., Яхин К.К., Харин Г.М. (Казань). Экспертная оценка психических расстройств при ипавмах головы. 2, 106.

Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А., Лазарева И.А. (Казань—Москва—Йошкар-Ола). Возрастная специфика антиципационных механизмов неврозогенеза. 2, 100.

Плещинский И.Н., Валеев Е.К., Яфарова Г.Г., Алексеева Н.Л. (Казань). Электрофизиологические исследования посттравматических нарушений двигательной функции спинного мозга. 4, 293.

Рейхерт Л.И. (Тюмень). Состояние антиоксидантных механизмов при ишемических инсультах. 5, 371.

Рейхерт Л.И., Иваничев Г.А., Бышевский А.Ш., Дурова М.В. (Тюмень). Клинико-патогенетическое обоснование применения селмевита в остром периоде ишемического инсульта. 4, 256.

Шайдукова Л.К., Медьихин С.И. (Казань). Значение предрасполагающих факторов при аутохтонно-доминирующем типе женского алкоголизма. 2, 104.

Дерматовенерология

Куклин В.Т., Торбина О.В., Бычкова Л.И., Цылаков Д.Э., Гильмутдинова В.Р. (Казань). Случай актинического ретикулоида. 3, 224.

Файзуллина Е.В., Гурьянов В.В. (Казань). Некоторые аспекты эпидемиологии онихомикозов. 4, 298.

Офтальмология

Раткина Н.Н., Савиных В.И., Рыков В.А. (Новокузнецк). Бокаловидноклеточная трансформация эпителия конъюнктивы при дистрофиях роговой оболочки. 1, 61.

Оториноларингология

Алиметов Х.А. (Казань). Остеохондроз верхнешейного уровня позвоночника и дискинезия гортани. 2, 110.

Красножен В.Н. (Казань). Местное применение аугментина при лечении больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. 2, 109.

Рентгенология и радиология

Камалов И.И., Малиновский М.Н., Коробов В.В. (Казань). Современное состояние и перспективы рентгеноэндovasкулярной хирургии. 3, 214.

Сергеев Л.П. (Чебоксары). Об опыте применения кассет с неподвижным растром. 6, 465.

Хидиятов И.И., Амирова Д.Х., Куляпин А.В., Папферов В.О., Тейтельбаум А.А. (Уфа). Применение рентгеновской компьютерной томографии с внутрикишечным контрастированием для дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона. 2, 123.

Стоматология

Миргазизов М.З. (Казань). Разработка имплантатов из сплавов с памятью формы в стоматологии. 4, 241.

Миргазизов М.З., Хамитов Н.Х., Мамаева Е.В. (Казань). Состояние некоторых показателей лазерной доплеровской флоуметрии в норме и при гингивитах у детей. 4, 287.

Фазизов Т.Т. (Казань). Экспериментальное и клиническое обоснование новокаиновой тригемино-вагосимпатической блокады в лечении сочетанной челюстно-мозговой травмы. 2, 97.

Хитров В.Ю., Агеева Л.Ш., Хамитова Н.Х., Мамаева Е.В., Березина Н.В., Ахмерова А.Ф. (Ка-

зань). Распространенность заболеваний пародонта у детей и подростков. 1, 71.

Гигиена

Амиров Н.Х., Ситдикова И.Д. (Казань). Канцерогенные и мутагенные эффекты воздействия факторов производственной среды. 1, 13.

Башкирева А.С., Латфуллин И.А., Вафина Г.В. (Казань). Распространенность сердечно-сосудистой патологии среди водителей автотранспорта. 1, 8.

Берхеева З.М., Пигалова Н.В., Ямпольская Л.К., Маринникова С.А., Мустафина Н.Г. (Казань). Состояние профессиональной заболеваемости в г. Казани. 4, 318.

Берхеева З.М., Миниярова М.З., Васильева И.А., Шакирова Л.В. (Казань). Профессиональная заболеваемость в Республике Татарстан. 1, 17.

Вахитов Ш.М., Проневич В.С., Кулагин Р.Н. (Казань). Развитие профилактической направленности в свете появления профессиональных мезоджеров здравоохранения. 1, 44.

Галлямов А.Б., Идиятуллина Ф.К., Чупрун В.Ф., Фомин Г.А., Растатурина Л.Н., Тазетдинова А.Б. (Казань). Патоморфологические и гистохимическое изменения в органах крысы, подвергшихся хронической заправке парамолибдатом аммония, вольфраматом натрия и их смеси. 1, 22.

