

КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

ТОМ
LXX

5

1989

Редакционная коллегия:

Д. М. Зубаиров (главный редактор),
Д. К. Баширова, Е. В. Белогорская, У. Я. Богданович, В. Ф. Бого-
явленский, М. Х. Вахитов, Д. С. Галева, М. М. Гимадеев (зам. глав-
ного редактора), Л. А. Козлов, О. С. Кочнев (зам. главного редактора),
И. А. Латфуллин, Р. И. Литвинов (отв. секретарь), И. З. Мухутдинов,
И. Г. Низамов, Л. М. Рахлин, И. А. Салихов, М. Х. Файзуллин,
А. Д. Царегородцев, Л. А. Щербатенко

Редакционный совет:

Н. Х. Амиров (Казань), В. А. Германов (Куйбышев), З. Ш. Гилязут-
динова (Казань), А. Т. Гончаров (Казань), Д. Ш. Еналеева (Казань),
В. Ф. Жаворонков (Казань), Б. А. Королев (Горький), А. Ф. Краснов
(Куйбышев), В. А. Кузнецов (Казань), Л. А. Лещинский (Ижевск),
М. К. Михайлов (Казань), А. П. Нестеров (Москва), Г. Г. Нуреев
(Казань), Г. Д. Овруцкий (Казань), А. Ю. Ратнер (Казань), И. М. Рах-
матуллин (Казань), М. Р. Рокицкий (Казань), Л. Г. Сватко (Казань),
В. С. Семенов (Чебоксары), Э. Н. Ситдыков (Казань), Г. А. Смирнов
(Казань), В. В. Талантов (Казань), Р. Г. Фархутдинов (Уфа), Ф. Х. Фат-
куллин (Казань), Х. С. Хамитов (Казань)

Издается с 1901 года
Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СССР.
Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»:
г. Казань, ул. Декабристов, 2, тел. 53-70-74.

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

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

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

СЕНТЯБРЬ
ОКТАБРЬ
1989

5

ТОМ
LXX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616—07

СТИЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Выполняя диагностические действия в повседневной жизни, врач не задумывается, почему он делает это так, а не иначе. Над стилем своего мышления исследователь вынужден задуматься, когда возникает необходимость его изменения, обусловленная объективными процессами развития клинической диагностики. Среди таковых можно отметить следующие: 1) интенсификацию обследования (диагноз становится все более морфологическим); 2) возрастание роли функционального компонента клинического диагноза, играющего решающую роль в диагностике предболезни и так называемых пограничных состояний; 3) формирование нового вида медицинского обследования — скрининга; 4) использование в диагностике ЭВМ.

Традиционный стиль клинического мышления характеризуется исторически сложившимся порядком исследования, который наиболее полно воплощен в форме истории болезни. Вначале проводят опрос больного, затем объективное исследование (осмотр, общую пальпацию, специальную пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов), затем дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования (параклинические методы) и только тогда можно остановиться на формировании диагноза [2]. Обоснование полного (синтетического) клинического диагноза ведется методом дифференциального диагноза, если невозможно доказать его объективность методом прямого диагноза. Обследование должно вестись по наиболее рациональному пути, исходящему из опыта врача, глубины его знаний. Назначение до-

полнительных исследований должно быть минимальным и хорошо аргументированным. Так называемое избыточное обследование может быть вредным для больного, экономически несостоятельным и по традиции расценивается как признак низкой культуры и недостаточности знаний. Определенные диагностические гипотезы, требующие проверок, возникают при клиническом обследовании. В сложных случаях путь к диагнозу бывает очень долгим, затягиваясь на недели, месяцы и даже годы. Таким образом, сущность традиционного стиля клинического мышления составляют строгая последовательность, этапность и экономность диагностического процесса.

Новые требования к диагностике диктуют необходимость сплошного, массового исследования здоровых людей. Такая форма обследования позволяет выявлять до $1/3$ больных людей, которые не предъявляют жалоб и не обращаются к врачу [1], а также тех лиц, у которых имеются факторы риска развития заболеваний внутренних органов. Все обследуемые при этом могут быть подразделены на 3 группы: практически здоровые люди; лица, имеющие факторы риска; больные люди. Две последние категории лиц получают направление к врачу. Особенности новых условий работы врача заключаются в том, что ему необходимо научиться принимать уже обследованного по всем важнейшим направлениям пациента, в особенности тех, у кого нет жалоб или их субъективные ощущения не дифференцируются ими как отклонение от нормы. В этом и состоит изменение стиля мышления врача. Во-первых, инструментальное и

лабораторное обследование опережает беседу врача. Во-вторых, задача, стоящая перед врачом, весьма сложная и качественно отличается от традиционного стиля диагностики. Отклонения в показателях могут быть самыми разнообразными и по выраженности и по комбинациям. В таких условиях, предъявляющих высокие требования к интеллекту врача, ему уже не обойтись без помощи ЭВМ, причем искусство расспроса не страдает. Напротив, возрастают требования к врачебному искусству беседы с пациентом и его обследованию, когда нужно выявлять весьма тонкие детали ощущений больного, до сих пор не предъявлявшего жалоб, детали образа жизни, его психологии. В процессе общения врача и пациента должен чрезвычайно возрасти деонтологический аспект: это и необходимость сообщить пациенту о его заболевании или подозрении на какое-то заболевание, и необходимость убедить пациента в важности дополнительного обследования, направления в специализированное отделение, что нужно делать с учетом индивидуальности человека, его социально-психологического склада. ЭВМ подскажет алгоритм, согласно которому должен действовать врач.

Таким образом, наряду с интенсификацией диагностики изменяется стиль работы врача и соответственно клинического мышления; меняется и отношение врача к ЭВМ, он нуждается в ней. В условиях скрининга иным становится подход к проблеме избыточного обследования. Исследования просто необходимы, причем систематические, по 1—2 раза в год с целью раннего выявления возможных проявлений заболеваний внутренних органов. Резкое возрастание объема исследования требует решения проблемы его автоматизации и определения такого объема исследований, который был бы достаточно эффективным с позиции выявления основных форм патологии, одновременно кратким и экономичным.

Применение ЭВМ в диагностике развивается (и довольно успешно) в нескольких направлениях, в том числе создаются системы, основанные на логике врачебного мышления [3, 4]. На использование ЭВМ в медицине, с нашей точки зрения, в значительной степени оказывает влияние традиционный стиль клинического мышления, что выражается в чрезмерном увлечении анкетированием при скринингах, в стремлении заменить врача. Не отвергая категорически такое направление использования ЭВМ в медицине, все-таки нельзя его считать перспективным, поскольку методологически оно

основано на традиционном стиле мышления (сначала расспрос, затем объективный осмотр и далее лабораторное и инструментальное обследование).

В новых условиях взаимоотношение врача и ЭВМ представляется весьма конкретным. ЭВМ должна уметь давать все необходимые алгоритмы, соответствующие данному набору скрининговых лабораторных и инструментальных исследований, что является вполне реальной задачей. ЭВМ может стать хорошим помощником врачу, вовсе не заменяя его, а резко ускоряя процесс диагностики. Составление соответствующих алгоритмов не представляет принципиальных сложностей. Нужно лишь уложить максимум информации, учесть степень вероятности основных и прочих возможных решений, а также алгоритмы раскрытия любого из указанных диагностических путей. На этом решение первой задачи информационно-диагностического центра можно считать законченным. Вторая задача такого центра состоит в том, чтобы информация о пациенте хранилась в должном объеме и могла быть востребована в любой момент.

Конечно, возможности усложнения и совершенствования использования ЭВМ безграничны, однако на данном этапе нужно решать конкретные практические задачи. Наиболее важная из них — создание таких систем обследования пациента, которые, минуя врача или любого другого специалиста, поступали бы в память ЭВМ уже в обработанном виде. Например, обработка ЭКГ и показателей вентилиции легких не так уж сложна. Более трудной для врача представляется проблема автоматического чтения флюорограмм, биохимических и лабораторных показателей крови, однако ее также необходимо решить. Реализация программы диспансеризации всего населения невозможна без создания таких информационно-диагностических центров.

Проф. Ф. Ф. Тетенев (Томск)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокша В. Г., Брудная Э. Н., Попов А. А., Шульга В. А. // Автоматизированная система оценки функции дыхания. — Киев, Здоров'я, 1983.
2. Василенко В. Х. // Введение в клинику внутренних болезней. — М., Медицина, 1985.
3. Кобринский Б. А., Большакова Г. С. // Сов. мед. — 1986. — № 8. — С. 47—51.
4. Хвастунов Р. М., Новиков Ю. В. // Казанский мед. ж. — 1986. — № 2. — с. 127—131.

Поступила 12.07.88.

ПРОБЛЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Е. В. Белогорская, Л. Я. Александрова, В. М. Локотунина,
Г. З. Юсупова, Т. И. Иванова, А. А. Новожилова*

*Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.— проф. Е. В. Белогорская)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Куршова,
1-я детская клиническая больница (главрач — М. Ш. Уразаева) г. Казани*

Частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению и варьирует от 4 до 14% [3]. Уровень невынашиваемости по ТАССР колеблется от 5,7 до 6%, однако в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске он превышает среднереспубликанский показатель [2].

Важность этой проблемы состоит в том, что недоношенность влияет на показатели детской смертности. Так, риск смерти недоношенного ребенка в 34—37 раз выше, чем у доношенного [4]. Недоношенные дети составляют около 70% среди новорожденных, умерших в возрасте до 7 дней жизни, причем около половины из них «маловесные дети», то есть те, масса тела которых равна или менее 1500 г [3]. У детей именно этой группы летальность достигает 40% более.

Анализ структуры детской смертности в Волго-Вятском районе показал, что недоношенные составляют 40—60% среди всех умерших детей [1].

В целях улучшения выхаживания недоношенных детей и дальнейшего снижения перинатальной и ранней детской смертности в Казани на базе 1-й детской клинической больницы в конце 1983 г. было открыто специализированное отделение для новорожденных. Нами проанализированы 214 историй болезни недоношенных детей, находившихся на втором этапе выхаживания.

I степень недоношенности была у 33,2% детей, II— у 43%, III— у 18,2%, IV— у 5,6%. Поскольку для преждевременных родов характерна многофакторность причин как медицинских, так и социальных, проведен анализ факторов риска при невынашивании беременности. Среди родивших недоношенных детей 57,9% матерей были первородящими, 42,1% — повторнородящими. Из первородящих 73% женщин были первобеременными. У большинства был отягощенный акушерский анамнез: у 41,5% — многократные аборт, у 14,4% — выкидыши. Причины недонашивания были тесно связаны с состоянием здоровья матери и во многом определяли зрелость и вес ребенка к моменту рождения. Так, экстрагенитальная патология выявлена у 19,6% женщин, из них у 7% были заболевания сердечно-сосудистой системы, у 5,7% — болезни по-

чек и мочевыводящих путей, у 2,8% — патология ЛОР-органов, у 2,0% — патология легких, у 2,1% — заболевания желудочно-кишечного тракта. В анамнезе у 23% женщин с преждевременными родами были заболевания гениталий.

Данные относительно влияния возраста на возникновение преждевременных родов разноречивы. По нашим наблюдениям, преждевременные роды были у женщин зрелого детородного возраста: у 38% — в возрасте от 18 до 25 лет, у 36,2% — от 25 до 30, у 14,1% — от 30 до 35, у 4,2% — до 18 лет и у 7,5% — старше 35 лет.

Среди факторов прерывания беременности большое место занимает патология беременности. Так, у $1/5$ женщин с преждевременными родами был гестоз, у $1/3$ — угроза прерывания беременности. Каждая восьмая женщина, родившая недоношенного ребенка, перенесла во время беременности острое респираторное заболевание. Такие вредные факторы, как заболевание матери, осложнения в течении беременности, влияют не только на вынашивание беременности, но и сказываются на состоянии и здоровье ребенка после рождения.

Изучение причин недонашивания беременности показало, что значительная роль принадлежит социальным факторам. У 45% женщин имели место профессиональные вредности и тяжести условия труда (вибрация, химическое производство, высокая температура, подъем тяжестей), большинство женщин (58%) были рабочими. Частота недонашивания у незамужних была в 2 раза выше, чем у замужних. По нашим данным, каждая шестая-седьмая женщина с преждевременными родами была незамужней, у 14 женщин ребенок был нежеланным. Анализ полученных данных свидетельствовал о возможности выделения групп риска по преждевременным родам.

Большие трудности в выхаживании недоношенных детей связаны с незрелостью органов и систем, которая проявляется неадекватной реакцией организма на условия среды. Это обуславливает высокую частоту синдрома нарушения ранней адаптации — синдрома дыхательных расстройств. В его основе лежат морфологическая и функциональная незрелость легких, внутри-

утробная гипоксия, дефицит сурфактанта и неспособность легких к полному расправлению. Синдром дыхательных расстройств отмечался в первые дни после рождения у 50—70% недоношенных детей. По данным отделения патологии новорожденных, данный синдром наблюдался лишь у 10% недоношенных детей, так как они поступали из родильных домов на 2-й неделе жизни. Непосредственными причинами развития этого синдрома были пневмопатия в виде ателектазов легких и натальная травма центральной нервной системы. Отечный синдром был диагностирован у 28% недоношенных.

Ателектазы легких являются самой частой формой пневмопатии у недоношенных детей. Они были диагностированы клинически и рентгенологически у 60% детей, причем при I степени недоношенности — у 36,6%, при II — у 58,7%, при III — у 94,8%, при IV — у 100%. Таким образом, частота пневмопатии зависела от степени зрелости недоношенного ребенка.

У $\frac{1}{3}$ детей на фоне ателектазов легких развилась пневмония. Она проявлялась усилением симптомов интоксикации, появлением приступов асфиксии, выслушиванием мелкопузырчатых влажных хрипов. У $\frac{1}{3}$ детей ателектазы легких сочетались с натальной травмой центральной нервной системы. Ее частота у недоношенных, по данным отделения патологии новорожденных, составляла 48%. У большинства детей состояние было тяжелым. Отмечались выраженные вялость, адинамия, диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия, снижение активности сосания или отсутствие сосательного и глотательного рефлексов.

Изучение развития недоношенных на первом месяце жизни показало, что первоначальная потеря массы тела до 5% наблюдалась у 12% детей, до 10—15% — у 59%, свыше 15% — у 29%; последнее объяснялось тяжелым заболеванием ребенка, частыми срыгиваниями или спадением отеков. У большинства детей первоначальная масса тела восстанавливалась ко 2—3-й неделе жизни.

Внутриутробное развитие задерживалось у 36% недоношенных детей. Для них было характерно снижение массы тела по отношению к гестационному сроку. Высокая частота врожденной гипотрофии была обусловлена, по-видимому, тем, что эта патология является универсальной реакцией плода в ответ на неблагоприятные условия внутриутробного развития.

Средняя прибавка массы тела за 1-й месяц жизни при I степени недоношенности составляла 240 г, при II—310 г, при III—160 г, при IV—190 г. Наименьшая прибавка массы за 1-й месяц жизни у недоношенных по сравнению с доношенными была связана с особенностями процесса адаптации к новым условиям существования и с

более значительной первоначальной потерей массы тела.

Прибавка массы тела за 2-й месяц жизни при всех степенях недоношенности была равна в среднем 500 г. Незрелость организма недоношенных и быстрая истощаемость основных физиологических процессов вызывают необходимость создания для них особого щадящего режима, предусматривающего вскармливание грудным молоком, соблюдение температурного режима и асептического ухода.

Все недоношенные на втором этапе выхаживания получали нативное или донорское грудное молоко. Отсутствие или угнетение сосательного и глотательного рефлексов требовало специальных методов вскармливания (зонд — соска — грудь). Продолжительность вскармливания через зонд определялась степенью незрелости и общим состоянием ребенка. Длительность пребывания ребенка с III—IV степенью недоношенности в закрытом кувете была индивидуальной и составляла не более 7 дней.

Инфузионную терапию проводили с учетом расстройств гемодинамики, нарушения водно-электролитного и билирубинового обменов, симптомов инфицирования, а также с целью парентерального питания. Все недоношенные получали оксигенотерапию, глутаминовую кислоту, витамины С, группы В (В₁ и В₆) с обязательным назначением затем витамина Е. Выписывали детей из отделения второго этапа выхаживания при достижении массы тела 2 кг. Дети с недоношенностью I степени находились в отделении патологии новорожденных 16 дней, II—30, с III—50, с IV—70 дней.

Этиотропную и посиндромную терапию назначали в зависимости от диагноза заболевания. Анализ летальных исходов в отделении патологии новорожденных показал, что недоношенные дети составляют большой удельный вес среди умерших: в 1985 г. их было 42%, в 1986 г.—61%, в 1987 г.—71%, в 1988 г.—50%.

Летальность среди недоношенных была равна в 1985 г. 6,6% (8 умерших из 121 недоношенного ребенка), в 1986 г.—4,2% (соответственно 8 из 191), в 1987 г.—5,5% (10 из 180), в 1988 г.—1,8% (4 из 218). Летальные исходы в 60% случаев были у недоношенных III и IV степени.

В структуре летальности, по данным патологоанатомического вскрытия, доминировал сепсис: он был зарегистрирован у половины умерших детей. В 1987 г. 5 из 6 детей, поступивших из observationalного отделения родильных домов, умерли от сепсиса. Высокая летальность от сепсиса у недоношенных детей объясняется поздним созреванием защитных систем организма, большим полиморфизмом клинических симптомов, генерализованной реакцией всех органов и сис-

тем и, следовательно, трудностью диагностики.

На втором месте в структуре летальности была патология органов дыхания (синдром дыхательных расстройств, пневмония, гидронефроз). Кроме того, по одному случаю были представлены гемолитическая болезнь новорожденного (отечная форма), герпетическая инфекция, глубокая недоношенность, гидроцефалия, множественные пороки развития. Клинический и патологоанатомический диагнозы совпали в 92—93% случаев.

С целью оценки физического и психомоторного развития недоношенных детей первого года жизни были проанализированы истории развития 205 таких детей по материалам 2-й детской поликлиники. Удвоение массы тела во всех весовых группах происходило к 3, утроение — к 5—6 мес. К году масса тела увеличивалась в 4—6 раз и составляла для детей с I степенью недоношенности 9,8 кг, со II—9 кг, с III—8,6 кг, с IV—8,5 кг. Рост недоношенного ребенка в возрасте одного года достигал в среднем 70—73 см. Психомоторное развитие недоношенных и доношенных детей различалось. Уровень психомоторного развития зависел от степени зрелости. Так, у детей с I степенью недоношенности не было выявлено отклонений в психомоторном развитии. При II степени недоношенности дети начинали удерживать голову в вертикальном положении в 2 мес, сидеть в 7—8 мес, ходить — в 12—14 мес, произносить первые слова — к году; при III степени — соответственно в 3, 8—10, 14—15, 12—13 мес; при IV степени — в 3—3,5, 8—10, 14—15, 12—14 мес. Прорезывание зубов происходило в более поздние сроки. У детей с I степенью недоношенности первые зубы прорезывались в 7—9 мес (у 4,3% детей в возрасте одного года не было зубов), со II степенью — в 7—10 мес (у 9,5% детей в возрасте одного года не было зубов); при III степени — лишь 30% детей имели зубы к одному году. У детей с IV степенью недоношенности первые зубы появились в возрасте одного года.

В течение первого года жизни отмечалась высокая частота заболеваний органов дыхания. Так, пневмонией болели 10% детей с I степенью недоношенности, 25% — со II, 50% — с III—IV степенью. На втором году жизни сохранялась высокая заболеваемость ОРЗ и пневмонией.

Последствия натальной травмы центральной нервной системы в виде миотонического синдрома были выявлены у 13% детей, спастического тетрапареза — у 7%, гипертензионно-гидроцефального синдрома — у 8,5%. Эпилепсия была диагностирована у 1,4% детей.

В возрасте одного года анемия была обнаружена у 42% детей с I степенью недоношенности, у 50% — со II и у 80% — с III—IV степенью. Дистрофия типа гипотрофии I—II степени пре- и постнатальной этиологии была констатирована у 25% детей с I степенью недоношенности, у 30% — со II и у 50% — с III—IV степенью.

Анализ историй развития показал, что в поликлинических условиях наблюдается гиподиагностика рахита, несмотря на распространенность рахита именно у недоношенных детей. $\frac{2}{3}$ детей в первый год жизни находились на искусственном вскармливании.

В заключение следует подчеркнуть, что в общем объеме мероприятий по снижению детской смертности значительное место должны занимать меры по снижению невынашиваемости, а также клинические и организационные проблемы выхаживания и реабилитации недоношенных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю. // Педиатрия. — 1988. — № 9. — С. 85—88.
2. Бардина Г. А., Никольская Л. А., Фаттахова Ф. А., Миннекаев Х. Х. // Казанский мед. ж. — 1988. — № 3. — С. 161—163.
3. Вельтишев Ю. Е., Дементьева Г. М. // Вопр. охр. мат. — 1988. — № 6. — С. 7—12.
4. Яцык Г. В. // Педиатрия. — 1987. — № 4. — С. 17—21.

Поступила 06.02.89.

УДК 616.127—005.8

ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ

И. А. Латфуллин, М. Н. Гаянова, В. М. Белопухов, Р. Ш. Миннетдинов

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав.— доктор мед. наук И. А. Латфуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В широко распространенной классификации ишемической болезни сердца не случайно выделяются две формы инфаркта миокарда — крупноочаговый и мелкоочаговый. Эти формы требуют и соответствующей ле-

чебной тактики [4]. Многолетний клинический опыт создал представление о более легком течении и благоприятном прогнозе мелкоочагового инфаркта миокарда, но время от времени появляются сообщения [2, 3],

заставляющие пересматривать к нему отношение из-за склонности этой формы к рецидивированию, непрогнозируемому частому обострению и даже худшему прогнозу.

Мы сочли необходимым поделиться своими наблюдениями трансформации мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный у 14 (мужчин—12, женщин—2) из 108 больных в возрасте от 36 до 68 лет (средний возраст—52,3 года). Контрольную группу составили 40 больных такого же возраста с первичным мелкоочаговым инфарктом миокарда обычного течения. Обращаем внимание на возраст, ибо есть сообщения [1], что мелкоочаговый инфаркт миокарда в отличие от трансмурального чаще возникает у больных пожилого и старческого возраста, длительно страдающих артериальной гипертензией и стенокардией, нередко на фоне имеющихся рубцовых изменений миокарда. Диагноз мелкоочагового инфаркта миокарда верифицировали на основании клинико-лабораторных (анамнез, показатели периферической крови и ферментного спектра) и ЭКГ-данных (изменения сегмента ST и зубца T). Трансформацию мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный наблюдали у тех больных, у которых при прочих схожих факторах риска ишемической болезни сердца (гипертоническая болезнь, курение, частое употребление алкоголя), предрасполагающих к инфаркту миокарда (то есть, как и у оставшихся 94 больных), на фоне терапии, казалось бы, адекватной состоянию, отмечали учащение приступов стенокардии (у 12), нарушение ритма и проводимости (у 13) и, особенно, изменения показателей гемокоагуляции (см. табл.). Трансформация в крупноочаговый инфаркт миокарда у 3 больных возникла на 3-и сутки пребывания в клинике и закончилась летальным исходом. У 11 больных катастрофа произошла на более поздних сроках; все больные в удовлетворительном состоянии были выписаны из клиники и после реабилитационного лечения в санатории вернулись к своему профессиональному труду.

Приводим наблюдение.

Б., 36 лет, поступил в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи 08.10.1987 г. с ЭКГ-данными мелкоочагового инфаркта миокарда. Заболел остро (утром), появились боли за грудиной, которые продолжались в течение 30 минут. Два последних года отмечает повышение артериального давления (20,0—21,3/12,6—13,3 кПа), курит, часто употребляет алкоголь. На ЭКГ от 08.10.1987 г. по сравнению с ЭКГ от 18.10.1986 г., снятой во время профилактического осмотра, были признаки мелкоочагового инфаркта миокарда (см. рис. 1). Анализ крови: Hb—2,24 ммоль/л, эр.— $4,0 \cdot 10^{12}/л$, л.— $8,5 \cdot 10^9/л$, п.—6%, с.—70%, мон.—2%, лимф.—22%, СОЭ—

10 мм/ч, протромбиновый индекс—88%, фибриноген Б (растворимые комплексы фибрин-мономера) отрицательный, фибриноген—3,33 г/л, фибринолитическая активность—11%.

Электрокоагулограмма (см. рис. 2а): T₁ (начало свертывания крови)—1 мин 40 с, T₂ (продолжительность процесса свертывания)—4 мин, T₃ (начало ретракции и фибринолиза)—10 мин 30 с. В последующие дни состояние было удовлетворительным, но на 5-е сутки (продолжал принимать сустан) появились боли в области сердца (1—2 раза в сутки), которые были купированы приемом нитроглицерина и ненаркотических анальгетиков. На 8-й день пребывания в клинике в 6 ч утра внезапно развилась клиническая смерть (на мониторе—фибрилляция желудочков; см. рис. 1). Начаты реанимационные мероприятия (дефибрилляция—5 кВ, искусственная вентиляция легких). После первого же разряда восстановился синусовый ритм и были продолжены усилия по поддержанию гемодинамики (антиаритмические препараты, реополиглюкин).

На ЭКГ от 16.10. в 10 ч (рис. 1)—трансмуральный инфаркт миокарда. Налажено контроль за состоянием центрального, периферического и микроциркуляторного

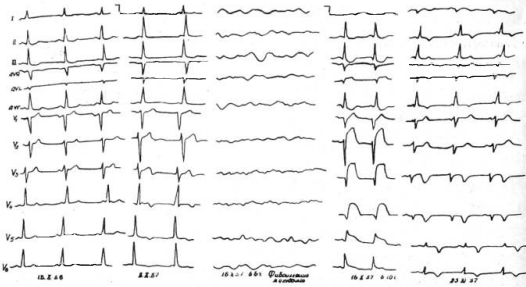


Рис. 1

кровотока (интегральная реография тела, микроциркуляция сосудов бульбарной конъюнктивы). Ударный индекс составлял $0,038 \text{ л} \cdot \text{м}^{-2}$, сердечный индекс— $0,043 \text{ л} \cdot \text{с}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$, индекс минутной работы— $0,063 \text{ кгм} \cdot \text{с}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$, индекс ударной работы— $51 \text{ кгм}/\text{м}^2$, удельное сопротивление (периферическое)— $325 \text{ кПа} \cdot \text{с} \cdot \text{л}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$. Соотношение артериол к венам равнялось 1:4, отмечались извитость венул, стазирование в капиллярах; конъюнктивальный индекс возрос до 9 баллов (норма—2—3 балла). Электрокоагулограмма (рис. 2б): максимальная амплитуда снижена, начало ретракции и фибринолиза замедлено. Анализ крови от 16.10.1987 г.: л— $11,65 \cdot 10^9/л$, п.—6%, с.—76%, мон.—4%, лимф.—14%. В последующие дни состояние больного оставалось стабильным. Расширение режима проводили по пятидневной программе

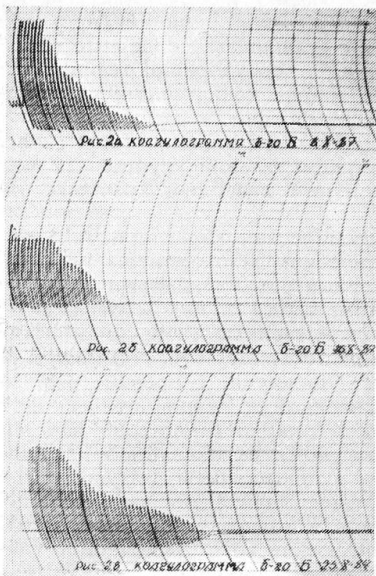


Рис. 2

Показатели гемокоагуляции у больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда, трансформированным в трансмуральный

Показатели	Контроль-ная группа	Больные с трансформацией	P
Протромбиновый индекс по Квику, %	92,0±6,9	118,0±3,4	<0,05
Фибриноген, г/л	2,7±0,3	5,1±0,3	<0,05
Показатели электрокоагулограммы, мин			
T ₁ — начало свертывания	2,5±0,1	4,0±0,6	>0,05
T ₂ — конец свертывания	8,3±0,5	10,9±0,5	>0,05
T — продолжительность свертывания	5,8±0,5	7,8±0,8	>0,05
T ₃ — начало ретракции и фибринолиза	11,7±0,7	17,5±1,2	<0,05
Фибринолитическая активность, %	25,0±3,7	11,0±3,1	<0,05

УДК 616.127—002—085.355:577.15

О ПРИМЕНЕНИИ КОФЕРМЕНТНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ АБРАМОВА — ФИДЛЕРА

А. Ф. Мазурец

Кафедра внутренних болезней № 1 (зав. — проф. В. Ф. Кубышкин) Крымского медицинского института

Недостаточная эффективность кардиотонической терапии у больных миокардитом Абрамова — Фидлера в значительной мере обусловлена глубокими метаболическими изменениями пораженной сердечной мышцы [10]. Эти нарушения касаются прежде всего механизмов энзимной регуля-

реабилитации. При выписке (рис. 2в) электрокоагулограмма была в пределах нормы.

Следует отметить, что вопросы прогнозирования даже неосложненного инфаркта миокарда, несмотря на обилие клинических симптомов и лабораторно-инструментальных методов его диагностики, остаются проблематичными. Поэтому в представленной работе мы попытались в клинике инфаркта миокарда обратить внимание (в плане прогнозирования заболевания) не столько на анатомические сведения (гипертоническая болезнь, курение, употребление алкоголя) или течение инфаркта миокарда (учащение приступов стенокардии, появление острых нарушений ритма или проводимости), которые являются очень важными для врача моментами, сколько на состояние свертывающей системы. При отсутствии коррекции эта система способствует возникновению повторных тромбозов в коронарных сосудах (у нас было 11 таких больных) и, естественно, усугубляет клинику уже развившегося инфаркта миокарда. Наши данные (см. табл.) подтверждают результаты многочисленных исследований о роли свертывающей системы в генезе и течении инфаркта миокарда и необходимости контроля за ее показателями. К сожалению, именно им до сих пор почему-то уделяется недостаточное внимание при курации больных ишемической болезнью сердца как в поликлиниках, так и в условиях стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жаров Е. И., Злочевский П. М., Солкин Е. В. и др. // Кардиология. — 1986. — № 5. — С. 100—101.
2. Матусова А. П., Масленников О. В., Обухова А. А. // Кардиология. — 1973. — № 2. — С. 36—39.
3. Попов В. Г., Розова Н. К., Погребная Н. А. и др. // Кардиология. — 1979. — № 10. — С. 27—31.
4. Чазов Е. И. // В кн.: Руководство по кардиологии. — М., Медицина, 1982. — Т. 3.

Поступила 06.01.88.

ции белковосинтетического и энергетического обмена миокарда [11]. Действие ряда синтезированных в последние годы коферментных препаратов направлено на коррекцию указанных метаболических сдвигов. В качестве средства метаболической терапии нами избран пиридоксальфосфат —

многофункциональный биологический агент, участвующий, как простетическая группа трансминаз, декарбоксилаз и других ферментов, в реакциях синтеза аминокислот, пуриновых и пиримидиновых оснований [9]. В лечебный комплекс были включены также кобамамид — кофермент, играющий роль активной простетической группы биокатализаторов реакций цикла лимонной кислоты [14], и фосфаден, принимающий участие в регуляции окислительно-восстановительных процессов в клетке и регенерации ее энергетического потенциала [8]. Принципиальным преимуществом коферментных препаратов является их высокая биологическая активность, которая объясняется высоким сродством к апоферменту, что обеспечивает оптимизацию скоростей ферментативных реакций, экономии белкового катализатора и как результат быстроту и выраженность развития метаболического эффекта [4]. Высокая терапевтическая эффективность указанных препаратов подтверждена ранее в условиях эксперимента на модели токсической кардиомиопатии, а также у больных инфекционно-аллергическим миокардитом и вегетативно-дисгормональной миокардиодистрофией [5, 7].

С учетом установленной корреляции между ферментативным спектром миокарда и клетками периферической крови, в первую очередь лимфоцитами [11], последние рассматривались нами как средство мониторингового контроля за характером метаболических сдвигов в сердечной мышце в ходе альтернативно-репаративного патологического воспалительного процесса.

Цель работы — уточнить терапевтические возможности указанного выше коферментного лечебного комплекса у больных идиопатическим миокардитом Абрамова — Фидлера.

Под наблюдением находились 32 пациента с идиопатическим миокардитом в возрасте от 30 до 46 лет. Диагноз заболевания основывался на результатах комплексного клинического и лабораторно-инструментального обследований с последующим катamnестическим наблюдением за указанным контингентом больных в течение 1,5—3 лет.

Цитохимическое исследование активности дегидрогеназ молочной (ЛДГ), янтарной (СДГ) кислот, глицерофосфата (α -ГФДГ) и глюкозо-6-фосфата (Г-6-ФДГ) в лимфоцитах периферической крови проводили суправитальным методом [2, 3] с использованием лейкоконцентрата. Средний цитохимический показатель рассчитывали по методу [13], статистическую обработку результатов производили с помощью программируемой микро-ЭВМ «Электроника БЗ-34». Ферментативную активность исследовали дважды: при поступлении больных в стационар и перед выпиской. У 20 больных (основная группа) в лечебный комплекс по-

мимо традиционной терапии (противовоспалительные препараты, сердечные гликозиды, диуретики, сосудорасширяющие) был включен набор коферментных препаратов: пиридоксальфосфат в дозе 0,01 г, кобамамид (0,001 г) и фосфаден (0,04 г) в сутки. Больным контрольной группы (12 человек) коферментный лечебный комплекс не назначали.

Цитохимическая характеристика больных идиопатическим миокардитом по приведенным параметрам дегидрогеназной активности (см. табл.) в целом отражает изменения, свойственные инфекционно-аллергическому миокардиту [6]. Диффузное поражение миокарда с резко выраженной дистрофической и некробиотической трансформацией кардиомиоцитов закономерно сопровождается активизацией пластической функции и повышением активности фосфоглюконатного шунта по данным Г-6-ФДГ. Снижение активности фосфоглюконатного пути биологического окисления глюкозы, как видно из таблицы, связано главным образом с проявлением неспецифического противовоспалительного эффекта и объясняется, вероятно, уменьшением интенсивности белково-синтетических процессов по мере ликвидации обострения. Вместе с тем и после завершения проведенного курса лечения активность Г-6-ФДГ находилась на уровне, превышавшем физиологической.

Снижение функционального напряжения анаэробных путей окисления — триозофосфатного и гликолитического (по показателям цитоплазматической α -ГФДГ и ЛДГ) указывает на глубокие расстройства энергетического баланса клетки, лежащие в основе формирующейся у этих больных энерго-пластической дезинтеграции.

В этих условиях реализации терапевтического эффекта коферментного лечебного комплекса идет в первую очередь путем стимуляции анаэробных механизмов окисления (α -ГФДГ и ЛДГ), причем уровень напряжения гликолитических окислительных процессов значительно превосходит активность триозофосфатного шунта. Преобладание анаэробных механизмов, по-видимому, в определенной степени связано с повреждением гистогематического барьера и нарушением гемомикроциркуляторно-мышечных взаимоотношений [12]. Наблюдающееся в процессе лечения ингибирование митохондриальной СДГ в лимфоцитах существенно усиливается под влиянием коферментного лечебного комплекса.

Данные катamnеза подтверждают целесообразность практически перманентной метаболической терапии у больных данного контингента: у получавших коферментный лечебный комплекс ухудшение состояния наступило через 3—4,5 мес, в контрольной группе — через 1,5—2,5 мес. Развившееся обострение потребовало повторной госпита-

Показатели дегидрогеназной активности лимфоцитов крови у больных миокардитом Абрамова — Фидлера в процессе лечения и у здоровых лиц ($M \pm m$)

Группы обследованных	Активность фермента, УЕА			
	Г-6-ФДГ	α -ГФДГ	ЛДГ	СДГ
Больные до лечения ($n=32$)	$0,899 \pm 0,047$ $P_1 < 0,001$	$0,495 \pm 0,048$ $P_1 < 0,001$	$0,614 \pm 0,068$	$0,783 \pm 0,055$ $P_2 < 0,001$
Больные основной группы после лечения ($n=20$)	$0,762 \pm 0,061$	$0,715 \pm 0,033$ $P_2 < 0,001$ $P_3 < 0,01$	$0,945 \pm 0,063$ $P_2 < 0,01$ $P_3 < 0,01$	$0,415 \pm 0,026$ $P_2 < 0,001$ $P_3 < 0,01$
Больные контрольной группы после лечения ($n=12$)	$0,749 \pm 0,058$	$0,556 \pm 0,037$ $P_1 < 0,01$	$0,702 \pm 0,052$	$0,598 \pm 0,049$ $P_2 < 0,02$
Здоровые лица ($n=20$)	$0,647 \pm 0,043$	$0,808 \pm 0,059$	$0,715 \pm 0,046$	$0,489 \pm 0,035$

Примечание. УЕА — условные единица активности; P_1 — достоверность различия показателей у больных и здоровых лиц, P_2 — достоверность эффекта лечения, P_3 — достоверность преимущества лечения с использованием коферментного лечебного комплекса.

лизации 4 из 10 больных контрольной группы и 3 из 20 больных основной группы.

Таким образом, назначение указанного коферментного лечебного комплекса больным идиопатическим миокардитом Абрамова — Фидлера в определенной мере способствует снижению частоты и тяжести рецидивов заболевания, удлиняет срок терапевтической ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атаханов Ш. Э., Духова З. Н., Катосова Л. А. // Мед. журн. Узбекистана. — 1982. — № 5. — С. 63—68.
2. Борисова М. А., Овчаренко Н. И., Спатов А. С. // Лабор. дело. — 1975. — № 12. — С. 35—37.
3. Борисова М. А., Овчаренко Н. И., Каид Ф. М., Шпак С. И. // Лабор. дело. — 1983. — № 5. — С. 26—27.
4. Коферменты/под ред. В. А. Яковлева. — М., 1973.
5. Кубышкин В. Ф., Мазурец А. Ф., Колбасин П. Н. // Депонирована во ВНИИМИ

№ Д-13381 (12.05.1987).

6. Мазурец А. Ф., Кубышкин В. Ф. // В кн.: Физиология и патофизиология сердца и коронарного кровообращения. — Тезисы II Всесоюзного симпозиума. — Киев, 1987.

7. Мазурец А. Ф., Кубышкин В. Ф., Дзюба М. В. // В кн.: Применение ферментов в медицине. — Тез. докл. республ.-научной конф. — Симферополь, 1987.

8. Машковский М. Д. // Лекарственные средства. — Изд. 10-е, стереотипное. — М., 1985. — Ч. 2.

9. Нормальное кроветворение и его регуляция/под ред. Н. А. Федорова. — М., 1976.

10. Палеев Н. Р., Одинокова В. А., Гуревич М. А., Найштадт Г. М. // Миокардиты. — М., 1982.

11. Руководство по кардиологии/под ред. Е. И. Чазова. — М., 1982. — Т. 1.

12. Хехт А. // Введение в экспериментальные основы современной патологии сердечной мышцы. — М., 1975.

13. Astaldi G., Verga L. // Acta Haemat. — 1957. — Vol. 17. — P. 129.

14. Barker H. A. // Ann. Rev. Biochem. — 1972. — Vol. 41. — P. 55—59.

Поступила 09.07.87.

УДК 615.273.55.201.4.6:615.451.234—08:616.005.6—08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИПОСОМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТЕРРИЛИТИНА

Т. Н. Ковалева, Г. Д. Кобринский

Научно-исследовательский институт морфологии человека
(директор — академик АМН СССР, проф. Н. К. Пермяков) АМН СССР

Среди различных путей введения лекарственных веществ в организм больного наиболее простым и удобным является их прием внутрь. Однако такой способ приемлем лишь в тех случаях, когда молекулы введенных веществ не разрушаются под воздействием ферментов пищеварительного тракта. В особенности это относится к лекарствам белковой природы, подвергающимся деградации

в результате воздействия различных протеолитических ферментов. Поэтому не удивляют многочисленные попытки экранировать вводимые внутрь вещества от их биодеградации в пищеварительном тракте. Наиболее просто данный вопрос можно было бы решить с помощью какого-либо носителя. Поиски привели исследователей к липосомам — фосфолипидным пузырькам, способ-

ным содержать в себе другие вещества.

Липосомы были открыты в 1965 г. английским исследователем Алемом Бангемом. Долгое время их использовали исключительно для изучения свойств клеточных мембран. Однако в начале 70-х годов Грегори Грегориадис обратил [2] внимание на возможность применения липосом как носителей лекарств. Его идея оказалась чрезвычайно плодотворной и в короткое время породила лавину экспериментов. Действительно, многие свойства липосом выделяют их среди других кандидатов в носители лекарств. К ним относятся, во-первых, сходство липосом по составу с природными мембранами клеток и в связи с этим хорошая переносимость организма; во-вторых, их универсальность. Если первым свойством обладают и некоторые другие носители лекарств, то второе свойство липосом уникально. Благодаря полусинтетической природе их можно широко варьировать по составу, размерам, заряду их поверхности и другим характеристикам. Это позволяет липосомам связывать широкий круг фармакологически активных веществ: противоопухолевые и противомикробные препараты, гормоны, ферменты, вакцины и пр. Липосомы легко биодеградируются в организме. При соответствующем подборе состава они лишаются антигенных свойств или же сохраняют их в чрезвычайно малой, практически незаметной степени. Экранируя находящиеся внутри вещества от влияния окружающей среды, липосомы, в свою очередь, защищают здоровые клетки и ткани организма от токсического воздействия ряда препаратов (например, от тех, которые вводятся для лечения рака или лейшманиоза).

Липосомы позволяют осуществлять направленное введение лекарственных веществ, что дает возможность значительно увеличивать их концентрацию именно в тех местах, где они должны оказывать свое действие. Это, в свою очередь, позволяет снижать дозировку таких веществ, которые обладают токсичностью, то есть уменьшать их неблагоприятное влияние на организм.

К числу наиболее удивительных свойств липосом принадлежит их способность проникать через поверхность клеточных мембран в цитоплазму клеток и вводить внутрь клеток содержащиеся в липосомах вещества. Механизм этого феномена пока не нашел точного объяснения. Названные свойства липосом послужили основой для их использования с целью введения лекарств перорально.

Пионерами в данном направлении стали английские исследователи А. Патель и Б. Риман [9]. В 1976 г. они опубликовали результаты экспериментов введения в организм животных рег ос заключенного в липосомы гормона инсулина. Цель работы заключалась в изменении способа введения препарата больным диабетом. Обычно инсулин

вводят путем подкожных инъекций, весьма неприятных для больных, связанных с риском занесения инфекции и довольно обременительных для тех, кто не может вводить инсулин себе сам и вынужден в связи с этим прибегать к услугам других лиц. Кроме того, способ введения гормона внутрь более физиологичен, чем подкожный.

Опыты авторов прошли успешно и вызвали у крыс снижение уровня сахара в крови. Пероральным введением инсулина занялись и многие другие исследователи. Результаты исследований, проведенных в разных лабораториях ряда стран, в том числе и в СССР, оказались весьма противоречивыми, что до сих пор не позволяет прийти к единому мнению о пользе такого способа введения препарата. Работы в этом направлении продолжаются.

Способ введения в липосомах был апробирован и для других веществ: отмечены и положительный и отрицательный эффекты. Например, Хемкер с коллегами [5] вводили рег ос больному гемофилией А фактор VIII, заключенный в липосомы, и наблюдали увеличение его активности в плазме крови больного.

Нагата и сотр. [7] вводили кроликам с искусственно вызванной гипопротромбинемией заключенный в липосомы витамин K_1 и отмечали затем нормализацию содержания протромбина у этих животных. Введение чистого витамина K_1 тем же путем подобного действия не оказывало.

Яшкеревич и сотр. [6] показали, что введение крысам рег ос радиопротектора цистамина защищало их от действия радиоактивного излучения, тогда как введение свободного препарата такого эффекта не имело. Как было установлено, свободный цистамин подвергался в желудочно-кишечном тракте разрушению пищеварительными ферментами.

Мы изучали возможность получения тромболитического эффекта при введении внутрь в липосомальной форме препарата террилитина, протеолитического фермента, обладающего высокой тромболитической активностью [1, 4]. Липосомы готовили из лицитин-стандарта (фосфатидилхолина) и холестерина. Лицитин смешивали с холестерином в молярном соотношении 7:3, растворяли в хлороформе и выпаривали в роторном испарителе. Террилитин, растворенный в фосфатном буфере (рН 7,0—7,2), вводили в липосомы действием ультразвука [9]. При этом в 1 мл полученной эмульсии содержалось 30 мг липидов и 10 мг террилитина; размер полученных липосом, близкий к 1 мкм, определяли методом электронной микроскопии. Включение террилитина в липосомы оценивали с помощью террилитина, меченого ¹²⁵I. Радиохимическая чистота ¹²⁵I террилитина составляла 96,7%. Включение террилитина в липосомы, по данным

электрофореза, проведенного на ацетатцеллюлозной пленке (рН 8,6) [3], составляло $62 \pm 9\%$.

Полученную липосомальную форму препарата террилитина в дозе 50—280 ПЕ/кг массы вводили внутрь кроликам с экспериментальными тромбами, моделированными в изолированном участке бедренной вены; наличие или отсутствие тромба контролировали гистологическими методами. Применение террилитина в липосомальной форме в 43,7% случаев приводило к полному лизису суточных тромбов; у 37,5% животных наблюдались пристеночные тромбы на разных стадиях лизиса, и лишь у 18,7% кроликов тромбы сохранялись. В контрольной группе в те же сроки в 75% случаев тромбы оставались и в 25% — имел место спонтанный лизис (на разных стадиях).

Состояние гемостаза оценивали по данным тромбозластографии, агрегационной активности тромбоцитов, концентрации фибриногена и фибринолитической активности плазмы. Исследования гемостаза, проводимые через 1, 2—3 и 24 ч после введения террилитина в липосомальной форме, показали, что свертывающая активность крови снижается уже через 1 ч за счет удлинения времени образования тромбина — удлинения показателя тромбозластограммы (с $4,89 \pm 0,41$ до $6,30 \pm 0,93$ мин; $P < 0,01$), что коррелировало с уменьшением концентрации фибриногена (с $4,79 \pm 0,29$ до $3,97 \pm 0,59$ г/л; $P < 0,05$), снижением агрегационной активности тромбоцитов (с $58,9 \pm 2,0$ до $47,1 \pm 2,7\%$; $P < 0,01$), увеличением фибринолитической активности (с $30,0 \pm 1,4$ до $35,5 \pm 1,9$ мм²; $P < 0,01$). Наибольшее снижение свертывающего потенциала плазмы отмечалось через 2—3 ч после введения липосомальной формы террилитина, при этом показатель Р тромбозластограммы удлинялся до $7,0 \pm 0,8$ мин ($P < 0,05$), агрегация тромбоцитов снижалась до $43,9 \pm 2,6\%$ ($P < 0,01$), концентрация фибриногена — до $3,8 \pm 0,3$ г/л ($P < 0,05$), фибринолитическая активность повышалась до $40,1 \pm 3,8$ мм² ($P < 0,01$); гипокоагуляционные изменения сохранялись и через 24 ч после введения препарата.

