

З **ДРАВООХРАНЕНИЕ** **К** **ИРГИЗИИ**

Редактор В. А. ПЕТРОСЬЯНЦ

Члены редколлегии: А. А. АЙДАРАЛИЕВ, И. К. АХУНБАЕВ,
С. Б. ДАНИЯРОВ (зам. редактора), М. Н. ЛЕХТМАН, Н. Д. ДЖУМАЛИЕВ,
Г. М. ПОПОВА (ответственный секретарь), С. Д. РАФИБЕКОВ,
А. И. САЕНКО, Б. Ф. ШАГАН.

6 НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ 1974
г. ФРУНЗЕ

СОДЕРЖАНИЕ

Из Постановления ЦК Коммунистической партии Киргизии, Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, Совета Министров Киргизской ССР и Президиума Киргизского Республиканского Совета профессиональных союзов о награждении победителей социалистического соревнования в честь 50-летия Киргизской ССР и Компартии Киргизии памятными Красными Знаменами и о занесении их на республиканскую Доску почета. Почетные звания — лучшим из лучших

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шамбетов Т. М., Н. П. Лозович, С. К. Чиншайло — Развитие аптечного дела за 50 лет Киргизской ССР

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ильин А. А., Е. И. Арбузова, С. Г. Соколинская — К вопросу о бактериальной сенсибилизации при геморрагическом васкулите у детей	3
Щдро Э. М., С. М. Доброва — Значение офтальмологических симптомов в ранней диагностике и лечении сахарного диабета	11
Пустовалова Н. Ю. — Всасывание, распределение и выведение витамина В ₁₂ меченого Со ⁶⁰ , при опухолевом процессе в облученном и необлученном организме	14
Паникаровский В. В., А. С. Григорьян, А. В. Измайлова, В. Д. Ермилова, С. Э. Эргешов — Изучение влияния биологических паст на течение экспериментального травматического пульпита	18
Езерская И. М., В. Р. Левин — Комплексная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей	22
Филиппова Г. И., Б. Н. Аронова — Аминокислотный состав молока женщин в различные периоды лактации и влияние на него экстракта чистеца, применяемого в раннем послеродовом периоде	24
Кудайров Д. К. — Особенности лейкоцитарной формулы крови и величины РОЭ у здоровых детей в возрасте 3-7 лет в условиях высокогорья Киргизии	27
Григорьянц Р. Г. — Об эликококке печени	29

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

Стеблянок С. Н., Ф. Р. Карась, С. Г. Варгина, Б. С. Зунунбеков, А. К. Кеисбергев, И. А. Гектарь, Г. С. Умрихина, Т. Ф. Федянина, Д. К. Львов — Выделение арбовирусов от птиц в местах их массового пролета	34
Кожиккулов Т. А., Ж. Ж. Жороев — Некоторые показатели здоровья и работоспособности учащихся сельской школы-интерната	36

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Зотова А. Б., Л. И. Факторович — Иммунобиологическая реактивность организма по тесту «кожная аутофлора»	39
Айымбетова К. Д. — Интенсивность эритропоза и продолжительность жизни эритроцитов в крови у детей в условиях низкогогорья и высокогорья Киргизии	42
Баялиев М. А. — Частота и течение острой и затяжной пневмонии, по материалам городской больницы № 3 г. Фрунзе	46

КРАТКИЕ ЗАМЕТКИ И НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Астанов М. Е., Д. С. Кожевникова, В. И. Лопаткина — Об остеолизе ногтевых фаланг кистей при склеродермии	48
Мясников М. М. — Внутренние желчные свищи при желчнокаменной болезни	51
Ковалев В. Д., К. С. Мустафин — Случай прижизненной диагностики расщепленной аневризмы брахиоцефального отдела аорты	53
Гриштина И. Я., М. Г. Касириров — К вопросу о переводе трепетания предсердий в мерцание	56

ИНФОРМАЦИИ

Низинская К. И., Э. С. Садырбеков — Вопросы здравоохранения на сессии Народного собрания Совета депутатов трудящихся	58
Стеблянок С. — Публикации и защита приоритета	60
Содержание журнала за 1974 год	62

Требования к оформлению направляемых в редакцию статей — 3-я стр. обложки.

Техн. редактор Н. Гринберг.
Корректор А. Снук.
Издательство «Ала-Тоо»

Адрес редакции:
720040, ГСН, г. Фрунзе,
ул. Токтогула, 106.

Формат издания 70 × 105^{1/16} Объем 4 печ. листа.
3480 экз. в 1 ф. л. 56 стр. в. Подано к печати 17/ХІІ 74 г.
Д-11238. Зав. 3747. Тираж 7703.

720040, ГСН, г. Фрунзе, типография издательства ЦК КП Киргизии.