Гарипова Р.В., Юнусова Р.Г. (Казань). Гигиеническая оценка условий труда рабочих вибрационных профессий. 1, 71.

Иванов А.В., Яхин К.К., Шакулова О.Р., Титова А.А. (Казань). Анализ влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на психоэмоциональную сферу детей младшего школьного возраста. 1, 33.

Краснощекова В.Н., Галлямов А.Б., Фатхутдинова Л.М., Багрянова Н.А. (Казань). Оценка тяжести трудового процесса и заболеваемости работниц брошюровочного цеха типографии. 1, 6.

Мазитова Н.Н., Амиров Н.Х., Берхеева З.М. (Казань). Профессиональные заболевания органов дыхания от воздействия промышленных аэрозолей. 1, 20.

Пашковская И.Б., Идиятуллина Ф.К., Башкирева А.С. (Казань). Гигиеническая оценка молочнокислого продукта, приготовленного по традиционной татарской национальной технологии. 1, 37.

Садыков М.Н. (Казань). Опыт изучения репродуктивного поведения женщин. 1, 47.

Тафеева Е.А., Иванов А.В. (Казань). Состояние атмосферного воздуха в районах добычи тяжелой нефти и природных битумов. 1, 29.

Фатхутдинова Л.М., Амиров Н.Х., Краснощекова В.Н. (Казань). Влияние факторов рабочего помещения на пользователей видеодисплейных терминалов. 1, 25.

Фатхутдинова Л.М., Исмагилов М.Ф., Амиров Н.Х., Галлямов А.Б. (Казань). Изучение вегетативных нарушений у пользователей видеодисплейных терминалов. 6, 443.

Хамитова Р.Я., Шигапов Р.М. (Казань—Зеленодольск). Современное состояние вопроса о влиянии пестицидов на здоровье людей. 1, 67.

Эпидемиология

Амерханова Н.Н., Брудная Ю.Е., Богданова С.Б., Федорова Е.Р. (Казань). Сравнительная оценка эффективности новых полусинтетических питательных сред для выделения возбудителя коклюша. 1, 55.

Калимуллин Ф.Х., Баранов В.А. (Казань). Тималин как иммуномодулятор при экспериментальной вакцинации. 3, 226.

Хакимов Н.М. (Казань). Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости иерсиниозом и псевдотуберкулезом в Казани за 1989—1997 годы. 1, 53.

Шафеев М.Ш., Зорина Л.М., Колпачихин Ф.Б., Садыкова Д.Г., Якупов И.Ф., Исмагилова З.М., Ямалеев Р.Г., Галеев Р.Г., Ибрагимов А.Х., Забилов Х.Г., Рыжова Е.Ф., Поташова А.М. (Казань). О противодифтерийном иммунитете у непривитых жителей Республики Татарстан. 1, 49.

Новые методы и рационализаторские предложения

Иванов Г.К., Градовский С.А., Оленин В.В. (Чебоксары). Быстрый способ определения суммарной, ферментативной и “неферментативной” фибринолитической активности крови. 2, 143.

Шамова А.Г., Маланичева Т.Г., Шамов Б.А. (Казань). Способ оценки иммунного статуса у детей с атопическим дерматитом. 5, 397.

История медицины

Альбицкий В.Ю., Галлямов А.Б., Гимадеев М.М. (Казань). Роль казанских ученых в развитии отечественной гигиены. 1, 73.

Морозов В.В., Каримов М.М., Трифонов В.А., Садовникова О.И. (Казань). Этапы развития и становления государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Татарстан. 1, 76.

Студенцова И.А., Романова Е.Б. (Казань). Профессор Василий Николаевич Болдырев — заведу-

ющий кафедрой фармакологии Казанского университета. 2, 145.

Библиография и рецензии

Алисимов В.Н. (Н. Новгород). На кн.: А.Х. Давлетшин, Г.А. Измайлов, М.Г. Измайлов, И.А. Ким, О.С. Кочнев, М.Ю. Кедрин. Хирургия поврежденной двенадцатиперстной кишки. 2, 150.

Грибина Л.Н. (Волгоград). На кн.: И.А. Нуштаев. Саратовские ученые-медики: историко-биографические очерки. 3, 240.

Григорьев Ю.Г. (Москва). На кн.: А.А. Визель, М.Э. Гурылева. Туберкулез. 6, 470.

Закирова А.Н. (Уфа). На кн.: И.А. Латфуллин. Инфаркт миокарда. 6, 471.

Съезды и конференции

Латфуллин И.А. (Казань). VIII съезд терапевтов Российской Федерации. 2, 151.