Таким образом, применение липосомаль-

ных форм препарата террилитина при его введении внутрь приводит к снижению свертывающей активности, вызывает значительный тромболитический эффект. Свойство липосом проникать через стенки желудочно-кишечного тракта до сих пор не находит объяснения. Существующие данные о механизмах всасывания через стенки кишечника молекул различной природы не позволяют допустить возможность прохождения через них больших доз определенных веществ, заключенных в липосомы. Тем не менее некоторые вещества при их введении в липосомах проникают через стенки кишечника в кровяное русло и вызывают свойственное им действие в организме [8].

Данные наших исследований свидетельствуют, с одной стороны, о способности липосом экранировать заключенный в них террилитин от действия активных соединений, содержащихся в пищеварительном тракте, с другой — о возможности введения заключенного в них террилитина внутрь организма, что открывает перспективы для практического использования введения per os препаратов, влияющих на гемостаз в липосомальной форме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев С. В., Ковалева Т. Н., Миценко А. Л. и др. // В кн.: Тезисы доклада II Всесоюзного съезда гематологов и трансфизиологов. — 1985.
2. Грегориадис Г., Аллисон А. // Липосомы в биологических системах. — М., Мир, 1983.
3. Кулаков В. Н. // Органические соединения, меченные радиоактивными изотопами. — М., Наука, 1982.
4. Мамедов Я. Д., Рейш А. В. // В кн.: Актуальные проблемы гемостазиологии. — 1981.
5. Hemker H. C., Hermens W. T. et al. // *Lancet*. — 1980. — Vol. 1. — P. 70.
6. Jaskierowicz D., Genissel F. et al. // *Jutern. J. radiat biolohy*. — 1985. — Vol. 47. — P. 615.
7. Nagata M., Yotsuyanagi T., Nonomura M. // *Hemoteraihy*. — 1980. — Vol. 17. — P. 544.
8. Nishida J., Kamatahi N., Miyamoto T. // *Hemoteraihy*. — 1984. — Vol. 36. — P. 60.
9. Patel H., Ryman B. E. // *FEBC Lett.* — 1976. — Vol. 62. — P. 60.

Поступила 01.02.89.

УДК 615.471.03:616.12—073.97—039.57

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОКОМПЛЕКСА «ЛЕНТА МТ»

А. С. Галявич, А. И. Нефедова, Р. А. Саитова, Ф. М. Ахметова

Кафедра прпедедвтики внутренних болезней (зав.— проф. Я. М. Милославский)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Городской кардиологический диспансер (главврач — В. А. Гапоненко), Казань

Целью данной работы было изучение опыта применения отечественного кардиокомплекса «Лента МТ» для регистрации ЭКГ в течение 16 ч на магнитную ленту в кардио-

логическом диспансере. С июня 1987 г. была проведена 161 регистрация ЭКГ на магнитную ленту при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Показаниями к мониторингованию были нарушения ритма и проводимости, не зарегистрированные на ЭКГ покоя, необходимость контроля за эффективностью работы электрокардиостимуляторов, атипичные формы ИБС [1].

Результаты настоящего исследования представлены в таблице.

Наиболее частым нарушением ритма, встречавшимся при мониторинговании, была экстрасистолия — суправентрикулярная и желудочковая. При длительном мониторинговании частота выявления наджелудочковой экстрасистолии увеличивалась на 54%, а желудочковой экстрасистолии — на 27,3%.

Выявление изменений на ЭКГ покоя и при длительном мониторинговании (n=161)

Вид нарушения	ЭКГ покоя		Мониторирование	
	абс.	%	абс.	%
Экстрасистолия				
суправентрикулярная	7	4,3	94	58,4
желудочковая	5	3,1	49	30,4
Синусовая тахикардия	—	—	25	15,5
Пароксизмальная тахикардия				
суправентрикулярная	—	—	9	5,6
желудочковая	—	—	3	1,9
Фибрилляция предсердий	2	1,2	4	2,5
Синоатриальная блокада	—	—	2	1,2
Атриоventрикулярная блокада	2	1,2	4	2,5
Изменения сегмента ST	—	—	20	12,4

Целесообразность длительного мониторингования при установленном на ЭКГ покоя нарушении ритма подтверждается и тем, что оно позволяет регистрировать аритмии, которые не были отмечены на ЭКГ покоя и которые необходимо учитывать при лечении. Так, в одном из наблюдавшихся нами слу-

чаев на фоне мерцательной аритмии были зафиксированы частые желудочковые экстрасистолы и эпизоды желудочковой тахикардии. В другом случае также на фоне мерцательной аритмии были констатированы частые политопные желудочковые экстрасистолы и пароксизмы мерцательной тахикардии, что в обоих случаях позволило скорректировать проводимую терапию.

Несомненную значимость приобретает длительное мониторингование в контроле эффективности работы электрокардиостимуляторов, частота имплантации которых увеличивается с каждым годом. В наблюдавшемся нами случае длительная запись ЭКГ позволила установить у больной с имплантированным электрокардиостимулятором при наличии соответствующих жалоб периоды асистолии длительностью от 1,6 до 4,8 с. Данное обстоятельство послужило поводом для направления больной на замену электрокардиостимулятора.

Длительное мониторингование приобретает важное значение в диагностике ИБС, в частности ее атипичных форм. В нашем исследовании изменения сегмента ST при проведении мониторингования были констатированы у 20 больных: у 17 — его депрессия (причем у 2 пациентов она не сопровождалась болью), у 3 — его подъем, что при наличии соответствующей клиники дало основание поставить диагноз стенокардии Принцметала.

Таким образом, длительное мониторингование с записью ЭКГ на магнитную ленту оказывает весьма существенную помощь в уточнении диагноза при нарушениях ритма сердца, ИБС и в контроле за эффективностью работы электрокардиостимуляторов. Следовательно, данный метод можно рекомендовать для широкого практического применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юренев А. П., Толстов А. Н., Дубинина Л. Т. // Кардиология. — 1988. — № 2. — С. 95—96.

Поступила 12.07.88.

УДК 616.12—007.2—089.168—005.5—07:576.8.077.3

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В. Н. Медведев, Г. И. Харитонов, Р. А. Валеев

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. — проф. В. Н. Медведев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

У больных с врожденными пороками сердца динамика иммуноглобулинов при операциях с АИК в доступной литературе не отражена. Изучение этих показателей представляется важным, поскольку данные, каса-

ющиеся больных с приобретенными пороками сердца, нельзя полностью распространять на пациентов с врожденной патологией. Это обусловлено, во-первых, тем, что при приобретенных пороках иммунологиче-

ская реактивность пациентов значительно изменяется ревматическим процессом и хроническим сепсисом и, во-вторых, тем, что длительность искусственного кровообращения при клапанном протезировании значительно больше, чем при коррекции врожденных пороков сердца.

Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови изучена нами у 11 больных с врожденными пороками сердца и у 11 доноров. У 5 больных были дефекты межжелудочковой перегородки, у 4 — дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с дефектом межпредсердной перегородки, у одного — дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с инфундибулярным стенозом выводного тракта правого желудочка и еще у одного — большой дефект межпредсердной перегородки. Возраст больных составлял от 4 до 14 лет.

Всем больным проводили радикальную коррекцию пороков сердца в условиях искусственного кровообращения. Летальных исходов не было. Использовали АИК фирмы «ПЕМКО» США с пенно-пленочным противоточным оксигенатором многофазового использования. Применяли «одноразовые» фильтры п/о «Север» и фирмы «Ультипор». Объемная скорость кровотока составляла 1500—3000 мл/мин. Длительность искусственного кровообращения — от 30 до 90 мин. Нагноительных процессов у больных не наблюдалось как в дооперационном периоде, так и после него.

Концентрацию иммуноглобулинов М, G и А изучали методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по методу Манчини. Содержание иммуноглобулинов в крови больных определяли до операции, при переводе больных в послеоперационную палату и на 7-е сутки после вмешательства. Перфузионную жидкость в АИК исследовали до начала искусственного кровообращения, через 15 мин после подключения аппарата к больному и в конце операции.

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов на этапах коррекции врожденных пороков сердца представлена в таблице. У обследованных больных исходное содержание Ig M, G, A находилось в пределах возрастных физиологических норм. Концентрация IgA у больных была ниже, чем у доноров ($P < 0,05$), что объясняется возрастными различиями.

Уровень иммуноглобулинов в перфузионной жидкости аппарата искусственного кровообращения был намного ниже, чем в донорской группе ($P < 0,05$). Причиной этого являлось значительное разведение консервированной крови плазмозамещающими растворами: соотношение кровь/кровезаменители в содержимом АИК составляло от 1,6/1 до 0,47/1.

Через 15 мин после подключения аппарата к больному концентрация иммуноглобулинов в перфузате повышалась за счет

перемешивания с кровью пациента. Без существенных изменений такая концентрация сохранялась до отключения аппарата. На этом этапе концентрацию иммуноглобулинов в перфузате и крови больного можно было считать равной. Она была значительно ниже дооперационной ($P < 0,05$). К моменту перевода больного в палату интенсивной терапии после прямого переливания 300—500 мл донорской крови содержание иммуноглобулинов возрастало и приближалось к исходному. Однако группа больных не была однородной: у четырех из них концентрация IgG была равна $54,5 \pm 4,9$ мкмоль/л, что было существенно ниже исходной ($71,5 \pm 3,5$ мкмоль/л; $P < 0,05$). Концентрация IgM и А также была сниженной, хотя и не в такой мере, как у IgG. Каких-либо особенностей проведения искусственного кровообращения, объясняющих дефицит иммуноглобулинов у этих больных, выявить не удалось. Следует отметить, что и сниженное содержание иммуноглобулинов в этих наблюдениях существенно не отличалось от показателей контрольной группы.

Исследования, проведенные через неделю после вмешательства, выявили дальнейший процесс нормализации изученных показателей.

Полученные данные о значительном снижении концентрации сывороточных иммуноглобулинов в процессе искусственного кровообращения подтверждают наблюдения предшествовавших исследователей. Это снижение можно объяснить отчасти разведением крови больного плазмозамещающими растворами из перфузионной жидкости аппарата искусственного кровообращения. Нельзя исключить и выпадение иммуноглобулинов на фильтрах и в магистралах АИК. У обследованных больных после отключения АИК происходила быстрая нормализация концентрации иммуноглобулинов. Мы склонны объяснять эти различия особенностями об-

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов на этапах коррекции врожденных пороков сердца ($M \pm m$)

Этапы коррекции	Уровень иммуноглобулинов, мкмоль/л		
	G	M	A
До операции	$58,2 \pm 5,0$	$1,1 \pm 0,2$	$7,3 \pm 0,9$
В перфузионной жидкости АИК до подключения к больному	$20,0 \pm 2,5$	$0,3 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,7$
через 15 мин от начала ИК	$37,4 \pm 2,6$	$0,5 \pm 0,1$	$5,7 \pm 0,7$
в конце ИК	$32,4 \pm 3,0$	$0,5 \pm 0,1$	$5,4 \pm 0,4$
В конце операции	$51,8 \pm 3,8$	$0,7 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,4$
На 7-е сутки после вмешательства	$58,2 \pm 4,2$	$1,0 \pm 0,1$	$8,8 \pm 2,0$
Доноры	$55,1 \pm 3,5$	$1,8 \pm 0,5$	$12,9 \pm 1,5$

следованной группы пациентов, а именно: длительность искусственного кровообращения не превышала 90 мин, что было значительно меньше, чем у больных с приобретенными пороками сердца (150—180 мин). Кроме того, можно предполагать, что у обследованных больных с врожденными пороками сердца резервно-компенсаторные возможности организма были более выражены, чем у больных с приобретенными пороками сердца. Быстрое повышение концентрации иммуноглобулинов в крови больных, происходившее вскоре после отключения АИК, объясняется, вероятно, как прямым переливанием донорской крови, так и мобилизацией депонированных иммуноглобулинов.

В послеоперационном периоде больные получали массивные переливания консерви-

рованной крови, что также способствовало повышению уровня иммуноглобулинов. По нашему мнению, адекватное содержание иммуноглобулинов в крови больных после операции в значительной мере благоприятствовало тому, что ни у одного из пациентов не развились нагноительные процессы.

Исходя из данных о значительном снижении концентрации иммуноглобулинов крови в процессе искусственного кровообращения, мы считаем необходимой проводить заместительную терапию препаратами, содержащими иммуноглобулины, в послеоперационном периоде. Целесообразен также иммунологический контроль, позволяющий оценивать эффективность лечения препаратами иммуноглобулинов.

Поступила 27.12.88.

УДК 616.517—085.355:577.15

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Σ -АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МАГНИЯ В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

А. П. Суворов

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. С. И. Довжанский) и кафедра биохимии (зав.— проф. В. И. Рубин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В связи с недостаточной эффективностью существующей терапии псориаза разработка новых перспективных способов лечения этого распространенного хронического рецидивирующего заболевания является одной из наиболее актуальных задач практической дерматологии. Высокая активность протеаз, особенно в острой фазе болезни, ведет к нарушению регуляторных систем обмена веществ, изменяет метаболизм белков и нуклеиновых кислот и служит пусковым механизмом, провоцирующим проявление псориаза. Становится очевидной обоснованность использования в периоде прогрессирования дерматоза ингибиторов ферментов протеолиза и медикаментозных препаратов, способствующих восстановлению активности ингибиторов протеаз в организме самого больного.

В комплексную терапию больных псориазом мы включили ингибитор протеаз и препарат магния. Основанием для назначения препаратов магния послужили результаты биохимических исследований, показавшие наличие одинаковой динамики активности ингибитора протеаз и содержания магния в коже в зависимости от остроты патологического процесса, а также наличие высокой статистически достоверной положительной корреляции между этими показателями и дефицитом полисахаридов.

Наряду с наблюдением за динамикой клинических признаков у больных определяли активность протеаз по ВАЕЕ-эстераз-

ной активности и ингибитора ферментов протеолиза. Лечение проводили под контролем коагулограммы. С учетом интенсивности патологического процесса в коже назначали внутрь 4—5 раз в день Σ -аминокапроновую кислоту по 1,0—2,0, предварительно растворив ее в полустакане сладкой воды. Одновременно для повышения активности использовали панангин по 1—2 драже 3 раза в день или аспаркам в той же дозе.

Под наблюдением находились 54 пациента с псориазом (мужчин — 28, женщин — 26) в возрасте от 18 до 74 лет и длительностью заболевания от 1 мес до 41 года. Очаговая форма диагностирована у 20 больных, диссеминированная — у 33, папулезная — у 24, папулезно-бляшечная — у 25, крупнобляшечная — у 4, эритродермия — у одного. У всех больных до лечения установлена стадия прогрессирования.

До лечения больных, как правило, беспокоил зуд. На каждом покрове определялись эпидермо-дермальные папулы ярко-красного цвета с шелушением на поверхности. По периферии элементов имелся венчик эритемы без чешуек. Три феномена псориаза положительные.

В результате лечения продолжительностью 6—10 дней у всех больных был отмечен выраженный эффект. У большинства зуд исчезал уже после 2—3 дней лечения, одновременно прекращалось появление новых элементов. Постепенно (на 2—5-й день) уменьшалось количество чешуек на поверхности папул, ко-

торые становились бледнее и более плоскими. В среднем на 5—8-й день терапии центральная часть папул и бляшек отчетливо уплощалась; на 8—10-й день начиналось разрешение отдельных эфлоресценций дерматоза, то есть заболевание переходило в стадию стабилизации или даже начинало регрессировать.

При лечении больных рекомендуемым способом отмечалась положительная динамика клинических признаков. Она была особенно выражена по сравнению с таковой в группе сравнения, которых лечили общепринятыми медикаментозными препаратами (седативные средства, гипосенсибилизирующие препараты, витамины и метатрексат).

При лечении рекомендуемым способом побледнение и уплощение папул, уменьшение чешуек на их поверхности наступает в 1,5—1,7 раза быстрее, эфлоресценции дерматоза также начинают разрешаться в 2,3—2,4 раза быстрее, чем при использовании общепринятых медикаментозных препаратов.

После курса терапии Σ -аминокапроновой кислотой с медикаментозным препаратом магния у 3 больных процесс быстро регрессировал с полным клиническим разрешением эфлоресценций, так что дальнейшее лечение им не потребовалось. У 13 больных наступило значительное улучшение (разрешение части высыпаний). У 39 больных констатировано умеренное улучшение (стабилизация патологического процесса), из них у 31 имело место отчетливое уплощение папул и бляшек. При проявлениях дерматоза лечение, направленное на восстановление нарушенного обмена веществ в коже, было продолжено.

После окончания терапии Σ -аминокапро-

новой кислотой и медикаментозным препаратом магния в сыворотке крови больных снижалась активность ферментов протеолиза (BAEE-эстеразная активность до лечения $9,5 \pm 1,7$, после лечения $4,7 \pm 0,8$ ммоль/(мин · л); $P < 0,05$) и повышалась антитриптическая активность (до лечения $6,5 \pm 1,9$, после лечения $15,0 \pm 1,6$ ИЕ/л; $P < 0,01$). Установленный предел снижения активности протеаз при введении ингибитора может служить биохимическим критерием для проведения терапии. Так, при величине BAEE-эстеразной активности более $4,7 \pm 0,8$ ммоль/(мин · л) целесообразно лечение Σ -аминокапроновой кислотой.

Важно подчеркнуть, что время свертывания крови и длительность кровотечения изменялись несущественно.

Таким образом, предложенный способ сокращает сроки лечения больных с острой стадией псориаза, не имеет побочного действия и легко осуществим в условиях как стационара, так и амбулатории. Если использование Σ -аминокапроновой кислоты тормозит активность пептидгидролаз, то введение медикаментозного препарата магния способствует повышению активности ингибитора протеаз. Последнее подтверждает предположение о зависимости проявления специфических свойств ингибитора ферментов протеолиза от концентрации в организме ионов этого биоэлемента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суворов А. П.//Папулезные дерматозы. Псориаз.— Саратов, 1987.

Поступила 25.04.88.

УДК 618.19—006.6—037

ДЕСМОПАЗИЯ СТРОМЫ И ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. Б. Петров

Кафедра патанатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Клинические факторы прогноза, влияющие на выбор метода лечения, и отдаленные результаты его у больных раком различных органов, в частности молочных желез, интенсивно изучаются [2]. Вместе с тем в ряде случаев, при благоприятных, казалось бы, и постоянно учитываемых прогностических факторах, продолжительность жизни больных бывает короткой и оборот. Морфологический анализ удаленных опухолей молочных желез у женщин кроме традиционного диагноза может дать дополнительные критерии риска с последующим использованием для прогноза.

С целью выявления дополнительных

прогностических факторов при морфологическом анализе раковых опухолей, а также отличий фиброаденом от раковых опухолей нами были изучены 84 раковых опухоли и 31 фиброаденома молочных желез у женщин.

Исследования выполняли с помощью общеморфологических, гистохимических, гистоэнзимологических и ультраструктурных методов. Количественное изучение 11 раковых опухолей и 20 фиброаденом было проведено с помощью разработанного нами на основе современных данных [1] метода системного морфостереометрического анализа ткани раковой опухоли. Высчи-

тывали соотношение стромы, паренхимы, некрозов, параметров микроциркуляторного русла, количества различных типов фибробластов, лимфоидных клеток. Ультроструктурные срезы (8 случаев) просматривали в микроскопах ЭМ-200 и ДЖЕМ-100 с.

После комплексного лечения 50 женщин с раком молочной железы прожили 5 лет. Статистическую обработку групповых показателей и корреляции различных параметров опухоли проводили с помощью кластерного анализа по реализациям на ЭВМ ЕС 1033.

Исследование фиброаденом молочных желез показало, что строма составляет $80,2 \pm 2,2\%$, а на паренхиме этой доброкачественной опухоли приходится лишь $19,2 \pm 2,2\%$ всего объема новообразования. Некрозы, как правило, не определяются. Эпителиальные клетки образуют хорошо сформированные железки, отделенные от стромы ясно различимой в электронном микроскопе двухслойной базальной мембраной. Митозы паренхиматозных клеток аденомы не встречались. Обширная строма была представлена зрелой соединительной тканью, в которой равномерно располагались фибробласты. Соединительная ткань отличается хорошо заметной волокнистостью, окраска пикрофуксином равномерная, в розово-красный цвет. Гликопротеины давали розовое неравномерное окрашивание по ходу волокон с ШИК-реактивом, в то же время определялось высокое содержание гликозаминогликанов при окраске толуидиновым синим ($pH > 4,0$). Большая часть соединительнотканых клеток в строме приходилась на средние и большие активные формы (см. табл.), а также незрелые фибробласты, в то время как фиброциты были сравнительно немногие. Обильное сосудистое русло было представлено в фиброаденомах преимущественно хорошо организованными мелкими капиллярами, равномерно распределенными в строме. Плотность расположения сосудов в строме составляла $21,3 \pm 1,5$ на 1 мм^2 , причем на капилляры диаметром менее 10 мкм приходилось $87,4 \pm 1,7\%$ всех сосудов новообразования. Длина сосудистого русла в 1 мм^3 ткани опухоли была равна $774,0 \pm 50,3 \text{ мм}$. Синусных сосудов преимущественно небольших диаметров было немного. Лимфоидная инфильтрация в фиброаденомах была слабо выраженной и составляла в среднем $214,4 \pm 45,8$ лимфоидных клеток на 1 мм^2 препарата опухоли. Лимфоидные клетки располагались равномерно в строме и, как правило, не образовывали больших скоплений и фолликулов. В паренхиме обнаружить лимфоидные элементы не удалось. Инфильтрат преимущественно был представлен лимфоцитами ($60,5 \pm 5,2\%$), плазматическими клетками ($25,5 \pm 5,4\%$) и макрофагами ($11,1 \pm 1,8\%$). Бластные формы и сегментоядерные лейкоциты были единичными.

Что касается рака молочной железы, то десмоплазия стромы в различных опухолях была выражена неодинаково, но в среднем объем стромы был высоким — $70,2 \pm 4,6\%$; на паренхиму приходилось соответственно $29,8 \pm 3,9\%$ объема опухоли. Некрозы, незначительные по объему, касались лишь паренхимы опухоли и составляли $4,9 \pm 0,6\%$ объема новообразования. Раковые клетки чаще образовывали железистые структуры, но иногда формировали и сплошные пласты в медуллярных раках. Митотический индекс был равен $5,6 \pm 1,2$. Расположение раковых комплексов в строме было неравномерным. Раковые клетки непосредственно примыкали к коллагеновым фибриллам; базальная мембрана, как правило, не определялась.

Соединительнотканная строма большей частью была построена из зрелых коллагеновых волокон, встречались очаги гиалиноза с гомогенизацией соединительной ткани, а в некоторых случаях и отек с выраженным накоплением кислых гликозаминогликанов. Фибробласты были расположены более равномерно в раковых опухолях с обширной зрелой стромой, в то время как в зонах незрелой соединительной ткани их ориентация была хаотичной, а расположение неравномерным. Фибробластов, особенно незрелых, в строме раковых опухолей было меньше, чем в фиброаденомах, причем особенно сниженным было количество незрелых фибробластов, что происходило преимущественно за счет увеличения фиброцитов (см. табл.). Сосудистое русло раковых опухолей молочных желез было представлено преимущественно капиллярами диаметром менее 10 мкм , составившими $81,8 \pm 3,9\%$ всех сосудов. Плотность расположения при сравнительно равномерном распределении (что особенно характерно для раковых опухолей с хорошо развитой зрелой стромой) оказалась равной $25,6 \pm 1,4$ сосудов на 1 мм^2 опухоли. Длина сосудов в 1 мм^3 ткани новообразованиями составляла $644,7 \pm 83,3 \text{ мм}$. Сосуды большей частью были зрелыми, капиллярного типа. Синусы небольшого диаметра, расположенные в незрелых участках соединительной ткани и среди раковых клеток, часто состояли лишь из неравномерно расположенных эндотелиальных клеток, причем базальная мембрана прослеживалась не всегда. Лимфоидная инфильтрация раков молочных желез была неравномерной как в различных раковых опухолях, так и по плотности расположения клеток в одном новообразовании. Больше количество клеток встречалось на периферии опухоли, но довольно часто лимфоидные клетки образовывали плотные инфильтраты и лимфоидные фолликулы в строме центральной части новообразования, а макрофаги и лимфоциты оказывались среди раковых клеток в паренхиме. Особенно интенсивная инфильтрация обнаружи-

Плотность расположения и соотношение различных форм фибробластов (Фб) в строме фиброаденом и раков молочных желез ($M \pm m$)

Фибробласты стромы	Фиброаденомы	Раковые опухоли
Число Фб на 1 мм ² стромы	1887,9 ± 167,4	1582,6 ± 135,4
Незрелые Фб, %	35,0 ± 2,5	28,9 ± 3,6
Средние Фб, %	37,5 ± 1,9	38,1 ± 2,5
Большие Фб, %	16,8 ± 1,9	15,8 ± 1,9
Фиброциты, %	8,9 ± 1,0	15,3 ± 1,6
Митозы, Фб, %	0,1	0,1
Инволюционирующие Фб, %	3,5 ± 0,6	1,8 ± 0,6

валась в медуллярных раках молочных желез. В среднем на 1 мм² препарата раковой опухоли приходилось 581,9 ± 233,6 лимфоидных клеток. Большой частью были лимфоциты (61,6 ± 6,4%), плазматические клетки (19,7 ± 6,3%) и макрофаги (16,4 ± 2,9%). Число бластных лимфоцитов и сегментоядерных лейкоцитов было невелико.

Исследование послеоперационной выживаемости 50 больных раком молочной железы после хирургического лечения в комбинации с химио- и лучевой терапией показало, что более 5 лет прожили 36 (72%) женщин. 14 (28%) больных умерли. Согласно результатам морфологического анализа у умерших преобладали раковые опухоли с резко выраженной зрелой стромой (скиррозные раки), микроциркуляторное русло было представлено преимущественно сосудами капиллярного типа. Лимфоидная инфильтрация была слабо выражена, в инфильтрате преобладали лимфоциты и макрофаги.

У больных, проживших после операции более 5 лет, преимущественно диагностирован рак со стромой, относительные размеры которого были близки к объему паренхимы или отмечалось преобладание паренхимы (медуллярные раки). В строме чаще определялось накопление кислых гликозаминогликанов, незрелых фибробластов было больше. Сосудистая сеть была представлена преимущественно капиллярами, но в медуллярных раках обнаруживалось большое количество синусных сосудов. Лимфоидная инфильтрация в группе высокой выживаемости была более интенсивной, в строме чаще встречались лимфоидные фолликулы, а в инфильтрате — плазматические клетки в большом количестве.

Таким образом, при сравнении фиброаденом и раковых опухолей молочных желез десмоплазия стромы в фиброаденомах оказалась более выраженной, причем в строме доброкачественных опухолей более

высоким был удельный вес незрелых форм фибробластов. В раковых опухолях десмоплазия в целом была менее значительной, чем в фиброаденомах. В отдельных злокачественных новообразованиях колебания объема и характера стромы были чрезвычайно велики. Однако во всех раковых опухолях прослеживалась тенденция к определенному «постарению» фибробластов стромы при снижении их общего количества в строме. Сосудистое русло раковых опухолей было менее выражено, чем в фиброаденомах; причем расположение капилляров в злокачественных новообразованиях было неравномерным, с более высоким процентом синусных сосудов, тромбозами, что приводило к некрозам раковых клеток, тогда как в фиброаденомах некротизирования не наблюдалось. Митотическая активность была стабильно выше в раковых опухолях, где также отмечалась интенсивная лимфоидная инфильтрация с проникновением лимфоидных элементов в паренхиму, но со снижением относительного числа плазматических клеток в инфильтрате.

Исследование связей десмоплазии стромы и выживаемости больных раком молочных желез обнаружило, что более благоприятный прогноз характерен для раковых опухолей с менее развитой незрелой стромой, более низкими параметрами микроциркуляторного русла, но с высокой интенсивностью лимфоидной инфильтрации, где благоприятным является также увеличение относительного числа плазматических клеток. Худший прогноз констатирован при раковых опухолях с выраженной десмоплазией стромы, склерозом соединительной ткани, более выраженным микроциркуляторным руслом при снижении уровня лимфоидной инфильтрации с падением относительного количества плазматических клеток.

ВЫВОДЫ

1. Дополнительными факторами риска малигнизации при дифференциальной морфологической диагностике фиброаденом и раковых опухолей молочных желез являются снижение относительного объема стромы при старении клеточного состава фибробластов, исчезновение базальной мембраны, увеличение митотической активности клеток эпителия, некоторое снижение параметров микроциркуляторного русла и интенсивности лимфоидной инфильтрации при уменьшении относительного числа плазматических клеток в инфильтрате.

2. При прогнозировании послеоперационной выживаемости больных раком молочных желез благоприятными признаками следует считать низкий уровень десмоплазии стромы, омоложение состава фибробластов, накопление кислых гликозаминогликанов, повышение уровня лимфо-

идной инфильтрации с увеличением относительного содержания плазматических клеток. К неблагоприятным прогностическим признакам нужно отнести высокую степень десмоплазии стромы с ее склерозом и резким преобладанием над паренхимой (скиррозные раки), высокий уровень кровоснабжения, снижение уровня лимфоидной инфильтрации при уменьшении относитель-

ного количества плазматических клеток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г., Яблучанский Н. И., Губенко В. Г. // Системная стереометрия в изучении патологического процесса. — М., Медицина, 1981.
2. Доросевич А. Е., Абросимов А. Ю. // Арх. патол. — 1987. — № 7. — С. 83—87.

Поступила 16.02.88.

УДК 616.831—006.6—003.972

ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Х. М. Шульман, В. И. Данилов, С. П. Петров

Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики

(зав.— докт. мед. наук М. Ф. Исмагилов), кафедра патологической анатомии

(зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Экстракраниальное метастазирование опухолей головного мозга относится к числу редких явлений. В мировой литературе имеются сообщения не более чем о 200 патоморфологически верифицированных наблюдениях. По этим данным экстракраниальное метастазирование относительно часто встречается среди больных с медуллобластомами головного мозга, реже метастазируют глиобластомы. Первичный очаг может располагаться в любой из долей мозга, однако наиболее часто упоминаются височная и затылочная доли. Метастазирование чаще происходит путем гематогенной диссеминации по венам позвоночника, связующим церебральную венозную систему с венами внутренних органов. Существенно реже опухолевые клетки из первичного очага попадают за пределы гематоэнцефалического барьера по лимфатическим путям. Метастазы обнаруживаются в лимфатических узлах, в костях, мышцах, легких, печени, почках, надпочечниках и других органах. Экстракраниальное метастазирование, как правило, встречается среди больных, перенесших одно или несколько хирургических вмешательств по поводу опухолей головного мозга.

Приводим наше наблюдение экстракраниального метастазирования глиобластомы височно-затылочной локализации правого полушария головного мозга, особенностью которого является то обстоятельство, что метастазы развились вне связи с хирургическим вмешательством.

К., 23 лет, поступила в нейрохирургическую клинику Республиканской больницы МЗ ТАССР 03.02.1983 г. с подозрением на опухоль головного мозга. Больна около 3 мес. Спустя месяц от начала заболевания на коже лба появились и стали увеличиваться в размерах три опухолевидных образования красновато-синюшного цвета, внешне

напоминающие карбункулы.

При поступлении состояние больной тяжелое (глубокое оглушение — сопор), гипертермия, опущено верхнее веко правого глаза, парез лицевого нерва по центральному типу, симптомы орального автоматизма, на боль реагирует движениями конечностей, левосторонний нерезко выраженный гемипарез, мышечный тонус несколько повышен в левых конечностях, выраженный обочечный синдром. Более детальное неврологическое обследование невозможно.

Краниография от 04.02.1983 г.: усилен сосудистый рисунок, контуры турецкого седла четкие, лобная кость не изменена.

Консультация окулиста: выраженный застой сосков зрительных нервов с кровоизлияниями на глазном дне.

Эхоэнцефалография: М-эхо смещено влево в зоне передних отделов третьего желудочка на 3 мм, в средних отделах — на 5 мм, в задних — на 7 мм.

Каротидная правосторонняя ангиография от 05.02.1983 г.: незначительное смещение передней мозговой артерии на участках А₃—А₅ по теменному типу влево; рентгенографическая силвиева точка смещена кверху на 8—10 мм; дистальные отделы средней мозговой артерии приподняты; положение сифона внутренней сонной артерии не изменено.

Анамнестические данные и результаты клинического обследования позволили диагностировать опухоль (возможно, метастаз) височно-затылочной локализации правого полушария головного мозга и мягких тканей области лба. Прогрессирующее ухудшение состояния больной, несмотря на интенсивную терапию, исключило возможность выполнения хирургического вмешательства. На 4-е сутки пребывания в стационаре больная скончалась.

При патологоанатомическом обследова-

нии установлено: на коже лба имеются три опухолевидных образования плотной консистенции размерами $1,0 \times 1,5 \times 0,5$ см, которые на разрезе представлены рыхлой крошащейся тканью. Во внутренних органах (исключая селезенку) патологии не выявлено; лимфатические узлы не увеличены, изменений в них не обнаружено. Под капсулой латеральной поверхности селезенки определяется опухолевидное образование белесоватого цвета размерами $2,0 \times 2,0 \times 1,0$ см, состоящее из рыхлой ткани. По вскрытии полости черепа обнаружена напряженная твердая мозговая оболочка. Паутинная и мягкая мозговые оболочки, а также магистральные сосуды мозга были без особенностей. Полушария головного мозга асимметричны, правое несколько больших размеров с незначительно расширенными извилинами и суженными бороздами. В проекции правой затылочной доли кора мозга имеет желтоватый оттенок. В белом веществе этой доли на стыке с височной на глубине около 2,5 см обнаружен опухолевый узел диаметром $3,5 \times 4,0$ см, правильной округлой формы, мягко-эластической консистенции, розового цвета на разрезе. Опухоль располагается в полости размеров $7,0 \times 7,0 \times 6,0$ см, выполненной сгустками крови и ограниченной от нормальной структуры органа переходной зоной из резко отечной мозговой ткани. Мозговые желудочки не расширены, ликвор в них окрашен кровью.

Микроскопическое исследование препаратов (рутинные виды окраски): ткань опухолевого узла из головного мозга идентифицируется как глиобластома с гигантоклеточным компонентом. В препаратах наряду с полиморфными одноядерными клетками встречаются гигантские клетки и многоядерные элементы, а также фигуры митотического деления. Строма составляет незначительную часть новообразования, в кото-

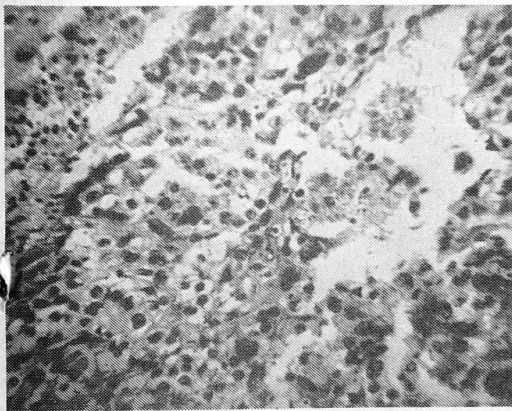


Рис. 1. Первичная опухоль головного мозга — глиобластома (гигантские клетки, некроз); окраска гематоксилин-эозином, $\times 192$.

ром обнаруживаются обширные очаги некрозов (рис. 1).

Метастазы в коже лба и селезенке имеют аналогичное морфологическое строение, отличаются лишь большим клеточным атипизмом (рис. 2 и 3).



Рис. 2. Метастаз глиобластомы в кожу лба; окраска гематоксилин-эозином; $\times 192$.

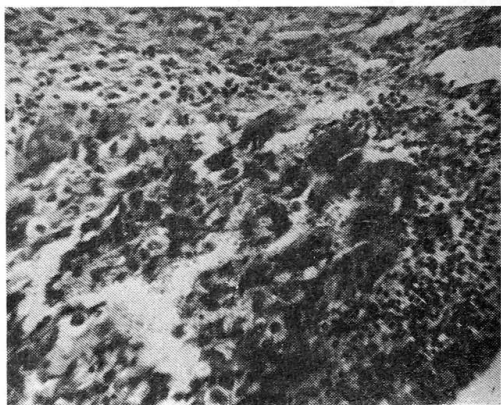


Рис. 3. Метастаз глиобластомы в селезенку; окраска гематоксилин-эозином; $\times 192$.

Как известно, в головном мозге отсутствует лимфатическая система, в этой связи первичное экстракраниальное метастазирование может происходить лишь гематогенным путем, что подтверждает приведенное наблюдение. Однако после хирургического удаления опухоли головного мозга нарушается герметичность гематоэнцефалического барьера и становится возможным лимфогенный путь распространения метастазов. Особенно способствуют этому прорастание опухоли в трепанационный дефект за пределы полости черепа и ее контакт с лимфатическими путями кости и мягких тканей покровов черепа.

Поступила 11.11.88.

К ЛЕЧЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭКССУДАТИВНОГО ФРОНТИТА

К. Ф. Ягудин

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доктор мед. наук В. Р. Деменков)
Ворошиловградского медицинского института*

Проблема лечения экссудативных фронтитов не теряет своей актуальности. Среди ряда методов их лечения восстановление дренажно-вентиляционной функции лобно-носового канала имеет ведущее значение, поскольку от его проходимости зависит своевременность эвакуации экссудата из пазухи [1—3].

Нами проанализированы результаты лечения 65 больных (мужчин — 41, женщин — 24) в возрасте от 16 до 50 лет с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита. У 18 больных гнойное воспаление лобных пазух сочеталось с гайморитом и этмоидитом, у 27 — с гнойным гайморитом. Острый гнойный фронтит диагностирован у 52 больных, обострение хронического гнойного фронтита — у 13. Двустороннее воспаление лобных пазух наблюдалось у 18 больных, одностороннее — у 47.

В зависимости от примененного метода лечения больные были разделены на две однотипные по возрасту и составу заболеваний группы. В 1-ю группу были включены 33 человека. Всем больным проводили курс антибактериальной, гипосенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии с назначением витаминов. Анемизацию слизистой оболочки носа осуществляли у них путем закапывания сосудосуживающих капель или введения турунд, смоченных этими же растворами, в полость носа и в средний носовой ход. При сочетании фронтита с гнойным гайморитом производили пункцию верхнечелюстной пазухи. После промывания в нее вводили раствор антибиотика с эмульсией гидрокортизона. Учитывали чувствительность микрофлоры к вводимому антибиотику. После стихания симптомов острого воспаления назначали физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ЛУЧ-3).

В процессе лечения у 16 (48,5%) больных клинический эффект наступил на 2—3-й день: в среднем через 60 ч от начала лечения исчезли головные боли, уменьшилось количество выделений из носа, носовое дыхание становилось свободным. В промывной жидкости из верхнечелюстной пазухи слизистое отделяемое вместо гноя появилось в среднем через 4,2 дня. Клиническое выздоровление констатировано через 9,4 дня.

У 17 из 33 больных данной группы через 2—3 дня от начала лечения мы не отметили тенденции к улучшению общего со-

стояния и к уменьшению интенсивности головной боли. Им была произведена трепанация лобной пазухи через глазничную стенку с последующим введением полихлорвиниловых дренажных трубок. Ежедневно через них промывали лобную пазуху, вводили 0,1% раствор адреналина (1 мм), антибиотики с протеолитическими ферментами или с эмульсией гидрокортизона, параллельно продолжали курс общего лечения. Нормализация общего состояния наступила у них к 5—6-му дню от начала стационарного лечения. Клиническое выздоровление констатировано в среднем через 15,1 дня.

Во 2-й группе было 32 человека. Кроме общей терапии больным данной группы проводили местное лечение, направленное на восстановление функций соустьев околоносовых пазух. Для этого больному, лежащему на спине, запрокидывали голову за край перевязочного стола на 45°. При таком положении головы свод среднего носового хода принимает горизонтальное положение. Вначале слизистую оболочку полости носа анестезировали 3% раствором дикаина, затем в средний носовой ход из шприца через канюлю Гартмана вливали 0,7—1,0 мл 0,1% раствора адреналина. Раствор сосудосуживающего средства непосредственно контактировал со слизистой оболочкой соустьев передних околоносовых пазух и проникал в лобно-носовой канал, способствуя восстановлению их дренажной и вентиляционной функций.

Через 3—4 мин после анемизации электроотсосом аспирировали отделяемое из среднего носового хода, полость носа промывали раствором антисептика. Затем больному помогали приподняться и сесть, создавая благоприятные условия для свободного оттока экссудата из лобной пазухи. Такую манипуляцию повторяли в течение 2 дней. По показаниям удаляли полипозную утолщенную слизистую оболочку у устья лобно-носового канала и смещали среднюю носовую раковину в медиальном направлении. При сочетании гнойного фронтита с гайморитом после пункции в верхнечелюстную пазуху вводили антибиотик с гидрокортизоном и 0,1% раствором адреналина (0,6—1,0 мл).

В результате такого способа лечения у 29 (90,6%) пациентов 2-й группы голов-

ная боль прекращалась через 12—24 ч от начала лечения. Функциональное состояние носа улучшалось быстрее, чем у больных 1-й группы. Слизистое отделяемое вместо гноя появлялось в среднем через 2,5 дня, и средние сроки клинического выздоровления были на 3,3 дня короче, чем в 1-й группе. Клиническое выздоровление у больных с полисинуситом констатировано через 10,6 дня, с гнойным фронтитом и гайморитом — через 8,1, с острым гнойным фронтитом — через 7,5 дня. 2 больным из этой группы была произведена трепанация лобной пазухи, одному — фронтотомия.

Таким образом, при включении в комплекс лечения целенаправленного воздействия сосудосуживающими средствами

на соустья передних параназальных пазух наблюдается улучшение результатов консервативного лечения больных с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костышин А. Т. К вопросу о шадающих методах лечения больных фронтитом // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1987. — № 6. — С. 15—17.
2. Мальцев А. Г. // В кн.: Тезисы IX съезда оториноларингологов СССР. — Кишинев, Штиинца, 1988.
3. Пальчун В. Т., Устьянов Ю. А., Дмитриев Н. С. // Параназальные синуситы. — М., Медицина, 1982.

Поступила 13.06.89.

УДК 616.313—006.03—07

ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯЗЫКА

И. Г. Ямашев

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.— доц. И. Г. Ямашев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В публикациях, посвященных заболеваниям языка, не анализируются ошибки клинической диагностики его доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований. Вместе с тем данный вопрос представляет несомненный практический интерес. Мы проанализировали частоту клинических ошибок при диагностике доброкачественных новообразований языка в условиях специализированного стационара.

Располагая сведениями о 212 больных (мужчин — 76, женщин — 136), мы разделили их на 2 группы. В 1-ю группу были включены сведения о лицах (137 чел.), у которых клинический и патогистологический диагнозы совпадали, во 2-ю — о 75 пациентах с ошибочным клиническим диагнозом, у которых такого совпадения не было. Кроме того, мы выделили 6 морфологических групп. В 1-ю вошли больные (78 чел.) с гемангиомами, во 2-ю (21) — с лимфангиомами, в 3-ю (31) — с папилломами, в 4-ю (32) — с фибромами, в 5-ю (36) — с кистами и в 6-ю (14) — с редкими новообразованиями языка, а именно: с зернистоклеточной опухолью, травматической невромой, ботриомикомой (по одному больному), липомой, неврилеммой, лейомиомой, зобом языка (по 2) и опухолями малых слюнных желез (3).

Больные были распределены по 5 возрастным группам: 1-ю группу составили больные до 15 лет (49 чел.), 2-ю — с 15 до 30 (42), 3-ю — с 30 до 45 (34), 4-ю — с 45 до 60 (46), 5-ю — с 60 лет и старше

(41); одновременно мы сформировали 5 групп с учетом давности заболевания (установливали анамнестически) и одну группу — с врожденными опухолями. 1-я группа объединила лиц с давностью заболевания до 3 мес (81 чел.), 2-я — с давностью до одного года (33), 3-я — с одного года до 3 лет (23), 4-я — с 3 до 5 лет (14), 5-я — больше 5 лет (28), 6-я — со дня рождения (33). И, наконец, распределение по 6 группам было произведено в зависимости от локализации новообразования. В 1-ю группу вошли больные (26 чел.) с опухолью на кончике языка (при положении языка за зубным рядом — в зоне нижних резцов), во 2-ю (33) — на передней трети (в зоне клыков и премоляров), в 3-ю (42) — на средней трети (в зоне моляров), в 4-ю (45) — на задней трети, в том числе на корне языка (за зубом мудрости), в 5-ю (35) — на нижней поверхности языка, в 6-ю (31) — при распространении новообразования на два и более отделов органа.

Цифровой материал обработан статистически по методу Фишера. При анализе частоты ошибочных диагнозов в зависимости от пола не обнаружено существенного различия как в выделенных морфологических группах, так и в целом при всех новообразованиях языка. Вместе с тем как у мужчин, так и у женщин неправильный диагноз значительно чаще имел место при гемангиомах, чем при кистах и фибромах (соответственно у мужчин — $P < 0,001$ и $P < 0,05$, у женщин — $P < 0,05$ и $P < 0,01$). Так, у мужчин соотношение числа лиц с правильным

и ошибочным диагнозами составляло при гемангиомах 10:12, при фибромах — 10:2, при кистах — 20:0, у женщин — соответственно 30:26, 17:3, 13:3. Кроме того, анализ показал, что у мужчин ошибочный диагноз чаще ставился при папилломах (9:4), чем при кистах ($P=0,01$), а у женщин — при гемангиомах, чем при папилломах (14:4; $P<0,05$). При редких новообразованиях языка как у мужчин (у 4), так и у женщин (у 10) не было ни одного случая верно поставленного диагноза. При сопоставлении больных этой группы с другими морфологическими группами выявлено различие в частоте ошибок диагностики ($P<0,05$).