Юбилейные даты

Амиров Н.Х. (Казань). Казанскому государственному медицинскому университету — 185 лет. 2, 81.

Член-корреспондент Российской Академии наук, профессор Наиль Хабибуллович Амиров. 2, 154.

Амиров Н.Х., Абдуллин Т.А. (Казань). 70-летие кафедры неорганической химии Казанского государственного медицинского университета. 2, 158.

Волкова И.Н. (Казань). Член-корреспондент АМН СССР, профессор Алексей Васильевич Кибяков. 5, 321.

Профессор Ильдар Исакович Камалов. 2, 156.

Михайлов М.К., Фасхутдинова И.М., Юсупова А.Ф., Мусин Р.М., Бакиров Р.С. (Казань). Профессор Маснави Файзрахманович Мусин. 1, 79.

Некролог

Профессор Вячеслав Николаевич Медведев. 5, 400.

Хроника. 1, 80; 2, 159; 6, 472.

- Абдрахманова Л.Р. 4, 300
 Абдуллин Т.А. 2, 158
 Агеева Л.Ш. 1, 71
 Азнабаева Ю.А. 3, 179
 Акберов Р.Ф. 5, 374
 Алейников А.В. 4, 274
 Алексеева Н.Л. 4, 293
 Алиматов Х.А. 2, 110
 Альбицкий В.Ю. 1, 1; 1, 73; 3, 230
 Амерханова Н.Н. 1, 55
 Амиров Н.Х. 1, 1; 1, 13; 1, 20; 1, 25; 2, 81; 2, 158; 6, 443
 Амиров Н.Б. 6, 459
 Амирова Д.Х. 2, 123
 Анисимов В.Н. 2, 150
 Анисимов О.Г. 4, 268
 Анохин В.А. 2, 127
 Анчикова Л.И. 6, 412
 Анциферова Ю.С. 4, 283
 Арон И.С. 3, 219
 Артемьева Е.Г. 4, 247
 Ахмерова А.Ф. 1, 71
 Ахметзянов В.Ф. 5, 353
 Ахметзянов И.М. 6, 446
 Ахметзянов Ф.Ш. 6, 429
 Ахметова Г.М. 6, 454
 Ахунзянов А.А. 2, 135
- Бабушкина А.А. 4, 296
 Багрянова Н.А. 1, 6
 Баженов Е.Л. 6, 417
 Бакиров Р.С. 1, 79
 Балачкова Л.Л. 6, 441
 Баранов В.А. 3, 226
 Баронин А.А. 4, 274
 Батраков С.Н. 3, 172
 Баширова Д.К. 3, 201; 3, 234; 6, 401
 Башкирева А.С. 1, 8; 1, 37
 Бекиров Ш.А. 4, 250
 Березина Н.В. 1, 71
 Берхеева З.М. 1, 17; 1, 20; 4, 318
 Богданова С.Б. 1, 55
 Бородин Ю.И. 6, 439
 Большакова О.М. 4, 315
 Брудная Ю.Е. 1, 55
 Бычкова Л.И. 3, 224
 Бышевский А.Ш. 4, 256
- Валеев Е.К. 4, 293
 Валеев Р.А. 3, 222
 Ванюшин Ю.С. 3, 187
 Васильев А.Ю. 4, 250; 6, 441
 Васильева И.А. 1, 17
 Вафина Г.В. 1, 8
 Вахитов Х.М. 4, 296
 Вахитов Ш.М. 1, 44; 6, 466
 Верендеев С.В. 4, 301
 Визель А.А. 3, 179
 Волгина С.Я. 3, 230
 Волков Е.М. 5, 326
 Волкова И.Н. 5, 321; 5, 326
 Волкова М.А. 2, 125
- Габидулина Р.И. 2, 91
 Газизова Г.Ф. 3, 201
- Гайнутдинов А.Р. 3, 190
 Гайсин И.Р. 5, 356
 Галеев А.Г. 1, 49
 Галимова И.Р. 2, 91
 Галиуллин А.Н. 5, 394; 6, 454
 Галлямов А.Б. 1, 1; 1, 6; 1, 22; 1, 73; 6, 443
 Галлямов Р.М. 2, 159
 Ганеев Т.С. 3, 161
 Гарипова Р.В. 1, 71
 Гафаров Х.З. 4, 268; 4, 312
 Гизатуллина Э. Д. 3, 179
 Гизятуллова Р.И. 6, 421
 Гильмутдинова В.Р. 3, 224
 Гимадеев М.М. 1, 73
 Гиниятуллин Р.А. 5, 326; 5, 332
 Глова В.И. 6, 462
 Голубева Р.К. 6, 462
 Горловская Э.В. 3, 234
 Горюнов А.В. 4, 315
 Градовский С.А. 2, 143
 Гребнева О.П. 6, 412
 Гребнев П.Н. 2, 117
 Грибина Л.Н. 3, 240
 Григорьев Ю.Г. 6, 470
 Гурьев Э.Н. 2, 91
 Гурьянов В.В. 4, 298
- Давлетшина Л.Т. 3, 212
 Даминов Т.А. 3, 193
 Данилов В.И. 2, 94; 4, 262
 Деомидов Е.С. 4, 266
 Дерябина Н.И. 6, 464
 Джемелев С.С. 4, 250
 Дурова М.В. 4, 256
- Ежов Ю.И. 4, 274
 Емалетдинова Л.Ю. 4, 308
 Еналеева Д.Ш. 3, 176
 Ефремов А.И. 1, 41
- Жестков А.В. 5, 364
 Жильев А.Г. 5, 369
- Забиров Х.Г. 1, 49
 Зайнуллин А.А. 4, 300
 Зайнутдинов А.М. 6, 421
 Закирова А.Н. 6, 470
 Закиров И.Г. 3, 234
 Зарипов М.М. 2, 125
 Зефилов А.Л. 5, 326; 5, 332
 Зиганшин А.У. 3, 176
 Зимакова И.Е. 5, 369
 Зорина Л.М. 1, 49
 Зулкарнеев Р.А. 4, 291
 Зулкарнеев Р.Р. 4, 291
 Зянгирова С.Т. 4, 317
- Ибатуллин И.А. 6, 421
 Ибрагимов А.И. 6, 450
 Ибрагимов А.Х. 1, 49
 Иваничев Г.А. 3, 190; 4, 256
 Иванов А.В. 1, 29; 1, 33; 6, 410
 Иванов А.М. 4, 274
- Иванов Г.К. 2, 143
 Иванов Л.А. 5, 378
 Идиятуллина Ф.К. 1, 22; 1, 37
 Измайлов Г.А. 6, 464
 Измайлов С.Г. 6, 464
 Исмагилов М.Ф. 6, 443
 Исмагилова З.М. 1, 49
 Ишенин Ю.М. 3, 222
 Ишкина Л.А. 5, 390
- Калимуллин Ф.Х. 3, 226
 Калинин Ю.П. 2, 106
 Камаев И.А. 4, 315
 Камалов И.И. 3, 214
 Камалова Ф.М. 5, 394
 Каримов М.М. 1, 76
 Карпов А.Е. 3, 161
 Карпухин О.Ю. 2, 88
 Кейльман В.К. 4, 274
 Керимов М.Б. 3, 184
 Киселев Д.И. 3, 222
 Клошкин И.В. 6, 426
 Козлов Л.А. 3, 237
 Колпачихин Ф.Б. 1, 49
 Корепанов А.М. 6, 417
 Коровов В.В. 3, 214
 Косарев В.В. 5, 364
 Кочубей А.В. 3, 184
 Крадинов А.И. 4, 250
 Красильников Д.М. 2, 88
 Красноженов В.Н. 2, 109
 Краснощекова В.Н. 1, 6; 1, 25
 Кудряшова А.В. 4, 283
 Куклин В.Т. 3, 224
 Кузнецова Р.Г. 3, 166
 Кулагин Р.Н. 1, 44
 Кулаков В.И. 3, 227
 Куляпин А.В. 2, 123
- Лазарева И.А. 2, 100
 Латфуллин И.А. 1, 8; 2, 151; 2, 353; 4, 303
 Латыпов А.Ш. 4, 300
 Латыпова Н.А. 3, 166; 5, 384
 Лещинский Л.А. 5, 356
 Лисицын Е.А. 4, 247
 Логачева И.В. 5, 356
 Лотков В.С. 5, 364
 Ляшова Г.М. 3, 223
- Мазитов И.М. 3, 212
 Мазитова А.Х. 6, 459
 Мазитова М.И. 3, 212
 Мазитова Н.Н. 1, 20
 Максудова А.Н. 5, 386; 6, 415
 Макушина Л.А. 2, 125
 Маланичева Т.Г. 4, 253; 5, 397
 Малеев М.В. 3, 166
 Малиновский М.Н. 3, 214
 Малков И.С. 6, 421
 Мальшев К.В. 1, 63
 Мальцев С.В. 3, 204; 5, 390
 Мамаева Е.В. 1, 71; 4, 287
 Маринникова С.А. 4, 318