При новообразованиях языка (без деления на морфологические группы) диагностические ошибки чаще всего встречались у пациентов в возрасте старше 60 лет (16:25), чем в 1-й (39:10; $P<0,001$), 2-й (29:13; $P<0,01$), 3-й (26:8; $P<0,001$) и 4-й возрастных группах (27:19; $P<0,05$). Ошибочный диагноз чаще всего имел место в 4-й группе, чем в 1 и 3-й ($P<0,05$).

Если при папилломах, фибромах, кистах и редких опухолях частота диагностических ошибок не зависела от возраста пациентов ($P>0,05$), то при гемангиомах и лимфангиомах такая зависимость существовала. Так, при гемангиомах диагностические ошибки чаще наблюдались у лиц в 45—60 лет (10:11; $P<0,05$) и старше 60 лет (5:15; $P<0,001$), чем у пациентов 30—45 лет (12:2), у лиц старше 60 лет, чем у детей до 15 лет (8:6; $P<0,05$), при лимфангиомах — у больных в возрасте 15—30 (1:2; $P<0,05$) и 30—45 лет (2:3; $P<0,05$), чем среди лиц до 15 лет (11:0).

При статистическом сравнении различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных возрастных группах выявлено следующее. В возрасте до 15 лет ошибочный диагноз чаще выставлялся при гемангиомах, чем при лимфангиомах ($P<0,05$), в 15—30 лет — при редких новообразованиях языка (0:3), чем при его фибромах (7:2; $P<0,05$) и кистах (12:1; $P<0,01$), в 30—45 лет — при лимфангиомах, чем при кистах (7:0; $P<0,05$), в 45—60 лет — при редких новообразованиях языка (0:5), чем при его кистах (6:1; $P<0,01$), фибромах (2:0; $P<0,05$), папилломах (9:1; $P=0,002$), причем при папилломах точный диагноз был чаще, чем при гемангиомах ($P=0,025$). В возрасте старше 60 лет диагностические ошибки при фибромах отмечались реже (7:1), чем при гемангиомах ($P<0,001$) и редких новообразованиях языка (0:5; $P<0,01$).

Анализ частоты диагностических ошибок в зависимости от давности появления первых клинических признаков новообразова-

ния, а также у лиц с врожденными опухолевыми процессами, когда давность не учитывалась, позволил сделать следующее заключение. При новообразованиях языка (без учета морфологического варианта) неправильный диагноз чаще всего выставлялся у лиц 1-й группы, то есть при давности заболевания до 3 мес (39:42), чем у лиц 2-й (22:11; $P<0,05$), 3-й (18:5; $P<0,01$), 4-й (11:3; $P<0,05$), 5-й (19:9; $P<0,05$) и 6-й групп (28:5; $P<0,001$). При сопоставлении последних между собой существенного различия не обнаружено ($P>0,05$).

Если при папилломах, фибромах, кистах и редких опухолях частота диагностических ошибок не зависела от давности патологического процесса ($P>0,05$), то при гемангиомах и лимфангиомах такая зависимость обнаружена. Так, при гемангиомах чаще ошибались в диагнозе у лиц 1-й группы, то есть при давности заболевания до 3 мес (4:32), чем в 3-й (3:0; $P<0,01$), 4-й (4:2; $P<0,01$), 5-й (7:0; $P<0,001$) и 6-й группах (19:0; $P<0,001$). При сравнении 1-й и 2-й групп существенного различия в частоте ошибочных диагнозов не выявлено ($P>0,05$). Вместе с тем во 2-й группе диагностические ошибки были чаще (3:4), чем в 5-й ($P<0,05$) и 6-й группах ($P<0,01$) у больных с гемангиомами. При лимфангиомах различие ($P<0,05$) обнаружено лишь при сопоставлении 5-й (2:4) и 6-й групп (8:1).

При сравнении различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных группах давности патологического процесса оказалось, что при давности заболевания до 3 мес (1-я группа) ошибочный диагноз допускался чаще при гемангиомах, лимфангиомах (0:2) и редких новообразованиях языка (0:3), чем при папилломах — 12:4 (соответственно различие — $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,05$), фибромах (12:1; $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,01$) и кистах (11:0; $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,01$), при этом в 1-й группе мы не выявили достоверного различия ($P>0,05$) в частоте диагностических ошибок при сравнении между собой, с одной стороны, больных с гемангиомами, лимфангиомами и редкими новообразованиями языка, с другой — пациентов с папилломами, фибромами и кистами. При давности патологического процесса до одного года диагностические ошибки отмечались при редких новообразованиях языка чаще (0:4), чем при кистах (10:2; $P<0,01$) и фибромах (6:0; $P<0,01$). В свою очередь, в этой группе при фибромах правильный диагноз выставлялся чаще, чем при гемангиомах (3:4; $P<0,05$). При сроках опухолевого процесса с 1 до 3 лет существенные различия ($P<0,05$) в частоте диагностических ошибок были выявлены лишь при сопоставлении лиц с ред-

кими новообразованиями языка (0:3) с лимфомами (3:0), папилломы (6:1) и кисты (5:1). При давности заболевания от 3 до 5 лет в выделенных морфологических группах существенных различий в частоте ошибок диагностики не установлено ($P > 0,05$). При сроках свыше 5 лет ошибки в диагнозе ($P < 0,05$) допускались при лимфангиомах (2:4) чаще, чем при гемангиомах (7:0) и кистах (6:0). У больных с врожденным характером опухоли ошибочный диагноз выставлялся при редких новообразованиях языка чаще (0:3), чем при гемангиомах (19:0; $P < 0,001$) и лимфангиомах (8:1; $P < 0,05$).

Диагностические ошибки при новообразованиях языка (без деления на морфологические группы) возникали чаще всего при локализации опухоли в области кончика (6:20), чем при расположении новообразования в передней (18:15; $P < 0,05$), средней (30:12; $P < 0,001$), задней трети (28:17; $P < 0,01$), нижней поверхности языка (25:10; $P < 0,001$) либо при распространении опухолевого процесса на два и более отделов органа (30:1; $P < 0,001$). Если новообразование занимало два или более отделов языка, то ошибались также реже, чем в случае локализации опухоли в передней ($P < 0,001$), средней ($P < 0,01$), задней трети ($P < 0,001$) либо нижней поверхности языка ($P < 0,01$). При сравнении последних существенных различий в частоте диагностических ошибок не выявлено.

При фибромах, кистах и редких опухолях языка частота диагностических ошибок не зависела ($P > 0,05$) от их локализации, в то время как при гемангиомах, лимфангиомах и папилломах такая зависимость существовала. Так, при гемангиомах неправильный диагноз ставился чаще при их локализации в области кончика (1:16), чем в передней (11:9; $P < 0,01$), средней трети (8:9; $P < 0,01$), нижней поверхности языка (3:3; $P < 0,05$) или при ее распространении на несколько отделов органа (16:0; $P < 0,001$). При локализации в двух или более отделах языка ошибки диагно-

стики отмечались реже, чем при их расположении в передней ($P < 0,01$), средней трети ($P < 0,001$), нижней поверхности органа ($P < 0,05$). Частота диагностических ошибок при гемангиомах, развившихся в передней, средней и задней трети языка, не зависела от их локализации ($P < 0,05$). При лимфангиомах правильный диагноз выставлялся достоверно чаще при их распространении на несколько отделов органа (11:1), чем при локализации в передней трети языка (0:2; $P < 0,05$) или на нижней его поверхности (0:2; $P < 0,05$). Сравнение ошибочных диагнозов при лимфангиомах других локализаций не выявило достоверных различий. При папилломах существенная разница ($P < 0,05$) в частоте ошибочных диагнозов установлена лишь при сравнении образований, возникших в передней (2:3) и средней трети языка (9:0).

Сравнение различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных отделах органа показало следующее. При локализации новообразования на кончике языка существенное различие ($P < 0,01$) в частоте диагностических ошибок было обнаружено лишь при сопоставлении гемангиом и фибром (5:1), в передней трети языка — различий не выявлено, в средней трети — различие ($P < 0,01$) определялось лишь при сопоставлении гемангиом (8:9) и папиллом, в задней трети — при сопоставлении редких новообразований языка (0:10), лимфангиом (2:1; $P < 0,05$), папиллом (5:2; $P < 0,01$), фибром (8:2; $P < 0,001$) и кист (12:1; $P < 0,001$), на нижней поверхности языка ($P < 0,05$) — при сопоставлении лимфангиом (0:2) и кист (12:1). Среди морфологических вариантов новообразований языка, распространяющихся на два и более его частей, различие в частоте диагностических ошибок было несущественным ($P > 0,05$).

Таким образом, при доброкачественных новообразованиях языка возникновение ошибочного диагноза может быть обусловлено возрастом пациентов, морфологическим вариантом, давностью и локализацией патологического процесса и др.

Поступила 22.02.89.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И В КОНТРОЛЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е. В. Шахов, Н. Л. Светозарский, О. З. Клочихин, А. А. Салмин

Кафедра урологии (зав. — проф. Е. В. Шахов) Горьковского медицинского института
имени С. М. Кирова

Одним из многочисленных опухолевых маркеров, применяемых в клинике при диагностике рака предстательной железы, является определение активности простати-

ской кислой фосфатазы (АПКФ) в сыворотке крови [3, 6]. Этот показатель используется в клинике с 30-х годов, однако роль его в диагностике рака предстательной же-

лезы остается спорной. Некоторые авторы [7, 9] считают АПКФ особо чувствительным тестом в диагностике данного заболевания, другие же, наоборот, отмечают ее малую информативность [2, 8].

Установлено, что повышение АПКФ при раке предстательной железы связано с нарушением проницаемости клеточных мембран и выходом ее в кровеносное русло из опухолевых клеток. Однако этот факт наблюдается и при некоторых других заболеваниях — болезни Педжета, множественном миеломатозе, гиперпаратиреозидизме и др.

С целью изучения информативности АПКФ крови при диагностике рака предстательной железы и как теста контроля за эффективностью лечения были обследованы 402 пациента, у которых устанавливали АПКФ сыворотки крови радиоиммунологическим методом и с помощью наборов RIA-Quant PAP Test Kit фирмы Mallincrodt (ФРГ). Параллельно с целью выяснения распространенности процесса проводили остеосцинтиграфию наборами ТСК-7 и лимфосцинтиграфию наборами ТСК-17 фирмы «CIS» на гамма-камере «LFOV».

Всего было выполнено 934 исследования. Для уменьшения погрешности пробы дублировали. За окончательный результат брали среднюю величину из 2—4 определений. Уровень АПКФ у здоровых и больных изучали в утренние часы в одинаковых условиях. Все обследованные были разделены на 5 групп. 1-я группа состояла из 265 здоровых мужчин и была разделена на две подгруппы: мужчины (222 чел.) в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст — 30,6 лет) составили 1-ю подгруппу и мужчины (43) в возрасте от 46 до 69 лет (средний возраст — 55 лет) — 2-ю подгруппу. Это разделение было выполнено с целью выявления зависимости содержания АПКФ от возраста.

Во 2-ю группу вошли больные раком предстательной железы в стадии T2—3 N₀M₀ (58 чел.), в 3-ю — в стадии T4 N₁₋₃M₁₋₂ (26 чел.). У всех больных диагноз был подтвержден по результатам пальцевого ректального исследования, остеосцинтиграфии, лимфосцинтиграфии, рентгенографии костной системы, трансректальной биопсии простаты и общепринятых лабораторных анализов. 4-я группа включала больных с аденомой предстательной железы во II—III стадии (30 чел.). В 4 и 5-й группах диагноз был подтвержден гистологически после оперативных вмешательств.

Показатели АПКФ у всех больных и здоровых мужчин были обработаны на ЭВМ «Hewlett—Packard-2116 В» по программе статистической обработки [1]. Результаты определения АПКФ в крови представлены в таблице.

В то время как ряд исследователей отмечают повышение АПКФ с возрастом от 1,75 до 2,23 мг/л [3, 5], нами при сравнении

АПКФ в сыворотке крови обследованных

Группы обследованных	АПКФ, мг/л
Контрольная группа	1,06±0,6
1-я подгруппа	1,08±0,03
2-я подгруппа	1,03±0,11
Больные	
раком предстательной железы II—III стадии	1,78±0,19
раком предстательной железы в IV стадии	9,02±2,52
аденомой предстательной железы во II—III стадии	1,45±0,27
раком мочевого пузыря во II—III стадии	0,98±0,13

результатов обследования больных 1-й группы достоверного различия в содержании АПКФ в 1 и 2-й возрастных подгруппах не выявлено ($P > 0,05$), что совпадает с данными Брауна и др. [4].

При сравнительной оценке АПКФ у больных раком предстательной железы во II—III стадии в контрольной группе отмечался рост этого показателя ($P < 0,01$), у больных же 3-й группы АПКФ была значительно выше ($P < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о более выраженном росте АПКФ при диссеминированных опухолях предстательной железы.

АПКФ у больных с аденомой предстательной железы во II—III стадии не отличалась от данного показателя в контрольной группе и была значительно ниже, чем у больных с раком предстательной железы в IV стадии ($P < 0,01$). АПКФ достоверно различалась при раке мочевого пузыря, раке предстательной железы во II—III стадии ($P < 0,01$) и в IV стадии ($P < 0,01$) и было аналогичным с показателями контрольной группы.

Таким образом, определение АПКФ может играть существенную роль в дифференциальной диагностике рака предстательной железы и рака мочевого пузыря.

Мы определяли АПКФ в сыворотке крови больных раком предстательной железы до массажа простаты и после него, так как по некоторым данным [3] уровень АПКФ после массажа увеличивается. Исследования, проведенные у 8 больных раком предстательной железы в IV стадии, показали отсутствие достоверных различий в содержании АПКФ до и после массажа. Мы считаем применение этого теста нецелесообразным вследствие его малой информативности. Кроме того, массаж простаты при раке предстательной железы приводит к травматизации органа, что, очевидно, может способствовать и распространению опухолевого процесса.

Для оценки АПКФ как теста эффективности лечения у 13 больных раком предстательной железы определяли ее уровень до начала лечения и в процессе терапии гормональными и химиотерапевтическими средствами через 1, 2, 3, 6, 9, 12 месяцев.

АПКФ у больных сопоставляли с субъективными, клиническими, лабораторными, рентгенологическими и радионуклидными данными исследований. У 6 больных в процессе лечения была выявлена неблагоприятная динамика заболевания на основании субъективных и объективных показателей: снижение содержания гемоглобина, увеличение уровня мочевины крови, появление метастазов в костях. У 5 больных этим изменениям предшествовало повышение АПКФ за 1—3 мес до ухудшения других объективных показателей. У 4 больных после начала лечения не было отмечено положительной динамики, однако после коррекции терапии у 2 из них АПКФ снизилась до исходной величины, а у 2 других ее уровень не изменился, но наблюдались положительные сдвиги других объективных показателей и улучшение общего самочувствия. У 3 пациентов динамики опухолевого процесса не было зафиксировано и за период наблюдения колебания АПКФ были незначительными. У 11 из 13 больных в динамике показатели АПКФ имели прямую зависимость с эффективностью лечения.

ВЫВОДЫ

1. Активность простатической кислой фосфатазы не различается у людей в возрасте от 17 до 69 лет.

2. АПКФ является более чувствительным тестом контроля за динамикой рака предстательной железы, чем данные других лабораторных, рентгенологических исследований и субъективные показатели.

3. Для определения степени распространенности рака предстательной железы рекомендуется дополнять проводимые исследования определением АПКФ сыворотки крови, рост которой является неблагоприятным прогностическим признаком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ойвин И. А. // Патол. физиол.— 1960.— № 4.— С. 76—80.
2. Орлов В. А., Саперова Е. Ф., Кубанов В. П. // В кн.: Актуальные вопросы нефрологии и урологии.— Свердловск, 1970.
3. Портной А. С., Гродзовская Ф. Л. // Рак и аденома предстательной железы.— Л., Медицина, 1984.
4. Braun I. S., Habig H., Gnessermann O. // Urologe.— 1974.— Bd. 3.— S. 236—241.
5. Ishibe T. // Acta Urol. Belg.— 1981.— Vol. 49.— P. 64—72.
6. Seppänen I., Setälä E., Tunturi T. // Scand. J. Urol. Nephrol.— 1985.— Vol. 19.— P. 247—251.
7. Tellier J. Z., Chatal I. F., Bourdin S. et al. // J. Urol. Nephrol.— 1981.— Vol. 87.— P. 169—173.
8. Vitson-Georgallis H., Goulandris N., Marketos N., Dimopoulos C. // Acta. Urol. Belg.— 1980.— Vol. 48.— P. 488—497.
9. Wirth M. P., Osterhage H. R., Ackermann R. // Actual. Urol.— 1981.— Bd. 12.— S. 150—153.

Поступила 06.04.88.

УДК 616.24—002.5:616.233—002.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Р. И. Трофимова

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Особенностью современного патоморфоза туберкулеза легких является большая частота его сочетания с хроническим бронхитом, что, по данным различных авторов, составляет от 23 до 93% [1, 2, 4]. Прогноз хронического бронхита значительно ухудшается при осложнении его бронхообструктивным синдромом. Известно, что нарушение бронхиальной проходимости может быть обусловлено различными патофизиологическими механизмами: спазмом гладкой мускулатуры бронхов, дискринией бронхиальных желез, затруднением бронхиального дренажа.

Цель исследования — изучить особенности бронхообструктивного синдрома у больных

туберкулезом легких пожилого возраста и исходя из этого дать рекомендации для лечебной практики.

Обследованы 63 пациента мужского пола с туберкулезом легких в возрасте от 50 до 78 лет с клиническими признаками хронического бронхита II стадии. Согласно данным литературы [3, 4], II стадию заболевания определяли в случаях с постоянным кашлем и выделением гнойной мокроты по утрам или в течение всего дня с периодическими обострениями процесса. У 25 больных был инфильтративный туберкулез, причём у 17— в фазе распада, у 19— фибрино-кавернозный и цирротический в фазе от-

носительной стабилизации; у 28 пациентов отмечалось клиническое излечение туберкулеза с большими остаточными изменениями в виде пневмосклероза и эмфиземы. У 41 больного была выявлена фаза обострения хронического бронхита, у 39 — клинические признаки дыхательной недостаточности I—II степени, у 24 — II—III степени. У 17 больных имелись признаки легочного сердца, при этом у 3 из них — в фазе выраженной декомпенсации.

Всем больным было проведено клинкорентгенологическое и функциональное исследование. Функцию внешнего дыхания (ФВД) оценивали методом спирографии (спирограф СГ-1) и пневмотахометрии. Определяли жизненную емкость легких в процентах к должной (ЖЕЛ/ДЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду в процентах к должной (ОФВ/ДОФВ), тест Тиффно, а также показатели пневмотахометрии: мощность вдоха (Мвд.) и выдоха (Мвд.) с определением должных величин этих показателей. С целью выявления механизма бронхообструктивного синдрома исследовали ФВД с применением фармакологической пробы с беротеком, при этом учитывали, что беротек преимущественно воздействует на β_2 -адренорецепторы и избирательно снимает бронхоспазм, практически не влияя на бронхиальный дренаж. Беротек использовали в однократной терапевтической дозе (2 вдоха). Повторное исследование ФВД выполняли через 20 мин. Проба считалась положительной при приросте показателей не менее чем на 20%.

У 81% больных были обнаружены признаки обструкции бронхов, что подтверждалось клиническими симптомами (наличие экспираторной одышки, затруднение выделения мокроты, повышенная вязкость мокроты и т. п.). При оценке результатов фармакологической пробы выявлена зависимость ее от сопутствующих туберкулезу пневмосклеротических изменений и эмфиземы в легких, а также от активности неспецифического процесса в легких. Так, у большинства больных с фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом легких существенных сдвигов показателей ФВД после пробы с беротеком не произошло. Аналогичные данные получены у больных с клинически излеченным туберкулезом. В то же время у больных с инфильтративным туберкулезом при отсутствии выраженного пневмосклероза положительная проба на беротек определялась чаще. Данные функционального исследования с учетом фармакологической пробы с беротеком позволили нам сделать вывод, что у больных туберкулезом легких пожилого возраста бронхообструктивный синдром чаще возникает не вследствие бронхоспазма, а в связи с нарушениями бронхиального дренажа, обусловленными, по-видимому, рядом факторов: деформацией

бронхов, расстройством механики дыхания за счет эмфиземы и пневмосклероза, активностью неспецифической инфекции в бронхах, вторичными секреторными нарушениями и атрофией слизистых желез бронхов.

Поскольку превалировали нарушения бронхиального дренажа, в комплекс лечения включали прежде всего отхаркивающие средства, обильное щелочное питье, содовые ингаляции с последующим бронхиальным дренажем по Вотчалу в сочетании с препаратами, восстанавливающими трофику слизистой оболочки бронхов (ингаляции аскорбиновой кислоты, витаминов В₁, В₆, масляные ингаляции). При наличии признаков обострения неспецифической инфекции в бронхах назначали антибиотикотерапию с учетом вероятного этиологического фактора в комплексе с патогенетическим лечением (аутогемотерапия, пентоксил, иммунотерапия продигозаном, пирогеналом). Только при отсутствии эффекта к лечению подключали бронходилататоры, прежде всего неселективные симпатомиметики с целью противоотечного действия на слизистую оболочку бронхов. Селективными симпатомиметиками мы пользовались редко, лишь в тех случаях, когда проба с беротеком давала положительный результат, преимущественно у больных с инфильтративным туберкулезом легких. С целью нормализации гемодинамики в малом круге кровообращения при хорошей переносимости всем больным предписывали эуфиллин внутривенно в обычных терапевтических дозах; при признаках перегрузки легочного сердца лечение дополняли сердечными гликозидами (коргликон или строфантин в обычных дозах), периферическими вазодилататорами, диетотерапией при соответствующем режиме.

Положительный терапевтический эффект (общее улучшение состояния, уменьшение одышки, кашля, количества и вязкости мокроты) был получен у 61 из 63 больных; у 2 больных с легочным сердцем наблюдалось только субъективное улучшение. При повторном функциональном исследовании после лечения у большинства больных было выявлено улучшение бронхиальной проходимости. Необходимо учесть, что 21 больного перед поступлением в госпиталь безуспешно лечили в других стационарах. Неэффективность терапии была обусловлена неправильной трактовкой причины бронхообструктивного синдрома, которые связывали исключительно с бронхоспазмом и игнорировали значение дренажных нарушений в бронхах. Поэтому больным назначали большие дозы симпатомиметиков, эуфиллина (что, как известно, небезразлично для больных пожилого возраста с сопутствующими нарушениями сердечно-сосудистой системы); мероприятий же, улучшающих бронхиальный дренаж и подавляющих неспеци-

фическую инфекцию в бронхах, не проводили.

Таким образом, исследования показали, что у больных туберкулезом легких пожилого возраста бронхообструктивный синдром чаще возникает в результате нарушений бронхиального дренажа, а не вследствие бронхоспазма. Это необходимо учитывать в терапевтической практике. Назначение адекватной терапии с учетом механизма бронхообструкции дает в таких случаях хороший эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Греймер М. С., Корелин В. К., Стрелетова Т. Н. // Пробл. туб. — 1986. — № 11. — С. 25—28.
2. Нефедов В. Б., Смирнова А. Г., Репина О. С. // Пробл. туб. — 1984. — № 5. — С. 10—12.
3. Руководство по пульмонологии / Под ред. Пугова Н. В., Федосеева Г. В. — М., Медицина, 1984.
4. Смирнов Г. А., Абашев И. М. // Казанский мед. ж. — 1984. — № 6. — С. 429—433.

Поступила 11.10.88.

УДК 618.3—008.6—02:618.7—02:616.61—073.916

РАДИОИЗОТОПНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РАННЕМ ПУЭРПЕРИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

В. И. Еремкина, А. Н. Юсупова, А. И. Менкевич

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Известно, что поздний гестоз беременных не проходит бесследно, а оставляет более или менее выраженные изменения, в частности, в почках [2]. В предыдущих исследованиях нами было показано, что почти у половины женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных, функция почек остается нарушенной и через год после родов [1]. Эти нарушения были выявлены с помощью радиоизотопной ренографии; другими же методами диагностики (биохимические, клинические) изменения функции почек установить не удалось. К сожалению, радиоизотопного исследования в раннем пуэрперии не проводили, поэтому выполнить динамическое наблюдение за состоянием функции почек сразу же после родов не представилось возможным. На современном этапе родильниц, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных, выписывают после интенсивной терапии гестоза в послеродовом периоде.

Нами произведено радиоизотопное исследование функции почек в раннем пуэрперии у 35 женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных. Обследование осуществляли на 10—12-й день после родов; в это время обычно наблюдалась нормализация клинико-лабораторных показателей или выраженная тенденция к их нормализации.

У всех обследованных был тяжелый поздний гестоз II—III степени, у 3 — явления преэклампсии. Продолжительность гестоза до родоразрешения колебалась от 7 до 8 нед. Беременные были доставлены из районов ТАССР в связи с длительным тяжелым гестозом, не поддающимся медикаментозной коррекции. Женщины были в возрасте

до 30 лет. Первобеременных было 25, повторнобеременных — 10. С учетом трудной дифференциальной диагностики «чистого» и «сочетанного» позднего гестоза во время беременности эти формы гестоза не подразделяли.

Исследование выполняли на венгерской установке «Гамма» с помощью ^{99}Tc . Всем родильницам проводили интенсивное лечение позднего гестоза по схеме. Анализ результатов обследования показал, что у всех женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз, перед выпиской определялось нарушение функции почек независимо от тяжести гестоза. Так, при нефропатии I степени время секреции (T_{\max}) составляло в среднем 7 мин, при нефропатии II—III степени — также 7 мин. Время полувыведения препарата ($T_{1/2}$) резко удлинялось, особенно правой почки, и у 15 женщин практически не было зарегистрировано в течение всего времени исследования (более 20 мин). У остальных $T_{1/2}$ левой почки было равно 12 мин, $T_{1/2}$ правой почки — 15 мин. Все родильницы были осмотрены нефрологом в отделении и взяты на учет. Им была дана подробная рекомендация, на основании которой их должны поставить на учет по месту жительства и назначить соответствующее лечение. Через год необходимо провести повторное исследование, что позволит дифференцировать заболевание почек и резидуальные явления гестоза. Женщин с восстановленной (по данным радиоизотопного исследования) функцией почек можно снять с учета. Других же, по нашему мнению, следует считать носителями почечного заболевания, за ними необходимо тщательное наблюдение со стороны тера-

пента и нефролога по месту жительства. Такие больные нуждаются в медицинской реабилитации [3].

Таким образом, реабилитация патологии почек после родов является критерием диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими тяжелый поздний гестоз беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еремкина В. И. // Казанский мед. ж.— 1984.— № 3.— С. 109—111.
2. Иванов И. П., Шехтман М. М. // Казанский мед. ж.— 1977.— № 5.— С. 75—77.
3. Шехтман М. М., Стругацкий В. М., Канонова Э. Ф., Тохлян А. А. // Акуш. и гин.— 1983.— № 6.— С. 1—64.

Поступила 20.03.88

УДК 618.11—002.28—036.12—085

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

М. И. Сабсай

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук М. И. Сабсай)
Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников врач чаще всего проводит в послеоперационном периоде. Особенностью этой часто встречающейся разновидности опухолевидных образований яичников является чрезвычайная полисимптомность клиники. Характерная для эндометриоза цикличность проявлений прослеживается и при поражении яичников, однако и на болевой симптом, и на менструальную функцию существенный отпечаток накладывает выраженный спаечный процесс в малом тазу. Именно данным обстоятельством объясняется сравнительная редкость дооперационной диагностики эндометриоза яичников — она колеблется около 7% [10].

Различают эндометриоз и эндометриоидные кисты яичников. Последние встречаются чаще и, по мнению Б. И. Железнова и А. Н. Стрижакова [2], возникают лишь в результате запоздалой диагностики. Обнаруженная опухоль придатков матки служит показанием для оперативного лечения, но нередко больных оперируют по поводу синдрома острого живота — типичного исхода вскрывшихся эндометриоидных кист. Реже системный поиск причины упорных тазовых болей или бесплодия приводит к сравнительно раннему диагнозу с помощью лапароскопии. Такие пациентки нуждаются в длительном лечении, но и оперированные больные оказываются далеко не излеченными. Их преследует угроза рецидива заболевания, особенно при излившемся в брюшную полость во время операции содержимого эндометриоидных кист. Без специального лечения генеративная функция восстанавливается редко. Это обстоятельство и является основным показанием к длительному восстановительному лечению в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением (от 1 до 7 лет) находились 46 женщин, больных эндометриозом яичников. В момент обращения за

помощью больные были в возрасте от 23 до 49 лет (средний возраст пациенток составлял 31,3 года), заболевание же началось значительно раньше. Первые его признаки появились в среднем в возрасте 25,3 года. В действительности, если учитывать преморбидное состояние в виде рецидивирующих воспалительных процессов (58%), болезненных (60%) и обильных (38%) менструаций с периода их становления, то начало заболевания относится к еще более молодому возрасту. Эндометриоз яичников — частый удел молодых небеременных женщин. По нашим наблюдениям, каждая третья из оперированных по поводу этой патологии страдала бесплодием, причем на долю первичного бесплодия приходилось 44%. Следует обратить внимание и на особенности сексуальной функции этих пациенток. 5 женщин не жили половой жизнью, не испытывая в ней никакой потребности. Раньше 18 лет начали половую жизнь 4 женщины и позже 25 лет — 6. С началом половой жизни у 6 пациенток менструации стали обильными и болезненными, у 5 женщин началось нарушение жирового обмена; у каждой третьей пациентки половая жизнь проходила по типу диспареунии, наблюдались аноргазмия и фригидность. Из 41 пациентки, жившей половой жизнью, только у 19 женщин беременность наступила в первый год замужества, у 2 — на второй и у 2 — на третий. Однако лишь у 15 из 23 забеременевших первая беременность завершилась нормальными срочными родами. У 2 пациенток она закончилась самопроизвольным абортom на ранних сроках, у одной — кесаревым сечением, у 2 — патологическими родами и у 3 — легальными абортomами. Последующие беременности закончились нормальными родами лишь у 10% пациенток. 23 женщины не забеременели вообще.

Соотношение числа родов к числу бере-

менностей у заболевших оказалось несколько выше, чем в контрольной группе (50 здоровых женщин), — соответственно 0,5 и 0,4, что было, вероятно, следствием большего стремления сохранить желанные беременности.

Клинические проявления эндометриоза яичников характеризовались прогрессирующей альгодисменореей. Доминировал болевой синдром с наслоениями вегетативных дисфункций (тошнота, слабость, головокружение, повышение температуры тела, озноб накануне и во время менструаций). На характер болевых ощущений накладывал отпечаток спаечный процесс в малом тазу, являющийся неотъемлемым спутником функционирующего эндометриоза яичников [3, 4, 6]. Мы подчеркиваем определение «функционирующий», так как не всегда эндометриоз яичников сопровождается клиническими проявлениями. Иногда эндометриозные кисты, уже достигшие значительных размеров, случайно обнаруживались при профилактических осмотрах или при лапаротомиях по поводу другой патологии. Это обстоятельство ставит под сомнение правомерность различных классификаций заболевания [11]. В наших наблюдениях болевые ощущения во время менструаций отсутствовали у каждой третьей пациентки, а характер менструаций не был изменен у 26 из 46 женщин.

У 44 больных диагноз эндометриоза яичников был констатирован при операции в различных гинекологических стационарах по поводу опухолевидных образований в придатках матки или подозрения на внематочную беременность и лишь у 2 женщин он был установлен с помощью лапароскопии в поисках причины бесплодия. Все они были поставлены на специализированный диспансерный учет в Республиканский консультативно-методический центр по лечению генитального эндометриоза. К сожалению, большинство больных после операции или не получали никакой противорецидивной терапии, или бессистемно принимали самые разнообразные гормональные препараты, что свидетельствует об отсутствии системы противорецидивного лечения и единой тактики реабилитации.

В таблице представлен объем операций, предпринятых у больных эндометриозом яичников.

Как видно из таблицы, у большинства больных были произведены операции, не исключавшие в дальнейшем восстановления детородной функции. Эта задача и являлась главной в плане их реабилитации, исключая 3 молодых женщин, нуждавшихся в длительном лечении синдрома кастрации.

При необходимости удаления обоих яичников, пораженных эндометриозом у молодых женщин, мы полагаем целесообразным сохранять матку (здоровую) с тем, чтобы

Объем операций, перенесенных больными эндометриозом яичников

Операции	Число больных
Резекция одного яичника	16
Резекция обоих яичников	14
Удаление придатков с одной стороны	8
Удаление придатков с обеих сторон	3
Удаление придатков с одной стороны и резекция второго яичника	3
Дополнительные операции:	
Надвлагалищная ампутация матки	1
Миомэктомия	3
Удаление обеих маточных труб	3

не разобщать нейрорефлекторную цепь, не лишать организм интегрального стереотипа эндокринно-обменных функций, присущих данному органу. От принципа максимального щажения внутренних половых органов можно отойти лишь в климактерическом периоде и по строгим показаниям.

Операции по поводу эндометриоза яичников почти всегда сопровождаются вскрытием кист и попаданием их содержимого в брюшную полость. В нем, по-видимому, имеются эндометриальные элементы, способные имплантироваться в оставленной ткани яичников, особенно в травмированных участках. Однако чаще всего резекция второго яичника предпринимается в связи с наличием в нем видимых очагов эндометриоза, и рецидив заболевания бывает обусловлен, скорее, наличием в оставшейся части микроскопических очагов, тем более что операция не устраняет ни причин, ни условий для прогрессирования процесса, а, наоборот, усугубляет их. Поэтому так важно начинать поэтапную профилактику рецидива заболевания с раннего послеоперационного периода. На первом этапе проводится борьба со спаечным процессом. Он неизбежен, и в настоящее время возможно лишь ограничение спаек до известных пределов. Не останавливаясь на общеизвестных мерах профилактики спаек в процессе самой операции (гемостаз, туалет брюшной полости, тщательная, атравматичная перитонизация), а также на мерах, носящих дискуссионный характер (отказ от ушивания десерозированных участков кишечника и матки, введение гепарина, орошение внутренних органов раствором декстрана), считаем необходимым подчеркнуть важность раннего вставания, раннего применения лечебной гимнастики и физиотерапии. На основании многолетнего опыта мы являемся приверженцами раннего использования магнитотерапии. Применяем электрофорез сернокислого цинка, меди, магния в постоянном магнитном поле напряженностью 25—30 мТл

(250—300 эрстед) с помощью стационарного аппарата «Полус». После 10—12 процедур магнитофореза в амбулаторных условиях можно провести курс лечения фонофорезом гидрокортизона, а затем курс из 15—20 инъекций биостимуляторов (солкосерил или спленин по 2 мл внутримышечно). Оба препарата ускоряют репаративные процессы, причем спленин оказывает благоприятное влияние на гуморальные и клеточные факторы иммунитета, роль которых в генезе эндометриоза в настоящее время признана [5].

На втором этапе приступают к восстановлению генеративной функции. По существу он начинается с раннего послеоперационного периода, и здесь речь идет в основном о стимуляции овуляции. Раннее наступление беременности после операции нежелательно, но и отсутствие ее по истечении полугода прогностически неблагоприятно. Поэтому с первой послеоперационной менструации мы назначаем синтетические гестагены (норколут или норэтистерон) по обычной контрацептивной схеме на 3 цикла. Предотвращая нежелательную в этом периоде беременность, они начинают деятельность по секреторному истощению оставшихся эндометриоидных элементов, а после отмены по механизму феномена высвобождения могут вызвать овуляцию и наступление беременности. После двухмесячного перерыва проводится второй трехциклового курс лечения гестагенами и повторяется курс рассасывающего лечения (физиотерапия, биостимуляторы, витаминотерапия).

Контроль с помощью тестов функциональной диагностики (ректальная температура, кольпоцитология, цитологическое исследование эндометрия накануне менструации) и радиоиммунологическое определение концентрации прогестерона в крови после отмены синтетических гестагенов у 18 пациенток свидетельствовали о восстановлении циклических процессов, однако беременность на этом этапе наступила только у 5 женщин. Причиной бесплодия у остальных пациенток, по-видимому, являлся целый комплекс нейродистрофических изменений в яичниках и яйцееводах, сопровождающийся частой лютеинизацией неовулирующих фолликулов [9]. Поэтому после 2 курсов лечения синтетическими гестагенами рационально приступить к стимуляции овуляции гонадотропными препаратами в сочетании с гестагенами и циклической витаминотерапией.

Для стимуляции развития полноценного фолликула мы используем человеческий менопаузальный гонадотропин в дозах по 75 ЕД на 5, 7, 9-й дни менструального цикла и 150 ЕД на 11-й день, а на 12, 14 и 16-й дни вводим хорионический гонадотропин соответственно по 2000, 3000 и

1500 ЕД под контролем ректальной температуры. С 16 по 23-й дни цикла назначаем 2,5% прогестерон по 1,0 мл внутримышечно. Если при проходимых (проходимой) маточных трубах и фертильной сперме мужа в течение 2 трехмесячных курсов лечения беременность не наступает, то в дальнейшем основное внимание уделяем гормональной профилактике рецидива эндометриоза. Ее необходимо осуществлять препаратами гестагенного действия. Как и Б. И. Железнов и А. Н. Стрижаков [2, 3], мы не рекомендуем с этой целью пользоваться синтетическими эстроген-гестагенными препаратами (нон-овлон, бисекурин). На фоне их применения мы наблюдали у 2 пациенток развитие миом матки и у 6—рецидив эндометриоза яичника. Предпочтительны шестимесячные курсы норколута или норэтистерона с двухмесячными перерывами, во время которых необходимо контролировать функцию печени. При ее нарушении следует назначать 10—15-дневный прием берберина или оксафенамида в течение всего курса лечения гестагенами, а также желчегонные травы в виде настоя.

Не всегда возврат характерных для эндометриоза циклических болей, связанных с менструацией, свидетельствует о рецидиве заболевания. В наших наблюдениях у 28 из 44 оперированных пациенток через 1,5—2 года после операции вновь появились боли перед менструациями и во время них, однако истинный рецидив, подтвержденный с помощью лапароскопии, был выявлен лишь у 3 женщин. У остальных доминировал выраженный спаечный процесс в малом тазу. По всей вероятности, вялотекущий хронический воспалительный процесс, обостряясь, «пробуждает» временно угасший патологический стереотип ощущений на циклические гормональные стимулы, так как гормональные препараты, блокирующие овуляцию, в сочетании с малыми транквилизаторами (френолон, элениум, мепробамат) значительно ослабляют или купируют боли. Во всяком случае, гормональная терапия в профилактике рецидива эндометриоза яичников после операции не должна рассматриваться в качестве самостоятельной, ее следует расценивать как патогенетический компонент в комплексе ссистематической рассасывающей, антидистрофической, противовоспалительной терапией.

Из 46 наблюдавшихся нами пациенток реальные шансы на восстановление генеративной функции (наличие хотя бы одной проходимой маточной трубы, целого яичника или его части, фертильная сперма у мужа) были у 21 женщины в возрасте от 23 до 35 лет. В результате длительной поэтапной комплексной терапии беременность наступила у 10 пациенток. К сожалению, сохранить ее удалось лишь у 6 женщин. У одной произошел самопроизвольный аборт

на сроке 9 нед, и 3 женщины решили беременность прервать. После аборта состояние всех 4 пациенток резко ухудшилось. Рецидивировала альгодисменорея, а у одной пациентки с особенно выраженной клиникой рецидива эндометриоза при лапароскопии было обнаружено обширное обсеменение брюшины малого таза очагами эндометриоза.

Восстановительное лечение после удаления обоих яичников проводится по правилам лечения посткастрационного синдрома, но с исключением длительного введения стероидных эстрогенных гормонов. Мы с успехом заменяем их сигетином, оказывающим на организм аналогичное эстрогенам действие без стимуляции пролиферативных процессов. В сочетании с малыми транквилизаторами, физиотерапией (в этих ситуациях возможно применение и тепловых процедур), витаминотерапией и лечебной гимнастикой сигетин назначаем внутрь по 10 мг 2 раза в день в течение месяца. Курсы лечения повторяем 2—3 раза в год.

В последнее десятилетие как за рубежом, так и в нашей стране с целью лечения распространенных форм генитального эндометриоза, особенно эндометриоза яичников, применяется антигонадотропный препарат — даназол [1, 13]. Не имея собственного опыта лечения больных даназолом, мы лишь констатируем отзывы о его высокой терапевтической эффективности, но считаем необходимым обратить внимание и на сдержанные оценки. Частота рецидивов эндометриоза после лечения даназолом достигает 50% [8, 12], а частота выкидышей у забеременевших пациенток в 5 раз превышает таковую после лечения другими препаратами [7].

В комплексе мероприятий по реабилитации больных эндометриозом яичников целесообразно и санаторно-курортное лечение. В этом плане мы являемся сторонниками долечивания больных, перенесших операцию, в местных санаториях. В Удмуртской АССР местный санаторий «Металлург» располагает источником активной хлоридно-натриевой воды с высокой концентрацией брома и йода. Бром-йодные ванны и влажные орошения, а также радоновые ван-

ны, по нашему мнению, следует использовать в комплексе восстановительной терапии у женщин, перенесших шадящие операции при эндометриозе яичников; когда сохранена большая часть активной яичниковой ткани, эстрогенная стимуляция достаточна, и одной из причин бесплодия является рубцово-спаечный процесс.

В заключение необходимо подчеркнуть, что полноценная профилактика рецидива эндометриоза яичников и восстановительное лечение возможны лишь в условиях хорошо организованной диспансеризации, с устойчивой преемственностью между районными женскими консультациями и гинекологом-эндокринологом консультативного центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Фанченко Н. Д., Анашкина Г. А., Стрижаков А. Н. // Акуш. и гин.— 1988.— № 3.— С. 63—64.
2. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. // Генитальный эндометриоз.— М., Медицина, 1985.
3. Стрижаков А. Н. // Патогенез, клиника и терапия генитального эндометриоза.— Автореф. докт. дисс.— М., 1977.
4. Савицкая Л. К., Адамян Л. В. // В. кн.: Некоторые вопросы патогенеза, клиники, диагностики и терапии генитального эндометриоза. / Под ред. Л. С. Персианинова и А. Н. Стрижакова.— М., 1979.
5. Сунрун Л. Я. // Принципы и средства коррекции реактивности организма в комплексном лечении больных эндометриозом.— Методические рекомендации.— Минск, 1982.
6. Сунрун Л. Я. // Акуш. и гин.— 1983.— № 2.— С. 41—44.
7. Acien P. // Rev. esp. Obstet. Ginecol.— 1985.— Vol. 44.— P. 45—63.
8. Bruhat M. A., Canis M. // Contracept. Fertil. Sexual.— 1986.— Vol. 14.— P. 617—627.
9. Dmowski W. P., Rao R., Scommegna A. // Fertil. and Steril.— 1980.— Vol. 33.— P. 30—34.
10. Egger H., Weigman P. // Arch. Gynecol.— 1982.— Vol. 239.— P. 37—45.
11. Mintz., De Brux I. // Gynecologie.— 1982.— Vol. 33.— P. 507—514.
12. Suginami H., Hamada K., Yano K. // Obstet. Gynecol.— 1985.— Vol. 66.— P. 68—71.
13. Sulewski J. M., Curcio F. D., Bronitsky C., Stenger V. G. // Am J. Obstet. Gynec.— 1980.— Vol. 138.— P. 128—132.

Поступила 18.05.88.

УДК 618.14—007—07—089.8

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ

В. М. Орлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. С. Н. Давыдов) Ленинградского ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции института усовершенствования врачей имени С. М. Кирова

Нами обследовано 180 женщин в возрасте от 22 до 37 лет, у которых по данным

гистеросальпингографии (ГСГ) обнаружены anomalies развития матки. Женщины бы-

Формы аномалий развития матки

Пороки развития матки

симметричные	n	асимметричные	n
Матка с неполной перегородкой	93	Однорогая матка с рудиментарным рогом, не имеющим эндометриальной полости	9
Матка с полной перегородкой	19	Однорогая матка с рудиментарным рогом, имеющим полость, не сообщающуюся с основным	8
Двурогая матка	33	Однорогая матка с рудиментарным рогом, имеющим эндометриальную полость, сообщающуюся с основным	7

ли соматически здоровыми, жаловались в основном на невынашивание беременности и бесплодие, у некоторых из них была альгодисменорея. Для уточнения формы аномалии развития матки, выявления замкнутого рудиментарного рога, определения расстояния между рогами, состояния маточных труб 143 больным произведена хромолапароскопия, из них у 20 — в сочетании с газовой гинекографией. Характер оперативного вмешательства определяли по полученным результатам исследований. Кроме того, все больные подвергались ультразвуковому обследованию с целью выявления как формы аномалий матки, так и сочетанной патологии мочевого пузыря и мочевыводительной системы.

Обнаруженные формы пороков развития матки, которые в последующем подтвердились во время операции, представлены в таблице.

При асимметричных пороках развития матки выявлялась, как правило, сопутствующая патология мочевого пузыря и мочевыводительной системы на стороне функционально неполноценного рога: аплазия почки — у 18 и дистопия почки на стороне неполноценного рога матки — у 2.

У больных с аномалиями развития матки генеративные нарушения проявляются по-разному. При симметричных пороках 156 больных имели 348 беременностей, 313 (89,9%) из которых закончились самопроизвольными выкидышами, 7 (2,0%) — артифициальным абортom, 28 (8%) — преждевременными родами. Из 341 желанной беременности только 4 (1%) завершились рождением живых детей.

У всех 24 больных с асимметричными пороками развития матки было бесплодие; кроме того, у 8 — и альгодисменорея. У больных с асимметричными пороками развития матки восстановить детородную функцию не удается, но для профилактики эндометриоза и развития беременности в рудиментарном роге матки они нуждаются в хирургическом лечении — в устранении задержки оттока менструальной крови и удалении рудиментарного рога.

Хирургическое лечение, направленное на восстановление детородной функции, перенесли 150 больных с симметричными поро-

ками развития матки. Основным показанием к операции являлось невынашивание беременности (у 124), реже бесплодие (у 7). 19 больных были прооперированы по поводу сочетания порока развития матки с трубным бесплодием.

При наличии матки с перегородкой выполняли операцию Джонса (клиновидное иссечение перегородки) либо операцию Томпкина (срединная двухлопастная метропластика). Выбор того или иного вмешательства в таких случаях определяется выраженностью внутриматочной перегородки. При диагностировании двурогой матки производили типичную операцию Штрассманна.

При удвоении матки, а также при полной перегородке матки и влагалища операция выполняли в два этапа: на первом рассекли перегородку влагалища, через 6—8 мес при сохранении генеративных нарушений приступали ко второму этапу — к метропластике.