Мельчихин С.И. 2, 104
Менделевич В.Д. 2, 100; 6, 410
Менделевич Д.М. 6, 431
Микусев И.Е. 5, 384
Минабутдинова И.П. 6, 459
Мингазова Э.Н. 1, 39
Миниярова М.З. 1, 17
Минуллина Н.К. 6, 439
Минуллин И.К. 6, 439
Миргазизов М.З. 4, 241; 4, 287
Михайлов М.К. 1, 79
Могильнер Р.С. 6, 410
Морозов В.В. 1, 76
Муравьева Т.М. 6, 459
Муратходжаева А.В. 3, 193
Муругов В.С. 4, 312
Мусин Р.М. 1, 79
Мустафина Н.Г. 4, 318
Мухаметзянов И.Ш. 3, 161
Мухаметзянова Д.А. 2, 100
Мякишева Л.С. 3, 204
Мясоутова Л.И. 5, 386

Назаров А.М. 6, 417
Назипов А.А. 4, 268; 5, 382
Насруллаев М.Н. 6, 426
Насыбуллина З.Р. 6, 459
Неттов Г.Г. 2, 125; 3, 170
Нигматуллина Н.А. 3, 237
Низамов И.Г. 3, 227
Низамов Ф.Х. 4, 301
Никитин Е.Н. 6, 417
Никольская Л.А. 6, 462
Никольский Е.Е. 5, 326
Никольский С.Е. 4, 296
Никонова Э.И. 6, 459

Ожегов А.М. 3, 204
Оленин В.В. 2, 143
Оренбуров П.Я. 6, 464
Орлов Л.Н. 4, 301
Осипов С.А. 3, 176
Ослопов В.Н. 2, 130; 4, 296; 5, 353

Панферов В.О. 2, 123
Пашковская И.Б. 1, 37
Пенкина Н.И. 3, 204
Петрунин Д.Д. 4, 283
Пигалов А.П. 6, 459
Пигалова Н.В. 4, 318; 6, 459
Пикуза О.И. 4, 296
Плещинский И.Н. 4, 293
Позднякова М.А. 4, 315
Полегаев Г.И. 5, 326
Поташева А.М. 1, 49
Потемкина А.М. 3, 219
Прокопенко О.П. 4, 250
Проневич В.С. 1, 44
Пушкин И.А. 4, 262

Растатурина Л.Н. 1, 22
Раткина Н.Н. 1, 61
Рейхерт Л.И. 4, 256; 5, 371
Романова Е.Б. 2, 145
Рыжова Е.Ф. 1, 49
Рыков В.А. 1, 61
Савин А.А. 4, 250
Савиных В.И. 1, 61
Савушкина Н.Ю. 1, 72
Садловникова О.И. 1, 76
Садыхов Б.Г. 4, 300
Садыхов М.Н. 1, 47
Садыхова Д.Г. 1, 49
Саетгараев А.К. 5, 382
Салихов И.Г. 6, 415
Самойлов В.А. 4, 274
Сафина Ф.В. 2, 91
Сафиуллин Р.С. 5, 396
Свеклов А.М. 4, 247
Селивановский С.М. 4, 274
Семенов А.Н. 6, 441
Семенов В.В. 1, 63
Сергеев Л.П. 6, 465
Сигитова О.Н. 5, 386; 6, 415
Сироткин Е.А. 1, 57; 3, 197
Ситдииков Ф.Г. 3, 187
Ситдикова И.Д. 1, 13
Ситдыкова М.Э. 4, 279
Соломатина А.Х. 4, 262
Сорокин А.А. 3, 201; 3, 234
Сотникова Л.Г. 4, 283
Сотникова Н.Ю. 4, 283
Степанова О.Л. 2, 125
Студенцова И.А. 2, 145
Суздальцев В.А. 6, 462
Сухарев А.Г. 1, 1; 6, 469

Тазетдинова А.Б. 1, 22
Тaufеева Е.А. 1, 29
Тейлор Ф.Б. мл. 5, 340
Тейтельбаум А.А. 2, 123
Терещенко В.Ю. 1, 63
Титова А.А. 1, 33; 1, 41
Токарева Т.Н. 6, 459
Торбина О.В. 3, 224
Трифонов В.А. 1, 76
Трифонов С.В. 2, 140
Трошкин В.Н. 3, 172
Тукшаитов Р.Х. 4, 259
Тухбатуллин М.Г. 6, 426
Тухбатуллина Р.Г. 4, 317; 5, 396