При сочетании порока развития матки с трубным бесплодием, которое нередко развивается после неоднократных выскабливаний в связи с самопроизвольными выкидышами, производили сочетанное вмешательство на маточных трубах с одновременной метропластикой тем или иным способом. При таком роде патологии (у 19 женщин) операция оказалась мало эффективной. Всем больным в послеоперационном периоде проводили комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение регенеративных процессов в матке и профилактику развития внутриматочных сращений с контрацепцией в течение 6 мес после операции.

Из 150 прооперированных 118 женщин забеременели, у 98 (80,5%) беременность завершилась родами, у 13 (11%) — самопроизвольными выкидышами; 10 (8,5%) женщин к моменту обследования имели прогрессирующую беременность.

Из 108 беременных, которым была произведена метропластика, у 95 (87,8%) женщин родились живые дети. Из всей группы прооперированных 95 (63,3%) женщин беременность доносили и на сегодняшний день родоразрешены. У 10 женщин беременность развивалась, остальные находятся под

наблюдением.

При сочетании порока развития матки с функциональным бесплодием или непроходимыми маточными трубами эффективность хирургического лечения составила 23% (из 26 таких больных забеременели и родоразрешены 6 женщин).

При наступлении беременности после метропластики, как показал опыт, необходима профилактическая госпитализация в ранние сроки беременности для проведения терапии, направленной на сохранение беременности с ультразвуковым контролем за развитием беременности и состоянием рубца на матке.

Все 95 беременных после хирургической коррекции порока были родоразрешены путем кесарева сечения в плановом порядке на сроке 37—38 недель. Масса тела новорожденных колебалась от 2800 до 4200 г и составляла в среднем 3240 г. Операции протекали без технических трудностей. Осложнений во время операций и в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Таким образом, женщин, страдающих невынашиванием беременности, длительным бесплодием целесообразно обследовать с целью выявления аномалий развития матки. В качестве скрининг-метода следует применять ультразвуковое сканирование, для подтверждения диагноза — рентгенологическое исследование; завершать диагностику должна лапароскопия, на основании которой уточняется форма порока развития и устанавливается окончательный диагноз.

Целесообразность разделения аномалий развития матки на группы симметричных и асимметричных пороков состоит, на наш взгляд, не только в различиях клинических проявлений порока, показаний к оперативному лечению, но и в разной перспективности хирургического лечения, направленного на восстановление детородной функции.

У женщин с симметричными пороками развития матки более чем в 60% случаев можно прогнозировать восстановление детородной функции после хирургической коррекции аномалий матки.

Поступила 26.11.87.

ОБЗОР

УДК 616—092:612.017.1—064] — 022:578.828

ВИРУСНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ. МЕХАНИЗМЫ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ ИММУНОПАТОЛОГИИ

О. К. Поздеев, И. М. Рахматуллин

*Кафедра патологической физиологии (зав.— проф. И. М. Рахматуллин)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Известно, что развитие вирусных инфекций часто сопровождается неспецифической модуляцией иммунного ответа на различные антигены. Родовая принадлежность вирусов, обладающих иммуномодулирующими свойствами, достаточно широка: более 40 видов, относящихся к 15 различным семействам, вызывают изменения гуморальных и клеточных реакций [5]. Формирование иммунного ответа к вирусным антигенам подчиняется всем правилам иммунологического реагирования. Основная направленность его связана с подавлением размножения вируса, а не с его скорейшей элиминацией [5].

Зараженные вирусами организмы существенно отличаются по своей способности отвечать на антигены, и возникновение транзиторных дефектов иммунной системы следует рассматривать как обязательный компонент патогенеза данных заболеваний. В некоторой степени это обусловлено биологией облигатного клеточного паразитизма вируса, то есть как живые организмы они проявляют себя только внутри клетки хозяина, в которой реализуется их генетическая информация и обеспечивается созревание дочерних популяций. Как антигенный стимул вирус способен активировать иммунокомпетентные клетки и одновременно воздействовать на их геном, превращая в мишени для собственных цитотоксических механизмов.

В отечественной и зарубежной литературе подробно обсуждены механизмы взаимодействия вирусов и клеток иммунной системы, лежащие в основе развития вторичных иммунодефицитных состояний. Показано, что большая их часть является следствием непосредственного повреждения клеток вирусами, а меньшая — результатом вторичных повреждений иммунной системы, вызванных нарушениями регуляторных механизмов при хронических, латентно протекающих и медленных вирусных инфекциях [30].

Целью настоящей работы был анализ дефектов иммунологического реагирования, создающих предпосылки для развития патологических процессов на заключительных этапах или при полной элиминации возбудителя из организма.

До настоящего времени дискутировался вопрос о том, так ли необходимо наличие вируса в организме хозяина для всех проявлений инфекционного процесса. Так, Д. Хапперт и Т. Уайлд [29] выдвинули концепцию «вирусных болезней без вирусов», определяющую роль вирусов как пусковых механизмов различных клинических состояний на заключительных этапах заболевания. В ее основу положены аналогии в воздействии на генетический аппарат клетки различных мутагенов и вирусов. В обоих случаях однократный контакт может привести к фенотипическим изменениям и потере функциональных свойств.

Нарушение нормального функционирования иммунокомпетентных клеток в результате контакта с различными вирусами могут составить иницирующей механизм подобных патологий. Известно, что многие заболевания человека связаны с аномалиями структуры и функционирования хромосомного аппарата, возникающими после проникновения вирусов в организм [40]. *In vitro* способностью вызывать подобные повреждения обладают аденовирусы, паповавирусы, вирусы герпеса всех типов, поксвирусы, пикорнавирусы пара- и ортомиксовирусы, ретровирусы и др. [10, 34]. Вирус-индуцированные хромосомные aberrации в лимфоцитах периферической крови обнаружены при гриппе, кори, инфекционном мононуклеозе, паротите, бешенстве и прочих вирусных инфекциях человека [2, 43].

Показано, что многие вирусы способны повреждать генетический аппарат клеток посредством нарушения синтеза ДНК и полиаминов [4]. Повреждение хромосом иммунокомпетентных клеток приводит к потере функциональных свойств на уровне субпопуляций за счет угнетения активности или гибели лимфоцитов, к созданию условий для диссеминирования инфекционного процесса, возникновению бактериальных и протозойных осложнений [29, 32]. При этом хромосомные aberrации наблюдаются преимущественно в Т-лимфоцитах [2].

Увеличение числа Т-клеток с цитогенетическими повреждениями компенсаторно влечет за собой усиление продукции вирус-нейтрализующих антител, а экспрессия вирус-специфических антигенов на поверхностной мембране Т-лимфоцита вызывает появление аутоантител специфичных к антигенам вируса и поврежденного лимфоцита [19].

Сыворотка крови здоровых животных и человека содержит небольшие количества аутоантител, титр которых существенно увеличивается при развитии вирусной инфекции [22]. Длительная циркуляция возбудителя в организме может привести к нарушению соотношений между синтезом аутоантител и мишенями для их действия.

Основными механизмами возникновения аутоиммунных реакций в периоде элиминации вируса из организма могут служить способность вирусов проявлять митогенные свойства, образование клеточных протеинов с антигенными свойствами и формирование вирусами общих с ними эпитопов, качественные нарушения в синтезе противовирусных антител, расстройство процессов удаления иммунных комплексов из организма.

Многие вирусы могут стимулировать поликлональную активацию В-лимфоцитов, активировать клетки, ранее контактировавшие с невирусными антигенами, усиливать неспецифическую активацию Т-хелперов, что увеличивает вероятность возникновения аутоиммунных реакций при вирусных инфекциях [38, 48].

Индукторы поликлональной активации В-клеток характеризуются наличием набора повторяющихся антигенных детерминант в молекуле полимерной структуры и обладающей большим молекулярным весом [39]. Архитектура вирионов полностью соответствует этим параметрам, так как они сконструированы из многочисленных копий с наличием небольшого набора протеинов. Способностью проявлять митогенные свойства обладают вирусы везикулярного стоматита, гриппа, аденовирусы и пр. [12, 24].

Развитие поликлональной активации В-лимфоцитов сопровождается синтезом аутоантител к

модифицированным аутоантигенам. В случаях инфекций нейротропными вирусами (клеточного энцефалита, висна и др.) наблюдается синтез аутоантител к протеинам олигодендроглии с последующей демиелинизацией нервной ткани [42, 49]. Заражение крыс коронавирусами вызывает сенсибилизацию лимфоцитов к миелину. Адаптивный перенос клеток, рестимулированных *in vitro* миелином, приводит к формированию поражений по типу аллергического энцефалита [53].

Весьма существенным в формировании мишеней для действия аутоантител является возможность встройки практически всех вирусных белков, синтезированных в процессе внутриклеточной репродукции, в мембрану клетки [46]. Для ряда вирусов показано, что они могут размножаться лишь в активированных лимфоцитах [8]. Взаимодействие оболочечных вирусов с клетками сопровождается слиянием их оболочки с плазматической мембраной. При этом клеточные протеины приобретают иммуногенную форму, а способность некоторых вирусов включать клеточные белки в состав созревающих вирионов создает предпосылки для индукции аутоиммунного процесса. Молекулярные механизмы ответственные за эти реакции остаются малоизученными.

Изменение структуры клеточной мембраны может существенно зависеть от содержания липидов в ее составе. При большинстве острых инфекций оно практически не меняется, но развитие персистирующей инфекции изменяет метаболизм жирных кислот, что влияет на появление иммуногенных свойств у клеточных протеинов [9].

Интактные вирусы или их фрагменты могут адсорбироваться на поверхности практически любых клеток за счет рецепторов мембран, содержащих сиаловую кислоту [6]. При взаимодействии вирусной нейраминидазы-фермента, ответственного за разрушение клеточных гликопротеинов, у лимфоцитов происходит изменение структуры рецепторного аппарата за счет отщепления сиаловой кислоты [3]. В результате поверхностные белки клеточной мембраны меняют свои антигенные детерминанты, что стимулирует синтез цитотоксических аутоантител и усиливает фиксацию компонента на мембране [20]. Заражение ортомиксовирусами линий фибробластов-антителопродукторов вызывает синтез десалицированных иммуноглобулинов [18]. Десалициация иммуноглобулинов кролика способствует формированию аутоиммунного ответа на их введение [17]. Многократное введение таких препаратов реципиентам обуславливает появление ревматоидного фактора и развитие артритов [23]. Таким образом, частые инфекции нейраминидаза-позитивными вирусами могут спровоцировать развитие аутоиммунпатологии.

Свойство вирусов неспецифически активировать В-клетки и Т-хелперы может привести к секреции значительных количеств низкоаффинных антител. Формирующиеся из подобных антител и вирусов иммунные комплексы характеризуются наличием свободных антигенных детерминант, стимулирующих синтез противовирусных антител, которые, как и ранее продуцируемые, усиливают сенсибилизацию организма [45].

Нарушение механизмов развития иммунного ответа при вирусных инфекциях может непосредственно отражаться на составе циркулирующих иммунных комплексов. При инфекционном мононуклеозе не происходит переключения синтеза IgM на синтез IgG, что связано с репликацией вируса внутри лимфоцитов. Функциональной особенностью подобных IgM-комплексов является спо-

способность к длительному циркулированию без фиксации в тканях [14]. Концентрация обычных (IgG) иммунных комплексов в сыворотке крови может быть невелика, однако их роль в патогенезе вирусных инфекций весьма значительна. Формирование иммунных комплексов содействует удалению свободно циркулирующего возбудителя из организма, однако возбудитель, находящийся в их составе, не теряет своей инфективности, и его циркуляция в составе иммунных комплексов сказывается на дальнейшем поражении клеток хозяина [36].

Патофизиология циркулирующих иммунных комплексов изучена достаточно полно. Важнейшими вирусными инфекциями, имеющими признаки иммунокомплексной патологии, являются гепатит В, инфекционный мононуклеоз, геморрагическая лихорадка Денге, подострый склерозирующий панэнцефалит, цитомегаловирусная инфекция [41]. При всех этих заболеваниях иммунные комплексы фиксируются в стенках кровеносных сосудов, что приводит к повышению их проницаемости и облегчает миграцию вирионов через гематоэнцефальный барьер. Своевременное выведение иммунных комплексов из кровотока обеспечивается клетками макрофагально-моноцитарной системы [41]. Изменение их функциональной активности при вирусных инфекциях может играть решающую роль в формировании подобной патологии. При острых вирусных инфекциях выявлена неоднородная реакция макрофагов на проникновение возбудителя в организм. С одной стороны, они отвечают увеличением ферментативной активности и экспрессией мембранных рецепторов, с другой — наблюдается (при гриппе, кори) блокада фагоцитарного аппарата клетки [11]. При хронических вирусных заболеваниях активность макрофагов чаще бывает сниженной [50].

С нарушением сосудистой проницаемости иммунными комплексами связан еще один механизм вирус-индуцированной аутоиммунпатологии. Некоторые ткани организма обладают аутоантигенностью: это протеины хрусталика, миелиновой оболочки нервных волокон, сперматозоиды [37]. В норме они отделены от иммунологического надзора сосудисто-тканевым барьером и не распознаются аутореактивными лимфоцитами. Повышение проницаемости сосудов создает условия для антигенной стимуляции и запуска соответствующих иммунных механизмов. Примерами подобных заболеваний являются орхит как осложнение поражения околоушных желез вирусом паротита и рассеянный склероз, вирусная этиология которого признается многими исследователями. В патогенезе рассеянного склероза отчетливо выделяются два периода — инфекционный, продолжительностью в несколько лет (с наличием вирусоспецифических включений в ткани мозга) и аутоиммунный, протекающий в отсутствие возбудителя и обусловленный деструкцией миелиновых оболочек аутоиммунными механизмами [21].

В периоде выздоровления уровень аутоантител значительно снижается. Однако повторная, прямая стимуляция, осуществляемая за счет изменения антигенных структур клеточных популяций, сохраняющихся в организме длительное время, или косвенная — за счет поликлональной активации эффекторов гуморального иммунного ответа могут служить пусковым механизмом. Вероятность такого ответа прямо зависит от уровня функциональной активности иммунной системы в периоде реконвалесценции. В эволюции выживаемости организмов при вирусных инфекциях особую роль приобрела активно функционирующая система

иммунологического надзора, адекватно реагирующая на инфекционный агент. Получение гиперстимулирующего сигнала иммунокомпетентными клетками в результате перекрестного реагирования вирусных антигенов с аутоантигенами может привести к развитию аутоиммунопатологии с вовлечением комплекса гистосовместимости.

Следующим важным аспектом формирования постинфекционных иммунопатологических процессов являются нарушения в регуляции биологической активности интерферона. Известно, что продукция интерферона представляет собой одну из ранних форм ответа на проникновение вирусов в организм [28]. Первоначально интерферон рассматривали как субстанцию, обеспечивающую развитие в клетках антивирусного состояния, и основная часть исследований его биологических свойств была посвящена лишь этой функции. Надежды специалистов на то, что интерферон сможет стать панасеей от вирусных инфекций, не оправдались. В течение последних 20 лет стали накапливаться данные, позволяющие рассматривать его как полифункциональный клеточный продукт, реализующий свою активность на различных клеточных и тканевых уровнях [16, 31].

Исследования *in vitro* показали, что интерферон способен подавлять репликацию различных вирусов в клетках, как и размножение самих клеток, вызывая изменения мембранной структуры за счет увеличения экспрессии рецепторов и антигенов [33, 51].

В настоящей работе мы попытаемся охарактеризовать биологические свойства интерферона, проявляемые в отношении иммунокомпетентных клеток и патологическое воздействие на макроорганизм нарушений его синтеза. Интерферон способен модулировать различные иммунологические реакции и является одним из основных медиаторов иммунного ответа [52]. Введение его перед антигенной стимуляцией подавляет иммунный ответ и стимулирует образование иммунологической памяти; он способен усилить активность киллерных клеток различных типов и ингибирует образование антител к тимус-зависимым и тимус-независимым антигенам за счет прямого угнетения активности В-лимфоцитов [28]. Супрессорная активность разных видов интерферона различна — иммунный (γ) интерферон в 20 — 250 раз более эффективно подавляет первичный ответ, чем α - и β -интерферон [47]. γ -интерферон угнетает рост аллогенных лимфоцитов, сингенных костно-мозговых клеток, трансплантированных облученным реципиентам [13]. Культивация различных субпопуляций Т- и В-клеток человека в присутствии интерферона приводит к появлению «волчаночных включений», подобных включениям в эндотелии гломерул и лимфоцитах периферической крови больных системной красной волчанкой [44]. У теплокровных интерферон ответственен за проявление токсических эффектов, включая лейкоцитоз и тромбоцитопению [26].

Иммуномодулирующей активности интерферона в респираторном тракте принадлежит некоторая роль в развитии астматического процесса. Установлена прямая связь между активностью интерферона и гиперсекрецией гистамина [15]. Он способен индуцировать синтез различных кофакторов (IgE-связывающий фактор), ответственных за развитие аллергических реакций [35].

Введение интерферона новорожденным мышам в течение недели приводит к полному разрушению гликогена в печени, отложению IgG и C3-компонента комплемента на базальных мембра-

нах гломерул аналогично иммунокомплексным патологическим процессам [25]. Показана корреляция развития аутоиммунных реакций и увеличения синтеза интерферона [27]. Поскольку вирусы являются одними из лучших индукторов интерферона, а его синтез — важной частью комбинированного противовирусного ответа, весьма возможно, что интерферон или нарушения в его синтезе при различных вирусных инфекциях могут служить базой для отдаленных патологических последствий.

Успехи фундаментальных исследований биологии и генетики вирусов не в состоянии обеспечить на современном этапе надежных и эффективных способов борьбы с большинством патогенных вирусов [1], что связано с облигатным внутриклеточным паразитизмом возбудителя, лишением систем жизнеобеспечения и размножения. Вирус как инфекционный агент не может рассматриваться вне клетки или организма хозяина, и селективное подавление внутриклеточных вирус-специфических процессов химиотерапевтическими воздействиями представляется проблематичным. В этом плане большое внимание привлекают перспективы использования средств более общего патогенетического действия, усиливающие и ускоряющие формирование различных форм ответа на проникновение возбудителя. Особое место могла бы занять терапия, направленная на временное восполнение (замещение) сформировавшихся иммунологических дефектов. К сожалению, современный арсенал подобных препаратов, использование которых возможно при вирусных инфекциях, весьма ограничен. Поиск новых средств позволит расширить их ассортимент и обеспечить выбор адекватного в каждом случае препарата направленной иммунокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жданов В. М. // Вестн. АМН СССР. — 1984. — № 8. — С. 24—31.
2. Ильинских Н. Н., Ильинских И. Н. // ЖМЭИ. — 1983. — № 2. — С. 145—150.
3. Новиченко Н. Л., Струк В. И., Кавецкий Р. Е. // Бюлл. экспер. биол. — 1978. — № 5. — С. 547—549.
4. Саблина О. В. // Генетика. — 1978. — № 14. — С. 1919—1923.
5. Семенов Б. Ф., Каулен Д. Р., Баландин И. Г. // Клеточные и молекулярные основы противовирусного иммунитета. — М., — Медицина. — 1982.
6. Смородицев А. А., Лузянина Т. Я. // Основы противовирусного иммунитета. — Л. — 1975.
7. Ada G. L., Jones P. D. // Curr. Top. Microb. Immunol. — 1986. — Vol. 128. — P. 1—15.
8. Amramson J. S., Lyles D. S., Heller K. A. et al. // Infect. Immun. — 1982. — Vol. 37. — P. 794—799.
9. Anderton P., Wild T. F., Zwingelstein G. // Biochem. J. — 1983. — Vol. 214. — P. 665—670.
10. Bellet A. J., Waldron-Slevens L. K., Braithwaite K. et al. // Chromosoma. — 1982. — Vol. 84. — P. 571—575.
11. Brogan M. D., Sagone A. L. // J. Reticuloendothel. Soc. — 1980. — Vol. 27. — P. 13—23.
12. Bulcko G. M., Armsstrong R. B., Martin W. J. et al. // Nature. — 1978. — Vol. 271. — P. 66—67.
13. Cerottini J. C., Brunner K. T., Lindhal P. et al. // Nature New Biol. — 1980. — Vol. 242. — P. 152—155.
14. Charlesworth J., Quin J., McDonald G. et al. // Clin. Exp. Immunol. — 1978. — Vol. 34. — P. 241—247.
15. Chonmaitree T., Lett—Brown M., Tsong Y. et al. // J. Inf. Dis. — 1988. — Vol. 157. — P. 127—132.
16. Dianzani F. // Ann. Ist. super. sanita. — 1987. — Vol. 23. — P. 765—768.
17. Dodon D. M., Quash G. A. // Immunology. — 1981. — Vol. 42. — P. 401—409.
18. Dodon D. M., Gazzolo L., Quash G. A. et al. // J. Gen. Virol. — 1982. — Vol. 63. — P. 441—447.
19. Doherty P. // Brit. Med. Bull. — 1985. — Vol. 41. — P. 7—14.
20. Eaton M. D. // Infect. Immun. — 1980. — Vol. 27. — P. 855—862.
21. Field E. J., Cowshall S. // Lancet. — 1972. — ii. — 280—281.
22. Fong S., Tsaukas C. D., Frincke L. A. et al. // J. Immunol. — 1981. — Vol. 126. — P. 910—917.
23. Galloway G., Leung A. Y.—T., Hunneyball I. M. et al. // Immunology. — 1983. — Vol. 49. — P. 511—518.
24. Gibson M., Tiensiwakul P., Khoobyarian N. // Cell. Immunol. — 1982. — Vol. 73. — P. 397—404.
25. Gresser I., Morel-Maroger L., Maury C. et al. // Nature. — 1976. — Vol. 263. — P. 420—422.
26. Gresser I., Aguet M., Morel-Maroger L. et al. // Am. J. Pathol. — 1981. — Vol. 102. — P. 396—403.
27. Hooks J. J., Moulisopoulos H. M., Geis S. A. et al. // N. Eng. J. Med. — 1979. — Vol. 301. — P. 5—11.
28. Huang C. C. // Mann. Chromosomes Newslett. — 1971. — Vol. 12. — P. 17—36.
29. Huppert J., Wild T. F. // Ann Virol. — 1984. — Vol. 135. — P. 327—349.
30. Jennings S. R., Rice P. L., Klostzewski E. D. et al. // J. Virol. — 1985. — Vol. 56. — P. 757—766.
31. Landolfo S., Gariglio M., Gribaudo G. et al. // Eur. J. Immunol. — 1988. — Vol. 18. — P. 503—509.
32. Loh L., Hudson J. B. // Infect. Immun. — 1980. — Vol. 27. — P. 54—60.
33. Lonai P., Steinman L. // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. — 1977. — Vol. 74. — P. 5662—5666.
34. Luleci G., Sakeizei M., Gunalp A. // Acta virol. — 1980. — Vol. 24. — P. 341—345.
35. Malolepski J. // Proc. Congr. Allergy Clin. Immunol. — Warsaw. — 1988. — P. 183—186.
36. McGuire T. C. // Immunology. — 1976. — Vol. 30. — P. 17—24.
37. Miescher P. A., Müller-Eberhard H. J. // Textbook of immunology. — Crunne Stratton. — N. Y. — 1976.
38. Mims C. A. // The pathogenesis of infectious diseases. — Acad. Press. — N. Y., London. — 1982.
39. Möller G. // Cold Spring Harbor Symp. Quant. Biol. — 1977. — Vol. 41. — P. 217—226.
40. Nushacher J., Hirschhorn K., Cooper L. Z. // N. Engl. J. Med. — 1967. — Vol. 276. — P. 1409—1413.
41. Oldstone M. B. // Progr. Med. Virol. — Vol. 19. — P. 84—119.
42. Panitch H., Petursson G., Georgsson G. et al. // Lab. Invest. — 1976. — Vol. 35. — P. 452—456.
43. Pruslin F. N., Rodman T. C. // Infect.

Immun. — 1978. — Vol. 19. — P. 1104—1112.

44. Rich S. A. // Science. — 1981. — Vol. 213. — P. 772—774.

45. Shivers J. C., Daniels C. A. // Arch. Virol. — 1979. — Vol. 59. — P. 89—97.

46. Skehel Y. Y., Willy D. C. // Targets for the design of antiviral agents. — N. Y. — 1984. — P. 121—136.

47. Sonnenfeld G., Mandel A., Merigan J. // Cell. Immunol. — 1977. — Vol. 34. — P. 193—206.

48. Theophilopoulos A. N., Dixon F. J. // Am. J. Pathol. — 1982. — Vol. 108. — P. 321—325.

49. Tschanen R., Steck A. J., Schäfer R. // Neurosci. Lett. — 1979. — Vol. 15. — P. 295—299.

50. Vierucci A., De Martino H., London W. // Lancet. — 1977. — i. — P. 156—160.

51. Vignaux F., Gresser I. // J. Immunol. — 1977. — Vol. 118. — P. 721—723.

52. Virelizier J., Chan E., Allison A. C. // Clin. Exp. Immunol. — 1977. — Vol. 30. — P. 299—304.

53. Watanabe R., Wege H., ter. Meulen V. // Nature. — 1983. — Vol. 305. — P. 150—151.

Поступила 06.03.89

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 613.1—02:614.8

В. Ф. Алтунин, Н. Г. Халфиев, П. И. Лернер (Казань). Гелиометеопрогноз и травматизм

Мы попытались установить взаимосвязь между неблагоприятным гелиометеопрогнозом и травматизмом.

Были проанализированы данные по приемному отделению Казанского филиала ВКНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» за 12 мес (с марта 1987 по февраль 1988 г.). Пострадавших принимали 2 раза в неделю (пятница и воскресенье) по поводу двух видов повреждений: опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговой травмы. В общей сложности за 106 приемных дней за врачебной помощью обратились 4134 человека. Гелиометеопрогноз нами взят по данным метеослужбы г. Казани. Наиболее насыщенными магнитными бурями были март и май, наименее — сентябрь и январь.

Приемные дни совпали с магнитными бурями в 38,6% случаев. В 33% случаев магнитные бури были накануне приемного дня, причем в 5,3% они наблюдались как накануне, так и в день приема больных. Взяв общее число принятых пострадавших за март 1987 г., наиболее насыщенный магнитными бурями месяц (5 приемных дней совпало с магнитными бурями и в 6 случаях магнитные бури были накануне приема), и за январь 1988 г. (4 приемных дня совпало с магнитными бурями), мы отметили, что число больных (в марте — 458 человек, в январе — 580) не имело прямой зависимости от числа магнитных бурь.

В приемные дни, совпавшие с днями магнитных бурь (38,6%), было принято 42,2% (1745) пострадавших, а в дни без магнитных бурь (28,4% приемных дней) — 37,5% (1551), то есть во время магнитного спокойствия больных было больше, чем в дни магнитных бурь.

Видимой разницы в числе больных, получивших травму в день обращения, мы также не обнаружили. Имело место увеличение числа пострадавших, травмированных в день магнитной бури накануне обращения в приемное отделение (21,0% и 20,8% против 18,1% и 17,2%). Правда, увеличение отмечается среди пострадавших в возрасте 61 года и старше (30,6% против 25,5%). Наблюдается также некоторый рост числа травм, связанных с использованием транспорта (11,2% против 9,9%), и криминальных происшествий (27,6% против 22%).

УДК 616.345—007.41:616.386—089.8

А. К. Горлов, М. Б. Кашин, М. Я. Гойербарг

(Куйбышев). Комбинированное лечение больного с синдромом Хилайдити

За последние годы в литературе появились сообщения об единичных клинических наблюдениях синдрома Хилайдити у детей (топографическая аномалия толстого кишечника). Приводим наше наблюдение.

Р., 13 лет, поступил в детское хирургическое отделение 05.01.1984 г. с направительным диагнозом «опущение печени». Жаловался на периодическую боль в животе, его вздутие, особенно после физической нагрузки. Боль в животе беспокоила только днем, в положении стоя. Ночью или во время отдыха боль исчезала. Мальчик был вынужден оставить занятия в секции спортивной борьбы. Болен последние три года. До этого рос и развивался не отставая от сверстников. С рождения страдал запором. Стул мог отсутствовать по 3—4 дня.

Состояние больного было удовлетворительным; физическое развитие соответствовало возрасту, нормальной упитанности, складка кожи на уровне пупка — 3 см. Физикальное обследование грудной клетки патологии не выявило. Живот мягкий, безболезненный, симметричный с хорошо выраженной мускулатурой, но после физической нагрузки, как правило, отмечалось его вздутие в эпигастрии. В положении лежа край печени обычной консистенции пальпировался у края реберной дуги. В положении стоя, особенно после нескольких прыжков, исчезала печеночная тупость, а в правом подреберье обнаруживался тимпанит. При пальпации в этом положении нижний край печени был на 3 см выше пупка, перкуторно же определялись ее нормальные размеры.

При рентгенологическом обследовании грудной и брюшной полостей легочные поля чистые, границы сердца обычные. При обследовании стоя правый купол диафрагмы на 3 см был выше левого. Тень печени смещена вниз и влево. Под правым куполом диафрагмы контурировалась расширенная до 8 см толстая кишка. В положении Тренделенбурга тень печени располагалась в обычном месте и интерпозиция толстой кишки исчезала. При ирригоскопии выявлялись чрезмерная подвижность и свободное перемещение сигмовидной кишки в брюшной полости. На ирриграмме определялась удлиненная, несколько дилатированная сигмовидная кишка, делающая три дополнительных петли. Слепая кишка располагалась низко в малом тазу.

Анализы крови, мочи, функциональные пробы печени отклонений от нормы не выявили.

После обследования был поставлен диагноз «синдром Хилайдити».

09.01.1984 г. произведена лапаротомия верхне-средним доступом (оператор — проф. В. П. Поляков). При ревизии органов брюшной полости выявлена удлиненная, растянутая серповидная связка печени. Печень свободно смещалась в мезогастральную область. При этом в образовавшийся карман под куполом диафрагмы проникала петля сигмовидной кишки. Толстая кишка почти на всем протяжении была расширена. Слепая кишка имела брыжейку. После мобилизации печеночного угла ободочной кишки была произведена пликация серповидной связки сбаривающими швами. Передняя поверхность печени была припудрена стерильным тальком для лучшей фиксации. С той же целью была произведена гепатопексия П-образными швами за переднюю брюшную стенку. От резекции удлиненной сигмы решили воздержаться.

Послеоперационный период протекал гладко. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Больной был выписан 20.01.1984 г. в удовлетворительном состоянии. Боль в животе исчезла, но запор сохранялся.

Для борьбы с запором был назначен курс терапии, включавший кроме послабляющей диеты прямую электрическую стимуляцию кишечника. Амбулаторно было проведено 10 сеансов трансректальной биополярной стимуляции. Уже после 3 сеансов электростимуляции стул стал ежедневным.

Обследован через 6 мес. Жалоб не предъявлял. Местоположение печени, ее границы и функция были нормальными. Стул регулярный при обычной диете. Мальчику разрешили заниматься спортом. Через три года после операции самочувствие юноши хорошее. Жалоб нет. Стул регулярный. Занимается спортом.

Мы считаем, что для полного выздоровления детей в аналогичных ситуациях не обязательно сочетать гепатопексию с резекцией толстой кишки, о чем пишут многие авторы. Прямая трансректальная электрическая стимуляция кишечника обладает, по нашим данным, стойким терапевтическим эффектом не только при хроническом органическом запоре, но и при такой комбинированной патологии, как синдром Хилайдити.

УДК 613.31:546.16:616.314—002—053.2

З. А. Эльдарушева (Казань). Заболеваемость кариесом зубов у детей в связи с различным содержанием фтора в питьевой воде

Мы изучали особенности распространенности и интенсивности кариеса зубов среди детей городов Махачкалы и Казани, различающихся по содержанию фтора в питьевой воде.

У 617 детей (в Махачкале — 332 ребенка, в Казани — 285) в возрасте 5—8 лет определена частота поражения кариесом зубов. Все дети были разделены на 4 возрастные группы. Интенсивность поражения кариесом устанавливали путем расчета индекса КП для молочных зубов, КПУ и КП — для смешанного прикуса. Распространенность кариеса выражали в процентах по отношению к общему числу обследованных детей.

Анализ полученных данных выявил различия в уровнях поражаемости кариесом зубов в зависимости от проживания в зонах с неодинаковым содержанием фтора в питьевой воде. Так, распространенность кариеса зубов среди детей Махачкалы составила 86,1%, Казани — 91,6% ($P < 0,05$). Средняя интенсивность кариеса зубов у обследованных детей в Казани была равна $7,77 \pm$

$\pm 0,16$, в Махачкале — $7,08 \pm 0,17$ ($P < 0,01$).

Таким образом, полученные данные подтверждают известную закономерность, что поражаемость молочных и постоянных зубов кариесом имеет обратную зависимость от содержания фтора в питьевой воде.

УДК 616.155.194.17—053.31

А. Ф. Субханкулова, Р. Н. Хакимова (Казань). О геморрагической форме гемолитической болезни новорожденных

В современном акушерстве встречается редкая форма гемолитической болезни новорожденных, определяемая как геморрагическая. Приводим наше наблюдение.

Ч., 34 лет, поступила в родильное отделение РКБ МЗ ТАССР с диагнозом: беременность 31—32 нед, рубец на матке, резус-конфликт, отягощенный акушерский анамнез.

Менструации с 14 лет, по 2—4 дня, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные, установились сразу. Замужем с 31 года. Группа крови В (III) резус-отрицательная, группа крови мужа О (I) резус-положительная.

В анамнезе 5 беременностей. Первая беременность в 1974 г. закончилась срочными родами живым, доношенным плодом женского пола. В родах — плотное приращение последа, ручное отделение и выделение последа. В связи с кровотечением произведена гемотрансфузия резус-положительной крови без реакции. Ребенок здоров, группа крови В (III) резус-положительная.

Роды при второй беременности осложнились отхождением околоплодных вод до начала родовсхватливости, выпадением петли пуповины, интранатальной смертью плода. По причине плотного приращения последа было произведено ручное отделение и выделение его с последующей гемотрансфузией резус-отрицательной крови. Резус-антигена в течение беременности не обнаружены.

При третьей беременности во втором триместре были выявлены резус-антигела в титре 1:16. В родильном отделении РКБ в результате досрочного (на 38-й неделе) родоразрешения родился ребенок с массой тела 3200 г, группа крови В (III) резус-положительная. Диагностирована врожденная желтушная форма гемолитической болезни средней тяжести. Новорожденному было произведено три заменных переливания крови. В возрасте 1,5 лет ребенок умер от бытовой травмы.

Роды при четвертой беременности осложнились разгибательным вставлением головки. Путем кесарева сечения извлечен плод массой тела 4500 г женского пола без признаков жизни. Со слов пациентки, отмечалось увеличение размеров печени плода и последа, желтушное окрашивание околоплодных вод.

Титр резус-антигел при настоящей беременности находился на уровне 1:32. При госпитализации в родильное отделение РКБ титр резус-антигел был тот же, титр по непрямой реакции Кумбса — 1:128. Клинические и биохимические анализы показали умеренную анемию (Hb от 1,3 до 1,46 ммоль/л), нормальные концентрации билирубина сыворотки крови (8,4 мкмоль/л) и активность щелочной фосфатазы (120 Е/л).

Назначен курс гипосенсибилизирующей терапии с дексаметазоном, инфузии гемодеза, полиглокина.

При динамическом ультразвукографическом исследовании отмечалось увеличение печени плода,

водянка яичек, утолщение плаценты.

Был произведен трансабдоминальный амниоцентез с последующей спектрофотометрией околоплодных вод. По данным этого исследования предполагалось рождение ребенка с врожденной формой гемолитической болезни новорожденных тяжелой степени, с переходом в отечную форму (ОП — 0,118, непрямой билирубин околоплодных вод — 2,22 мкмоль/л).

Таким образом, по показаниям со стороны плода (формирование тяжелой врожденной желтушной формы гемолитической болезни), наличия опухоли на матке было необходимо досрочное родоразрешение путем кесарева сечения. С целью профилактики развития синдрома дыхательных расстройств и созревания сурфактанта назначен дексаметазон.

При сроке беременности 34 нед путем кесарева сечения в нижнем сегменте по Дерфлеру был извлечен новорожденный мужского пола с массой тела 3000 г и длиной 49 см. Группа крови В (III) резус-положительная, билирубин в сыворотке пуповинной крови составил 90,6 мкмоль/л, капиллярный гемоглобин — 4,45 ммоль/л. Состояние новорожденного тяжелое: стонет, отмечается мышечная гипотония, поза «лягушки». Кожные покровы иктеричные, имеется пастозность с мелкими геморагиями. Печень пальпируется на 6—7 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Асцитическая жидкость перкуторно не выявлялась.

Через 2 ч 50 мин после рождения начато заменное переливание крови. Непрямой билирубин до первого переливания был равен 133,6 мкмоль/л (почасовой прирост — 14,2 мкмоль/л), после переливания снизился до 84,9 мкмоль/л.

Через 6 ч 40 мин после завершения первого заменного переливания крови начато второе: динамика концентрации непрямого билирубина до второго заменного переливания крови составляла 183,6 мкмоль/л (почасовой прирост — 13,8 мкмоль/л), после второго — 115,6 мкмоль/л.

Через 23 ч после рождения состояние ребенка крайне тяжелое: кожные покровы бледно-иктеричные с мелкоточечными кровоизлияниями на лице, верхних конечностях. Отмечаются пастозность, гиперрефлексия, мышечная гипотония, поза «лягушки», а также втяжение межреберных промежутков и раздувание крыльев носа. Живот большой, печень пальпируется на 7 см ниже края реберной дуги. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, тяжелое течение, геморрагический синдром. Начата интенсивная терапия.

На 27-м часу жизни возникло легочное кровоотечение. Новорожденный интубирован. На фоне ИВЛ появились обильное кровоотечение из желудка и легких; продолжена интенсивная терапия. Внутривенно введена эритромаасса. Самостоятельного дыхания не было. Через 30 ч жизни ребенок умер.

Окончательный диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, гепатоспленомегалия, эритробластоз печени и селезенки, желтуха кожи, подкожной жировой клетчатки, слизистых оболочек, стенок боковых желудочков головного мозга. Точечные излияния крови в эпикард, слизистую оболочку желудка и кишечника, мелкопятнистые кровоизлияния в серповидный отросток и мозжечковый намет твердой мозговой оболочки, обширное кровоизлияние в мягкую мозговую оболочку левого полушария, в сосудистые сплетения желудочков мозга и в ткань

легких. Анасарка. Асцит, гидроторакс, гидроперикард, отек легких. Акцидентальная трансформация тимуса.

УДК 618.39—089.888.14—06:618.17—008.8

Л. П. Бакулева, Г. А. Гатина, Т. И. Кузьмина (Москва). Менструальная функция в отдаленные сроки после искусственного прерывания беременности в I триместре

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния менструальной функции в отдаленном периоде после искусственного прерывания беременности в I триместре.

Менструальная функция была изучена у 131 пациентки, перенесших искусственное прерывание беременности в I триместре методом вакуум-эксokoхлеации с последующим кюретажем. Состояние менструальной функции оценивали по данным менограмм и тестов функциональной диагностики. Менограмму изучили у 131 пациентки в течение 15 мес после прерывания беременности (1500 менограмм). Тесты функциональной диагностики (измерение базальной температуры, подсчет кардиопикнотического индекса, определение симптомов зрачка и растяжения шеечной слизи) применяли у 131 женщины в 552 менструальных циклах.

Анализ анамнестических данных показал, что до абoрта нормопонирующий тип менструального цикла был у 73 (55,7%) из 131 обследуемой, постпонирующий — у 24 (18,3%), антепонирующий — у 22 (16,8%), нерегулярный — у 12 (9,2%). После операции несвоевременное наступление первой менструации было выявлено у 66 (50,4%) женщин, у остальных 65 (49,6%) отмечено изменение характера менструального цикла: олигоменорея — у 20 (15,6%), гиперполименорея — у 33 (25,2%), альгоменорея — у 12 (9,2%). У 55 из 65 пациенток указанные нарушения длились в течение первых трех месяцев с последующей клинической нормализацией, а у остальных 10 (7,6%) женщин имели место стойкие нарушения менструального цикла, которые выражались в гиперменструальном (4) и гипоменструальном (6) синдромах.

Через 6—12 мес после абoрта у 70 (53,4%) женщин были обнаружены нарушения менструального цикла по типу гиперменструального (у 21) и гипоменструального (у 45) синдромов, ациклических кровотечений (у 4).

Обследование гормональной функции яичников по тестам функциональной диагностики в 356 менструальных циклах позволило выявить двухфазный менструальный цикл с укороченной лютеиновой фазой у 63 из 80 (78,8%) пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла. Длительность лютеиновой фазы варьировала от 4 до 9 дней и в среднем составляла $7,4 \pm 1,0$ дня. Монофазный цикл был у 17 (21,3%) женщин. Кардиопикнотический индекс в I фазе менструального цикла был равен $12,4 \pm 2,0$, в овуляторном периоде — $39,7 \pm 3,6$, лютеиновой фазе — $20,7 \pm 0,9$ (в норме — соответственно 20—25%, 60—85%, 30—45%).

Таким образом, менструальный цикл на фоне снижения эстрогенной активности яичников был нарушен у 80 (61%) женщин ($P < 0,05$).

Обследование функции яичников у остальных 51 пациентки в 196 менструальных циклах показало, что у всех женщин, несмотря на отсутствие клинических проявлений были нарушения менструального цикла, функция яичников также

была изменена. Двухфазный менструальный цикл с укороченной лютеиновой фазой длительностью от 5 до 10 дней ($8,6 \pm 1,1$ дня) был у 37 (72,5%) женщин, однофазный цикл — у 14 (27,5%). Значения карриопикнотического индекса в I фазе менструального цикла были равны $13,6 \pm 2,2$, в овуляторном периоде — $40,1 \pm 3,3$, в лютеиновой фазе — $22,0 \pm 1,4$. У обследованных женщин карриопикнотический индекс по сравнению с нормой был снижен ($P < 0,05$).

Изучая частоту встречаемости различных типов нарушения функции яичников у пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла и без них, мы определили, что достоверных различий в частоте изменений функции яичников по типу ановуляции или недостаточности второй фазы у этих пациенток нет ($P > 0,05$).

Таким образом, исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики у 131 женщины в 552 менструальных циклах позволило установить нарушение функции яичников после искусственного прерывания беременности в I триместре у всех женщин. Ановуляция была обнаружена у 31 (23,6%) пациентки, недостаточность II фазы — у 100 (76,4%). Низкий карриопикнотический индекс является одной из констант недостаточной эстрогеновой функции яичников, что, в свою очередь, свидетельствует об изменении функции яичников на фоне гипозострогении. У 61% больных нарушения функции яичников клинически проявились в различных расстройствах менструального цикла, из которых преобладал гипоменструальный синдром (63,8%).

Следовательно, искусственное прерывание беременности в I триместре вызывает изменение функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит в отдаленные сроки после прерывания беременности к расстройствам менструального цикла.

УДК 618.711—007.61+618.711—003.4

Е. А. Волков (Казань). Склерополикистоз яичников в сочетании с малой формой эндометриоза яичников

Проблемы склерополикистоза яичников и эндометриоза по-прежнему остаются весьма актуальными. Об этом свидетельствуют данные литературы последних лет и, в частности, материалы VI Всероссийского съезда акушеров-гинекологов (1987). Однако среди множества публикаций, посвященных этим двум формам заболевания, мы не встретили работ с описанием их сочетания, довольно редкого в клинике. Известно, что эндометриоз характеризуется изменением менструальной функции по типу альгоменоррагии с вегетативной симптоматикой в отличие от склерополикистоза яичников, проявляющегося гипоменструальным синдромом и вирилизацией. Мы наблюдали сочетание этих двух заболеваний.

Н., 23 лет, узбечка, проживает в г. Карши, поступила в клинику 18.06.1987 г. с направительным диагнозом: бесплодие I смешанного генеза. В анамнезе: дизентерия в детстве, аппендиэктомия в 1987 г. Менструации начались с 15 лет, отмечаются через 28 дней, с 1987 г. — через 34—36 дней по 3—4 дня, безболезненные. Последние месячные были 14.04.1987 г. Половая жизнь с 1984 г. Больная была неоднократно обследована в условиях стационара, во ВНИЦ г. Ташкента и во ВНИЦ ОЗМР в апреле — мае 1987 г.

Данные обследования: результаты биохимических и бактериологических анализов крови были без особенностей, ГСГ — полость матки уменьшенных размеров, трубы извитые, проходимые, спаечный процесс в малом тазу. Экскреция 17-КС — 27,4 мкмоль/сут, ДЭА — 8,3 мкмоль/сут. Спермограмма мужа: подвижн.—38%, неподвижн.—62%. УЗИ — матка отклонена кзади и вправо; длина тела — 3,9 см, шейки — 2,4 см, переднезадний размер — 3,5 см, ширина — 4,6 см; левый яичник кистозно изменен, его размеры — 4,0—3,4—5,5 см, размеры правого яичника — 3,5—2,0—4,0 см. Консультация невропатолога: гипоталамическая недостаточность; консультация окулиста: изменений не обнаружено.

В институте ОЗМР проведено лечение продигозаном с умеренной реакцией, курс физиопроцедур, антибактериальная терапия (канамицином). Выписана с диагнозом: дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы; поликистозные яичники; гиперпролактинемия с лактореей, бесплодие I, хронический сальпингоофорит.

Рекомендован прием норколута с 18-го дня цикла 8 дней по 1 таблетке в течение 2 циклов, с третьего цикла — клостилбегит по 1 таблетке с 5 по 9-й день (2 цикла). Поскольку лечение оказалось неэффективным, больная была направлена в клинику Казанского ГИДУВа.

При поступлении больная жаловалась на нерегулярный менструальный цикл в течение 2 лет, лактореею, отсутствие беременности в течение 3 лет. Дополнительно к анамнезу: родилась вторым ребенком в семье у родителей в возрасте 22—27 лет, росла и развивалась нормально. Имеет сестру, у которой есть дети.

Объективно: рост — 155 см, масса тела — 54 кг, женский фенотип, умеренной упитанности; АД — 14,6/8,0 кПа, частота пульса: 80 уд. в 1 мин. Органы дыхания и кровообращения в норме. Молочные железы развиты, из сосков обильно выделяется молозиво (взяты мазки), на коже бедер — белые стрии. Наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен. Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки обычная, зев закрыт, тело матки banteflexio, нормальной величины, ограниченное в подвижности. Справа, кзади от матки, в спайках с маткой определяется яичник размером 5×5 см, округлой формы, плотноватой консистенции, смещается вместе с маткой. Слева глубоко в малом тазу, также в спайках расположен увеличенный яичник по размерам чуть меньше, чем справа. Выделения слизистые.

В клинике проведены следующие обследования: рентгенограмма черепа — структурных изменений не выявлено, ГСГ — трубы проходимы, матка отклонена влево и кзади. Уровень пролактина в крови — в пределах нормы, картина крови и мочи также не изменена.

Заключение: на основании анамнеза (нерегулярного менструального цикла), монофазной базальной температуры, двустороннего увеличения яичников, неэффективности лечения парлоделом в течение 6 мес, отсутствия структурных изменений черепа не исключается синдром склерополикистоза яичников центрального генеза с лактореей.

Рекомендовано хирургическое лечение — резекция яичников.

26.06.1987 г. произведены лапаротомия и резекция яичников. После вскрытия брюшной полост-

ти обнаружено следующее: матка нормальных размеров, трубы без патологических изменений, яичники увеличены, имеют плотную белочную оболочку, в спайках с тазовой брюшиной глубоко в дугласовом кармане. Размеры правого яичника — 5×6 , левого — 4×5 . Яичники выделены из спаек, при этом из правого выделилось содержимое шоколадного цвета. При осмотре яичников в их ткани выявлены очаги эндометриоза от 0,2 до 2,0 см. Все фолликулы заполнены кровянистым содержимым. С учетом возраста яичники резецированы.

Гистологический анализ показал уплотнение белочной оболочки, разрастание соединительной ткани в строме. Большое количество фолликулярных кист, заполненных геморрагическим содержимым, и атретических фолликул, пролиферация *theca interna* с лютеинизацией клеток. В тканях яичника — эндометриоидная гетеротопия.

Окончательный послеоперационный и клинический диагноз: склерополикистоз яичников с лактореей и малой формой двустороннего эндометриоза яичников. Исходя из окончательного диагноза, мы решили провести следующее лечение: норколут в циклическом режиме в течение 3 циклов. В зависимости от базальной температуры и при уровне пролактина выше нормы лечение следует продолжить парлоделом в сочетании с клостилбегитом.

Данный случай представляет интерес в связи с отсутствием характерной для эндометриоза яичников клиники (у больной менструации были по 3—4 дня, через 34—36 дней, безболезненные), а также редкостью сочетания двух гормонально зависимых процессов.

УДК 616.351—007.43—031:611.981

**С. Н. Коломенский, А. И. Большаков, А. В. Карпов, Ю. В. Аржанов, А. А. Гильмутдинов (Казань).
Аллопластика грыжи прямой кишки**

Мы наблюдали больного с грыжей прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика. Заболевание представляло интерес ввиду своей редкости. Аналогичных случаев в доступной литературе найти не удалось.

Т., 43 лет, 09.09.1981 г. получил травму на производстве — упал с четырехметровой высоты на область крестца. Диагностированы компрессионный перелом тела I поясничного позвонка, поперечный перелом крестца на уровне S_{III} , ушибленная рана этой области. По месту жительства произведена хирургическая обработка раны с удалением отломков крестца и копчика и ушивание раны. Выписан на 29-е сутки после заживления раны и окончания сроков иммобилизации.

При поступлении в отделение проктологии РКБ больной жаловался на запоры, боли, неполную дефекацию, невозможность сидеть, а также на появление округлого образования на месте дефекта крестца и копчика.

При осмотре в крестцово-копчиковой области выявлено овальное мягкоэластической консистенции образование размерами 6×8 см. При кашле и натуживании оно увеличивалось в 1,5—2 раза и становилось напряженным. Ректально определялась расширенная ампула прямой кишки, пролабирувавшая в дефект крестца и копчика наружу. За задней стенкой прямой кишки кожа была истонченной и имела линейный послеоперационный рубец.

На прямой рентгенограмме костей таза копчик и часть крестца по уровню S_{III} не опре-

делялись.

Диагноз: грыжа прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика.

09.02.1983 г. больному произведена аллопластика крестцово-копчиковой области. Под интубационным наркозом в положении больного на животе иссечен старый послеоперационный рубец. Из рубцов выделена задняя стенка ампулы прямой кишки размерами 8×10 см. Для уменьшения диаметра на нее наложено 6 гофрирующих поперечных швов атравматическим хромированным кетгутотом. Ввиду обширности костного дефекта предпринята аллопластика тефлоновым развернутым протезом в виде трапеции размерами $40 \times 40 \times 60$ мм. Трансплантат подшит сверху к надкостнице крестца, с боков к крестцово-седалищным связкам, нижний край оставлен свободным. Произведено ушивание раны, наложена асептическая повязка. В рану через отдельный прокол подведен дренаж-микроирригатор на одни сутки.

В послеоперационном периоде диеты и фталазолам стул задержан на 8 сут. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки.

При выписке больной впервые за 2 года сел, стул 1 раз в сутки, грыжа прямой кишки ликвидирована. Выписан с неокрепшим послеоперационным рубцом. При повторном осмотре через 9 мес рубец был сформирован, запоры не беспокоили. Анатомическое строение анальной области и функция прямой кишки восстановлены.

УДК 616.288.1—007.271—006.34.03

**В. М. Бобров (Ижевск). Остеома наружного
слухового прохода**

Остеомы наружного слухового прохода встречаются довольно редко. Этиология их неизвестна. Многие авторы рассматривают остеоому, в частности, наружного слухового прохода как дальнейшее развитие экзостоза. Сами по себе остеомы не мешают больному до тех пор, пока не дают роста, при котором уменьшается просвет наружного слухового прохода. В таких случаях больные жалуются на понижение слуха, шум в ухе, тяжесть в голове.

Р., 30 лет, поступила в ЛОР-отделение 29.09.1982 г. с жалобами на гнойные выделения, снижение слуха, чувство распирания в правом ухе. Болеет около 3 мес. При обращении к оториноларингологу на амбулаторном приеме было обнаружено обтурирующее новообразование в наружном слуховом проходе справа.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Наследственность не отягощена. Анализы крови и мочи патологии также не выявили.

Левое ухо, нос, глотка и гортань — без особенностей. При осмотре на границе хрящевого и костного отделов наружного слухового прохода справа на задней стенке определяется обтурирующее новообразование костной плотности с гладкой поверхностью, покрытое истонченной кожей. Между стенкой наружного слухового прохода и новообразованием, а также на дне слухового прохода имеется слизисто-гнойное отделяемое. Новообразование можно обойти только тонким зондом. Барабанная перепонка не видна. Область сосцевидного отростка не изменена. Речь шепотом слышит на расстоянии 1 м, разговорную — 6 м. В опыте Вебера — латеризация в правое ухо. На тональной аудиограмме при нормальной костной

проводимости обнаруживается костно-воздушный разрыв справа в пределах 30—40 дБ. На обзорной рентгенограмме височных костей по Шюллеру от 07.09.1982 г. в области наружного слухового прохода справа контурируется дополнительная тень костной плотности; пневматизация сосцевидных отростков не нарушена. Диагноз: остеома наружного слухового прохода справа, хронический гнойный средний отит справа.

30.09.1982 г. остеома удалена эндаурально. Под местной инфильтрационной анестезией 2% раствора новокаина с адреналином над опухолью произведен разрез кожи задней стенки слухового прохода справа. Опухоль исходит из задней стенки костного отдела слухового прохода. Тонким желобообразным долотом осторожно подрублено основание остеомы, она легко отпала от места прикрепления на границе костно-хрящевой задней стенки слухового прохода и извлечена. Опухоль распространялась почти до барабанной перепонки. Последняя была мацерированной. Удалено слизисто-гнойное отделяемое из наружного слухового прохода, введена турунда с синтомициновой эмульсией. Макроскопически она представляла из себя узел размером 0,7×0,8 см неправильной формы костной плотности. Снаружи новообразование было покрыто тонким эпителием серовато-

белого цвета. На разрезе опухоль имела вид костной ткани. Микроскопически опухоль построена из множества анастомозирующих друг с другом костных балочек, между которыми разрослась фиброзная ткань. Опухоль хорошо отграничена от окружающих тканей. Патогистологическое заключение: губчатая остеома.

Послеоперационный период протекал гладко. Одновременно больной было проведено лечение хронического гнойного мезотимпанита справа. Наступило улучшение. Через неделю после удаления остеомы наружного слухового прохода последний свободен, отделяемого нет; имеется точечная центральная перфорация барабанной перепонки. При осмотре через 4 года больной жалоб не предъявлял; перфорация барабанной перепонки справа закрылась. Речь шепотом слышит на расстоянии 6 метров.

Таким образом, данное наблюдение интересно исключительно редким сочетанием остеомы наружного слухового прохода и хронического гнойного мезотимпанита. Остеома препятствовала оттоку выделений из уха и затрудняла оценку характера процесса, привела к снижению слуха. Удаление остеомы способствовало успешному лечению гнойного мезотимпанита, восстановлению слуха, закрытию перфорации барабанной перепонки.

ГИГИЕНА

УДК 614.72:616—053.2—058.9:353.1

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ ПОСЕЛКАХ

Ф. Ф. Даутов, Р. И. Мухамедшина

*Кафедра общей гигиены (зав.— проф. Ф. Ф. Даутов)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Индустриализация и интенсификация хозяйства, увеличение мощности животноводческих комплексов, высокие темпы урбанизации могут привести к загрязнению окружающей среды, что, в свою очередь, влияет на санитарные условия жизни и здоровье людей.

Целью наших исследований являлась гигиеническая характеристика загрязнения атмосферного воздуха на различных расстояниях от животноводческих комплексов и блочных хозяйственных построек с оценкой его влияния на состояние здоровья детского населения. Поскольку решение проблем окружающей среды проводится как на стадии составления проектов (схем) районной планировки, так и при планировке сельских населенных пунктов, на первом этапе работы мы изучали проекты строительства поселков. Определяли загрязненность атмосферного воздуха формальдегидом, сероводородом и аммиаком. В работе использованы также социологические методы — опрос-беседа и анкетирование населения.

В двух сельских экспериментально-показательных поселках Татарской АССР (Шапши и Новый) изучали загрязнение атмосферного воздуха вредными примесями и уровень шума с учетом планировочных решений сел, а также состояние здоровья детей по показателям физического развития, неспецифической резистентности и общей заболеваемости. Установлено четкое функциональное зонирование территории с учетом климато-географических особенностей местности (розы ветров, рельефа местности, процента уклона и др.). Поселки Шапши и Новый с численностью населения соответственно 1500 и 3000 человек имеют современный высокий уровень благоустройства и социально-культурные учреждения (школы, детский сад, комбинат бытового обслуживания, дворец культуры, магазин, баня и др.).

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха в поселках являются животноводческие комплексы и коллективные хозяйственные постройки для содержания скота и птицы. В поселке Шапши жи-

вотноводческий комплекс по получению молока мощностью 2000 голов крупного рогатого скота расположен на расстоянии 150 метров от жилой зоны. Неблагоприятное влияние животноводческого комплекса (вредные примеси, специфический запах и др.) отмечают 63% опрошенных, проживающих в радиусе 400 метров.

Степень загрязнения атмосферного воздуха в районах размещения животноводческих комплексов, хозяйственных построек для содержания скота оценивают в основном по содержанию аммиака, сероводорода и микробной обсемененности. Нашими исследованиями впервые установлено, что наряду с аммиаком и сероводородом в атмосферный воздух выделяется формальдегид. На возможность образования формальдегида при разложении навоза указывает М. А. МIRONENKO и др. [3].

Загрязнение атмосферного воздуха вредными веществами оценивали в различные сезоны года. Результаты исследований в поселке Шапши показали, что на расстоянии 200 м от комплекса крупного рогатого скота определялись аммиак и формальдегид выше ПДК (табл. 1). Содержание сероводорода было в пределах допустимых величин. Таким образом, животноводческий комплекс является источником загрязнения воздуха жилой зоны вредными веществами. Согласно полученным результатам, санитарный разрыв от комплекса крупного рогатого скота на 2000 голов с учетом суммации действия сероводорода, аммиака, формальдегида должен быть более 500 м.

В контрольном поселке Новый, где животноводческий комплекс по получению молока (4500 голов) расположен на расстоянии 1500 м от жилой зоны, аммиак и формальдегид определялись в атмосфере в концентрациях ниже допустимых величин. Сероводород ни в одной пробе не обнаружен.

Анализ загрязнения атмосферы по сезонам показал, что наиболее высокое содер-

жание аммиака, сероводорода и формальдегида наблюдается весной. Это связано, видимо, с повышением температуры окружающей среды, способствующим испарению сточных вод комплекса. Сравнительно низкие концентрации летом объясняются тем, что в это время от 50 до 70% коров находятся на пастбищах и в летних лагерях на расстоянии 2—5 км от жилой зоны.

Жилые зоны изученных поселков представлены благоустроенными домами усадебного типа, блокированными 1—2 квартирными и 2—5-этажными многоквартирными секционными домами. Количество квартир, расположенных в секционных домах в поселке Шапши, составляет 44%, в Новом — 38,5%, и при анкетировании соответственно 85% и 72% опрошенных отрицательно отзывались о строительстве в сельской местности 3—5-этажных многоквартирных домов. Такие дома не обеспечены удобствами для ведения подсобного хозяйства; в них отсутствует непосредственная связь квартир с индивидуальными земельными участками (они расположены на расстоянии от 50 до 500 метров от домов); квартиры не имеют необходимых вспомогательных помещений (кладовые, сушильные и т. д.). Кроме того, отсутствие второго входа в квартиру ухудшает гигиенический режим в условиях сельского быта. В результате опроса жильцов 2—5-этажных секционных домов, пользующихся коллективными хозяйственными постройками для содержания личного скота, установлено неблагоприятное влияние хозяйственных построек (32—50 ячеек) на расстоянии до 50 метров и в радиусе 70 метров (более 50 ячеек). До 90% опрошенных жалуются на постоянный специфический запах, невозможность проветривания помещения, большое количество мух и др. Особенно резкое ухудшение санитарного состояния жилой зоны наблюдается при расположении хозяйственных построек в зоне жилой застройки. На

Таблица 1

Среднемесячные показатели зонального загрязнения атмосферы в районе размещения комплекса крупного рогатого скота

Загрязняющее вещество, мг/м ³	Расстояние от комплекса, м					
	15	50	150	200	500	1000
Аммиак	2,040—0,700	0,500—0,317	0,436—0,095	0,500—0,144	0,230—0,125	0,205—0,111
	1,265±0,061 (29)	0,400±0,018 (30)	0,359±0,012 (40)	0,295±0,018 (26)	0,172±0,005 (26)	0,154±0,005 (26)
Формальдегид	0,560—0,015	0,076—0,03	0,071—0,011	0,11—0,004	0,035—0,000	0,035—0,000
	0,160±0,027 (28)	0,049±0,002 (28)	0,032±0,002 (41)	0,034±0,005 (28)	0,015±0,001 (30)	0,018±0,001 (30)
Сероводород	0,013—0,001	0,013—0,001	0,011—0,002	0,002—0,002	0,001—0,001	0,003—0,000
	0,043±0,006 (30)	0,004±0,001 (28)	0,005±0,001 (25)	0,001±0,000 (27)	0,004±0,001 (30)	0,001±0,000 (26)

Примечание. В числителе — максимальные и минимальные концентрации в мг/м³; в знаменателе — $M \pm m$; в скобках — число отработанных проб.

неблагоприятное влияние многоблочных хозяйственных построек указывают также другие исследователи [3, 4].

Наличие вредных примесей и постоянно-го специфического запаха в поселке Шапши объясняется близким размещением (50 м) жилых домов от многоблочных хозяйственных построек для содержания скота. Запах как раздражитель (даже слабый) при постоянном воздействии вызывает длительное функциональное напряжение защитных сил организма, на которые они не рассчитаны [4, 5].

Исследования атмосферного воздуха на различных расстояниях от коллективных хозяйственных построек показали загрязнение воздуха вредными примесями. На расстоянии 15—30 метров от хозяйственных построек (30—50 ячеек) максимально-разовые концентрации аммиака и формальдегида превышали ПДК, и только на расстоянии 70 метров их концентрации были на уровне допустимых величин. Следовательно, санитарные разрывы от хозяйственных построек (до 50 ячеек) должны составлять не менее 70 метров в ширину. В то же время 92% жителей отмечают нецелесообразность размещения хозяйственных построек на расстоянии от 150 до 500 метров от дома. Их не устраивает удаленность хозяйственных построек от домов, трудность доставки корма и воды животным, особенно в зимнее время. 76% опрошенных считают, что максимальное удаление хозяйственных построек от домов не должно превышать 100—150 метров, при этом основным условием они выдвигают необходимость подведения воды к постройкам.

Наиболее благоприятны в гигиеническом отношении индивидуальные хозяйственные постройки для содержания скота и птицы, если они расположены на относительно большей земельной площади домов усадебного типа. Своевременный уход за животными, утилизация отходов на приусадебных участках, приводят к снижению их роли в загрязнении атмосферного воздуха поселка.

Для ликвидации выгона скота на улицы в поселках предусмотрен хозпроезд шириной 7 метров, совмещенный со скотопрогоном с изолированным выходом на место комплектования скота. Наличие хозпроезда

оценивается положительно всеми опрошенными.

Атмосферный воздух изученных населенных пунктов загрязняется смесью аммиака, сероводорода и формальдегида, однако их действие на организм в совокупности не исследовано. Нами определен коэффициент комбинированного рефлекторного влияния указанных веществ по общепринятой методике с установлением эффекта суммации. Коэффициент комбинированного действия ($K_{\text{кд}}$) формальдегида, аммиака, сероводорода составляет 0,9, аммиака и формальдегида — 0,95. $K_{\text{кд}}$ необходимо учитывать при гигиенической характеристике загрязнения атмосферы.

С учетом комбинированного действия [5] перечисленных веществ проведена оценка по условному показателю Р [2]. Уровень загрязнения атмосферы в опытном поселке (Шапши) равен 4,9, в контрольном (Новый) — 1,7. Уровни шума в поселках не различаются.

Изучена взаимосвязь между степенью загрязнения атмосферы и состоянием здоровья 104 организованных детей в возрасте от 3 до 6 лет. Группы для наблюдения были сформированы по принципу «копия-пара» [1]. Заболеваемость общая и органов дыхания в случаях за 2 года на одного ребенка в опытном поселке была выше, чем в контрольном. При исследовании показателей физического развития (рост, масса тела, окружность груди) достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено.

Иммунологическую реактивность оценивали по активности лизоцима слюны, бактерицидности кожи, состоянию аутофлоры кожных покровов детей (табл. 2). В опытном поселке наблюдается снижение бактерицидности кожи мальчиков и девочек. Особенно заметное изменение поверхностной и глубокой аутофлоры было у девочек.

Таким образом, установлена достоверная разница общей заболеваемости и болезней органов дыхания, а также показателей неспецифической резистентности детей в зависимости от уровня загрязнения атмосферного воздуха.

Данные гигиенической характеристики планировочных решений поселка, изучения

Таблица 2

Показатели неспецифической резистентности детей в возрасте от 3 до 6 лет в опытном и контрольном поселках ($M \pm m$)

Показатели	Мальчики (16 человек)			Девочки (36 человек)		
	основная группа	контрольная группа	P	основная группа	контрольная группа	P
Активность лизоцима слюны, %	57,0 ± 3,2	64,7 ± 5,1	<0,05	61,3 ± 1,9	70,9 ± 3,8	<0,05
Бактерицидность кожи, %	51,0 ± 3,2	86,5 ± 5,0	<0,001	51,0 ± 2,6	87,0 ± 2,1	<0,001
Аутофлора						
поверхностная	35,1 ± 12,6	3,5 ± 1,6	<0,05	41,2 ± 8,5	2,8 ± 0,6	<0,001
глубокая	41,3 ± 15,7	3,8 ± 1,2	<0,05	47,0 ± 10,7	3,8 ± 1,4	<0,001

загрязнения атмосферного воздуха и состояния здоровья детей позволили обосновать и выдвинуть в дополнение к существующим санитарным нормам [8, 9] следующие рекомендации. Санитарно-защитные зоны от животноводческого комплекса по получению молока на 2000 голов должны составлять более 500 метров, на 4500 голов — 1500 метров; санитарные разрывы от коллективных хозяйственных построек для содержания скота и птицы до 30 блоков должны быть не менее 50 метров, на 50—120 блоков — 70 метров, более чем на 120 блоков — 100—150 метров. Хозяйственные постройки должны располагаться не далее 150 м при условии подведения к ним водопровода.

При оценке загрязнения атмосферного воздуха выбросами животноводческих комплексов и хозяйственных построек рекомендуется определять в атмосфере аммиак, формальдегид, сероводород, микроорганизмы, а также специфический запах. Степень загрязнения атмосферы следует оценивать с учетом эффекта суммации аммиака, сероводорода и формальдегида по формуле:

$$\frac{C \text{ аммиака}}{\text{ПДК аммиака}} + \frac{C \text{ сероводорода}}{\text{ПДК сероводорода}} + \frac{C \text{ формальдегида}}{\text{ПДК формальдегида}} \leq 1$$

ВЫВОДЫ

1. Атмосферный воздух сельских экспе-

риментальных поселков загрязнен комплексом вредных веществ (аммиак, формальдегид, сероводород) на уровне $P = 4,9$.

2. Основными источниками загрязнения атмосферы вредными веществами являются животноводческие комплексы и хозяйственные постройки.

3. Существует взаимосвязь между степенью загрязнения атмосферы и состоянием здоровья детей сельских населенных пунктов — увеличение концентрации вредных веществ в воздухе приводит к ухудшению показателей здоровья детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бушугева К. А., Случанко И. С. // Методы и критерии оценки состояния здоровья населения в связи с загрязнением окружающей среды. — М., Медицина, 1979.
2. Временные инструктивно-методические указания по оценке степени загрязнения атмосферного воздуха. — М., 1977.
3. Крупные животноводческие комплексы и окружающая среда. / Под ред. Мироненко М. А., Никитина Д. П., Федоровой Л. М. и др. — М., Медицина, 1980.
4. Мироненко М. А. // Гигиенические основы планировки сельских населенных мест. — М., Медицина, 1981.
5. Пинигин М. А. // В кн.: Состояние и перспективы развития гигиены окружающей среды. — М., 1985.

Поступила 02.06.89.

УДК 618.19—055.2—006.6—07

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ПРИЕМОМ САМООБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕНЩИНАМИ

Т. И. Кузнецова, И. В. Кузнецов

Дом санитарного просвещения (и. о. главврача — Р. А. Пельзандт), г. Новокуйбышевск

Заболееваемость населения СССР злокачественными новообразованиями молочной железы за последние 15 лет увеличилась более чем в 2 раза и имеет тенденцию к дальнейшему росту. Эффективность лечения рака молочной железы зависит прежде всего от своевременной диагностики, так как результаты его терапии определяются главным образом степенью распространения опухолевого процесса. Из методов активного выявления рака молочной железы наиболее результативным оказался метод самообследования, которому в онкологической программе ВОЗ придается первостепенное значение.

Работе по разъяснению приемов самообследования молочных желез в г. Новокуйбышевске уделяется большое внимание. Методом самообследования обучают женщин во время профилактических осмотров, при диспансеризации женского населения, в школах

здоровья, работающих при женской консультации, родильном доме и в 2 гинекологических отделениях. Ежегодно по вопросам охраны здоровья женщин, включая профилактику раковых заболеваний, проводится более 3000 лекций и бесед, что составляет около 10% от общего числа всех выступлений медицинских работников. Всеми формами просвещения в год охватывается более чем 50% всех женщин.

По специальной программе был проведен опрос 350 женщин в возрасте от 18 лет и старше. Цель опроса заключалась в выяснении, насколько женщины владеют навыками самообследования. Были проанализированы анкеты 333 работниц нескольких учреждений. 119 (35,7%) женщин работали в филиале института «Гипрокаучук», 162 (48,7%) — в 3 промтоварных магазинах и 52 (15,6%) — в 2 средних общеобразова-

тельных школах. 271 (81,4%) женщина относилась к категории служащих, 62 (18,6%) — рабочих. 300 (90,1%) женщин имели высшее, среднеспециальное и среднее образование и только 33 (9,9%) — ниже среднего (уборщицы, рабочие магазинов).

188 (56,5%) из 333 работниц указали, что делали искусственное прерывание беременности: по одному разу — 51 (27,1%), по два — 71 (37,8%), по три — 33 (17,6%), по четыре — 13 (6,9%), по пять раз и более — 20 (10,6%). У 60 (18%) работниц в прошлом были различные заболевания молочных желез.

О необходимости самообследования молочных желез знали 197 (59,2%) женщин, в том числе работающие в универсамах (31,5%), школах (78,9%), филиале института «Гипрокаучук» (88,3%). Таким образом, 40% опрошенных не были знакомы с приемами самообследования молочных желез, особенно много (58,5%) таких оказалось среди работниц универмагов.

Еще хуже обстояло дело со знаниями сроков проведения самообследования. Точные сроки самообследования были известны лишь 95 (28,5%) опрошенным, примерные — еще 30 (9%). 208 (62,5%) женщин, то есть большая часть работниц, не знали сроков обследования.

Анализ знаний методики самообследования молочных желез показал, что приемом ощупывания владели 28,2% работниц, имели представление об этом 18,3% опрошенных, совершенно не располагали подобными зна-

ниями 53,5% женщин. Прием самообследования, состоящий в сдавливании ореолы и сосков, знали 22,2% женщин, слышали о нем 14,4% работниц, не были осведомлены совсем 63,4% опрошенных. С методикой ощупывания подмышечных лимфатических узлов дело обстояло так же: 24% женщин были знакомы с ней хорошо, 14,7% — удовлетворительно и 61,3% — вообще не имели о ней никакого понятия.

Подводя итог анализа анкет, мы должны отметить, что знали и применяли методику самообследования молочных желез путем осмотра 29% женщин, пальпации — 28,2%, сдавливания ореолы и сосков — 22,4%. Знания методики самообследования определялись уровнем общего образования. Они оказались выше у работающих в филиале института «Гипрокаучук», средних школах и ниже у работниц универмагов. Несмотря на проводимую санитарно-просветительскую работу, женщины недостаточно знают основные требования по раннему выявлению опухолевых заболеваний молочных желез.

В целях повышения знаний женщин по методике самообследования молочных желез необходимо повышать уровень их подготовки в акушерско-гинекологических отделениях, женских консультациях, гинекологических отделениях поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктах и комнатах гигиены женщин. Это позволит женщинам выявлять изменения в молочных железах на более ранних этапах и своевременно обращаться к врачу на консультацию и лечение.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

УДК 616.33—006.6—07—08.003.13

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Е. Ф. Странадко, Л. А. Александрова, М. А. Хаджиев

Московский научно-исследовательский ордена Трудового Красного Знамени онкологический институт имени П. А. Герцена (директор — проф. В. И. Чисов)

Оценивая роль и место различных аспектов борьбы со злокачественными новообразованиями, следует признать, что в общем комплексе мероприятий, направленных на решение этой сложной проблемы, организации онкологической помощи населению отводится, бесспорно, ведущая роль. Противораковая борьба включает в себя 4 основных аспекта: профилактику, уточняющую диагностику, лечение и реабилитацию. Все они между собой связаны и имеют одинаково важное значение в судьбе каждого отдельного больного. В системе общественного здравоохранения следует определить, какое из этих направлений является основным, ка-

кому из них следует отдать предпочтение, то есть сосредоточить ресурсы общества для получения максимального медицинского и экономического эффекта.

В настоящей работе мы приводим результаты исследований по определению денежных затрат на выявление, лечение и реабилитацию больных раком желудка, а также размера выигрыша общества вследствие возвращения к трудовой деятельности части больных после лечения. Определена также величина косвенных потерь, связанных с отстранением заболевших от участия в общественном производстве из-за инвалидизации и преждевременной смерти (см. табл. 1—2).

Таблица 1

Затраты на выявление, лечение и реабилитацию, а также размеры экономического выигрыша за счет возвращения к трудовой деятельности в расчете на одного заболевшего раком желудка в трудоспособном возрасте

Стадии	Затраты, тыс. руб.					Экономический выигрыш		Экономический эффект, тыс. руб.
	на выявление	лечение в стационаре	оплату временной нетрудоспособности	выплату пенсий по инвалидности	всего затрат	вернулись к труду и проработали лет	произвели материальных благ и услуг на сумму, тыс. руб.	
I	1,1	0,6	1,0	1,7	4,4	5,3	20,9	+16,5
II	1,1	0,6	0,7	3,4	5,8	5,2	20,6	+14,8
III	1,1	0,7	0,7	4,6	7,1	2,2	9,7	+2,6
IV	1,1	0,5	0,6	0,4	2,6	0	0	-2,6
Средневзвешенная					5,2		8,0	+2,8

Таблица 2

Затраты на выявление, лечение и реабилитацию, а также размеры экономического выигрыша за счет возвращения к трудовой деятельности в расчете на одного заболевшего раком желудка (все возрастные группы)

Стадии	Затраты, тыс. руб.					Экономический эффект		Экономический эффект, тыс. руб.
	на выявление	лечение в стационаре	оплату временной нетрудоспособности	выплату пенсий по инвалидности	всего затрат	вернулись к труду и проработали лет	произвели материальных благ и услуг на сумму, тыс. руб.	
I	1,1	0,6	0,3	0,5	2,5	1,6	7,2	+4,7
II	1,1	0,5	0,2	1,1	2,9	1,6	7,2	+4,3
III	1,1	0,6	0,2	1,4	3,3	0,7	3,2	-0,1
IV	1,1	0,5	0,2	0,1	1,9	0	0	-1,9
Средневзвешенная					2,7		2,7	0,0

Изучена первичная документация 597 больных раком желудка со следующим распределением по стадиям заболевания: I—2,7%, II—13,5%, III—48,6%, IV—35,2%. Затраты на стационарное лечение одного больного раком желудка составили при I стадии 613,9 руб., II—599,2 руб., III—735,5 руб., IV—659,5 руб.

Средневзвешенная величина дает представление о размерах затрат, экономического выигрыша в расчете на одного больного анализируемой выборки. Она определяется таким образом: удельный вес больных каждой стадии следует умножить на размер полных затрат для данной стадии, а затем полученные данные просуммировать. В нашем примере удельный вес больных по стадиям был следующим: при I—0,027, II—0,135, III—0,486, IV—0,352. Суммарные затраты на выявление, лечение и реабилитацию соответственно по стадиям достигли 4,4 тыс. руб., 5,8 тыс. руб., 7,1 тыс. руб., 2,6 тыс. руб. Путем указанных выше расчетов — $(4,4 \cdot 0,027) + (5,8 \cdot 0,135) + (7,1 \cdot 0,486) + (2,6 \cdot 0,352)$ — получаем средневзвешенную характеристику затрат. Она составила 5,2 тыс. руб. Экономический эффект будет равен размеру экономического выигрыша за вычетом затрат.

Не всем первично выявленным больным

было проведено лечение в стационаре: часть больных отказалась от обследования и лечения. Другой части после установления диагноза в амбулаторных условиях госпитализацию не предлагали в связи с бесперспективностью лечения из-за распространенности процесса или сопутствующих заболеваний — в наших расчетах эти обстоятельства были учтены.

Затраты на стационарное лечение в расчете на одного первично выявленного больного раком желудка при I—II стадиях процесса практически мало различаются. Некоторое увеличение расходов на лечение больных в III стадии связано с применением комбинированного лечения.

Как видно из таблиц 1—2, экономический эффект выявления, лечения и реабилитации больных раком желудка значителен при I—II стадиях заболевания, относительно мал или отрицателен при III стадии и отрицателен при IV стадии. В расчете на одного больного экономически высокоэффективны медицинские мероприятия при I—II стадиях рака желудка и малоэффективны при III—IV стадиях.

Нами рассчитаны затраты на выявление одного больного раком желудка среди обратившихся к врачу с жалобами; они составили 1112 руб. (при учете минимальной про-

граммы обследования: 2 посещения больным врача и одно рентгенологическое исследование желудка). Следует отметить, что размер этих затрат колеблется в широких пределах: в некоторых поликлиниках один больной раком желудка выявляется через 250 рентгенологических обследований, в других — через 1000—1200 обследований. Затраты на выявление одного больного раком желудка при профосмотрах у врачей поликлиник составили 1388 руб. При этом распределение по стадиям процесса практически не отличалось от такового для обратившихся с жалобами, а доля выявленных на этих осмотрах была менее 2% от числа заболевших.

Затраты на выявление одного больного при скрининговых программах оказались равными 1150 руб., то есть почти не отличались от расходов на выявление одного больного среди обратившихся с жалобами, однако при

этом контингент обнаруженных при скрининге больных выгодно отличался стадийностью заболевания: почти у 50% больных диагностированы I—II стадии заболевания. Такое распределение по стадиям повышает медицинскую и экономическую эффективность противораковых мероприятий.

Сопоставление расходов на активное выявление больных раком желудка в ранних стадиях с суммарными потерями общества (см. табл. 1, 2) дает основание утверждать, что профилактические осмотры, в данном случае скрининговые программы, являются тем приоритетным направлением, которое необходимо развивать ускоренным темпом. Такая постановка вопроса вовсе не означает, что не надо совершенствовать другие звенья противораковой борьбы, просто совершенствование профилактических осмотров сулит наибольший медицинский и экономический эффект.

Поступила 22.08.89.

УДК 616—006.6:614.1:313.12

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УТРАЧЕННОГО ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА В СВЯЗИ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

А. Г. Сапрыкина

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. С. И. Стегунин)
Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова*

Актуальной задачей здравоохранения является борьба с теми заболеваниями, которые обуславливают основные потери здоровья общества, а именно изучение и ранжирование злокачественных опухолей по степени их значимости в отношении наносимого ими социально-экономического ущерба [1]. Социально-экономическое значение злокачественных новообразований обусловлено не только тем, что среди причин смерти людей они занимают одно из ведущих мест, но и тем, что они влияют на среднюю продолжительность жизни и размеры невосполнимых потерь населения. Кроме того, они наносят значительный экономический ущерб, который определяется как прямыми затратами на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию больных, так и косвенными издержками — уменьшением производства общественного продукта в связи с потерей трудоспособности или преждевременной смертью больного в трудоспособном и детском возрасте. Как считают Е. М. Аксель и В. В. Двойрин [1, 2], социально-экономические потери от злокачественных новообразований определяются главным образом (до 70%) потерями от преждевременной смерти.

С целью оптимального использования ресурсов здравоохранения нами предпринята

попытка проведения исследования по оценке социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований на примере крупного промышленного областного центра Среднего Поволжья — г. Куйбышева.

Источниками сведений об умерших от злокачественных новообразований были данные регистрации причин смерти населения города за 1967—1984 гг. (ф. № 5). В общей структуре онкологической смертности всего населения за этот период первое место занимает рак желудка, второе — рак легких: у мужского населения — соответственно рак легких и желудка, у женского — рак желудка, молочной железы и легких. Наиболее емкими показателями являются производные средней продолжительности предстоящей жизни, выражаемые в потерях человеко-лет жизни, которые также называют «утраченным жизненным потенциалом». Полный утраченный жизненный потенциал определяется как произведение длительности предстоящей жизни, которую имела бы в среднем одна умершая личность (недожитые годы), на численность группы умерших [2]. В качестве пограничного возраста нами взята средняя продолжительность предстоящей жизни по таблице дожития для новорожденных обоего пола — 70 лет.

Расчет утраченного жизненного потенциала (R) от злокачественных опухолей легких и желудка мужского населения г. Куйбышева

Возрастные группы (x)	Середина интервала (rx)	Недожитые годы $xwx=(70-rx)$	Число умерших от рака желудка (nx)	Число потерянных человеко-лет жизни $xRx=nx(xwx)$	Число умерших от рака легких nx	Число потерянных человеко-лет жизни $xRx=nx(xwx)$
15—19	17,5	52,5	1	52,5	5	262,5
20—24	22,5	47,5	5	237,5	7	332,5
25—29	27,5	42,5	16	680	2	85
30—34	32,5	37,5	57	2137,5	15	562,5
35—39	37,5	32,5	124	4030	66	2145
40—44	42,5	27,5	246	6765	220	6050
45—49	47,5	22,5	356	8010	403	9067,5
50—54	52,5	17,5	517	9047,5	800	14000
55—59	57,5	12,5	660	8250	917	11462,5
60—64	62,5	7,5	809	6067,5	1052	7890
65—69	67,5	2,5	831	2077,5	1041	2602,5
			$n=\sum nx=$ =3622	$R=\sum Rx=$ =47355	$n=\sum nx=$ =4528	$R=\sum Rx=$ =54460,0

Учитывая высокую смертность от злокачественных опухолей, мы определяли утраченный жизненный потенциал для злокачественных новообразований легких, желудка у мужчин и для рака желудка, молочной железы и легких у женщин. Приводим расчет утраченного жизненного потенциала в связи со смертностью от рака легкого и желудка у мужчин (см. табл.).

Для обеспечения сопоставимости расчет утраченного жизненного потенциала осуществлялся в одних и тех же возрастных группах. Утраченный жизненный потенциал у мужчин в связи со смертностью от рака легкого составил в человеко-годах 54460,0, от рака желудка — 47355,0; у женщин в связи со смертностью от рака желудка — 28437,5, от рака молочной железы — 21777,5, от рака легких — 10542,4. Если смертность мужчин от рака легких и желудка была примерно одинаковой, то при расчете утраченного жизненного потенциала значимость социально-экономического ущерба смертности от рака легкого значительно возрастала; наибольший экономический ущерб у женщин был связан со смертностью от рака желудка (первое место в структуре онкологической смертности).

Трудоспособный период у мужчин ограничен возрастом от 20 до 59 лет, у женщин — от 20 до 54 лет. Утраченный жизненный потенциал среди мужчин по раку легкого составил 51087,5 человеко-лет, по раку желудка — 39157,5. У женщин трудоспособного возраста потери, обусловленные злокачественными опухолями молочной желе-

зы, занимающими второе место в структуре онкологической смертности, оказались наибольшими (19592,5 человеко-лет), затем следовали потери, вызванные раком желудка, легкого, шейки матки (соответственно 16315,0, 6200,0, 6150,0 человеко-лет).

Таким образом, первостепенное социально-экономическое значение в трудоспособном возрасте всего населения имеют, по нашим данным, потери от злокачественных новообразований легких (число потерянных человеко-лет жизни составляет 57287,5); на втором месте по размерам социально-экономического ущерба находятся злокачественные новообразования желудка (55472,5 человеко-лет). Определение ранговых мест злокачественных новообразований по их социально-экономическому ущербу требует формирования целевых программ деятельности онкологической службы и прогнозирования развития онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е. М., Двойрин В. В. // Методика оценки социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований (Методические рекомендации). — М., 1984.

2. Аксель Е. М., Двойрин В. В. // Методика расчета «утраченного жизненного потенциала» в связи со смертностью от злокачественных новообразований (Методические рекомендации). — М., 1986.

Поступила 15.06.88.

БОРЬБА С ТРАВМАТИЗМОМ НА ВОДНОМ ТРАНСПОРТЕ

К. А. Шаповалов

*Северная центральная бассейновая клиническая больница имени Н. А. Семашко
(главврач — канд. мед. наук С. М. Пьянков), г. Архангельск*

Травматизм плавсостава на водном транспорте обусловлен совокупностью производственных, климатогеографических и психологических факторов. Самый высокий уровень травматизма наблюдается в возрасте 20—30 лет. В дальнейшем частота повреждений снижается, достигая минимума у плавсостава старше 50 лет. Однако рыбаки этой возрастной группы получали травмы чаще своих более молодых коллег, что связано с экстремальными условиями выполнения трудовых процессов лова и обработки продукции на открытой палубе постоянно движущегося судна.

Стандартизованные показатели частоты травматизма судовых специалистов показали, что на транспортном флоте чаще травмируются мотористы и капитаны, на рыбопромысловом — повара и механики, на речном — механики и мотористы. Травматизм плавсостава имеет выраженную зависимость от характера судовых работ: он высок при выполнении операций, связанных с обслуживанием и ремонтом механизмов машинного отделения, приготовлением пищи на камбузе, погрузкой и выгрузкой силами экипажа, при швартовых операциях. Вероятность повреждений значительно повышается при плавании в арктических широтах и в осенний период. Травмоопасные ситуации создаются при стоянке судов в портах под погрузкой и выгрузкой.

Основными видами повреждений являлись переломы костей, ушибы, раны и черепно-мозговые травмы; преимущественно повреждались кисть, стопа, голень, голова, в то же время травмы брюшной полости и костей таза у плавсостава встречались редко. На рыбопромысловом флоте травмы плавсостава отличались особой тяжестью, у пострадавших сохранялась длительная нетрудоспособность. Показатели травматизма среди плавсостава превышали аналогичные данные среди промышленных рабочих в 1,3—1,4 раза как по частоте, так и по длительности нетрудоспособности. В большинстве случаев плавсостав госпитализировали в хирургическое отделение по поводу производственных травм — бытовых, уличных при пешеходном движении, транспортно-автомобильных, спортивных. Каждая третья травма, по нашим материалам, была получена в алкогольном опьянении. Основными показаниями для госпитализации плавсостава служили переломы костей, раны, черепно-мозговые травмы, ушибы,

ожоги. Преимущественно повреждались голова, голень, кисть, грудная клетка, стопа. Лечение в стационаре длилось в среднем от 16,9 до 19,2 дней.

Удельный вес травм, полученных плавсоставом транспортного флота в алкогольном опьянении при выполнении различных работ, составлял в общей структуре травматизма на судах 8,7%. У плавсостава рыбопромыслового и речного флота эти показатели равнялись соответственно 4,1% и 8,8%. Мужчин из числа плавсостава госпитализировали по поводу травм, полученных в алкогольном опьянении, в 6 раз чаще, чем женщин.

Несчастные случаи среди плавсостава в производственных условиях происходили в алкогольном опьянении в 10 раз реже, чем в производственных. В структуре производственного травматизма в алкогольном опьянении удельный вес бытовых травм был наибольшим — 78,2%. Уличные травмы при пешеходном движении составляли 10,3%, транспортно-автомобильные — 6,7%. Частота госпитализации плавсостава с травмами на почве употребления алкоголя была наибольшей осенью, в структуре недельного цикла — в общепринятые выходные.

Алкогольное опьянение не только часто сопровождало травматизм плавсостава, но и утяжеляло его характер. Ведущими повреждениями при травмах в алкогольном опьянении являлись переломы, черепно-мозговые травмы, раны, отморожения. Наиболее часто повреждались голова, голень, грудная клетка, кисть.

Средние сроки лечения при травмах в алкогольном опьянении лишь на 0,2 (17,3) койко-дня превышали длительность реабилитации плавсостава, не употреблявшего алкоголь, в то время как количество неблагоприятных исходов с выходом на инвалидность было в 1,4 раза больше, а летальность — в 2 раза выше.

Анализ травматизма плавсостава в 1985—1987 гг. показал, что с момента вступления в силу Указа по борьбе с пьянством и алкоголизмом на судах водного транспорта не было несчастных случаев, полученных в алкогольном опьянении. Снизилось число повреждений при выполнении судовых работ на стоянках в портах, особенно в порту приписки, при швартовке судов. По материалам хирургического стационара, число случаев госпитализации плавсостава с травмами снизилось в 1,5 раза,

в том числе в алкогольном опьянении — в 1,6 раза.

В результате комплексного изучения несчастных случаев плавсостава обоснована система мероприятий, направленных на снижение случаев травматизма. Эта система включает меры по совершенствованию условий труда и техники безопасности, по оптимизации деятельности судовых медицинских пунктов и судового медицинского персонала, а также поликлинического и стационарного отделений больницы.

Разработанный комплекс профилактических мероприятий способствует предупреждению несчастных случаев плавсостава, в первую очередь групп высокого риска, помогает избежать на судах травматогенных ситуаций, нередко связанных с употреблением алкогольных напитков. Комплексная

УДК 340.63

программа по борьбе с травматизмом включала издание информационных писем, методических рекомендаций. В студии звукозаписи записаны и распространены в судовых коллективах радиолекции. Опубликованы серии статей по предупреждению травматизма плавсостава.

В результате реализации указанных выше мероприятий уровень травматизма среди плавсостава водного транспорта снизился в случаях на 15,6%, соответственно экономический эффект превысил 150 тыс. рублей в год.

Таким образом, можно считать, что целенаправленное проведение социальных, организационных и медицинских мероприятий является высокоэффективным средством снижения травматизма плавсостава водного транспорта.

Поступила 02.01.89.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПОДРОСТКАМИ С КРИМИНАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А. М. Валеева, Ж. Ж. Сибгатуллин

*Кафедра психиатрии и наркологии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

За последние десятилетия отмечается тенденция к значительному росту алкоголизма, наркомании, токсикомании в подростковом и юношеском возрасте [3, 5, 6]. В настоящее время проводится большая работа по изучению особенностей клинических проявлений наркомании и токсикомании в подростковом возрасте, а также разрабатывается система лечебно-профилактических мероприятий [1, 2, 4, 5].

Выявление лиц с ранней алкоголизацией и токсикоманическим поведением служит показателем деятельности наркологической службы и в известной степени отражает уровень противонаркологических (токсикоманических) мероприятий в том или ином регионе. Известно, что на сегодняшний день в работе наркологического диспансера акцент делается на пассивное выявление среди подростков наркоманов и токсикоманов. Большинство сведений о подростках, употребляющих наркотические вещества, наркологи получают от инспекций по делам несовершеннолетних, отделов милиции, школ ПТУ родителей, в то время как их работа должна отличаться в этом плане более активной позицией.

Пути выявления подростков, злоупотребляющих одурманивающими веществами, различны. В частности, интересующий нас контингент можно обнаружить путем проведения амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз. Необходимо подчеркнуть, что подростки, совершившие те или иные правонарушения и направленные судебно-следственными органами на судеб-

но-психиатрические экспертизы, в основном относятся к так называемой группе риска в плане развития алкоголизма, наркомании, токсикомании. Кроме того, рядом авторов [4, 8] отмечено, что возможность развития алкоголизма и токсикомании заметно больше у делинквентных подростков с акцентуацией характера по неустойчивому, эпилептоидному, гипертимному и истероидным типам. Перечисленные особенности характера predisполагают подростков к совершению противоправных действий в том числе, к злоупотреблению одурманивающими веществами. В свою очередь необходимо учитывать, что поскольку алкоголизация (наркотизация) у подростков в большей части носит тайный характер [7], все правонарушители нуждаются в детальном наркологическом обследовании.