Умярова Ф.Р. 6, 456

Умярова Ф.Р. 6, 456

Фаизов Т.Т. 2, 97
Файзуллин В.А. 5, 374
Файзуллина Е.В. 4, 298
Фазылов В.Х. 6, 431
Фазулзянова А.И. 6, 431
Фасхутдинова И.М. 1, 79
Фатхутдинова Л.М. 1, 6; 1, 25; 6, 443

Фаткуллин И.Ф. 2, 88; 2, 91
Фаткуллина Р.Ш. 3, 179
Фатыхова Т.А. 1, 76
Фахрутдинов Р.Н. 3, 222
Федорова Е.Р. 1, 55
Филатова М.С. 3, 179
Филинов Ф.А. 4, 283
Фомин Г.А. 1, 22; 6, 469

Хабиров Р.А. 2, 113
Хакимов Н.М. 1, 53
Халилов И.Г. 3, 208
Халфиев И.Н. 3, 179
Хамитов Р.Ф. 3, 179; 6, 435
Хамитов Х.С. 5, 326
Хамитова Н.Х. 1, 71; 4, 287
Хамитова Р.Я. 1, 67
Харин Г.М. 2, 106
Хасанова Ш.М. 3, 179
Хидиятов И.И. 2, 123
Хитров В.Ю. 1, 71

Цибулькина В.Н. 2, 120
Цыплаков Д.Э. 3, 224

Чекалин Л.А. 4, 262
Чернов В.А. 4, 301
Четин М.В. 6, 442
Чупрун В.Ф. 1, 22
Чучалин А.Г. 3, 190

Шабрукова О.В. 2, 91
Шайдукова Л.К. 2, 104
Шаймарданов И.В. 6, 429
Шаймарданов Р.Ш. 6, 421
Шайхутдинова Л.Н. 6, 462
Шакирова Л.В. 1, 17
Шакирова Л.З. 6, 462
Шакирова Э.М. 3, 230
Шакулова О.Р. 1, 33; 1, 41
Шамов Б.А. 4, 253; 5, 397
Шамова А.Г. 4, 253; 5, 397
Шарапова О.В. 3, 227
Шафеев М.Ш. 1, 49
Шафит С.Е. 4, 274
Шигапов Р.М. 1, 67
Шкляев А.Е. 6, 417
Шульман Х.М. 4, 262
Шутов А.В. 5, 382

Юнусова Р.Г. 1, 71
Юсупова А.Ф. 1, 79

Якупов И.Ф. 1, 49
Якушенко М.Н. 3, 184
Ямалеев Р.Г. 1, 49
Ямпольская Л.К. 4, 318
Ярисов Ю.Н. 4, 301
Яруллин А.Х. 1, 39
Яфарова Г.Г. 4, 293
Яхин К.К. 1, 33; 2, 106

Баширова Д.К. Эпидемические вирусные гепатиты..... 401

Bashirova D.K. Epidemic viral hepatitis..... 401

Теоретическая и клиническая медицина

Theoretical and Clinical Medicine

Иванов А.В., Менделевич В.Д., Могилнер Р.С. Психопатологические особенности личности больного при компенсированном и некомпенсированном сахарном диабете..... 410

Ivanov A.V., Mendelevich V.D., Mogilner R.S. Psychopathologic peculiarities personality of patient in compensated and noncompensated diabetes mellitus..... 410

Гребнева О.П., Анчикова Л.И. Применение микрокристаллической целлюлозы в лечении гиперплазии щитовидной железы у детей..... 412

Grebneva O.P., Anchikova L.I. Use of microcrystalline cellulose in the treatment of thyroid gland hyperplasia in children..... 412

Максудова А.Н., Салихов И.Г., Сигитова О.Н. Артериальная гипертензия у пациентов с активным кристаллообразованием..... 415

Maksudova A.N., Salikhov I.G., Sigitova O.N. Arterial hypertension in patients with active crystal formation..... 415

Корепанов А.М., Назаров А.М., Никитин Е.Н., Баженов Е.Ш., Шкляев А.С. Опыт комплексного лечения хронического атрофического гастрита с применением рибоксина..... 417

Korepanov A.M., Nazarov A.M., Nikitin E.N., Bazhenov E.Sh., Shklyayev A.S. Experience of the complex treatment of chronic atrophic gastritis using riboxin..... 417

Ибатуллин И.А., Шаймарданов Р.Ш., Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Гизятуллова Р.И. Изменение гомеостаза при перитоните аппендикулярного происхождения по показателям сосудистых реакций и микроциркуляции..... 421