Целью настоящего исследования было выявление подростков, составляющих группу риска возникновения у них токсикоманической и наркоманической зависимости. Было проведено сплошное безвыборочное обследование подростков, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в связи с привлечением их к уголовной ответственности. Выбор стационарной экспертизы был продиктован тем, что благодаря большому сроку обследования (около 30 дней), эксперты-психиатры собирают в основном всю необходимую медицинскую и дополнительную документацию.

Были обследованы 87 подростков в возрасте 16—17 лет, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в

1985—1987 гг., признанных вменяемыми и не состоявшими ранее на наркологическом учете. Анализ характера правонарушений показал преобладание хулиганских действий. Много было подростков, совершивших кражу личного и государственного имущества. Ни одному подростку не вменялось в виду употребления, хранение и распространение наркотических средств. 20% подростков совершили правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения.

87 подростков были разделены на две группы. 1-ю группу составили 7 подэкспертных, по отношению к которым рассматривался вопрос о возможности применения статьи 62 УК РСФСР. В материалах их уголовных дел было достаточно много сведений об употреблении ими спиртных напитков и других наркотических веществ, но лишь у половины из них были обнаружены клинические симптомы хронического алкоголизма I—II стадии. У ряда подростков имело место сочетание хронического алкоголизма II стадии с употреблением некоторых токсических и лекарственных веществ. Эти лица были подведены под действие указанной выше статьи и согласно имеющейся инструкции поставлены на диспансерный учет в наркологическом диспансере. Для оставшейся же части подростков принудительное наркологическое лечение было признано нецелесообразным. Они были переданы в распоряжение следственных органов.

К подросткам 2-й группы вопрос о применении статьи 62 УК РСФСР не ставился. Подробное изучение материалов дела, анамнеза, дополнительных данных показало, что ранняя алкоголизация (с последующим употреблением алкоголя (2—3 раза в месяц) имела место у 18,7% подростков, эпизодическое употребление алкоголя и лекарственных препаратов — у 12,5%, вдыхание паров технических жидкостей — у 8,7%, однократное введение наркотика — примерно у 5%.

Информация о возможном применении психоактивных веществ поступала от лиц с криминальным прошлым, имеющих влияние на подростков. Большинство подростков этой группы составляли лица с различными психическими аномалиями (около 90%). Наибольший удельный вес (чуть более 45%) приходился на лиц с психопатическими или психопатоподобными нарушениями. Наиболее широко был представлен неустойчивый тип психопатий и акцентуаций характера. Эти подростки эпизодически употребляли алкоголь и принимали внутривенно наркотик. Среди подэкспертных подростков с возбудимым типом характера преобладали лица с эпизодическим употреблением алкоголя, причем многие из них ($\frac{2}{3}$) совершили хулиганские действия и другие правонарушения, находясь в состоянии простого алкогольного опьянения. Алкогольные напитки в сочетании с лекарственными препаратами

наиболее часто (15%) употребляли подростки со смешанными формами реагирования. У подростков, вдыхавших токсические летучие жидкости, обнаруживалась резидуальная органическая патология с психопатоподобными нарушениями.

На втором месте по численности (около 25%) были подэкспертные с интеллектуальными нарушениями (олигофрения, слабоумие вследствие органического поражения ЦНС). Наркологический анализ показал, что среди них было меньше всех подростков, имевших знакомство с алкогольными напитками и совсем не было лиц с токсикоманическим поведением.

Очень мало было подростков с невротоподобными состояниями. Некоторые из них спиртные напитки употребляли эпизодически. Дозы алкоголя были минимальными, цели опьянения никто не преследовал, алкоголизация была связана с наличием групповой установкой.

Анализ экспериментально-психологических обследований этих подростков выявил их готовность к наркотизации, которая была обусловлена низкой устойчивостью к стрессам, непереносимостью конфликтных ситуаций. Кроме того, отмечены выраженная напряженность, тревожность, низкая самооценка, неуверенность в своих силах, импульсивность, желание получить удовольствие, новые ощущения. Сказывались также психическая и социальная незрелость, инфантильность, недостаточное усвоение норм поведения в обществе, избыточная зависимость от других, подчиняемость, готовность к криминальному поведению.

Таким образом, у всех этих подростков данных за алкоголизм, наркоманию и токсикоманию обнаружено не было. В заключительной части актов судебно-психиатрической экспертизы информации об эпизодической наркотизации отражение не нашло. Фактически стационарная судебно-психиатрическая экспертиза выявила подростков, нуждавшихся в профилактическом учете, но, не имея на этот счет инструкции, помощь наркологическому диспансеру оказать не могла. Катамнестическое обследование подростков, не приговоренных судом к лишению свободы (около 30%), позволило выявить факт дальнейшего употребления алкогольных и других одурманивающих веществ. Ввиду отсутствия соответствующей сигнальной информации в наркологический диспансер этот контингент оказался вне профилактического надзора наркологической службы.

Следовательно, судебно-психиатрическая экспертиза способствует раннему выявлению подростков с наркоманическими тенденциями. Соответствующие дополнительные инструкции, предусматривающие преемственность между психиатрической и наркологической службами, использование профилактических мер в отношении этой группы риска,

на наш взгляд, позволяют уменьшить риск развития таких криминогенных факторов, как алкоголизация, токсикоманическое (наркоманическое) поведение среди подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б. С., Сидоров П. И. // Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М., Медицина, 1984.
2. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. // Профилактика алкоголизма. — М., Медицина, 1986.
3. Крылов Д. Н., Кулакова Т. П. // В кн.:

Вопросы наркологии. — М., Медицина, 1988.

4. Личко А. Е. // Подростковая психиатрия. — Л., Медицина, 1985.

5. Попов Ю. В. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1988. — № 8. — С. 86—90.

6. Хотиняну М. А. // В кн.: Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. — Кишинев, Штиинца, 1987.

7. Goodwin D. W. // J. Stud. Alcohol. — 1981. — Vol. 42. — P. 156—165.

8. Stewart M. A., Behar D. // Acta psychiat. scand. — 1983. — Vol. 68. — P. 178—185.

Поступила 31.03.89.

УДК 616.89—008.441.13

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА

Т. М. Князева, И. А. Классен

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

В последние десятилетия появилось большое количество публикаций клинико-психологического, психологического, социально-психологического плана, в которых рассматривается не только личностные особенности больных алкоголизмом, но и влияние тех или иных факторов среды на формирование алкоголизма, его течение и терапию [5]. В. Н. Тирнов и Д. Я. Донской [7] при обследовании 437 больных алкоголизмом выявили влияние производственных факторов на развитие алкоголизма. И. Д. Муратова и П. И. Сидоров [3] к «угрожаемым контингентам» среди подростков отнесли лиц с асоциальными формами поведения, воспитывающихся в неполной семье, или в семье, где имеются алкоголики, с педагогической или социальной запущенностью, асоциальной компанией, праздничным поведением, односторонностью увлечений и т. п. На определенную роль в возникновении алкоголизма факторов конфликтности в семье указывали ряд исследований [4, 6, 8].

В основу нашего социально-психологического анализа положены материалы психологического обследования 180 мужчин, больных алкоголизмом II стадии, имеющих установку на имплантацию препарата «Эспераль». Целью исследования было стремление приблизиться к пониманию социально-психологических условий деятельности личности, детерминирующих как первичную, так последующую мотивацию алкогольного поведения. Используемый инструментарий включал методику ММРП и метод беседы, в которой посредством прямых и косвенных вопросов выявлялись социальные и психологические характеристики личности и условия ее деятельности.

2,8% больных были в возрасте от 21 до 24 лет, 29,7% — от 30 до 34, 22,5% — от 35 до 39, 17,5% — от 25 до 29, 10,6% — от 40 до 44, 10,6% — от 45 до 49, 6,3% — более

50 лет.

Исследования показали, что максимальный процент лиц, имевших твердую установку на трезвый образ жизни, падал на возрастную период от 30 до 40 лет. Для этого возраста характерно обретение конкретных жизненных целей, формирование идеалов, предварительное подведение жизненных итогов с определенными личностно-психологическими сдвигами и акцентами. В возрасте от 21 года до 24 лет алкоголизация обусловлена главным образом значительными отклонениями в структуре индивидуальности (акцентированные личности, психопатия, социопатия), тогда как в более старших возрастных группах — причинами социального и психологического порядка.

По мнению большинства социологов, общеобразовательный и культурный уровень, условия обучения и воспитания в школе и семье отражаются на психическом складе личности, определяют ее направленность, мотивации в сфере труда, досуга, характер морального сознания. Так, 4,4% больных алкоголизмом закончили 5—7 классов, 17,2% — 8—9, 46,1% — 10—11; 14,5% лиц имели среднее специальное образование, 4,5% — незаконченное высшее, 13,3% — высшее.

Таким образом, лица с неполным средним образованием составляли 21,6% от всего числа больных. К моменту обследования они отличались примитивностью психического склада; у определенной части из их числа было диагностировано снижение личности по органическому типу. Последнее было особенно характерно для больных (средний возраст — 48 лет) с образованием 5—7 классов. Их профессии в основном были представлены неквалифицированным трудом со средним заработком 180 рублей. Они плохо осознавали либо вообще не понимали причины собственной алкоголи-

зации в силу недостаточности рефлексивных способностей и самозащитных реакций. Часть больных этой группы свою алкоголизацию связывала с избытком денег, наличием побочного денежного дохода, конфликтами в семье, особенностями работы. В алкоголе они видели прежде всего источник веселья, улучшения настроения, энергизации, приведения «в норму» своего состояния, то есть получение допинг-эффекта. Чаще всего приобщение к спиртному происходило «за компанию с друзьями».

Значительную часть рассматриваемой общеобразовательной совокупности составляли больные алкоголизмом (средний возраст — 33 года) с полным средним образованием. По сравнению с предыдущей группой обследованных они в большей мере осознавали причины собственной алкоголизации, среди которых выделяли следующие: наличие избытка свободного времени, отсутствие серьезных увлечений, целей в жизни, должного самоконтроля, а также недостаток в жизни, скуку, пьющую среду, необщительность, чувство одиночества, переутомление от работы, конфликты в семье и т. п. Алкоголь использовался ими не только как источник эйфории, а как сознательное средство ухода от проблем и снятия напряжений. Начало алкоголизации у больных этой группы приходилось на период после возвращения со службы.

При анализе социальных факторов злоупотребления спиртными напитками у лиц со средним образованием отмечено, что 30% обследованных были заняты квалифицированным трудом в частично автоматизированном и механизированном производстве. Их средней заработок составлял 250 рублей. Это факт позволяет нам высказать парадоксальное, на первый взгляд, соображение, что частичная автоматизация и механизация труда на производстве, с одной стороны, обедняют содержание труда и ограничивают творческую деятельность рабочего, а с другой — интенсифицируя его, определяют значительную величину элемента психофизической утомляемости работающего, вызывают состояние «производительной скуки», падение творческого потенциала, являются фактором неудовлетворенности трудом и в конечном счете производительной дизадаптации.

Уже в начале 70-х годов социологи отметили сложившуюся диспропорцию между относительно высокой общеобразовательной подготовкой молодых рабочих и низким содержанием труда, ограничение его творческих возможностей в преобладающей части рабочих профессий, особенно на участках тяжелого, физического, монотонного неквалифицированного труда. Бесспорным является факт, что малосодержательный труд при низком уровне созна-

ния личности, узости ее социального опыта, неопределенности жизненных целей выступает в качестве одного из важнейших объективно-субъективных факторов алкоголизации. Так, по нашим данным, особенно предрасположены к алкоголизму рабочие, выполняющие транспортно-погрузочные операции, а также лица, работающие в сфере строительства, бытового обслуживания населения, снабжения, торговли. В более широком плане проблема относительно высокой склонности к алкоголизму рабочих с полным средним образованием свидетельствует об определенных издержках семейного, школьного и трудового воспитания молодежи, явлениях формализма в погоне за всеобщим средним образованием, явной недостаточности уровней образования и культуры в контексте широкой социальной обусловленности личности.

Средний возраст больных с неполным высшим образованием составлял 31 год. По социальным характеристикам они отличались значительной вариабельностью. В структуре их личности в отличие от других групп больных определялись выраженные черты агрессивности, импульсивности, возбудимости, сниженного контроля над эмоциями, склонности к вызыванию конфликтных ситуаций, асоциальным поступкам. У значительного числа их в преморбиде прослеживались акцентуированные и психопатические черты характера, слабая адаптированность к социальным нормам. Алкоголь, по их мнению, служил средством для снятия повседневных напряжений и стрессов. Злокачественный характер пьянства особенно четко проявился у них после ухода из вуза.

Группа лиц (средний возраст — 41 год) с высшим образованием и средним заработком в 265 рублей имела расширенный диапазон используемых свойств алкоголя. Он служил своеобразным допингом при выполнении работы, средством для снятия усталости, умственного напряжения, уходом от проблем.

Больные алкоголизмом (средний возраст — 38 лет) со средним специальным образованием имели средний заработок 215 рублей. Уровни образования и выполняемой работы соответствовали друг другу у 23% лиц. На рабочих местах работали 58% больных этой группы, из них 50% были заняты квалифицированным трудом, а 8% — неквалифицированным, то есть имели значительное профессиональное снижение. Среди причин пьянства и алкоголизма ими выделены неудовлетворенность работой, отсутствие целей в жизни, «семейные обстоятельства», «пустота».

На нашем материале особенно ярко прослеживалась взаимосвязь процесса алкоголизации и фрустрационных состояний, переживаемых больными алкоголизмом.

Эта взаимосвязь отмечалась многими авторами [1, 2, 9]. Самому же механизму, приводящему к состоянию психологического стресса личности, уделялось мало внимания. Суть его заложена в определенной динамике потребностей сферы личности, ибо она является источником ее гармоничного развития. По нашим данным, такие фрустрационные состояния вызываются целым рядом факторов: во-первых, неразвитостью потребностной сферы личности, когда в ее мотивационной структуре нет доминирующих целей. Такой контингент больных широко представлен в наркологии. Как правило, это лица низкого культурного уровня развития или те личности, которые получают материальные блага от родителей раньше, чем их потребности сумеют сформироваться. Во-вторых, наличием определенного уровня энергетического потенциала личности, не имеющего своей реализации в социально-приемлемых целях и находящего свой выход в асоциальных формах поведения, сопровождающихся усиленной алкоголизацией. В-третьих, когда существующие значимые цели личности так отдалены от нее, что для их достижения необходимо выйти за пределы возможностей в зону перегрузки. В-четвертых, когда имеет место ситуация подавления большинства значимых потребностей личности. Как правило, к таким случаям относятся работа в экстремальных условиях, тяжелые жизненные обстоятельства, в которые попадает человек, а также вынужденный переход личности из ситуации реализации потребностей более высокого порядка в ситуацию реализации потребностей менее высокого ранга. В-пятых, наиболее опасным в смысле развития личности является состояние ее временного мотивационного вакуума, характеризующееся удовлетворенностью старых потребностей и несформированностью новых. Нами было замечено также, что значительная часть рецидивов алкоголизма происходит именно в тот период, когда больная входит в свою «нормальную» социальную ситуацию, а это означает, что он временно исчерпал свои возможности, исчезла «ситуация развития личности», и в силу своего ограниченного социального опыта он не может выйти за ее пределы. Опасность таких тенденций заключается в том, что они являются скрытыми, плохо осознаваемыми либо вообще неосознаваемыми.

Таким образом, если проблема возникновения пьянства и алкоголизма самым тесным образом связана с формированием и развитием личности, динамикой ее потребностей, то сам процесс алкоголизации у больных алкоголизмом следует объяснить

более прозаическими факторами деятельности личности, своеобразным регрессом ее социально-психологического диапазона адаптивности: неспособностью достаточно эффективно и кардинально разрешать конфликты в средах, влиять на коммуникативные процессы (проблемы межличностного общения), снимать эмоциональные напряжения другими средствами и способами без алкоголя, игнорировать на достаточном уровне интеллектуальной переработки нереализованные жизненные потребности, недостаточностью «энергетического потенциала» личности и патологическим стремлением к его восполнению при помощи алкоголя, а также стремлением к получению эффекта «искаженного восприятия мира», «кайфа», к уходу от существующих проблем и т. п.

Следует отметить, что сам процесс алкоголизации осуществляется под воздействием объективных и субъективных социальных факторов, которые, своеобразно преломляясь через индивидуальные особенности личности, трансформируются в определенные мотивы ее поведения. Знание этих особенностей личности больного алкоголизмом дает реальные возможности целенаправленного воздействия на мотивационную сферу, что является важным в практике психологического консультирования и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурандина А. И., Соложёнкин В. В., Ли В. А. // В кн.: Материалы VII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т. 1.
2. Ли В. А. // Клинико-экспериментальное исследование эмоционального стресса у больных алкоголизмом. — Автореф. канд. дисс. — Новосибирск, 1985.
3. Муратова И. Д., Сидоров П. И. // В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. — Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. — Омск — М., 1979.
4. Пащенко С. В. // В кн.: Вопросы психиатрии и психотерапии. — Тамбов, 1977.
5. Рожнов В. Е. // В кн.: Сборник трудов института им. В. М. Бехтерева. — Л., 1961. — Т. 22.
6. Рыбакова Т. Г., Зобнев В. М. // В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. — Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. — Омск — М., 1979.
7. Тихонов В. Н., Донской Д. Я. // В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. — Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. — Омск — М., 1979.
8. Ураков И. Г., Попова М. С. // В кн.: Психология и медицина. — М., 1978.
9. Zakrzewski P. // Iosyzyciowe i przestepezone mtodych alkoholikow. — Warszawa, 1977

Поступила 27.12.88.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.6:362.121

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА

В. А. Гройсман, С. И. Белых, С. Т. Тулепкалиев, Л. Г. Титаренко

Медсанчасть № 7 (главрач — В. А. Гройсман) Тольяттинского горздравотдела, кафедра урологии (зав.— доц. С. И. Белых) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В целях улучшения оказания урологической поликлинической помощи населению г. Тольятти в октябре 1983 г. было открыто городское поликлиническое урологическое отделение на базе медсанчасти № 7 Куйбышевгидростроя, где ранее была сосредоточена вся стационарная урологическо-нефрологическая служба города и района с населением около 630 тыс. человек.

Заведующий отделением осуществляет общее руководство поликлинической урологической службой, контролирует вопросы преемственности и экспертизы нетрудоспособности, оказывает консультативную помощь. Амбулаторно-поликлинический прием больных с урологическими заболеваниями проводится территориально в 6 поликлиниках города. Центральным звеном этой службы является поликлиника медсанчасти № 7 Куйбышевгидростроя, где ведется прием урологических больных из закрепленного участка г. Тольятти, г. Жигулевска и Ставропольского района Куйбышевской области двумя врачами-урологами одновременно и в две смены.

Двухлетний опыт работы амбулаторно-поликлинического урологического отделения г. Тольятти позволяет положительно оценить результаты реорганизации этого звена специализированного медицинского обслуживания населения. Урологические кабинеты поликлиник стали своевременно и однотипно оснащаться оборудованием, аппаратурой и

необходимым инструментарием. Полностью укомплектованы врачебные кадры. Все урологи прошли первичную специализацию и регулярно повышают знания на циклах усовершенствования, конференциях и семинарах.

Динамика основных показателей работы урологических кабинетов поликлиник до реорганизации и после нее отражена в таблице.

Как видно из таблицы, за сравнимые годы заметно увеличился не только объем (число посещений) амбулаторной помощи урологическим больным, но и частота специальных методов исследования, применяемых врачами. Они стали выполняться в 1,5—2 раза чаще в расчете на каждые 100 посещений, что стало возможным благодаря использованию во всех кабинетах хромочистоскопии и рентгенологических методов обследования. Легче стали решаться вопросы преемственности в учете, обследовании и лечении урологических больных вследствие более тесных связей единого стационара с поликлиническими кабинетами под единым началом. Увеличилось число больных, взятых под диспансерное наблюдение, улучшилось их обслуживание (увеличились частота осмотров, объем рентгенологических и лабораторных исследований, расширяется обслуживание больных на дому).

Одним из важных показателей эффективности этой работы является увеличение

Показатели работы урологических кабинетов поликлиник до и после реорганизации

Показатели	До реорганизации		После реорганизации	
	1981 г.	1982 г.	1984 г.	1985 г.
Сделано амбулаторных посещений урологическими больными	28044	35654	42366	47874
Выполнено цитоскопий:				
всего	321	556	1290	1378
в расчете на 100 посещений	1,14	1,56	3,04	2,88
хромочистоскопий:				
всего	509	479	1277	1533
на 100 посещений	1,81	1,34	3,01	3,20
урографий:				
всего	464	524	873	923
на 100 посещений	1,65	1,46	2,06	1,93
Число диспансерных больных	425	433	615	660
Снято с учета в связи с выздоровлением:				
всего	9	10	42	90
из каждых 100 диспансерных больных	2,11	2,31	6,83	13,64

в 1984 и 1985 гг. числа больных, снятых с учета в связи с выздоровлением (6,8 и 13,6 человек на 100 диспансерных больных против 2,1 и 2,3 в предшествующем периоде). Разность между показателями за сравнимые годы статистически достоверна ($P < 0,003$). Соответственно улучшились и показатели работы урологического стационара. Поскольку данное исследование посвящено изучению опыта работы поликлинического звена обслуживания урологических больных, считаем возможным не касаться подробно деятельности урологического стационара. Здесь тоже имеются определенные сдвиги в лучшую сторону. Приведем лишь несколько цифр. Так, имеется выраженная тенденция к сокращению числа расхождений диагнозов поликлиники и стационара: если в 1981—1982 гг. этот

показатель был зафиксирован в 0,34—0,41% случаев среди леченных, то в 1984—1985 гг. он сократился до 0,21—0,24%. До реорганизации в среднем больные находились до операции на койке 6,2—6,3 дня, а в 1985 г.— 2,5 дня. Вследствие этого более чем на один день (с 16,2 до 14,9 дня) сократилась средняя продолжительность пребывания больного на койке вообще.

Положительный опыт новой организации амбулаторно-поликлинического звена специализированной медицинской помощи населению г. Тольятти позволяет рекомендовать его для применения в практике здравоохранения крупных городов (с населением 500 тыс. и более), особенно с быстро растущим населением.

Поступила 21.04.87.

УДК 616—058.835—082.4:352

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОКИХ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И. А. Гехт

Волжская центральная районная больница Куйбышевской области (главрач — В. И. Макаров)

Несмотря на большое число работ по вопросам геронтологии и гериатрии, медико-социальные аспекты одиночества пожилых и старых людей изучены недостаточно. Цель исследования, проведенного в Волжском районе Куйбышевской области, заключалась в составлении медико-демографической и социально-гигиенической характеристики лиц старших возрастов, одиноко живущих в сельской местности.

Следует признать, что до недавнего времени в здравоохранении пользовались в основном количественными показателями и недооценивали роль социологических исследований в оценке организации медицинской помощи различным контингентам. На основании методических указаний «Медико-социологические исследования в здравоохранении», подготовленных Республиканской научно-исследовательской лабораторией медицинской демографии Министерства здравоохранения РСФСР, была разработана специальная карта, которая содержит 78 вопросов и 338 альтернативных ответов. В ней также предусмотрено место для данных, выкопированных из медицинских статистических документов. При беседе с пожилыми и престарелыми людьми карты заполняли врачи участковых больниц и средние медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов. Анкетированием было охвачено 1016 человек.

В настоящей статье приведен фрагмент работы, характеризующий организацию стационарного лечения респондентов.

Из числа обследованных лишь 32,1% пожилых проживают в селах, где расположены больницы, а значит, имеют возможность сразу посетить врачей; остальные могут надеяться прежде всего на фельдшерско-акушерскую помощь. С прекращением работы частота обращаемости одиноких пенсионеров к врачам значительно уменьшается. Доля лиц, ни разу не обратившихся к врачам в течение трех последних лет, составляет 42%. Коэффициент ассоциации Юла показывает тесную обратную связь ($Q = -0,93$) между временем прекращения работы и частотой обращаемости к врачам. По поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний к врачам обратились лишь 18,9% респондентов, 48% лиц лечились у средних медицинских работников, 33,1% пенсионеров занимались самолечением. Тесная обратная связь констатирована между возрастом респондентов и удельным весом лиц, получивших врачебную помощь ($r = -0,98$).

Число госпитализированных больных в возрасте 60 лет и старше составляет в районе $115,9 \pm 10,0$ на 1000 человек этого возраста. По данным комплексных осмотров, госпитализировать следует 29,5% сельских пенсионеров. К 70—79 годам частота госпитализаций увеличивается, а затем значительно снижается. Лица старшего возраста нуждаются в более длительном пребывании в стационаре, чем лица трудоспособного возраста, что необходимо учитывать при плани-

ровании организации стационарного лечения этого контингента. В сельской местности у пожилых и старых больных трудно уменьшить среднюю длительность пребывания на больничной койке за счет более полного догоспитального обследования. Как правило, для этого требуется совершить в поликлинику несколько поездок, сопряженных для данного контингента с большими трудностями.

Одиноко живущих престарелых людей, не имеющих рядом живущих родственников, приходится выписывать из стационара только при полном восстановлении способности к самообслуживанию, что ведет к увеличению средней длительности пребывания на больничной койке. Так, для больных в возрасте 15 лет и старше этот показатель составляет $12,4 \pm 0,3$ дня, для больных в возрасте 60 лет и старше — $17,1 \pm 0,4$ дня, одиноко живущих пенсионеров — $21,5 \pm 0,4$ дня.

Увеличение сроков пребывания в больницах одиноких престарелых людей обусловлено еще и тем, что в сельской местности отсутствует четкая организация им социальной помощи. Участковые больницы при госпитализации одиноких пожилых часто вынуждены выполнять несвойственные им функции, связанные с организацией прежде всего питания и ухода, а не лечебных мероприятий.

Среди всех госпитализированных в сельские больницы в возрасте 60 лет и старше одиноко живущие лица составляет 13,6%. Во всех возрастных группах число госпитализированных одиноких пожилых и старых мужчин статистически достоверно больше, чем число женщин такого же возраста ($t > 4$). Причины этого явления следующие: мужчины больше, чем женщины, курят и употребляют алкоголь; реже женщин до выхода на пенсию обращаются к врачам, что ведет к накоплению у них хронической патологии; мужчины меньше приспособлены к одинокому проживанию в условиях сельской местности, у них чаще теряется при болезни способность к самообслуживанию.

Число госпитализированных престарелых людей, одиноко живущих в сельской местности, намного больше, чем число лиц старших возрастов, проживающих в семьях: соответственно 197 и 116 на 1000 ($t > 4$). Эта закономерность подтверждается коэффициентом ассоциации Юла ($Q = 0,35$) в каждой из возрастных групп, что свидетельствует о средней степени зависимости.

Нами были предложено респондентам самим определить, где, по их мнению, им лучше находиться в случае болезни. Среди лиц, имеющих родственников в своем селе, только 37,1% престарелых считают, что нужно лечиться в больницах. С увеличением возраста доля желающих попасть на стационарное лечение уменьшается. Так, если 42,3% лиц в возрасте 60—69 лет утверждают, что им лучше лечиться в больницах,

то в возрастной группе от 80 лет и старше за госпитализацию высказались лишь 18,6%. С возрастом также увеличивается доля респондентов, желающих лечиться в своем селе у детей или у других родственников. В каждой из возрастных групп доля мужчин, предпочитающих лечиться в больницах, больше, чем женщин.

Среди одиноко живущих престарелых людей, не имеющих проживающих рядом детей и родственников, 52% лиц считают, что им лучше было бы получить стационарное лечение. С помощью коэффициента ассоциации Юла ($Q = 0,34$) определена средняя сила связи между установкой на помещение в больницу и наличием родственников, проживающих рядом. В то же время каждый третий респондент, не имеющий в селе детей, полагает, что ему во время болезни лучше находиться дома. В какой-то мере это объясняется сохраненной способностью пожилых и старых людей к самообслуживанию, но такая позиция часто ведет к самолечению, вред которого очевиден.

Таким образом, существующая система организации стационарной помощи в сельской местности весьма несовершенна. В участковых больницах практически не получают помощи лица, страдающие заболеваниями нервной системы и органов чувств; по данным комплексных осмотров, эта группа заболеваний составляет 20% в структуре заболеваемости. Уменьшение частоты обращаемости в лечебные учреждения после прекращения работы обуславливает и уменьшение числа случаев госпитализации пожилых и старых людей.

При анализе критических замечаний, высказанных респондентами, обращали на себя внимание жалобы на трудности доставки в больницы заболевших престарелых людей, отдаленно проживающих; справедливы претензии на трудность попасть на прием к врачам узких специальностей, которых на селе не хватает. Часть опрошенных указала на невнимательное отношение к ним врачей и средних медицинских работников, не обладающих достаточными знаниями по геронтологии и гериатрии и нередко считающих болезни престарелых людей неизлечимыми атрибутами старости.

С целью совершенствования стационарной помощи лицам старшего возраста необходимо организовать обучение врачей участковых больниц по смежным специальностям (офтальмология, оториноларингология, невропатология). Целесообразно при участковых больницах открыть отделения для длительного лечения пожилых людей. Перспективными представляются новые формы организации медицинской помощи — дневные стационары и стационары на дому, это совпадает с желанием большинства респондентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

М. Г. Мавлютова, В. В. Климанов, О. Ф. Гамиров

*Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Г. Мавлютова)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

На протяжении последних десятилетий во всем мире наблюдается повышение инвалидности и смертности, связанное с ростом числа хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). В развитии упомянутых заболеваний, в частности бронхоэктазов [2, 3], отмечается преобладание дизонтогенетических причин. Однако некоторые авторы подчеркивают, что прогрессирование хронических неспецифических заболеваний легких находится в зависимости от организации специализированных разделов пульмонологической помощи детям [4].

Мы проанализировали состав диспансерных групп детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в различные периоды — до создания в БАССР бронхологической службы и организации хирургической помощи детям с бронхоэктазами и после этих мероприятий. До 1973 г. бронхологическая диагностика хронической патологии легких у детей в республике практически отсутствовала, хирургическую помощь оказывали на 5 детских койках в составе торакального отделения для взрослых.

Начатое в 1973—1974 гг. систематическое бронхологическое обследование детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, состоящих на диспансерном учете у педиатров, подтвердило наличие хирургических форм, в том числе и деформирующего бронхита [1], у 42,1% больных, что составило 2,0 на 1000 детского населения. Среди этой группы у 43,3% детей был выявлен деформирующий бронхит, у 54,1% — бронхоэктазы (у 57,9 — цилиндрические формы, у 43,1% — мешотчатые), и у 2,5% больных заподозрены пороки развития легких со вторичной деформацией бронхов. Обращала на себя внимание высокая частота двусторонних поражений (30,8%), в том числе деформирующего бронхита (9,5%), цилиндрических (10,9%) и мешотчатых (10,4%) бронхоэктазов. Среди больных, у которых были обнаружены хирургические формы хронических неспецифических заболеваний легких, у 8,2% детей отмечена гиподиагностика тяжести патологических изменений бронхолегочной системы, то есть больные дети с мешотчатыми бронхоэктазами, признаками дыхательной недостаточности находились под наблюдением в детских поликлиниках и других лечебных учреждениях с диагнозом «хроническая пневмония 1а, б». Среди

диспансерных больных преобладала группа детей в возрасте от 11 до 14 лет (74,6%).

Возросшее число выявляемых при бронхографии детей с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких потребовало организации детской торакальной службы. Помимо явно недостаточного количества выделенных торакальных коек, имела место разобщенность в работе педиатров-пульмонологов, бронхологов и хирургов. Несвоевременная санация, низкий процент бронхологического обследования больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в пульмонологических отделениях, неполноценная реабилитация больных детей после оперативного лечения привели к высокой распространенности данных заболеваний среди детей БАССР (5,0—6,5 на 1000 детского населения), выявлению тяжелых форм заболевания с поражением более 14 сегментов легких, послеоперационному прогрессированию процесса, а в некоторых случаях и к инвалидизации больных.

При организации хирургической помощи мы преследовали цель создания оптимальных условий для лечения больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. В отделение гнойной хирургии госпитализация данных больных была невозможна из-за их суперинфицирования госпитальной инфекцией, а в «чистые» детские хирургические отделения — из-за выраженности гнойных эндобронхитов. В этой связи, а также для обеспечения совместного обследования и ведения больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких врачами пульмонологами, бронхологами и торакальным хирургом лучшим вариантом мы сочли организацию в 1982 г. смежного (педиатрического и хирургического) отделения на базе имевшегося пульмонологического отделения для детей старшего возраста Республиканской детской клинической больницы. Перед созданным смежным отделением были поставлены следующие задачи: 1) определение истинных показателей распространенности хронических неспецифических заболеваний легких среди детей БАССР; 2) разработка общедоступных эффективных методов раннего выявления больных, эффективных методов терапевтической и хирургической санации и их внедрение в практическое здравоохранение, включая первые звенья на селе; 3) проведение организа-

Контингент больных детей с основными группами заболеваний в смежном бронхопульмонологическом отделении (в % к числу выбывших больных)

Виды нозологических форм	Годы						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Хроническая пневмония,	17,3	13,8	14,5	20,5	20,8	27,0	35,9
в том числе							
без бронхологического под-							
тверждения	42,0	44,0	27,7	15,3	13,6	12,6	10,3
деформирующий бронхит	38,0	32,0	51,0	49,0	42,7	52,2	41,5
бронхоэктазы	20,0	24,0	21,3	35,7	42,7	29,2	35,5
Пороки развития	—	—	—	0,5	0,9	1,4	2,1
Бронхиальная астма	14,0	9,5	11,0	17,1	14,5	12,6	17,7
Астматический бронхит	8,0	9,6	14,0	11,0	14,2	10,6	7,3
Острая пневмония с затяжным течением	5,2	5,0	5,0	4,7	7,2	5,3	2,5
Острая пневмония с острым течением	31,5	24,6	24,0	26,5	20,1	13,6	11,5
Реабилитация больных после операции в отдаленные сроки	—	—	—	—	—	17,7	9,5

ционно-методических мероприятий в БАССР по профилактике развития хронических неспецифических заболеваний легких у детей.

Систематическое снабжение врачей республики информацией по вопросам ранней диагностики бронхоэктатической болезни у детей, внедрение в практическую деятельность фельдшеров ФАП и педиатров сельской местности методов массовой и селективных скрининг-программ по раннему выявлению хронической патологии легких привели к увеличению потока больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в Республиканскую детскую консультацию поликлиники на прием к пульмонологу. За 1982—1986 гг. пульмонологом было принято 33 520 больных. Из этого числа на консультацию к заведующему отделением было направлено 2,4% больных с подозрением на хроническую патологию легких. С целью бронхологического обследования госпитализировано 1,2% детей. После стационарного обследования и выполнения бронхографии хирургические формы хронических неспецифических заболеваний легких были подтверждены у 0,9% больных. Таким образом, анализируя данные по выявляемости хронических неспецифических заболеваний легких у детей в Республиканской детской поликлинике, а также результаты углубленного изучения состояния здоровья детского населения некоторых городов и сельских районов республики методом массовой и селективной скрининг-программы, мы определили показатель распространенности данных хирургических форм. На сегодняшний день он составляет 0,3 на 1000 детского населения.

После внедрения разработанных нами методов организации раннего выявления детей с указанной патологией и открытия смежного бронхопульмонологического от-

деления в Республиканской детской консультативной поликлинике возросло число детей, госпитализированных для обследования и лечения с участием педиатра-пульмонолога, бронхолога и торакального хирурга за счет уменьшения числа детей старшего возраста с острой патологией, которых стали активнее лечить по месту жительства (табл. 1). Значительно увеличилось в отделении число больных, выписанных с бронхологическим подтверждением диагноза: если в 1980 г. их было 58%, то в 1986 г.— 89,7%. Показатели госпитализации детей с бронхиальной астмой и астматическим бронхитом не изменились.

Реорганизация отделения позволила увеличить число ежегодно оперируемых больных по поводу бронхоэктазов с 5 до 42. На сегодняшний день не санировано 15% больных с бронхоэктазами из всего числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением. В последние годы у нас отсутствуют случаи выявления больных с поражением более 14 сегментов легких. Значительно возросли возможности в реабилитации больных в отдаленные сроки после операций с проведением контрольных бронхологических обследований. Хорошие отдаленные результаты (с учетом больных с двусторонними поражениями) достигнуты у 85% детей.

Обследование диспансерных больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких, проведенное в 1973—1978 гг. и в 1981—1986 гг., также показало за истекшее время существенные изменения в их структуре (табл. 2).

Значительно уменьшилось число больных с двусторонними поражениями (с 30,8 до 13%) и бронхоэктазами (на 12%). Увеличилась частота выявляемости больных детей с пороками развития. Основной группой

Таблица 2

Состав диспансерных групп с хирургическими формами ХНЗЛ (в % к общему числу диспансерных больных)

Виды нозологических форм	Распространенность поражения ХНЗЛ	
	1973—1978 гг.	1981—1986 гг.
Деформирующий бронхит	33,8	45,8
	9,5	5,5
Бронхоэктазы	32,8	34,7
	21,3	6,9
Пороки развития	2,0	6,9
	0,5	0,6
Прочие формы	—	0,3
	—	—

Примечание. В числителе — показатели поражения I ст., в знаменателе — II ст.

являются дети в возрасте от 3 до 6 лет (52,3%). Однако мы считаем, что у нас по-прежнему высок удельный вес больных детей с бронхоэктазами. Это обстоятельство объясняется недостатками в оказании помощи детям раннего возраста с острой патологией легких. Каждый случай выявления больного с бронхоэктазами в отделении тщательно анализируем и обнаруженные просчеты в лечении и обследовании больного на педиатрическом участке доводим до сведения врачей поликлиник.

Таким образом, создание межфакультетского специализированного отделения позволило решить сложную проблему своевременного выявления и санации больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких без увеличения коечного фонда, значительно улучшить отдаленные результаты хирургического лечения

и, следовательно, уменьшить процент выхода на инвалидность. Вследствие поставленной на должную высоту информации медицинских работников республики по вопросам ранней диагностики хронических неспецифических заболеваний легких у детей, а также в результате бронхолегочного обследования детского населения в БАСССР улучшилось оказание помощи детям с острой патологией органов дыхания, инородными телами бронхов и прочими неотложными состояниями.

ВЫВОДЫ

1. Показатели распространенности и процентное соотношение в группах диспансерных больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких находятся в прямой зависимости от качества пульмонологической помощи населению региона.

2. Внедрение методов раннего выявления больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких улучшают качество диспансеризации — раннее выявление, оперативное лечение и послеоперационное выхаживание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачев А. Г., Гайдашев Э. А., Сотников Г. Д. и др. // Грудн. хир.— 1981.— № 1.— С. 37—41.
2. Рожков Е. В. // Дизонтогенетические и приобретенные хронические неспецифические заболевания легких.— М., Медицина, 1968.
3. Феофилов Г. Л., Амиров Ф. Ф. // Пороки развития легких и их клиническое значение.— Ташкент, 1969.
4. Цуман В. Г., Семенов Э. А., Щербина В. И. и др. // Грудн. хир.— 1985.— № 4.— С. 11—15.

Поступила 10.12.88.

УДК 362.174

ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОЧИХ НА ЦЕХОВОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ КЛИНИЧЕСКИМИ ОРДИНАТОРАМИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

А. Н. Галиуллин, Ш. Я. Абдюшев, Н. А. Иваничева

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, медицинской статистики с основами АСУ (зав.— доц. А. Н. Галиуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема диспансеризации поставила перед медицинскими вузами ряд задач, среди которых наиболее важными следует считать подготовку высококвалифицированных специалистов, укрепление материально-технической базы преподавания, внедрение достижений науки в практику, а также непосредственное участие сотрудников института в проведении диспансеризации населения, особенно работников промышленных предприятий.

Основной целью диспансеризации является реализация комплекса мероприя-

тий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение заболеваний, увеличение активного творческого долголетия трудящихся. С этой целью в 1985 г. сотрудниками Казанского медицинского института была начата ежегодная диспансеризация рабочих и служащих предприятий. Для проведения диспансеризации с применением ЭВМ была создана временная функциональная группа из клинических ординаторов, преподавателей и программистов под руководством кафедры

социальной гигиены и организации здравоохранения.

На первом этапе диспансеризации была организована широкая санитарно-просветительная разъяснительная работа в цехах по санитарно-гигиеническому воспитанию, пропаганде здорового образа жизни, формированию убеждения, что здоровье человека является не только личным делом, но и общественной ценностью. С учетом специфики производства и состояния здоровья работающих составлена программа «Здоровье» на 1986—1990 гг., которой было предусмотрено обучение клинических ординаторов и среднего медицинского персонала с целью подготовки специалистов, способных самостоятельно планировать и осуществлять диспансеризацию исходя из конкретных условий, умеющих оценивать экономическую, социальную и медицинскую эффективность различных методов профилактики и лечения работающих.

Для реализации наших целей была разработана специальная «карта-накопитель», позволяющая учитывать в динамике весь объем лечебно-профилактической и оздоровительной работы на врачебном цеховом участке.

В ходе профилактических осмотров и в процессе изучения заболеваемости работающих была широко использована программа «КАСМОН», которая предусматривала получение ответов на 67 вопросов. Работавшие заранее знакомились с поставленными вопросами. Кроме того, программа включала дополнительные модули, обеспечивающие вывод результатов обследования с указанием фамилии, имени и отчества, возраста, места работы, номеров отмеченных вопросов, на основании которых составлялся перечень факторов риска и соответствующих рекомендаций. Эти сведения вклеивали в карту обследуемого, с учетом которых специалист проводил углубленное обследование диспансеризуемых.

В 1985 г. был начат первый этап диспансеризации, состоявший из профилактических осмотров. Ими было охвачено 75% рабочих и служащих предприятия. В выездную бригаду входили квалифицированные специалисты (терапевт, гинеколог, хирург, оториноларинголог, окулист, стоматолог). В ходе профилактических осмотров выполняли общие анализы мочи, крови, ЭКГ, а также другие исследования.

На втором этапе по результатам профилактических осмотров проводили лечебно-профилактические мероприятия, устраняли выявленные факторы риска, назначали амбулаторное лечение, направляли обследованных

при необходимости в санатории и профилактории, корригировали лечебные предписания и др.

Третий этап предусматривал анализ полученных данных и в связи с этим оценку эффективности диспансеризации.

По результатам медицинских осмотров и на основании данных состояния здоровья все обследованные были отнесены к 5 диспансерным группам: в 1-ю группу вошли 11,3% работающих, которым были необходимы оздоровительные мероприятия и дальнейшее наблюдение. Эта группа регулярно занималась производственной гимнастикой, получила вакцинацию против гриппа, была обеспечена хорошими жилищными условиями. Среди них курящие и употребляющие алкогольные напитки составляли не более 3%.

2-я группа (12,2%) нуждалась в проведении оздоровительных и профилактических мероприятий. В течение года пациентов дважды осматривала врачебная бригада в составе клинических ординаторов различных специальностей. 50% лиц этой группы получали ингаляцию, массаж, ультрафиолетовое облучение и др.

3-я группа (22%) состояла из больных с компенсированным течением заболеваний. Им были предписаны лечебно-оздоровительные процедуры в здравпункте и поликлинике. Эту группу лиц осматривали 3-4 раза в год.

4-я группа (14,2%) включала больных с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями, нуждавшихся в систематических осмотрах (4 раза в год) и длительном комплексном лечении. Стационарное лечение получили 48% обследованных; кроме того, они постоянно находились под наблюдением врачей-специалистов института.

По результатам диспансерной работы из 4-й диспансерной группы в 3-ю были переведены 15% больных, из 3-й во 2-ю — 32%, из 2-й в 1-ю — 53%. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности за 1986 г. показал ее уменьшение по сравнению с 1985 г. на 8,9%.

Таким образом, диспансеризация рабочих и служащих предприятия КНИЭФИ, проведенная под руководством клинических ординаторов Казанского медицинского института, позволила повысить эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий и получить экономический эффект в сумме 62 тыс. 673,5 рублей.

Поступила 05.12.88.

МЕСТО РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ

*Г. А. Иваничев, Р. Ш. Шакуров, И. Н. Пинягина, Н. А. Семенова,
Р. Г. Якупова, Л. К. Шагеева, А. Ш. Бидалова*

*Кафедра рефлексотерапии (зав.— проф. Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Во время массовых профилактических исследований для выявления различных нарушений, в особенности висцеральных, в настоящее время требуется выполнение трудоемких и дорогостоящих исследований с использованием дефицитной аппаратуры и реактивов; кроме того, нужен многочисленный высококвалифицированный персонал. Поэтому разработка информативных, технически простых и быстро выполнимых методов экспресс-диагностики является одной из важных задач практической медицины. Для данных целей в последнее время за рубежом и в нашей стране стали применяться аурикулярную диагностику. Полагают, что функциональные и органические поражения различных внутренних органов и систем сопровождаются изменениями в соответствующих зонах и точках ушной раковины [1, 3].

Зоны и точки ушной раковины — это проекционные зоны тех или иных внутренних органов, различных систем и соматических структур. Поскольку ушная раковина имеет с органами связь не непосредственную, а через различные структуры ЦНС, то следует подчеркнуть, что изменения в зонах и точках ушной раковины свидетельствуют о нарушениях функционального состояния нейронных ансамблей ствола и таламо-кортикальных структур, в которые поступает афферентация с пораженных органов и соматических образований. При болевых проявлениях пораженных органов и систем [1—3] изменения в зонах ушной раковины особенно отчетливо обнаруживаются снижением порога болевой чувствительности, различными морфологическими образованиями (пятна, пузырьки, узелок, чешуйка, рубец), повышением электрокожной проводимости [1, 4].

Аурикулодиагностику осуществляют путем визуального осмотра, пальпации и с помощью аппаратов для рефлексотерапии и рефлексодиагностики («Пчелка», «Элита», «Рефлекс» и др.).

Авторами проведена аурикулярная диагностика у 500 больных с различными патологическими процессами — различными проявлениями остеохондроза поясничного, шейного и грудного отделов позвоночника (280), заболеваниями органов пищеварения (96), органов дыхания (60), гепатобилиарной системы (38) и другими болезнями (26). В 96% случаев результаты аурикулодиагностики совпадали или в последующем подтвержда-

лись данными других дополнительных методов исследования.

Терапия после аурикулярной диагностики оказалась высокоэффективной: в 98,2% наблюдений был получен положительный результат лечения.