Ibatullin I.A., Shaimardanov R.Sh., Malkov I.S., Zainutdinov A.M., Gizyatullova R.I. Variation of homeostasis in peritonitis of appendicular origin by the indicators of vascular reactions and microcirculation..... 421

Насруллаев М.Н., Тухбатуллин М.Г., Ключик И.В. Ультразвуковая цветная доплерография в диагностике опухолей молочной железы..... 426

Nasrullaev M.N., Tukhbatullin M.G., Klyushkin I.V. Ultrasound color dopplerography in the diagnosis of tumors of the mammary glands..... 426

Ахметзянов Ф.Ш., Шаймарданов И.В. Скелетное вытяжение при метастатических поражениях позвоночника..... 429

Akhmetzyanov F.Sh., Shaimardanov I.V. Skeletal extension in metastatic injuries of the vertebral column..... 429

Фазульязнова А.И., Фазылов В.Х., Менделевич Д.М. Клинико-диагностические особенности парентеральных вирусных гепатитов на фоне наркотической интоксикации..... 431

Fazulzyanova A.I., Fazylov V.Kh., Mendeleevych D.M. Clinicodiagnostic peculiarities of parenteral viral hepatitis in the presence of narcotic intoxication..... 431

Обзоры

Surveys

Хамитов Р.Ф. Пневмония: актуальная проблема современности..... 435

Khamitov R.F. Pneumonia: a topical current problem..... 435

Бородин Ю.И., Минуллин И.К., Минуллина Н.К. Кампилобактериозы в патогенезе заболеваний женской половой системы..... 439

Borodin Yu.I., Minullin I.K., Minullina N.K. Campilobacterioses in the pathogenesis of female genital system diseases..... 439

Краткие сообщения

Short Communications

Васильев А.Ю., Семенов А.Н., Балачкова Л.А. Использование лазеротерапии в лечении больных с черепно-мозговой травмой..... 441

Vasilyev A.Yu., Semenov A.N., Bolachkova L.A. Use of laserotherapy in the treatment of patients with craniocerebral injury..... 441

Четин М.В. Сочетание различных видов травм с инвагинацией кишечника у детей..... 442

Chetin M.V. Combination of various traumas with intussusception in children..... 442

Гигиена

Hygiene

Фатхутдинова Л.М., Исмагилов М.Ф., Амиров Н.Х., Галлямов А.Б. Изучение вегетативных нарушений у пользователей видеодисплейных терминалов..... 443

Fatkhutdinova L.M., Ismagilov M.F., Amirov N.H., Gallyamov A.B. Study of vegetative disorders in users of videodisplay terminals..... 443

Социальная гигиена

Social Hygiene

Ахметзянов И.М. Актуальные вопросы финансирования лечебных учреждений в условиях рыночной экономики..... 446

Akhmetzyanov I.M. Topical problems of financing medical institutions in market economy..... 446

Ибрагимов А.И. Образ жизни и состояние здоровья детей, воспитывающихся в семьях с отцом-алкоголиком..... 450

Ibragimov A.I. Life way and health state of children bringing up in the families with a father abusing alcohol..... 450

Галиуллин А.Н., Ахметова Г.М. Медико-социальная характеристика деятельности детского врача-стоматолога в условиях крупного города..... 454

Galiullin A.N., Akhmetova G.M. Medicosocial characteristic of the activity of children's dentist in a large city..... 454