Врачи кабинета рефлексотерапии могут вести диспансерное наблюдение и лечение при длительно протекающих и рецидивирующих заболеваниях. В 1977—1987 гг. длительно наблюдались 86 больных (мужчин — 20, женщин — 66) по поводу следующих заболеваний: неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника (22), невралгии тройничного нерва (18), гипоталамического синдрома, вегетативно-висцеро-сосудистой формы с пароксизмальным течением (6), гипертонической болезни (40). Больные были в возрасте от 20 до 74 лет (20—30 лет — 14, 31—40 — 17, 41—50 — 36, 51—60 — 18 и старше 71 года — один). Длительность заболевания до лечения в клинике не превышала у 3 больных года, у 27 — 5 лет, у 41 — 6—10 лет, у 12 — 11—15 лет, у 3 была свыше 15 лет. В клинике в течение 1—2 лет наблюдались 9 человек, от 3 до 5 лет — 28 и более 5 лет — 49. Повторные курсы стационарного лечения прошли 42 пациента, стационарное и амбулаторное, в том числе противорецидивное, — 44. 26 больных получили только рефлексотерапию с использованием различных ее методов, 60 — рефлексотерапию в сочетании с медикаментозным лечением и физиопроцедурами.

У всех больных лечение оказалось эффективным. У 14 больных результаты лечения были расценены как значительное улучшение. Ввиду ограниченного числа больных и небольших сроков наблюдений полученные результаты лечения можно считать предварительными. Накопление значительного количества наблюдений позволит более дифференцированно определить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Два раза в год наблюдались 19 пациентов, один раз в год — 39, один раз в 2 года — 15, нерегулярно — 13. Сроки наблюдения колебались от одного года до 8 лет. Вне курсов рефлексотерапии 71 больной получил поддерживающее медикаментозное лечение, 9 — то же самое в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, 6 — только рефлексотерапию.

Длительность наблюдения и продолжительность ремиссии при некоторых неврологических заболеваниях

Неврологические формы	n	Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения 1—2 года		Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения от 3 до 5 лет			Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения более 5 лет		
		до 1 года	1—2 года	до 1 года	2—3 года	4—5 лет	до 1 года	1—5 лет	6—8 лет
Неврологические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника	22	3	1	3	3	6	—	—	6
Невралгия тройничного нерва	18	1	1	4	2	3	—	4	2
Гипоталамический синдром	6	1	1	1	—	—	—	2	1
Гипертоническая болезнь	40	—	—	3	2	1	6	26	2
Всего	86	6	3	11	7	10	6	32	11

Систематическое наблюдение и своевременное проведение лечебных мероприятий позволили добиться длительной ремиссии у большинства больных. Продолжительность ремиссии находилась в определенной зависимости от длительности наблюдения и характера лечебно-профилактических мероприятий (см. табл.). При более длительном наблюдении отмечалась тенденция к увеличению продолжительности ремиссии.

Таким образом, врачи кабинета рефлексотерапии могут выполнять эффективную диагностическую работу по диспансеризации всего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Н. Н., Качан А. Т. // В кн.: Современные проблемы рефлексотерапии и рефлексодиагностики. — Ростов-на-Дону, 1984.
2. Дуринян Р. А. // Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. — Ереван, Айстан, 1983.
3. Решетняк В. К. // ВНИИТИ. — Итоги науки и техники. — Физиол. человека и жив. — Москва, 1985. — Т. 29.
4. Табеева Д. М., Клеменко Л. М. // Ухоиглотерапия. — Казань, Татарское книжн. изд-во, 1976.

Поступила 23.03.89.

УДК 616.21

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЪЕМ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ПРОИЗВОДСТВЕ МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ

А. И. Бикбаева, Н. А. Арефьева, Е. З. Лиснянский, А. А. Цыглин, А. А. Смирнов

*Кафедра болезней уха, горла, носа (зав. — проф. А. И. Бикбаева)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В процессе получения нитро- и диаммофоски, фосфорной кислоты и кормового преципитата основными вредными факторами, влияющими на организм человека, являются кислоты и окислы фосфора, азота, калия, кальция, фтора. Они находятся в воздухе в виде пыли и паров, и их концентрации могут превышать предельно допустимые. Кроме того, известно отрицательное влияние мощного производственного шума. Снижение местной и общей иммунологической реактивности организма под действием химических агентов может привести к заболеваниям дыхательного тракта [1, 2, 4]. Производственный шум вызывает изменения в центральной нервной системе и внутреннем ухе, в основе которых лежит микроциркуляторные расстройства [3, 5].

На примере такого производства нами разработана схема организации лечения

оториноларингологических заболеваний рабочих в 3 этапа: цех — здравпункт — профилакторий санаторного типа. Основой схемы явились результаты многолетних обследований рабочих химических предприятий, включавших в себя объективный осмотр ЛОР-органов и оценку их функционального состояния, изучение состава периферической крови, местных иммунологических показателей (риноцитоскопия, секреторный иммуноглобулин А, фагоцитарная активность нейтрофилов и макрофагов), реорино- и реоэнцефалографию, аудиометрию.

Важным звеном в разработке схемы были данные профессионального и аллергологического анамнеза, изучение временной нетрудоспособности и санитарно-гигиенических условий труда.

Как показали исследования, у рабочих химического производства под воздействием

раздражающих паров, газов и пыли в верхних дыхательных путях развиваются воспалительные процессы, преимущественно в полости носа. В большей степени нарушается секреторная функция слизистой оболочки, изменяются показатели рН, эластотонические свойства сосудов. На этом фоне наступает расстройство местного иммунитета, что проявляется повышенной десквамацией и деструкцией мерцательного эпителия, дисфункцией клеточных элементов крови, мигрирующих на поверхность слизистой оболочки носа, снижением количества секреторного иммуноглобулина А, обеспечивающего местную противовирусную и противомикробную резистентность.

Показатели гемограмм свидетельствовали о том, что у большинства рабочих адаптационные реакции организма находятся в состоянии постоянного напряжения. Этим можно объяснить высокую заболеваемость рабочих острой респираторной инфекцией, составляющую более половины всех случаев нетрудоспособности.

В связи с изложенным был выбран способ профилактики острой респираторной инфекции — местное и общее иммунокорригирующее воздействие путем инстилляций в полость носа протидигозана на полимерной основе или инъекции гамма-глобулина, осуществляемые во время медицинского осмотра рабочих.

В профилактике шумовой тугоухости на первом этапе наблюдения за рабочими важную роль играют рекомендации по снятию нервно-психического напряжения, вызванного шумом. Для этих целей организован кабинет психорелаксации. На первом этапе оздоровления ведется обследование рабочих цеха с выделением диспансерных групп, в том числе часто болеющих острыми респираторными инфекциями; составляют план оздоровления, выполняют профилактические мероприятия (неспецифическую вакцинацию), делают психоэмоциональные разгрузки.

На втором этапе рабочие диспансерных групп получают лечение в оториноларингологическом кабинете здравпункта завода. В объем работы врача входят дообследование больных (рентгенография придаточных пазух носа, их пункция), лечебные манипуляции, назначение медикаментозных средств. Широко используют физиотерапию (УВЧ, УФО, электрофорез и диадинамические токи, ультразвук, ингаляции). Об эффективности лечения заболеваний уха, горла, носа судят по лабораторным и электрофизиологическим показателям. По результатам терапии врач-оториноларинголог организует профильную группу лиц для прохождения курсового лечения в заводском профилактории санаторного типа, определяет показания к хирургическому лечению в

специализированном отделении и осуществляет предоперационную подготовку больного.

На третьем этапе лечения диспансерное наблюдение больных ведут в условиях заводского санатория-профилактория. Каждому больному представляют возможность такого лечения один раз в 2—3 года. Для этой цели организуют 3 профильные группы с заболеванием носа, глотки и уха. В профилактории продолжают лечение, начатое в здравпункте, но на данном этапе оно характеризуется большим объемом медикаментозного и физиотерапевтического воздействия. На больных благотворное влияние оказывают природные условия, правильно организованный режим питания и отдыха, лечебная физкультура, массаж. Благоприятные условия, в которые попадают больные, помогают избавиться от курения, употребления алкоголя, способствуют формированию здорового образа жизни.

В результате лечения 216 рабочих в 1986 и 1987 гг. клиническое улучшение при хроническом тонзиллите наступило у 66 из 68 человек, при риносинусите — у 102 из 106, при хроническом отите — у 41 из 42. Отдаленные итоги оздоровления при сроке наблюдения 1 год проявились в снижении дней нетрудоспособности со 186 до 113 при хроническом тонзиллите, с 223 до 104 при хроническом риносинусите и со 139 до 68 при хроническом отите.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности показал, что неспецифическая иммунизация рабочих предотвратила массовое распространение острой респираторной инфекции. Так, в одном из цехов лишь 4% рабочих перенесли это заболевание, в то время как среди непривитых было 32,5% таких рабочих.

Таким образом, приведенная схема организации и объем поэтапного лечения рабочих химического предприятия при заболеваниях уха, горла, носа обеспечивают раннюю диагностику, эффективность профилактики, терапии и трудовой реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О. Г. // Иммунология профессиональных хронических бронхолегочных заболеваний. — М., Медицина, 1987.
2. Остапович В. Е., Брофман А. В. // Профессиональные заболевания ЛОР-органов. — М., Медицина, 1982.
3. Сагалович Б. М., Шидловская Т. В., Мищанчук Н. С., Данилюк В. М. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 3. — С. 29—31.
4. Солдаков И. Б., Данилин В. А., Митин Ю. В. // Профессиональная патология верхних дыхательных путей в химической промышленности. — М., Медицина, 1976.
5. Шидловская Т. В., Перевозникова Н. И. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 5. — С. 26.

Поступила 01.06.88.

ДОГАДКА ВРАЧА

В. А. Германов, Т. М. Сергеева

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. В. А. Германов)
Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова*

Врачебное искусство невозможно без врачебной догадки. Она непрестанно направляет мысль врача, его действия в диагностике, диагностическом контроле за лечением. Современный врач обязан представлять себе природу, сущность догадки в сложном, глубинном, этапном процессе познания. В. И. Даль указал, что догадка — это не только мнение, суждение, предположение. Она и проникновение в смысл, суть предмета (процесса, явления). В различных учениях — от эмпиризма, прагматизма до иррационализма, конвенционализма — сущность догадки трактуется по-разному: как «озарение свыше», следствие «полезного» или «чисто волевого» акта, «короткое замыкание» в сознании («симптом — болезнь»), или некое «дженгльменское соглашение» о «терминах болезни», порой как «взлет мысли на данный момент» (*ad hoc*) либо как итог посылки на операционалистический лад, что «вещи — суть наши конструкции». К таким позициям близки и фрейдистский, «скрытый, бессознательный принцип творчества», и «инстинкт познания» Бергсона, и присущее философии Фейербаха «сосредоточение познания в чувственности». Некоторые ученые пытаются отождествлять догадку и разнovidность иррационализма — интуитивизм. Сами интуитивисты (и наитивисты) декларируют «озарение свыше», «наитие» в качестве единственного пути познания и не только на ранних его этапах. Все это проникает в медицинскую публицистику, мемуаристику, врачебное сознание.

Общим при этом является откровенное или молчаливое отрицание объективной основы догадки. В действительности же в основе догадки врача лежат достоверные клинические симптомы и синдромы, их распознавание, осмысливание на основе знаний, опыта, навыков. Этот процесс весьма скоротечен. Предельно ясно осознается лишь момент истины, всегда и неразрывно связанной с объектом. Чувственное и логическое в познании больного и здорового человека слиты воедино. Сама интуиция в рождении врачебной догадки — не «озарение», не исключительный, сверхъестественный вид познания, а, скорее всего, особый способ мышления, основанный на многолетнем опыте, навыках диагностики. Способность, право на интуицию врачу не даются свыше, они являются результатом нелегкого труда. Интуиция — награда опытным, знающим, умелым врачам с высокоотренированным, гибким, творческим, диалектическим мышлением, способным выявлять симптом, синдром, болезнь в противоречивом единстве, в развитии. Для профессионалов основа мастерства догадки, интуиции заключается в единстве науки и практики, в широте врачебного подхода к человеку, собранности, динамизме мышления. Ущербны догадки врачей, которым свойственны «уход в специальность», начальная узость подхода к чело-

веку с заготовленной впрок формулой «больной не наш» (!). Б. М. Кедров, раскрывая суть диалектики интеграции и дифференциации наук, утверждает значительную, жизненную необходимость широты кругозора естествоиспытателя и врача.

Процесс врачебного познания начинается с ощущения, а в нем неизбежно и качество. Многообразные ощущения врача профессионально целестремленны, отточены, совершенствуются с накоплением опыта. Такие черты личности врача, как чуткость, низкий порог восприятия ощущений, быстрота, точность восприятия, традиционны для отечественной клинической школы. В. И. Ленин, раскрывая суть ранних этапов познания, учил: «Сначала мелькают впечатления, затем выделяется нечто, — потом развиваются понятия качества (определение вещи или явления) и количества. Затем изучение и размышление направляют мысль к познанию тождества — различия — основы — сущности *versus* явления, — причинности etc. Все эти моменты (шаги, ступени, процессы) познания направляются от субъекта к объекту, проверяясь практикой и приходя через эту проверку к истине...»* В. И. Ленин учит, что подход человека к отдельной вещи не простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт, а сложный, зигзагообразный, противоречивый процесс.

Ленинские уроки представляют методологическую основу устремления, движения мысли врача от ощущения к восприятию, догадке, представлению. Восприятие ощущений рождает у врача чувственный образ больного или здорового человека, объекта в его целостности, непосредственно воздействующего на органы чувств. Процесс восприятия складывается из поиска и различения объекта, оценки его признаков, свойств, особенностей, то есть он сопряжен с анализом и с синтезом.

И. П. Павлов подчеркивал важную роль врачебной наблюдательности с ее высоким профессионализмом, проникновенностью, стремительной точностью и образностью. Работая с больным или здоровым человеком, врач должен уметь незамедлительно вызывать в памяти образы ранее им виденного, изученного, пережитого на основе продуктивного, динамичного воображения. В процессе расспроса, осмотра в сознании врача возникают живые связи явлений болезни с понятиями научной медицины. Перед умственным взором встают образы памяти и воображения. В первом случае осуществляется визуализация образа при восприятии, а с помощью образа воображения во врачебном сознании уже создаются представления. В сознании мелькают профессионально точные ситуации, непосредственно не воспринимаемые в момент обследования больного или же здорового человека. Представление — важнейшая форма индивидуального чувственного отражения. Ведь представления могут уже быть опосредованы содержанием, высказаны. Они осмысливаются,

* Полн. собр. соч., т. 29, с. 301.

осознаются врачом. Представления врача о сути найденного у обследуемого человека клинического симптома, синдрома, о природе болезни несут в себе неповторимые черты своеобразия личности врача, его индивидуального опыта. Представления — своего рода посредники между непосредственно данным, индивидуальным врачебным восприятием и их понятийной сущностью. Их можно рассматривать как промежуточную ступень от ощущений к мысли. В процессе размышлений о природе врачебной догадки врач может отчетливо осознавать, что ощущения, восприятия, представления — пути формирования догадки, провидеть этот «сам себя конструирующий путь», как пишет об этом движении мысли В. И. Ленин*. Становится ясным, что врачебная догадка — не греза или выдумка, не итог волюнтаристского произвола, не «наитие». Конспектируя «Науку логики» Гегеля, В. И. Ленин высказывает мысль о том, что догадка по природе своей — научное провидение. «Самая простая истина, самым простым, индуктивным путем полученная, всегда неполна, ибо опыт всегда незакончен. Егго: связь индукции с аналогией — с догадкой (научным провидением), относительность всякого знания и абсолютное содержание в каждом шаге познания вперед**». Врач, конечно, должен осознавать, что его догадка — вероятностное знание. Она может быть подтверждена, доказана либо отвергнута в процессе дальнейшего целеустремленного исследования, для которого она служит импульсом. Отсюда и значение, и ответственность догадки, определяющей поиск. Высоки и строги требования к ее первооснове, к достоверным, проверенным клиническим явлениям, фактам, к количественной и качественной оценке симптомов и синдромов. Врач должен иметь в виду возможность их проверки, непротиворечивости доказанным научным данным.

Проверяя факты, руководствуясь их критериями, мерой, врач должен допускать возможность артефакта, видимости, осмыслив эти категории. Сомнение — спутник догадки, вероятностного знания. Врач должен быть готовым и к встрече с неизвестным, новым заболеванием, с проявлением уже известных болезней в новой непривычной форме, ибо учение о патоморфозе болезней уже развивается. XIX Всесоюзный съезд терапевтов вновь определил возможность сложных, непредсказуемых сочетаний болезней человека и не только в старческом, но и в молодом возрасте. И научно обоснованное подтверждение догадки врача приносит важный результат для всего последующего поиска, для судьбы человека. В. И. Ленин учит, что «самое простое обобщение, первое и простейшее образование понятий (суждений, заключений etc.) означает познание человека все более и более глубокой объективной связи мира»***. Догадка требует от врача подлинно научного, диалектико-материалистического мировоззрения и творческого, диалектического в своей первооснове клинического мышления. Мы являемся свидетелями того, как медицинский вуз из школы памяти все более становится школой мысли, где компьютеры — лишь один из видов медицинского оборудования. Добавим еще, что одним из требований к врачебной догадке является и ее логическая простота, требующая собранности и ответственности, исключающая вычурность, надуманность, позу. Думается, что психологические аспекты догадки

должны быть поняты еще на студенческой скамье, хотя бы из опасности пресловутых «целер-клиницистов».

Очевидно, что догадки и сомнения возникают уже в первые минуты встречи с больным или здоровым человеком, с первого взгляда, с первых слов и далее на пути к предварительному и клиническому диагнозу, в ходе все более ответственного диагностического контроля за лечением, экспертизой. Догадка может увести врача и в тупики, и к ошибкам с возможными опасными следствиями. Опасны здесь и одержимость, и волюнтаризм с его эффектной фразеологией, безательским престижем. Невольно вспоминаются тезис Маркса о человеческих сомнениях, мысль И. П. Павлова о «гордыне», из-за которой врач, исследователь бессмысленно упорствует там, где нужно согласиться. Догадке врача присуща проникновенность, а она-то — от вдумчивости. Активная жизненная позиция врача в момент догадки основывается на гармонии ума, чувств и воли, что дарует собранность, дисциплину ответственного клинического мышления. Эта гармония ума, чувств и воли крайне важна, поскольку при осмысливании, в момент, когда не хватает информации, а факты еще единичны и разрозненны, эмоциональное напряжение неизбежно.

Со студенческих лет врачу памятен ленинский урок, что без человеческих эмоций невозможно поиск истины, что догадка немислима без творческого воображения. Сознание ответственности догадки придает врачу уравновешенность, взвешенность мыслей, а игра эмоций, как и холодный академизм, противоречат активной жизненной позиции врача у постели больного человека. Важна и профессиональная врачебная сдержанность в палате, приемном отделении, возле человека в момент рождения догадки. Во время обследования больной (да и здоровый человек) всматривается в нас внимательнее, чем мы в него. И пауза, и жест, и оттенок общения — все это может стать источником ятрогенной травмы больного с опасными следствиями. В момент истины важно владеть собой. Вне палаты, в общении с товарищами догадка может и, наверное, должна получить словесное выражение. В дальнейшем догадка врача оформляется, становится яснее, получает новое обоснование, перспективу. Усиливаются логический компонент врачебной догадки. Устанавливается и крепнет живая связь чувственного и логического. Еще раз взвешиваются достоверные факты. Врач неизбежно обращается к знаниям патогенеза клинических явлений болезни, симптомов, синдромов, к поиску связей между ними. Процесс систематизации фактов, поиск связей между ними открывает пути к предварительному диагнозу, к медицинской гипотезе.

Догадка рождается в течение короткого периода времени. Ее рождение во многом зависит от культуры мышления врача, его высокого духовного потенциала, интеллигентности в прямом смысле слова. Наверное, есть смысл подумать о введении в состав приемной комиссии в медицинском вузе и психолога для того, чтобы лица с клиническими дефектами психоэмоциональной сферы, неуравновешенные и ленивые тугодумы не попадали в число студентов.

В процессе формирования врачебной догадки движение мысли врача должно идти от наиболее опасных явлений болезни к наименее опасным, что требует не только бдительности, но и целеустремленной воли. Надо заставлять себя каждый раз обращаться к наиболее опасному предположе-

* В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, с. 80.

** В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, ст. 162.

*** В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, с. 161.

нию. Соблюдение принципа наивысшей опасности в формировании догадки требует силы духа врача, но в гуманности этого принципа трудно усомниться. Принцип «от редкого к частому» в клинической патологии (либо от «частого к редкому») нам представляется неправильным. За часто встречающейся патологией может протекать более скрытно редкое заболевание, а увлеченность «редкой» болезнью может увести врача от распространенного заболевания, вызвать досадную ошибку в направлении поиска, затянуть диагностический период.

Важен вопрос об «оформлении» врачебной догадки. Она может промелькнуть в сознании, смениться другой, более верной. Но она может и порою должна быть представлена в истории болезни, амбулаторной карте, если этого требуют интересы больного человека. Она может найти свое отражение в назначениях клинико-инструментальных, клинико-лабораторных исследований, консультаций, консилиумов. В таких случаях мы избегаем унизительных для человека аббревиатур типа «д-з» с одним, а то и с двумя вопросительными знаками. Догадка врача — не диагноз. Ее следует высказывать в утвердительной форме, которая обязывает к поиску, решениям, действиям.

Догадка врача может быть оформлена и в качестве первичного медицинского заключения в записи осмотра, консультации, консилиума и в неправительственных медицинских документах. Естественно, что догадка врача представляется в медицинских документах лишь только в тех случаях,

когда результаты обследования человека не могут быть приведены в научно обоснованную систему, гипотезу, иными словами — когда предварительный диагноз болезни у данного больного человека не может быть установлен. Сам факт оформления одной лишь догадки после обследования ко многому обязывает. Необходимость консультаций, целеустремленных обследований с учетом фактора времени вполне очевидна.

XVIII Всесоюзный съезд терапевтов определил возможности диагностики предзаболеваний, что является принципиально новой областью врачебного дела и обязывает врачебную догадку высказывать с большой ответственностью. Необходим вдумчивый анализ факторов риска для формирования догадки врача. Нужны знания физиологических основ здоровья, защитных, компенсаторных, приспособительных реакций организма человека, глубокое понимание методологической и медицинской сущности норм, меры выносливости и адаптации. Результаты этих исследований уже представлены в материалах XIX Всесоюзного съезда терапевтов.

Раздумья о догадке врача приводят к выводу о том, как много предстоит еще сделать, чтобы раскрыть все ее аспекты — методологический, логический, психологический, эτικο-деонтологический, технический, семиологический. Во имя совершенствования все более ответственного врачебного искусства работа такого рода необходима.

Поступила 08.12.88.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 61 (091)

СРЕДНЕВЕКОВЫЕ ВРАЧИ У ВОЛЖСКИХ БУЛГАР И ИХ ДУНАЙСКО-БОЛГАРСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

А. Х. Халиков

Отделение археологии (зав.— проф. А. Х. Халиков)

Института языка, литературы и истории имени Г. Ибрагимова Казанского филиала АН СССР

В IX—XIII вв. в Европе оформились и развивались два государства, носившие одинаковое имя Булгария, или България, то есть Волжская Булгария в Волго-Камье и Дунайская България в Подунавье. Несмотря на значительную удаленность этих стран друг от друга, разные исторические судьбы и этно-культурное окружение многие особенности культуры и быта народов, также именовавшихся булгарами, или българами, были сходны [7].

В Волжской Булгарии, тесно связанной в IX—XIII вв. как со странами Востока (Багдадский халифат, Средняя Азия, Кавказ и др.), так и с Западом (Русь, Прибалтика и Скандинавия, Центральная и Южная Европа), наряду с народной медициной в XI—XII вв. развивается и профессиональная медицина. Об этом, в частности, свидетельствует наличие у булгар медиков, имевших свои сочинения и трактаты. К их числу следует отнести булгарского ученого XII века Бурхан эддина Ибрагима Ибн Юсуфа Булгари, автора книг о медицине, в том числе «о простых лекарствах» [8], которого считали «билером», знатком [2].

Кроме местных врачей-билеров булгарская знать, особенно высшая, иногда приглашала из-

вестных медиков-лекарей из других стран, что, возможно, практиковалось еще в раннем периоде функционирования Булгарии. В этом отношении интересное сообщение оставил Абу Хамид ал-Гарнати — арабоязычный купец из Гренады, побывавший в Булгарии в 1133—1136 гг. Так, опираясь на книгу булгарского историка XI—XII вв. Нугмана ал-Булгари, он сообщал, «что один человек из мусульманских купцов приехал к ним (булгарам — А. Х.) из Бухары, а был он факимом, хорошо знавшим медицину. И заболела жена, и заболел царь тяжелой болезнью. И лечили их лекарствами, которые у них приняты. И усилился их недуг, так что стали они оба опасаться смерти. И сказал им этот мусульманин: «Если я стану лечить вас и вы поправитесь, то примите мою веру?» Оба они сказали: «Да». Он их лечил, и они поправились и приняли ислам, и принял ислам народ их страны. И пришел к ним царь хазар во главе большого войска, и сражался с ними... и сразились с этим царем, и обратили его войско в бегство, так что этот царь заключил с ними мир... А ученый у них называется балар (билер)» [6].

Указанное сведение относится к IX—X вв., когда Булгария воевала с хазарами, сумела их победить и освободиться от хазарского доминан-

та. В некоторых болгаро-татарских легендах общается, что это лечение было произведено при помощи парной бани и веников из веток камских берез. Еще в домонгольское время болгары широко пользовались в лечебно-гигиенических целях банями, в том числе и для дунайских болгар Хамид ал-Гарнати, например, сообщает о трех таких больших банях, имевшихся в Булгаре — столице Болгарии, называвшейся тогда и Биляром [6]. Археологические остатки одной из таких бань, построенных из кирпича в XI—XII вв., выявлены на Билярском городище.

Широкое использование бань, в том числе и каменно-кирпичных, в лечебно-гигиенических целях было характерно и для дунайских болгар IX—X вв. Об этом свидетельствуют археологически изученные остатки таких бань в столицах Первого Болгарского царства — Плиске и Преславе [1], причем на Волге и Дунае указанные бани имели подпольно-гипокаустную систему отопления и примерно одинаковую продольно-параллельную планировку.

Показательно, что профессиональные врачи-медики и в Дунайской [4] и Волжской [6] Болгарии назывались одинаково — «билер», то есть знаток. Данное название не следует считать арабским словом [5]. Этимология слова «билер» до-

статочно прозрачна. Это древнетюркское слово с корневым понятием «bil», что означает «знать», «ведать» [3]. Между прочим, до сих пор в болгарском языке лекарственные травы называются «билк» [2]. Таким образом, в области медицины у болгар на Дунае и болгар на Волге в IX—XII вв. было много родственного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бояджиев Ст. // Архитектурата на Първата и Втората Българска държава. — С., 1975.
2. Българско-руски речник. — С., 1986.
3. Древнетюркский словарь. — Л., 1969.
4. Етнография на България. — С., 1985. — Т. III.
5. Кристанов П. // Развитие на естествознанието и медицината в нашите земи. — С., 1966.
6. Путешествие Абу Хамида ал-Гарнати в Восточную и Центральную Европу (1131—1153 гг.). — М., 1971.
7. Халиков А. Х. // Шуманска заря. — Шумен, 1976, брой 181, 182, 183.
8. Хвольсон Д. А. // Известия о хозарах, буртасах, болгарах, мадьярах, славянах и русских Ибн Даста. — СПб, 1869.

Поступила 06.07.89

УДК 356.33:069 (477)

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕМЕЦКИХ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА В КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

В. Ю. Альбицкий, А. Б. Галлямов

Кафедра гигиены труда (зав. — проф. Н. Х. Амиров)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В оценке роли немецких медиков в истории русской медицины издавна существовали две взаимоисключающие концепции: одна из них чрезвычайно преувеличивала эту роль, полностью отрицая самобытность русской врачебной мысли в первой половине прошлого столетия, другая — негативно оценивала зарубежный опыт и деятельность иностранцев-медиков в России. Однако однозначная оценка деятельности немецких ученых-медиков является ошибочной. Об этом убедительно свидетельствуют данные об их деятельности в Казанском университете.

В Уставе Казанского университета от 1804 г. было указано, что при замещении вакансий «природные россияне, нужные знания и качества имеющие, должны быть предпочтены чужестранным» [5]. Тем не менее при открытии в 1814 г. медицинского факультета все его кафедры возглавляли ученые-немцы, что объяснялось острым недостатком собственных научных кадров. 11 из 19 профессоров-медиков, работавших в Казани в 1814—1854 гг., были иностранцами, причем 9 — немцами.

Анализ деятельности немецких ученых-медиков в Казанском университете показывает, что некоторые из них приехали в Россию, выражаясь словами поэта, «за ловлей счастья и чинов». Им были чужды национальные интересы русского государства, не отличались они и как специалисты. Их деятельность на долгие годы оставила о себе недобрую память. Типичным представителем такой группы иностранцев-медиков в Казани был, например, профессор частной патологии и терапии

И. Г. Линдгрэн. Он прославился как «заведомый гомеопат» [1]. Его лекции были «несовременные, устаревшие, не представляющие никакого интереса». Ясное представление об отношении И. Г. Линдгрэна к своим педагогическим обязанностям дают следующие воспоминания: «Однажды он среди лекции вышел на короткое время освежиться... Один из студентов в это время подошел к кафедре и перевернул несколько страниц в тетради... Возвратясь, Линдгрэн продолжал лекцию. До выхода он читал... о скорбуге и не кончил еще об этой болезни, а по возвращении он читал по перевернутой тетради уже о воспалении почек» [3]. Эту группу ученых отличало презрение ко всему русскому. Упомянутый уже проф. И. Г. Линдгрэн за более чем 20-летнюю службу в Казанском университете так и не овладел по-настоящему русским языком и читал свои лекции по латыни. На лекциях он откровенно заявлял студентам, что русские не способны к изучению медицины. Читая лекции о воспалении мозга, он говорил, что «болезнь эта редко встречается между русскими учеными, но зато весьма часто между немцами, у которых мозг более восприимчив и более приспособлен к умственным занятиям» [3].

Ученых типа проф. Линдгрэна было не так уж и много. Их тормозящее влияние на развитие русской медицины не следует преувеличивать, хотя именно они в первую очередь и породили негативное отношение к деятельности немецких медиков в России. Однако нельзя забывать и другую группу немецких ученых, работавших в России. Отражая в своей деятельности и в научном твор-

честве передовые веяния эпохи, они беззаветно выполняли свой врачебный долг; многие из них золотыми буквами вписали свои имена в историю русской медицины. Типичными представителями этой группы ученых в Казани были Ф.-Х. Эрдман и К. Ф. Фукс. Ф.-Х. Эрдман окончил Виттенбергский университет, здесь же в 1802 г. защитил докторскую диссертацию, а в 1807 г. получил звание ординарного профессора патологии и терапии. В 1810 г. 32-летний немецкий ученый занял кафедру патологии, терапии и клиники в Казанском университете, которой руководил семь лет. С 1814 г., то есть со времени открытия медицинского факультета, именно он был его первым деканом.

В историю казанской медицинской школы Ф.-Х. Эрдман прежде всего вошел как основатель клинического преподавания. Будучи с 1811 г. врачом больницы при Казанской гимназии, он начал проводить здесь «клинические изъяснения шесть раз в неделю после 10 часов по утру» [2]. Таким образом, несмотря на отсутствие клиники в университете, Ф.-Х. Эрдман сумел организовать обучение студентов у постели больных. С 1818 г. профессор вместе со студентами открыл в гимназической больнице амбулаторный прием. Тем самым он положил начало поликлиническому обучению казанских студентов. В 1816 г. Ф.-Х. Эрдман добился того, чтобы в доме, предназначенном для типографии университета, выделили помещение сначала на 4, а на следующий год на 8 клинических коек. Так началась история клиники Казанского университета.

Вот яркое воспоминание о Ф.-Х. Эрдмане (какой, между прочим, контраст воспоминаниям о И. Г. Линдгрене!), характеризующее его как замечательного преподавателя, первого профессора терапии в Казанском университете. «Самым пламенным желанием его было высказать себя всего, передать своим слушателям весь богатый запас своей учености, своей опытности, своих наблюдений. Он не ограничивался положенных для лекций числом часов, но, кроме того, ежедневно занимал своих слушателей наставлениями в клиническом институте, в университетской и гимназической больнице, в которых для этой цели принял на себя обязанности врача. Нередко, говорят, случалось, что частные свои докторские визиты он, к изумлению своих пациентов, делал в сопровождении своих слушателей, которым тут же передавал свои наблюдения и свои мысли о средствах к врачеванию больного. Мало и этого. Деятельный профессор учредил у себя на дому беседы, в которых студенты под его руководством упражнялись в медицинских диспутах» [6].

Весомым вкладом в историю развития Казанского университета в периоде его становления явилась врачебная, научная и общественная деятельность К. Ф. Фукса. Возглавив с 1805 г. кафедру естественной истории и ботаники, а с 1819 г. терапевтическую клинику, К. Ф. Фукс посчитал «нравственной обязанностью» обращаться к своим слушателям на их родном языке и вскоре «до такой степени изучил русский язык или, как выражался он, язык своего второго отчества, что мог изъясняться на нем свободно — как изустно, так и письменно» [4].

Вся деятельность К. Ф. Фукса в России пронизана духом гуманизма и просветительства. Во время Отечественной войны 1812 г. он «денно и ночью» находился среди тифозных больных, сам

едва не став жертвою тифа. В 1830 г. К. Ф. Фукс находился в гуще борьбы с первой эпидемией холеры в России (сначала в Казани, затем в Нижнем Новгороде). Публикации ученого полны сочувствия к беднейшим слоям населения в связи с их бесправным положением в обществе. Так, в актовой речи «О болезнях жителей Уральских гор» К. Ф. Фукс показал нечеловеческие условия жизни и труда горняков Урала: «Дети, рожденные от работающих на рудниках, которые уже с раннего детства сами зарабатывают на жизнь в рудниках, из-за переданной родителями по наследству слабости здоровья, отравленные воздухом рудников, не могут сопротивляться гибели и долго не живут. Приезжие, которые по горькой судьбе сюда прибывают из отдаленных мест, или же ссыльные, которые пользуются крепким здоровьем, вскоре начинают тяжело болеть из-за тех работ, которые они производят в рудниках, а те, которые и были некрепкими, вскоре умирают... В 1817 г. в городе горняков Богославенке такая тьма приезжих умерла от желудочных болезней, что из 1200 человек едва 400 осталось в живых... Особенно город рудников Нижне-Туринское, который они в душе называют адом, приблизил большое число этих несчастных людей к смерти» [7].

Мировоззренческая платформа таких ученых-иностранцев, как К. Ф. Фукс, способствовала развитию материалистических традиций в русской медицине. К. Ф. Фукс реалистически смотрел на мир, признавая его первичность по отношению к сознанию.

Приведенный выше материал позволяет сделать два важных, на наш взгляд, вывода. Во-первых, привлечение в России в первой половине XIX века ученых-медиков из-за рубежа, чаще всего из Германии, способствовало развитию русской медицины. Этим компенсировалась нехватка собственных научных кадров, особенно необходимых для становления новых университетских центров России. В истории российских университетов педагогическая деятельность передовых немецких ученых оставила, бесспорно, глубокий след. Во-вторых, противоречивость в оценке деятельности немецких ученых в России отражала различные общественно-политические течения жизни русского общества той эпохи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боборкин П.* // «Русская мысль», 1906, май, с. 6.
2. Извещения о преподавании наук в Казанском университете с 13 августа 1814 по 10 июня 1815 года. Казань, 1814, с. 14.
3. *Ильинский А. И.* // «Русская старина», 1894, 81, апреля, с. 10.
4. «Казанские губернские ведомости», 1846, 22, с. 215.
5. *Корбут М. К.* // Казанский государственный университет им. В. И. Ульянова-Ленина за 125 лет 1804/05—1929/30.— Казань.— Т. 1, 1930.— С. 14.
6. Отчет о состоянии Императорского Казанского университета в 1846—1847 академическом году.— Казань, 1847, с. 16—17.
7. *Fuchs C.* // *De morbis infectarum montium Uralensium.*— Kazan, 1824, 2.

Поступила 28.06.89.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.71—002.27—085.838.7

ДИМЕКСИД-ГРЯЗЕВЫЕ АППЛИКАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

М. Н. Пугачев

Всероссийский центр вертеброневрологии при Казанском медицинском институте (руководитель — проф. Я. Ю. Попелянский), санаторий «Васильевский» (главврач — М. М. Фаткуллин) Татарский областной совет по управлению курортами профсоюзоз

Из курортных факторов при неврологических проявлениях дегенеративной патологии шейного отдела позвоночника широко применяют сегментарные грязевые аппликации при температуре 37—42° на шейно-воротниковую зону или на эту зону и руку.

Димексид (ДМСО, диметилсульфоксид) используется в терапии многих заболеваний как неводный растворитель лекарственных веществ. Он оказывает легкий обезболивающий эффект, благоприятно воздействует на трофику, легко всасываясь кожей и транспортируя вместе с собой и другие вещества.

Лечебный эффект грязи может быть усилен дополнительным воздействием электрического тока (гальваногрязь). Представлялось целесообразным сочетание грязи с димексидом, поскольку такой метод имеет ряд достоинств: он не требует специальной аппаратуры, может быть усилена проницаемость кожи для биологически активных веществ грязи с употреблением меньшего его количества.

Мы изучали лечебный эффект при одновременном воздействии лечебной грязи и димексидом на шейный отдел позвоночника при его остеохондрозе. Эффект такого рода лечения прослежен у 48 больных основной группы (мужчин — 26, женщин — 22) в возрасте от 40 до 50 лет. Одновременно обследовали и 10 больных контрольной группы (мужчин — 8, женщин — 2) такого же возраста, получавших грязь без димексидом.

Аппликационную массу готовили следующим образом: хлопчатобумажную салфетку необходимой величины, смоченную 25% раствором димексидом, накладывали на выбранный для процедуры участок шейно-воротниковой зоны. На салфетку накладывали слой лечебной грязи толщиной 3—4 см температуры 38—42° (на 15—20 мин). Всю эту зону покрывали простынькой и клеенкой. Второй процедурой для обеих групп пациентов были сероводородные ванны.

Всем больным проводили спондилографическое обследование шейного отдела позвоночника, термометрию симметричных точек кожи надплечий,

альтогензометрию мышц плечевого пояса и динамометрию рук. За курс лечения делали пять контрольных проверок: при первичном приеме, через каждые четыре — пять дней и в день выписки из санатория.

Ориентировочные сравнительные показатели лечения приведены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная эффективность лечения димексид-грязевыми аппликациями

Способы лечения	Число больных	Число процедур	Улучшение, %
Грязевые аппликации и сероводородные ванны	10	10	50
Димексид-грязевые аппликации и сероводородные ванны	48	5	100

Как следует из табл. 1, после приема пяти — шести димексид-грязевых аппликаций наступало улучшение, причем в основной группе чаще и быстрее, чем в контрольной ($P < 0,05$). При последующих процедурах вплоть до десятой состояние больных существенно не изменялось.

Приводим некоторые наблюдения.

З., 49 лет. Диагноз: синдромы позвоночной артерии и передней лестничной мышцы слева с выраженными болевыми проявлениями, остеохондроз С-V—VI (2+). Динамика объективных данных представлена в табл. 2.

Из данных табл. 2 следует, что к 12-му дню лечения (примерно к пятой процедуре) стойкое улучшение было зафиксировано по всем показателям.

М., 59 лет. Диагноз: синдром «плечо-кость» передней лестничной мышцы справа, остеохондроз С-IV—V (3+). Больной получил двухкамерные йодобромные ванны для рук температуры 36° по 15 мин через день (10 процедур), димексид-грязевые аппликации на шейно-воротниковую зону — пять процедур и на правый плечевой

Таблица 2

Динамика объективных данных больного З.

Объективные данные	Первичный осмотр		12-й день лечения		24-й день лечения	
	справа	слева	справа	слева	справа	слева
Динамометрия рук, кг	44	40	47	50	48	50
Дермотермометрия, °	34,7	34,7	34,2	34,3	34,2	34,3
Объем движений в шее, °	40	35	45	45	45	45
Плотность мышц надплечий, баллы	2	3	1	1	1	1
Альтогензометрия, кг	2,5	1,5	6	6	6	6
Симптом Лассега (верхний)	+	+	—	—	—	—

сустав и надплечье — пять процедур. К четвертой-пятой процедуре боли стали уменьшаться, увеличился объем движений, значительно стали возрастать динамометрические показатели: первичный прием — 20 кг, 7-й день лечения — 32 кг, 13-й день лечения — 33 кг, 18-й день — 46 кг, 24-й день — 53 кг.

Следовательно, лечебный эффект димексид-грязевых аппликаций более высок, чем одной лишь грязи. Требуется дальнейшее изучение этого

метода с целью возможного его внедрения в практику санаторного и клинического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я. Ю. // Вертеброгенные заболевания нервной системы. — Изд-во Казанского ун-та. Казань, 1981.

Поступила 03.01.89.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 616—001.514—058.9:353.1

ОТРАЖЕНИЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО РАЙОНА

Нами изучены медицинские журналы травматолого-ортопедического, хирургического, организационного и технического профилей, в которых мы предполагали найти публикации по теме организации помощи и лечения больных с открытыми переломами конечностей в условиях сельскохозяйственного района.

По интересующей нас теме за 10 лет (с 1978 по 1987 г.) в 25 отечественных журналах было опубликовано 257 статей. Наибольшее количество работ посвящено лечению осложнений открытых переломов и вариантам их хирургической обработки с последующим лечением посредством иммобилизации различного вида и медикаментозной терапии (106 статей). Рассмотрены различные виды и способы обработки открытых переломов с использованием аппаратов и оборудования, внедряемых в медицинскую практику (21). Значительное внимание (30) уделено мерам профилактики

и прогнозирования возможных гнойных осложнений, вопросам реабилитации и выхода больных на инвалидность. В отдельную категорию выделены сочетанная и множественная открытая травмы конечностей (26). За последние годы ревизуются каноны антибактериальной терапии, применяются другие способы предупреждения гнойных осложнений с учетом микрофлоры (16), и только в единичных публикациях анализируется организация помощи пострадавшим в условиях сельскохозяйственного района.

Из всех периодических изданий наиболее ценными в плане освещения интересующей нас проблемы оказались журналы «Ортопедия, травматология и протезирование», «Хирургический журнал имени Н. И. Пирогова», «Вестник хирургии имени Н. И. Грекова».

И. В. Ключкин (Казань)

3. Ш. Гилязутдинова. Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. — Казань, изд-во Казанского ун-та, 1989. — 154 с.

Рецензируемая книга написана на актуальную тему, имеющую большое медико-социальное значение. Она состоит из предисловия, одиннадцати глав, приложения, списка литературы и оглавления.

В предисловии автор указывает на значительное место заболеваний нервной систем в экстрагенитальной патологии, обуславливающей материнскую и перинатальную смертность. Неврологические осложнения являются одной из главных причин материнской смертности в периоде беременности и родов. Автор рассматривает особенности течения беременности, родов и послеродового периода при широком спектре патологических процессов в нервной системе: сосудистых заболеваниях, опухолях и псевдотуморе головного мозга, опухолях спинного мозга, отеке головного мозга, эпилепсии, рассеянном склерозе, сирингомиелии и ряде заболеваний периферической нервной системы. Книга в основном предназначена для акушеров-гинекологов: в ней освещена патология нервной системы при беременности и родах

и описана тактика лечения на различных уровнях — начиная с действий врача-акушера в женской консультации вплоть до рекомендаций врачу стационара родильного отделения.

Глава I содержит современную информацию о сосудистых заболеваниях головного мозга и беременности. Подробно описаны клиника и лечение широкого круга сосудистых заболеваний головного мозга — кровоизлияния в мозг, ишемического инсульта, эмболии и тромбоза сосудов мозга, церебрального ангиоспазма, субарахноидального кровоизлияния, венозной энцефалопатии и псевдотумора головного мозга (синдрома, напоминающего опухоль головного мозга), чаще наблюдаемого при тромбозе поверхностных вен, венозной энцефалопатии, тромбозе вен и синусов мозга и кровоизлиянии в мозг. Лечение сосудистых заболеваний мозга рассмотрено в прикладном аспекте, с учетом не дифференцированной и дифференцированной терапии дисциркуляторных нарушений и псевдотумора и тактики ведения родов при церебральной дисциркуляторной патологии. В главе приведены истории родов ряда пациенток с достаточным освещением неврологических и акушерских аспектов ведения этих больных.

Интересна как для акушера, так и для невропатолога глава II, в которой наряду с современны-

ми данными об особенностях беременности, родов при опухолях мозга представлены две обстоятельные истории родов; много места отведено тактике ведения беременности и родов у пациенток с опухолями мозга и методами прерывания у них беременности.

Практический интерес представляет глава III, в которой приведены специфика беременности и родов при опухолях спинного мозга и позвоночника. Важны указания автора о тактике ведения беременности и родов у этих больных. Она предусматривает прерывание беременности при малых сроках, преждевременное родоразрешение путем кесарева сечения при поздних сроках беременности или ухудшении неврологического статуса больных; при желанной беременности и нарастании неврологической симптоматики рекомендуется нейрохирургическое вмешательство с сохранением беременности. Лишь при благоприятном течении опухоли разрешаются самостоятельные роды с выключением второго периода акушерскими щипцами.

В главе IV находим освещение тактики ведения беременности и родов у пациенток с черепно-мозговой травмой. Приведена история родов с достаточным вниманием к акушерскому аспекту.

В главе V описаны особенности отека мозга у беременных и мероприятия по лечению больных и тактике ведения беременности и родов.

В VI главе всесторонне рассмотрен вопрос о беременности и родах при эпилепсии. Наряду с особенностями клиники эпилепсии у этих больных рассмотрено лечение с учетом тератогенного действия противосудорожных препаратов, тактика ведения беременности и родов и особенности симптоматического эпилептического статуса.

В главе VII в достаточном объеме представлены сведения о беременности и родах при хорее с двумя историями родов и заключительными замечаниями о тактике ведения беременности и родов при хорее.

Глава VIII содержит данные о беременности при миастении. Представляют ценность приведенные в главе особенности течения миастении в зависимости от срока беременности. Дан конкретный разбор тактики ведения беременности и родов при миастении, проиллюстрированный хорошо изложенной историей родов у одной пациентки.

IX глава дает сведения о сирингомиелии и беременности с описанием тактики ведения беременности и родов.

В X главе показано влияние беременности на течение рассеянного склероза также с подробным разбором тактики его лечения и ведения родов и беременности у больных.

XI глава содержит краткие сведения о заболеваниях периферической нервной системы у беременных: неврите лицевого нерва, вертеброгенном (дискогенном) пояснично-крестцовом радикулите, поли- и мононевритах, травматических невритах, связанных с родовым актом, а также ретробульбарном неврите; рассмотрена тактика ведения беременности и родов.