Умярова Ф.Р. Детская смертность от внешних причин.....	456	Umyarova F.R. Children death rate as a result of external causes.....	456
Амиров Н.Б., Пигалова Н.В., Пигалов А.П., Муравьева Т.М., Мазитова А.К., Токарева Т.Н., Насыбуллина З.Р., Минабулдинова И.П., Никонова Е.И. Динамика заболеваемости взрослого населения Казани основными болезнями внутренних органов.....	459	Amirov N.B., Pigalova N.V., Pigalov A.P., Muravyeva T.M., Mazitova A.Kh., Tokareva T.N., Nasybullina Z.R., Minabutdinova I.P., Nikonova E.I. Dynamics of the incidence of internal organ diseases in adult population in Kazan.....	459
<i>Организация здравоохранения</i>		<i>Organization of Health</i>	
Никольская Л.А., Шайхутдинова Л.Н., Голубева Р.К., Глова В.И., Суздальцева В.А., Шакирова Л.З. Адаптивная компьютерная экспертная система в диспансеризации беременных.....	462	Nikolskaya L.A., Shaikhutdinova L.N., Golubeva R.K., Glava V.I., Suzdaltseva V.A., Shakirova L.Z. Adaptive computer examination system in prophylactic medical examination of pregnant.....	462
<i>Новые методы и рационализаторские предложения</i>		<i>New methods and Rationalization Proposals</i>	
Измайлов Г.А., Измайлов Р.Г., Дeryabina Н.И., Оренбуров П.Я. Техника аутодермоимплантации при лечении длительно незаживающих ран и трофических язв.....	464	Izmailov G.A., Izmailov R.G., Deryabina N.I., Orenburov P.Ya. Autodermo-implantation technique in the treatment of nonhealing wounds and trophic ulcers.....	464
Сергеев Л.П. Об опыте применения кассет с неподвижным raster.....	465	Sergeev L.P. On the experience of using cassettes with immovable raster.....	465
<i>В помощь преподавателю и студенту</i>		<i>Guidelines for Practitioner and Student</i>	
Вахитов Ш.М. Особенности подготовки и перспективы трудоустройства менеджеров с высшим сестринским образованием.....	466	Vakhitov Sh.M. Peculiarities of training and job placement prospects of managers with higher nurse education.....	466
Сухарев А.Г., Фомин Г.А. Профилактическая медицина: проблемы и перспективы развития.....	469	Sukharev A.G., Fomin G.A. Preventive medicine: problems and prospects of development.....	469
<i>Библиография и рецензия</i>		<i>Bibliography and Book Reviews</i>	
Григорьев Ю.Г. На кн.: А.А. Визель, М.Э. Гурьева. "Туберкулез" /Под ред. акад. М.И. Перельмана.....	470	Grigoryev Yu. G. To the book: A.A. Vizel, M.E. Guryleva "Tuberculosis" ed. by M.I. Perelman, academician.....	470
Закирова А.Н. На кн.: И.А. Латфуллина "Инфаркт миокарда".....	471	Zakirova A.N. To the monograph: I.A. Latfullin "Myocardial infarction".....	471
Хроника.....	472	Cronicle.....	472
Указатель статей за 1999 г.....	473	Article index for 1999.....	473
Указатель авторов за 1999 г.....	478	Author index for 1999.....	478

КОММЕРЧЕСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Общество больных гемофилией Санкт-Петербурга предлагает переведенную на русский язык книгу профессора И.М. Нильссон "Гемофилия". Читатели книги смогут получить представление о гемофилии и современных методах ее лечения.

Настоящее издание отпечатано в 1999 г. при содействии Общества больных гемофилией Санкт-Петербурга, имеет формат 60x84¹/₈, объем 100 страниц, содержит цветные иллюстрации.

Цена книги — 2 (два) доллара США или в рублях по курсу ЦБ на день оплаты +5%.

Обращаться по адресу:

194358, Санкт-Петербург, а/я 67.

E-mail: mya@mail.spbnit.ru или тел. диспетчера: (812) 558-9287.

* * *

Проведем на высоком техническом уровне конференцию, симпозиум, презентацию. В ваше распоряжение будут предоставлены уютный зал (300 мест), современная проекционная техника, мультимедийный проектор, большой экран, видео, компьютер.

Центр города, умеренная арендная плата, охрана.

Разработаем и изготовим слайды и транспаранты на прозрачной основе.

Наш адрес: Казань, ул. Бутлерова, 49, Казанский государственный медицинский университет, отдел ТСО.

Тел./факс: 36-92-19 отдел ТСО.

E-mail: tso_kgmu@mail.ru



Среди тех, кто заботится о вашем здоровье, — государственное унитарное предприятие «Аптека № 350»

Аптека № 350 — это многопрофильное предприятие, имеющее лицензию на аптечное изготовление всех лекарственных форм, оптовую и розничную реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения, в том числе наркотических, психотропных, сильнодействующих лекарственных средств списка ПККН. Аптека специализируется на препаратах дерматовенерологического и эндокринологического профиля.

В аптеке имеются рецептурно-производственный отдел и отдел готовых лекарственных форм и запасов. Рецептурно-производственный отдел аптеки изготавливает все виды лекарственных форм по индивидуальным рецептам врачей (инъекционные растворы, глазные капли, мази, детские лекарственные формы, микстуры, порошки, суппозитории, настои, отвары и т. д.), занимается изготовлением лекарственных форм по требованиям лечебно-профилактических учреждений, расфасовкой и серийным производством.

Адрес аптеки: 420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 16.

Тел./факс.: (8432) 76-15-63; тел.: (8432) 75-55-22, 75-55-32.