Далее идут приложение, в котором дана расшифровка синдромов и симптомов, список литературы и оглавление.

Остановимся на некоторых замечаниях. В монографии не освещены практически важные данные о связи беременности и родов с миопатиями, гепатоцеребральной дистрофией, нейрофиброматозом; мало внимания отведено заболеваниям периферической нервной системы. При обозначении множественных поражений нервной системы у бе-

ременных более точен термин «полиневропатии», а не «полиневриты». Имеется ряд неточных выражений, очень много опечаток.

Тем не менее рецензируемая книга является ценным практическим руководством, углубляющим и расширяющим представления о тактике ведения беременности и родов при заболеваниях нервной системы.

Канд. мед. наук И. И. Туревский (Рязань)

УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ПЕРИНАТОЛОГИИ

Группа ученых Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Курского и Воронежского медицинских институтов за 12 лет разработала ряд учебно-методических пособий для врачей акушеров-гинекологов, педиатров, студентов-субординаторов и интернов, которые вскоре после их публикации нашли весьма благоприятный отзыв среди читателей. Учебные пособия посвящены актуальным проблемам перинатологии и признаны сыграть роль в снижении перинатальной заболеваемости и смертности.

В пособии «Родовые травмы и повреждения новорожденных» (авторы П. С. Гуревич, А. И. Осипов, И. В. Никитина, Б. Г. Садыков; г. Воронеж, 1982) подробно описаны разновидности, патогенез, лечение травм новорожденных. Авторы подчеркивают большое значение родовых травм в происхождении мертворождаемости и ранней детской смертности. В пособии рассмотрены патоморфология, патогенез и клиника повреждений центральной нервной системы, позвоночника и периферических нервов, приводятся современные методы диагностики. Показано, что травматизм связан с акушерской и экстрагенитальной патологией, а также с ошибками персонала в периоде родоразрешения. Однако пути профилактики травматизма изложены недостаточно подробно и четко.

Другое пособие — «Геморрагические заболевания новорожденных» (авторы П. С. Гуревич, А. И. Осипов, Л. В. Никитина, Н. П. Майорова; г. Воронеж, 1983) также посвящено патологии новорожденных, являющейся нередко одной из причин их смерти. О синдроме ДВС у новорожденных написано явно недостаточно, поэтому подробный анализ этой патологии на страницах руководства является весьма актуальным.

Темой двух других учебных пособий стали проблемы крупного и глубоко недоношенного плода: это «Проблема крупного плода в акушерстве и педиатрии» (авторы А. И. Круч, П. С. Гуревич, А. И. Осипов, А. Ф. Жаркин, Н. А. Ерещенко; г. Воронеж, 1986) и «Глубоко недоношенный ребенок» (авторы Г. М. Дементьева, П. С. Гуревич, М. Г. Газаян, А. И. Осипов, С. П. Гуревич, А. Е. Козлова; г. Воронеж, 1987).

Роды крупным плодом осложняются травмами, повышенной в несколько раз перинатальной смертностью и заболеваемостью. Авторы констатируют тот факт, что патогенез макросомии неизвестен. Очень хорошо написан раздел о методах прогнозирования макросомии.

Значение проблемы маловесного, недоношенного плода также велико, так как более 50% умерших в периоде новорожденности — недоношенные дети. Авторы подчеркивают, что вопросы выхаживания недоношенных детей освещаются недо-

статочно широко, а тактика ведения глубоко недоношенных детей с массой тела от 500 до 1000 г даже не обсуждается в акушерско-педиатрической литературе. В пособии рассмотрены причины преждевременных родов, степень риска для плода, патогенез травматизма и смерти недоношенных детей, а также особенности клиники и диагностики основных патологических состояний и синдромов. Подробно изложена диагностика синдрома дыхательных расстройств, который встречается у 97% новорожденных, а в сочетании с геморрагическим синдромом — у 25,9%. В пособии описаны методы выхаживания глубоко недоношенных детей, санитарно-эпидемиологический режим, лечение и вскармливание. Обращено внимание на профилактику недонашивания в условиях женской консультации. Подобные пособия являются полезным руководством для практических врачей и студентов, но тираж пособия явно мал.

Еще три печатных труда отражают проблему гемолитической болезни новорожденных: это «Гемолитическое заболевание перинатального периода» (авторы Б. Г. Садыков, П. С. Гуревич, И. А. Осипов; Казань, 1977), «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (Научные труды, т. 50, Казань, 1978; написаны группой авторов) и «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (авторы Б. Г. Садыков, Д. П. Игнатъева; Казань, 1988). Авторы, работавшие над этими книгами, являются специалистами по гемолитической болезни новорожденных. Они изучали проблему резус-конфликта и АВО-несовместимости матери и плода при беременности на протяжении последних 30 лет, поэтому в указанных работах отражен их личный многолетний опыт.

Последнее учебное пособие (1988) знакомит нас с проблемой ГБН на современном уровне, но это несколько не умаляет ценности предыдущих учебных пособий как самостоятельных научных методических работ. Несмотря на краткость изложения материал пособия представлен 12 главами, резюме и списком литературы. Описаны способы определения резус-фактора экспресс-метода-

ми и методом конглоутинации, прямой и непрямой реакции Кумбса, титрования сыворотки с антирезусными антителами, определения анти-эритроцитарных антител. Авторы обсуждают возможные ошибки и их причины при оценке резус-принадлежности. Охарактеризованы группы риска беременных, описаны гипосенсибилизирующая терапия при резус-сенсibilизации и метод лечения аллотрансплантатом, а также клинические формы ГБН; рассмотрено значение устойчивости женщин к резус-антигену и титра антител для прогноза беременности. В пособии приведены дополнительные методы прогноза состояния плода и новорожденного: исследование уровня билирубина и активности щелочной фосфатазы; показано значение эхолокации плода и плаценты. Для оценки зрелости плода, установления сроков и методов родоразрешения авторы рекомендуют определять «пенный» тестом суфферант легкого плода, время прокоагулянтного действия или клеточный состав амниотической жидкости с подробным описанием методик. Детально разобрано значение ведущего симптома — желтухи новорожденного в диагностике различных клинических заболеваний, а также уровня билирубина и его динамики в крови новорожденных.

В заключение авторы знакомят с комплексной терапией ГБН, в том числе с заменным переливанием крови. В пособии подчеркивается роль ранней диагностики АВО-, резус-конфликта, правильной гипосенсибилизирующей терапии, рационального метода родоразрешения и раннего лечения ГБН.

Данные пособия являются научными руководствами и могут быть использованы в практической работе врачами акушерами-гинекологами, неонатологами, педиатрами и в подготовке студентов, субординаторов и интернов. Остается лишь сожалеть о том, что тираж учебных пособий слишком мал (1000—1500 экз.), чтобы удовлетворить запросы практических врачей и студентов медицинских вузов.

И. И. Бенедиктов (Свердловск).

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ

(г. Ташкент, 16—19 мая 1989 г.)

Съезд был открыт начальником Управления специализированной медицинской помощи МЗ СССР А. Н. Деменковым. В своем докладе он указал на радикальные изменения в структуре службы: реорганизацию противозобных диспансеров в эндокринологические, к 1991 г. они открываются во всех столицах союзных республик, областных и краевых центрах и станут организационно-методическими центрами. Кроме того, в 1990 году во всех крупных многопрофильных больницах намечено создать эндокринологические, в том числе детские и хирургические отделения.

Научная программа съезда включала обсуждение патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета, актуальные вопросы эндокринных заболеваний, механизмы гормональной регуляции в норме и патологии.

На двух пленарных заседаниях выступили академик АМН СССР Ю. А. Панков (Москва), академик АМН СССР А. С. Ефимов (Киев), академик АН УзССР Я. Х. Туракулов (Таш-

кент). Эндокринной регуляции иммуногенеза был посвящен пленарный доклад проф. Н. Д. Тронько (Киев), который продемонстрировал на примере сахарного диабета исследование механизмов развития иммунодефицитов, участие иммунологических компонентов в развитии диабетических ангиопатий, необходимость включения методов стимуляции или замещения функции тимуса в комплексе терапевтических мероприятий.

Наибольший интерес вызвал доклад проф. А. С. Ахметова (Москва) «Современные методы диагностики эндокринных заболеваний». Было наглядно показано, что для решения основных задач оптимальной диагностики заболевания, контроля активности патологического процесса и состояния пациента в динамике, разработки критериев реабилитации и прогноза требуется широкое внедрение в практику здравоохранения радиоиммунологических и иммунохимических методов определения гормонов. Необходимо совершенство-

вать лучевую диагностику: магнитно-резонансную томографию, радионуклидную визуализацию, компьютерную томографию.

На 15 секционных заседаниях было заслушано и обсуждено 180 докладов. В работе съезда приняли участие и выступили с научными сообщениями исследователи и клиницисты из многих стран.

Шкрабало Зденко (СФРЮ) отметил значение наиболее информативных критериев компенсации сахарного диабета — гликизированного гемоглобина и фруктоземии, а также необходимость проведения микроальбуминового теста для наиболее ранней диагностики нефропатии. Кроме того, при применении биостатора можно достоверно судить о снижении чувствительности к инсулину. В диетическом лечении сахарного диабета больше внимания следует уделять количеству потребляемых животных жиров, что во много раз рискованней для развития сахарного диабета, чем употребление полисахаридов. Применение жиров растительного происхождения предупреждает развитие сосудистых осложнений. На примере Югославии доктор Шкрабало Зденко продемонстрировал европейскую модель обучения больных диабетом, которое проводится либо индивидуально (менторство), либо коллективно (заседание клубов диабетиков 2 раза в месяц). В странах Европы существует планирование помощи и системы охраны больного сахарным диабетом.

С большим вниманием был прослушан доклад Е. К. Старосельцевой (Москва) «Биохимические основы гетерогенности сахарного диабета», в котором подчеркивается несовершенство деления диабета на I и II типы, рассматривается состав инсулина, содержащего аномальный инсулин, инсулиновые ростовые факторы (ИРФ), вещества с инсулиноподобной активностью (ИПА). Нарушение секреции обусловлено не только уменьшением массы β -клеток, но и неспособностью синтезировать полноценные молекулы инсулина, биологические свойства которого изменены. Отсюда вытекает часто встречающаяся резистентность к пероральным гипогликемизирующим препаратам, которые при их применении могут стимулировать не активный инсулин, а ИПА, ИРФ, аномальный инсулин. Кроме того, ИРФ обуславливают клеточно-пролиферативную активность, способствующую развитию и усугублению сосудистых осложнений.

Защите жиров от перекисного окисления был посвящен доклад Ю. А. Князева и соавт. (Москва). Были изучены метаболиты арахидоновой кислоты, а также влияние терапии витамином Е в комбинации с инсулином, на фоне которой уменьшается масса тела, улучшается состояние метаболитов, снижается доза инсулина, блокируется прогрессирование диабетической катаракты и ретинопатии.

Состояние фосфорно-кальциевого обмена и кальцийрегулирующих гормонов при диабетической остеоартропатии исследовано Э. Р. Хасановой, А. М. Мкртумян (Москва). Выявлен отрицательный баланс кальция в организме, вовлекающий в процесс систему кальцийрегулирующих гормонов, вследствие чего развивается остеопения. Дана концепция патогенеза артропатии и лечение анаболическими препаратами, витамином D_3 при безусловном достижении стабильной компенсации сахарного диабета.

Необычно мало было докладов по разделу детской эндокринологии. Убедительно прозвучало сообщение Э. П. Касаткиной и соавт. (Москва) об обучении принципам самоконтроля родите-

лей детей, больных диабетом, что позволяет достоверно оптимизировать инсулинотерапию и добиваться стабильного течения сахарного диабета.

З. С. Акбаров и соавт. (Ташкент) у 98 больных использовали отечественный носимый дозатор инсулина и показали уменьшение суточной потребности в инсулине, стабилизацию нефропатии, улучшение микроциркуляции в конъюнктиве и капиллярного кровообращения в нижних конечностях.

Гормонально-метаболические взаимосвязи при хронической эндогенной гиперинсулинемии изучены И. Т. Старковой и Е. К. Летовой (Москва). У больных с хронической гиперинсулинемией выявляются нарушения функций гипофиза, гипоталамуса, симпатико-адренальной системы, что в последующем служит формированию у женщин андройдного статуса, развитию сахарного диабета II типа, ожирения, поликистоза яичников. Хроническая эндо- и экзогенная гиперинсулинемия усугубляет гиперлипидемию, что приводит к необратимым сердечно-сосудистым осложнениям. Назначение парлодела снижает содержание в плазме ИРИ и С-пептида, нормализует показатели липидного обмена, замедляет развитие гипертензии.

Новые подходы к лечению аутоиммунной офтальмопатии продемонстрировал доклад Г. С. Зефировой и соавт. (Москва). С большим эффектом проведено лечение 45 больных глюкокортикоидами (преднизолоном в дозе 1 мг/кг).

В. В. Петин и соавт. (Ленинград) показали, что фолликулярная первично-яичниковая недостаточность является распространенной патологией, нередко маскируется под собирательным названием «гипоталамическая ановуляция» и может быть обнаружена с помощью функциональных диагностических тестов.

Проблеме реабилитации больных с заболеваниями щитовидной железы был посвящен доклад Ю. А. Даниса и соавт. (Каунас): необходимо обследование больных на догоспитальном этапе, затем стационарное лечение на втором этапе, реабилитационные мероприятия на курорте Бирштонас на третьем этапе и диспансеризация больных — на четвертом. Эта методика была апробирована в 4 центрах Литвы.

Большую дискуссию вызвали доклады о патогенезе идиопатических остеопорозов (Н. А. Зарубина и соавт., Москва) и остеопении постменопаузального периода (С. М. Котова и соавт., Ленинград). Проф. А. П. Калинин (Москва) подчеркнул, что во всех ситуациях необходимо проявлять бдительность в отношении первичного гиперпаратиреоза. Авторы указанных докладов дали патогенетическую классификацию и диагностические алгоритмы, а также показали эффективность комбинированной терапии оксидом, половыми гормонами, кальцитрином.

Казань была представлена на съезде докладом В. В. Талантова, Е. Г. Насыровой и М. В. Лукиной «Конституция человека и сахарный диабет» и докладом А. М. Лукина и З. Р. Самархановой «Возможности оценки компенсации гипотиреоза». Оба доклада были прослушаны аудиторией с большим интересом.

Делегаты съезда подчеркнули, что кардинальной задачей в настоящий момент является ориентация смежных специалистов на выявление, лечение и профилактику эндокринных заболеваний.

Канд. мед. наук Т. В. Булатова,
С. Т. Зянгирова (Казань)

ДУНАЙСКИЙ СИМПОЗИУМ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

(18—22 мая 1989 г., Болгария)

Международный Дунайский симпозиум по истории медицины, организованный Союзом научных медицинских обществ Болгарии, Болгарским обществом истории медицины проводился под патронажем президента Международной ассоциации историков медицины проф. Х. Шаревальда, почетного председателя Болгарского общества истории медицины проф. В. Павловой и члена-корреспондента АМН СССР, проф. Б. Д. Петрова.

На трех пленарных и 11 заседаниях четырех секций было заслушано 103 научных доклада и сообщений ученых и врачей из Болгарии, Венгрии, Австрии, ГДР, Португалии, СССР, ЧССР, ФРГ.

На первом пленарном заседании почти все доклады были посвящены этическим аспектам медицины: это «Этические аспекты медицинских исследований в СССР» (Лисицин Ю. П., Савельева Е. И.; СССР), «О структуре медицинской этики» (Энгельгард Д.; ФРГ), «Этические проблемы чешской медицины во второй половине XIX века» (Адамец Й.; ЧССР), «Социалистический неогиппократизм» (М. Апостолов; Болгария) и др. Второе пленарное заседание, проведенное в Силистре, объединило доклады, посвященные в основном истории медицины. — «О преподавании истории медицины в СССР на современном этапе» (Кузьмин М. К.; СССР), «К истории медицинского образования в Грайфсвальде» (Шнек П., Грайфсвальд; ФРГ) и др. Всеобщий интерес вызвал доклад проф. Баадер Г. из ФРГ «Эксперименты на людях при националсоциализме и их медико-этические измерения». По такой же проблемно-тематической схеме были сгруппированы и выступления на секциях. В докладе Пеева Й. и Милошева Б. «Вклад Европы в развитие фармации Болгарии в 1878—1900 гг.» отмечались, между прочим, связи между аптекарями Болгарии и Казани. Показательно, что именно на этой секции было больше всего докладов, в которых были рассмотрены связи медиков и медицины Болгарии с Восточной Европой, Россией и СССР. На одном из заседаний был заслушан доклад А. Х. Халикова (Казань) «Средне-

вековые врачи у волжских болгар и их дунайско-болгарские параллели».

Темой ряда докладов были проблемы медицинской этики и нравственной культуры врачей. С особым вниманием были прослушаны сообщения Апостолова М., Апостолова Р. и Николова Р. (Болгария) «Авторитет врача и врачебной профессии», Байракова В. и Ценова А. «Этика и деонтология в стоматологической практике», Балевой-Ивановой К. и Ангеловой П. «Этические проблемы, возникающие в процессе введения новых репродуктивных технологий», Бандейра Р. (Португалия) «Концептуальные аспекты в области эволюции медицинской этики в Португалии», Ганева П. «Врачебная этика и дисциплинарный суд», Груева Г. «Милосердие и благотворительность — факторы социального обеспечения».

На секции, посвященной вопросам преподавания истории медицины, наблюдался явный приоритет советских ученых и медицинских вузов. Оживленная дискуссия возникла по поводу докладов советских ученых, затрагивавших проблемы внепрограммного изучения истории медицины и фармации (Б. Бочоришвили, И. Маргулия), общие проблемы преподавания истории медицины в медицинских вузах СССР (Т. В. Журавлева), теорию и практику преподавания с применением ЭВМ (В. И. Исхаков), с использованием игрового метода (Г. Микиртчан и Р. Суворова), а также особенности преподавания истории медицины для советских и иностранных студентов на основе опыта университета имени П. Лумумбы (Т. С. Сорокина).

Опытом создания и работы медицинских музеев разного назначения и характера поделились ученые из Болгарии и СССР.

В целом, Дунайский симпозиум по истории медицины еще раз показал, что рассмотренные проблемы имеют важное значение в становлении и развитии гуманистических воззрений современного поколения врачей.

Проф. А. Х. Халиков (Казань)

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616.379—008.64:614.1:313.13

Уважаемый редактор!

В процессе реализации программы профилактики сахарного диабета в ТАССР возникла необходимость проанализировать возможные связи между этим заболеванием и целым рядом показателей, характеризующих деятельность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), обеспеченность населения ресурсами здравоохранения и интенсивность их использования.

Детальное изучение отчетных данных (форма № 1) 55—60 ЛПУ в качестве источников информации показало, что по данным каждого отчета можно вычислить до 140 показателей, представляющих интерес. Необходимые цифры фиксировались в 122 пунктах формы № 1. С учетом большого объема предстоящих вычислений и их однотипности было решено расчеты проводить с помощью микро-ЭВМ «Электроника ДЗ-28».

Для удобства работы оператора составлен фор-

мализованный перечень сведений, подлежащих выкопировке из отчетных форм. Этот перечень был бы целесообразен и при ручной обработке информации. Он строился таким образом, чтобы последовательно выкопировывать из формы № 1 сведения по разделам: А — общие сведения, В — сведения о штатах медицинских работников, С — деятельность поликлиники, Д — профилактические осмотры, Е — диспансерное наблюдение, Х — деятельность стационара, У — деятельность вспомогательных отделений.

Программу машинной обработки составляли на языке Бейсик-плюс, позволяющем пользоваться не только цифровой, но и символьной информацией, а именно вводить и выводить из ЭВМ названия ЛПУ при анализе каждого отдельного отчета. Изменение лишь трех строк в программе дает возможность перейти к более распространенной версии языка — Бейсик-3а, оперирующей лишь цифровой информацией.

Работа по программе происходит в диалого-

вом режиме. Снабженная термопечатающим устройством ЭВМ запрашивает у оператора с дисплея информацию в порядке, предусмотренном печатным. На ввод показателей из одного отчета затрачивается до 5 мин 40 с, на последующую автоматическую обработку информации и печать — еще 1 мин 20 с. Таким образом, определение показателей по одной отчетной форме занимает около 7 мин.

Среди 140 вычисляемых показателей мы рассмотрели следующие.

1. Общие характеристики населения — его структуру, общую заболеваемость; число специальностей, по которым ведется прием в поликлинике, и число профильных коек в стационаре.

2. Обеспеченность населения врачами (всего, терапевтами, эндокринологами), средним и младшим персоналом — по штатному расписанию, занятым должностям, числу физических лиц.

3. Обслуженность населения амбулаторно-поликлинической помощью — в поликлинике и на дому, по различным поводам (всего и по ряду специальностей).

4. Охват населения (в целом и по контингентам) различными видами профилактических осмотров.

5. Показатели диспансерного обслуживания.

6. Показатели заболеваемости по некоторым

эндокринным и связанным с ними заболеваниями — (всего по 14 нозологическим единицам).

7. Обеспеченность населения стационарной помощью, уровень госпитализации (всего и в связи с сахарным диабетом).

8. Характеристики деятельности вспомогательных отделений.

Использование ЭВМ в подобных работах весьма целесообразно. Во-первых, многократно сокращается время, требуемое на расчеты. Во-вторых, исключаются ошибки, связанные с невнимательностью и утомляемостью работников, вычисляющих множество однотипных показателей. В-третьих, высвобождается время высококвалифицированных специалистов, так как проводить выкопировку данных из отчетных форм и обрабатывать их на ЭВМ может человек со средним образованием и соответствующими навыками. Поскольку в практике здравоохранения многие расчеты являются типичными, легко формализуются и программируются, можно сделать вывод: в овладении навыками программирования и умении пользоваться ЭВМ заложены очень большие резервы повышения производительности труда медицинского персонала вообще и управленческого аппарата в частности.

Ш. М. Вахитов (Казань)

РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ДАННОМ НОМЕРЕ

УДК 616—053.32—037

Проблемы недоношенных детей. Белогорская Е. В., Александрова Л. Я., Локотунина В. М., Юсупова Г. З., Иванова Т. И., Новожилова А. А. Казанский мед. ж.—1989.—№ 5.—С. 323.

Проанализированы истории болезни 214 недоношенных детей, находившихся на втором этапе выхаживания. Указаны факторы риска при невынашивании беременности. Обсуждены меры по снижению невынашиваемости, а также клинические и организационные проблемы выхаживания и реабилитации недоношенных детей.

К л ю ч е в ы е с л о в а: недоношенные дети, выхаживание.

Библиография: 4 названия.

УДК 616.127—005.8

Трансформация мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный. Латфуллин И. А., Гаянова М. Н., Белоухов В. М., Миннетдинов Р. Ш. Казанский мед. ж.—1989.—№ 1.—С. 325.

Проведены наблюдения трансформации мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный у 14 из 108 больных в возрасте от 36 до 68 лет. Контрольную группу составили 40 больных такого же возраста с первичным мелкоочаговым инфарктом миокарда обычного течения. Обращено внимание на анамнестические сведения, течение инфаркта, нарушения свертывающей системы крови.

К л ю ч е в ы е с л о в а: инфаркт миокарда, трансформация, прогноз.

1 таблица. **2** иллюстрации. **Библиография:** 4 названия.

УДК 616.127—002—085.335:577.15

Применение коферментного терапевтического комплекса у больных с идиопатическим миокардитом Абрамова — Фидлера. Мазурец А. Ф. Казанский мед. ж.—1989.—№ 5.—С. 327.

Проанализирована терапевтическая эффективность коферментного лечебного комплекса, состоящего из пиридоксальфосфата, кобамина и фосфадена у больных идиопатическим миокардитом в периоде клинического и катарального наблюдения. На основании анализа коррелятивных метаболических сдвигов в лимфоцитах крови обоснована возможность динамического контроля за ходом медикаментозной репарации в сердечной мышце.

К л ю ч е в ы е с л о в а: идиопатический миокардит, коферментный лечебный комплекс.

1 таблица. **Библиография:** 14 названий.

УДК 615.273.55.201.4.6:615.451.2:4 |—08:616.005.6—08

Использование липосом для введения террилитина. Ковалева Т. Н., Кобринский Г. Д. Казанский мед. ж.—1989.—№ 5.—С. 329.

Показана возможность введения липосом, содержащих террилитин, с последующим тромболитическим действием на экспериментальный тромб.

К л ю ч е в ы е с л о в а: тромбоз, террилитин, липосомы.

Библиография: 9 названий.

УДК 615.471.03:616.12—073.97—039.57

Опыт применения кардиокомплекса «Лента МТ». Галаянц А. С., Нефедова А. И.,

Саитова Р. А., Ахметова Ф. М. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 331.

Представлены результаты анализа длительного мониторинга 161 больного с записью ЭКГ на магнитную ленту. Показаны большая информативность и диагностическая ценность метода при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: мониторинг, нарушение ритма сердца.

1 таблица. Библиография: 1 название.

УДК 616.517—085.355:577.15

Использование Σ -аминокапроновой кислоты и магия в терапии псориаза. Суворов А. П. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 334.

Предложен новый способ лечения псориаза. 54 больным с острой стадией дерматоза назначали Σ -аминокапроновую кислоту и панангин или аспаркам. Отмечен отчетливый терапевтический эффект. Одновременно по мере стабилизации клинических признаков заболевания констатировано снижение активности протеаз и повышение антипротеазного потенциала в периферической крови. Побочных явлений не было.

Библиография: 1 название.

УДК 618.19—006.6—037

Десмоплазия стромы и прогноз рака молочной железы. Петров С. Б. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 335.

С помощью общеморфологических, гистоэнзимологических, ультраструктурных и стереометрических методов изучены 84 раковых опухоли и 31 фиброаденома молочных желез. К благоприятным прогностическим признакам относятся малый объем стромы, омоложение состава фибробластов с накоплением кислых гликозаминогликанов, увеличение лимфоидной инфильтрации и, особенно, числа плазматических клеток. Прогностически неблагоприятным является увеличение объема стромы с ее склерозом в сочетании со снижением интенсивности лимфоидной инфильтрации.

Ключевые слова: молочная железа, рак, фиброаденома, стромагенез, прогноз.

1 таблица. Библиография: 2 названия.

УДК 616.216.2—002—085.217.24

К лечению изолированных и сочетанных форм экссудативного фронтита. Ягудин К. Ф. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 340.

Изучены результаты лечения двух групп больных с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита. На фоне общего лечения 32 пациентам 2-й группы в отличие от 33 больных контрольной группы в слизистую оболочку среднего носового хода при определенном положении головы вводили 0,1% раствор адреналина. Клиническое выздоровление от консервативного лечения в 1-й группе отмечено у 48,5% больных, во 2-й — у 90,6%. Средние сроки выздоровления во 2-й группе были на 3,3 дня короче, чем в 1-й. При целенаправленном воздействии сосудосуживающими препаратами на соустьях передних околоносовых пазух улучшаются результаты кон-

сервативного лечения больных с гнойным фронтитом.

Ключевые слова: фронтит, лечение.

Библиография: 3 названия.

УДК 616.65—006.6—07:616.153.1—074

Значение простатической кислот фосфатазы в дифференциальной диагностике и контроле за лечением рака предстательной железы. Шахов Е. В., Светозарский Н. Л., Ключихин О. З., Салмин А. А. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 343.

У 402 пациентов определена активность простатической кислот фосфатазы сыворотки крови радиоиммунологическим методом при диагностике рака предстательной железы. Активность простатической кислот фосфатазы в сыворотке крови является более чувствительным тестом контроля динамики рака предстательной железы, чем данные лабораторных, рентгенологических исследований и субъективные показатели.

Ключевые слова: предстательная железа, рак, простатическая кислот фосфатаза, диагностика, лечение.

1 таблица. Библиография: 9 названий.

УДК 616.24—002.5:616.233—002.2

Клинические особенности и лечение хронического бронхита у пожилых больных туберкулезом. Трофимова Р. И. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 345.

На основании изучения функции внешнего дыхания с использованием фармакологической пробы у 63 больных туберкулезом легких в сочетании с хроническим бронхитом выявлены особенности бронхообструктивного синдрома, заключающиеся в более частом нарушении бронхиального дренажа. Назначение адекватной терапии с учетом механизма бронхообструкции дает хороший эффект.

Ключевые слова: легкие, туберкулез, хронический бронхит, лечение.

Библиография: 4 названия.

УДК 618.3—008.6—02:618.7—02:616.61—073.916

Радиоизотопная оценка функции почек в раннем пуэрперии у женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных. Еремкина В. И., Юсупова А. Н., Менкевич А. И. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 347.

С помощью радиоизотопной ренографии оценена функция почек у 35 родильниц на 10—12-й день после родов, осложнившихся тяжелым поздним гестозом беременных. Отмечено, что функция почек у таких больных не восстанавливается вплоть до выписки из стационара, несмотря на отсутствие клинической картины резидуальных явлений. За данным контингентом женщин рекомендовано диспансерное наблюдение.

Ключевые слова: поздний гестоз, почки, радиоизотопная ренография.

Библиография: 3 названия.

Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников. Сабсай М. И. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 348.

Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников, особенно в послеоперационном периоде, должно быть направлено прежде всего на поэтапную реабилитацию репродуктивной функции. В основе ее лежит комплекс рассасывающей противовоспалительной терапии в сочетании с синтетическими гестагенами и гонадотропными препаратами, способствующими развитию полноценных фолликулов в оставшейся ткани яичников. Из 21 пациентки, имевшей реальные шансы на наступление беременности, генеративную функцию удалось восстановить у 10 женщин. Прерывание наступившей беременности несет угрозу рецидива эндометриоза.

Ключевые слова: яичники, эндометриоз, лечение.

1 таблица. Библиография: 13 названий.

УДК 618.14—007—07—089.8

Диагностика и прогнозирование эффективности хирургической коррекции аномалий развития матки. Орлов В. М. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 351.

Прооперированы 150 больных с пороками развития матки. Показаниями к операции были невынашивание беременности (у 124), сочетание аномалии развития матки с трубным бесплодием (у 19), бесплодие (у 7). Всем больным с симметричными пороками развития матки производили пластические операции на матке тем или иным способом; у 19 больных метропластику сочетали с операциями на маточных трубах. Генеративная функция восстановилась у 71,7% больных с симметричными пороками развития матки, страдавшими невынашиванием беременности, и у 23% — при сочетании порока развития матки с функциональным бесплодием или непроходимыми маточными трубами. При асимметричных пороках развития матки восстановить детородную функцию у больных не удается. Рудиментарный рог подлежит удалению для профилактики развития эндометриоза и беременности в функционально неполноценном роге матки.

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, матка.

1 таблица.

УДК 614.72:616—053.2—058.9:353.1

Гигиеническая характеристика загрязнения атмосферного воздуха и состояние здоровья детей, проживающих в сельских экспериментально-показательных поселках. Даутов Ф. Ф., Мухамедшина Р. И. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 362.

Изучено загрязнение атмосферного воздуха сельских экспериментально-показательных поселков выбросами животноводческих комплексов (2000 и 4500 голов) и коллективных хозяйственных построек для содержания скота (32—50 ячеек). Установлено загрязнение атмосферы аммиаком, формальдегидом и сероводородом, характер комбинированного рефлекторного действия которых выражается эффектом потенциро-

вания. Изучено состояние здоровья детей, сформированных в однородные группы по принципу «копия-пара», и установлена взаимосвязь между загрязнением атмосферы и состоянием здоровья детей.

Ключевые слова: сельские поселки, атмосферный воздух, загрязнение, здоровье детей.

2 таблицы. Библиография: 5 названий.

УДК 616.33—006.6—07—08.003.13

Экономическая эффективность выявления, лечения и реабилитации больных раком желудка. Странадко Е. Ф., Александрова Л. А., Хаджиев М. А. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 366.

Представлены расчеты затрат на диагностику, лечение и реабилитацию больных раком желудка. Наиболее эффективными являются в реабилитационном и экономическом аспектах профилактические осмотры.

Ключевые слова: желудок, рак, выявление, лечение, реабилитация, экономическая эффективность.

2 таблицы.

УДК 629.122:614.8

Борьба с травматизмом на водном транспорте. Шаповалов К. А. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 370.

Проведен анализ травматизма плавсостава транспортного, рыбопромыслового и речного флота северного региона за 13 лет. Определены основные причины производственного, бытового и связанного с алкогольным опьянением травматизма водников. Выявлены группы высокого риска повреждений в судовых и производственных условиях. Разработанный комплекс medico-социальных мероприятий позволил снизить частоту травматизма на 15,6%. Экономический эффект составил более 150 тыс. руб. в год.

Ключевые слова: травматизм, плавсостав, водный транспорт.

УДК 340.63

Злоупотребление психоактивными веществами подростками с криминальным поведением. Валеева А. М., Сибгатуллин Ж. Ж. Казанский мед. ж.—1989.— № 5.— С. 371.

Изучена возможность выявления подростков, злоупотребляющих одурманивающими веществами, среди несовершеннолетних правонарушителей, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Криминогенная роль алкоголизации, токсикоманического поведения особенно значима у подростков с психопатией и акцентуацией характера по неустойчивому типу, а также у психопатизированных с органическим заболеванием головного мозга и олигофренией.

Ключевые слова: подростки, алкоголизм, токсикомания, наркомания, выявление.

Библиография: 8 названий.

Социально-психологические аспекты проблемы алкоголизма. Князева Т. М., Класен И. А. Казанский мед. ж.— 1989.— № 5.— С. 373.

Проведен социально-психологический анализ факторов алкоголизации 180 мужчин, больных алкоголизмом II стадии, имеющих установку на имплантацию препарата «Эспераль». Изложены особенности алкогольной мотивации социально-психологического плана у больных различных групп. Даны основные типы фрустраций в потребностной сфере личности алкоголика, явившихся мотивом пьянства и алкоголизма. Возникновение пьянства и алкоголизма самым тесным образом связано с формированием и развитием личности, динамикой ее потребностей, тогда как сам процесс алкоголизации у больных алкоголизмом объясняется регрессом социально-психологического диапазона адаптивности. Знание социально-личностных особенностей больного алкоголизмом дает реальные возможности для целенаправленного психотерапевтического и психологического воздействия на мотивационную сферу с целью реализации трезвости у больного алкоголизмом.

Ключевые слова: бытовое пьянство, алкоголизм, социально-психологическая характеристика личности.

Библиография: 9 названий.

УДК 616—058.835—082.4:352

Некоторые проблемы организации стационарного лечения одиноких лиц старших возрастов в сельской местности. Гехт И. А. Казанский мед. ж.— 1989.— № 5.— С. 377.

Представлены результаты изучения организации стационарного лечения престарелых людей, одиноко проживающих в сельской местности. При госпитализации таких больных значительно увеличивается средняя длительность пребывания на больничной койке; она выше, чем у лиц старших возрастов, проживающих в семьях. С целью совершенствования стационарной помощи сельским пенсионерам предлагается шире использовать возможности участковых больниц, а также организовать дневные стационары и стационары на дому.

Ключевые слова: сельская местность, лица преклонного возраста, стационарное лечение, организация.

СОДЕРЖАНИЕ

Тетнев Ф. Ф. Стиль клинического мышления в условиях скрининговых исследований

321

Теоретическая и практическая медицина

Белогорская Е. В., Александрова Л. Я., Локотунина В. М., Юсупова Г. З., Иванова Т. И., Новожилова А. А. Проблемы недоношенных детей

323

Латфуллин И. А., Гаянова М. Н., Белопухов В. М., Миннетдинов Р. Ш. Трансформация мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный

325

Мазурец А. Ф. О применении коферментного терапевтического комплекса у больных с идиопатическим миокардитом Абрамова — Фидлера

327

Ковалева Т. Н., Кобринский Г. Д. Использование липосом для введения террилитина

329

Галывич А. С., Нефедова А. И., Саитова Р. А., Ахметова Ф. М. Опыт применения кардиокомплекса «Лента МТ»

331

Медведев В. Н., Харитонов Г. И., Валеев Р. А. Об изменениях содержания сывороточных иммуноглобулинов при коррекции врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения

332

Суворов А. П. Использование Σ -аминокапроновой кислоты и магния в терапии псориаза

334

Петров С. Б. Дисплазия стромы и прогноз рака молочной железы

335

Шульман Х. М., Данилов В. И., Петров С. П. Экстракраниальное метастазирование опухоли головного мозга

338

Ягудин К. Ф. К лечению изолированных и сочетанных форм экссудативного фронтита

340

Ямашев И. Г. Ошибки в клинической диагностике доброкачественных новообразований языка

341

CONTENTS

Tetenev F. F. The way of clinical thinking under screening studies conditions

Clinical and Theoretical Medicine

Belogorskaya E. V., Alexandrova L. Ya., Lokotunina V. M., Yusupova G. Z., Ivanova T. I., Novozhilova A. A. Problems concerning prematurity

Laijullin I. A., Gayanova M. N., Belopukhov V. M., Minnetdinov R. S. Transformation of microfocal myocardial infarction into the transmural one

Mazurets A. F. On the employment of coenzyme therapeutic complex in patients with idiopathic Abramov — Fidler myocarditis

Kovaleva T. N., Kobrinsky G. D. Lyposome use for terrilytine administration

Galyavich A. S., Nejedova A. I., Saitova R. A., Akhmetova F. M. Experience in the cardiocomplex «Lenta MT» application

Medvedev V. N., Kharitonov G. I., Valeev R. A. On the changes in serum immunoglobulin content in correction of congenital heart disease under conditions of artificial blood circulation

Suvorov A. P. The use of Σ -aminokapron acid and magnesium in psoriasis therapy

Peitrov S. B. Dysmoplasia of the stroma and prognosis of the mammary gland cancer

Shulman Kh. M., Danilov V. I., Peitrov S. P. Extracranial metastatic spreading of the brain tumor

Yagudin K. F. On the therapy of isolated and combined forms of exudative frontal sinusitis

Yamashev I. G. Errors in the clinical diagnosis of benign tumours of the tongue

- Шахов Е. В., Светозарский Н. Л., Клочкин О. З., Салмин А. А. Значение простатической кислоты фосфатазы в дифференциальной диагностике и в контроле за лечением рака предстательной железы 343
- Трофимова Р. И. Клинические особенности и лечение хронического бронхита у пожилых больных туберкулезом 345
- Еремкина В. И., Юсупова А. Н., Менкевич А. И. Радиоизотопная оценка функции почек в раннем пuerперии у женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных 347
- Сабсай М. И. Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников 348
- Орлов В. М. Диагностика и прогнозирование эффективности хирургической коррекции аномалий развития матки 351

Обзор

- Поздеев О. К., Рахматуллин И. М. Вирусные иммунодефициты. Механизмы постинфекционной иммунопатологии 353

Краткие сообщения

- Алтунин В. Ф., Халфиев Н. Г., Лернер П. И. Гелиометеопрогноз и травматизм 357
- Горлов А. К., Кашин М. Б., Гойербарг М. Я. Комбинированное лечение больного с синдромом Хилайдити 357
- Элдарушева З. А. Заболеваемость кариесом зубов у детей в связи с различным содержанием фтора в питьевой воде 358
- Субханкулова А. Ф., Хакимова Р. Н. О геморрагической форме гемолитической болезни новорожденных 358
- Бакулева Л. П., Гатина Г. А., Кузьмина Т. И. Менструальная функция в отдаленные сроки после искусственного прерывания беременности в I триместре 359
- Волков Е. А. Склерополикистоз яичников в сочетании с малой формой эндометриоза яичников 360
- Коломенский С. Н., Большаков А. И., Карпов А. В., Аржанов Ю. В., Гильмутдинов А. А. Аллопластика грыжи прямой кишки 361
- Бобров В. М. Остеома наружного слухового прохода 361

Гигиена

- Даутов Ф. Ф., Мухамедшина Р. И. Гигиеническая характеристика загрязнения атмосферного воздуха и состояние здоровья детей, проживающих в сельских экспериментально-показательных поселках 362
- Кузнецова Т. И., Кузнецов И. В. Оценка знаний приемов самообследования молочных желез женщинами 365

Социальная гигиена

- Странадко Е. Ф., Александрова Л. А., Хаджиев М. А. Экономическая эффективность выявления, лечения и реабилитации больных раком желудка 366
- Сапрыкина А. Г. Социально-экономический анализ на основе определения утраченного жизненного потенциала в связи со смертностью от злокачественных новообразований 368
- Шаповалов К. А. Борьба с травматизмом на водном транспорте 370

- Shakhov E. V., Svetozarsky N. L., Klochikhin O. Z., Salmin A. A. The value of prostatic acid phosphatase in the differential diagnosis and control of prostate cancer treatment

- Trofimova R. I. Clinical characteristics and therapy of chronic bronchitis in aged persons with tuberculosis 345

- Eremkina V. I., Yusupova A. N., Menkevich A. I. Radioisotopic assessment of the renal function in female early puerperium after acute late hystosis of the pregnant 347

- Sabsay M. I. Rehabilitation treatment of patients with ovarian endometriosis 348

- Orlov V. M. Diagnosis and prognosis of the surgical correction effectiveness of the uterus development anomalies 351

Survey

- Pozdееv O. K., Rakhmatullin I. M. Viral immunodeficiency. Mechanisms of postinfection immunopathology 353

Short Reports

- Altunin V. F., Khaljiev N. G., Lerner P. I. Heliometeoprognois and traumatism 357

- Gorlov A. K., Kashin M. B., Goierbarg M. Ya. Combined treatment of patients with Hilaiditi syndrome 357

- Eldarushева Z. A. Dental caries incidence in children due to different fluorine content in the drinking water 358

- Subkhankulova A. F., Khakimova R. N. On the hemorrhagic form of hemolytic disease in the newborn 358

- Bakuleva L. P., Gatina G. A., Kuzmina T. I. The menstrual function in the remote terms following artificial abortion in the first trimester 359

- Volkov E. A. Ovarian scleropolycystosis associated with a small sized ovarian endometriosis 360

- Kolomensky S. N., Bolshakov A. I., Karпов A. V., Arzhanov Yu. V., Gilmudinov A. A. Rectal hernia diloplasty 361

- Bobrov V. M. Osteoma of the external auditory meatus 361

Hygiene

- Dautov F. F., Mukhamedshina R. I. Hygienic characteristics of air pollution and the state of children's health living in the rural experimental and model settlements 362

- Kuznetsova T. I., Kuznetsov I. V. Assessment of women's competence in mammary gland selfexamination 365

Social Hygiene

- Siranadko E. F., Alexandrova L. A., Khadzhiev M. A. Economic effectiveness of revealing, treatment and rehabilitation of patients with cancer of the stomach 366

- Saprikina A. G. Social and economic analysis based on the determination of the lost vital potential due to death from malignant tumours 368

- Shapovalov K. A. Struggle against traumatism in water transport 370

Валеева А. М., Сибгатуллин Ж. Ж. Злоупотребление психоактивными веществами подростками с криминальным поведением

371

Князева Т. М., Классен И. А. Социально-психологические аспекты проблемы алкоголизма

373

Организация здравоохранения

Гройсман В. А., Белых С. И., Тулепкалиев С. Т., Титаренко Л. Г. Организация и опыт работы поликлинического урологического отделения города

376

Гехт И. А. Некоторые проблемы организации стационарного лечения одиноких лиц старших возрастов в сельской местности

377

Мавлютова М. Г., Климанов В. В., Гамиров О. Ф. Организация хирургической помощи детям с хроническими неспецифическими заболеваниями легких

379

Галиуллин А. Н., Абдюшев Ш. Я., Иваничева Н. А. Опыт организации профилактической работы на цеховом врачебном участке клиническими ординаторами медицинского института

381

Иваничев Г. А., Шакуров Р. Ш., Пинягина И. Н., Семенова Н. А., Якупова Р. Г., Шагеева Л. К., Билалова А. Ш. Место рефлексотерапии в проведении диспансеризации всего населения

383

Бикбаева А. И., Арефьева Н. А., Лиснянский Е. З., Цыглин А. А., Смирнов А. А. Опыт организации и объем поэтапного лечения оториноларингологических заболеваний рабочих, занятых в производстве минеральных удобрений

384

Лекция

Германов В. А., Сергеева Т. М. Догадка врача

386

История медицины

Халиков А. Х. Средневековые врачи у волжских булгар и их дунайско-болгарские параллели

388

Альбицкий В. Ю., Галлямов А. Б. О деятельности немецких ученых-медиков в первой половине XIX века в Казанском университете

389

Рационализаторское предложение

Пугачев М. Н. Димексид-грязевые аппликации в комплексе курортной терапии шейного остеохондроза

391

Библиография и рецензии 392

Съезды и конференции 394

Письмо в редакцию 396

Рефераты статей, опубликованных в данном номере 397

Valeeva A. M., Sibgatullin Zh. Zh. Abuse of psychoactive substances by teenagers with criminal behavior

Knyazeva T. M., Klassen I. A. Social and psychological aspects in alcoholism

Public health organization

Groisman V. A., Belikh S. I., Tulepkaliev S. T., Titarenko L. G. Organization and experience in the work of the city polyclinic urologic department

Gekht I. A. Some problems in the organization of in-patient treatment of the lonely elder persons in the rural district

Mavlyutova M. G., Klimanov V. V., Gamirov O. F. Organization of the surgical aid to children with lung chronic non-specific diseases

Galiullin A. N., Abdushev Sh. Ya., Ivanicheva N. A. Experience in the prophylactic medical examination of workers at shop medical aidposts by the trainee doctors of the medical Institute

Ivanichev G. A., Shakurov R. Sh., Pinyagina I. N., Semenova N. A., Yakupova R. G., Shageeva L. K., Bilalova A. Sh. The place occupied by acupuncture in the prophylactic medical examination of the whole population

Bikbaeva A. I., Arefieva N. A., Lisniansky E. Z., Tsiglin A. A., Smirnov A. A. Experience in organization and the volume of step by step treatment of otolaryngologic diseases in workers engaged in mineral fertilizer industry

Lecture

Germanov V. A., Sergeeva T. M. Doctor's guess-work

History of Medicine

Khalikov A. Kh. Volzhsk Boulgar medieval doctors and their Danube-Bulgarian parallels

Albitsky V. Yu., Gallyamov A. B. On the work of the German medical scientists in the first half of the XIX century of the Kazan University

Rationalization Proposal

Pugachev M. N. Fango-dimexid applications in the complex healthresort therapy of cervical osteochondrosis

Bibliography and book reviews

Congresses and conferences

A Letter to the Editorial Board

Abstracts of the articles published in this issue