**ИЗ ПОСТАНОВЛЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОГО КОМИТЕТА
КОММУНИСТИЧЕСКОЙ ПАРТИИ КИРГИЗИИ,
ПРЕЗИДИУМА ВЕРХОВНОГО СОВЕТА КИРГИЗСКОЙ ССР,
СОВЕТА МИНИСТРОВ КИРГИЗСКОЙ ССР
И ПРЕЗИДИУМА КИРГИЗСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО СОВЕТА
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СОЮЗОВ**

от 28 октября 1974 года № 485

**О награждении победителей социалистического соревнования
в честь 50-летия Киргизской ССР и Компартии Киргизии
памятными Красными Знаменами**

ЦК КП Киргизии, Президиум Верховного Совета Киргизской ССР, Совет Министров Киргизской ССР и Киргизский республиканский Совет профсоюзов постановляют:

Признать победителями социалистического соревнования в честь 50-летия образования Киргизской ССР и Коммунистической партии Киргизии и наградить памятными Красными Знаменами ЦК КП Киргизии, Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, Совета Министров Киргизской ССР и Киргизского республиканского Совета профсоюзов:

- Киргизский государственный медицинский институт;
- Московскую центральную райбольницу Министерства здравоохранения.

Секретарь ЦК Компартии Киргизии Т. Усубалиев	Председатель Президиума Верховного Совета Кирг. ССР Т. Кулатов	Председатель Совета Минист- ров Киргизской ССР А. Суюмбаев	Председатель Киргизсов- профа Э. Абакиров
---	---	--	--

НА РЕСПУБЛИКАНСКУЮ ДОСКУ ПОЧЕТА

Рассмотрев материалы по итогам социалистического соревнования в честь 50-летия образования Киргизской ССР и Компартии Киргизии, ЦК КП Киргизии, Совет Министров Киргизской ССР и Киргизсовпроф постановили занести на республиканскую Доску почета:

- Киргизский государственный медицинский институт;
- Московскую центральную райбольницу.

ПОЧЕТНЫЕ ЗВАНИЯ -- ЛУЧШИМ ИЗ ЛУЧШИХ

За заслуги в развитии науки, подготовке научных кадров Указом Президиума Верховного Совета Киргизской ССР присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Киргизской ССР» **Айдаралиеву Акматбеку Айдаралиевичу** — заведующему кафедрой Киргизского государственного медицинского института, доктору медицинских наук, профессору.

За заслуги в области народного здравоохранения Указом Президиума Верховного Совета Киргизской ССР присвоено почетное звание «Заслуженный врач Киргизской ССР»:

- Абдыкадыровой Гулай — заведующей отделением Джумгалской центральной райбольницы;
- Абдылдаевой Эркин Абдылдаевне — участковому педиатру Майли-Сайской городской больницы;
- Булатовой Нуриле Шеримбековне — заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Киргосмединститута;
- Галушко Николаю Алексеевичу — главврачу Фрунзенской городской санитарно-эпидемиологической станции;
- Калмурзаевой Гулшайыр — врачу Джанги-Джольской центральной райбольницы;
- Мамбетовой Гайнуре Казаевне — главврачу Джеты-Огузской участковой больницы;
- Михайленко Ивану Ефремовичу — главному хирургу Минздрава Киргизской ССР;
- Мурзалиеву Арстанбеку — заведующему кафедрой Киргосмединститута;
- Назаруку Захару Трофимовичу — заведующему отделением Республиканской клинической больницы;
- Осмонову Эркину Исаевичу — главврачу Фрунзенского района Ошской области;
- Сироткину Георгию Михайловичу — начальнику Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы;
- Хилоу Сулейману Широичу — главврачу Чуйской центральной райбольницы;
- Шекембаеву Кенешу — участковому педиатру Фрунзенской городской детской поликлиники № 1.

* * *

Редакционная коллегия журнала горячо поздравляет всех награжденных.

РАЗВИТИЕ АПТЕЧНОГО ДЕЛА ЗА 50 ЛЕТ КИРГИЗСКОЙ ССР

Т. М. Шамбетов,
начальник ГАПУ;

Н. П. Лозович,
заместитель начальника ГАПУ;

С. К. Чиншайло,
заведующий аптекой № 240 гор. Фрунзе, кандидат фармацевтических наук

Социалистические преобразования в республике за короткий исторический срок обеспечили рост ее экономики, высокий уровень культуры и здравоохранения.

Вхождение Киргизии в состав России имело огромное прогрессивное значение для киргизского народа. Оно ускорило процесс перехода местного населения к оседлой жизни и способствовало приобщению его к более передовой культуре.

В результате вхождения Киргизии в состав России изменилась также медицинская и лекарственная помощь местному населению.

Появление первых врачей связано с продвижением царских войск, по пути следования которых строились крепости и лазареты. Военные врачи при необходимости оказывали медицинскую и лекарственную помощь также и местному населению. С образованием Семиреченской и Ферганской областей, в состав которых входила территория Киргизии, впервые за всю ее историю для обслуживания населения были учреждены должности уездных врачей, фельдшеров и акушерок. В каждом уезде создавались небольшие приемные покои на 5—6 коек и при них небольшие аптечки.

Первая вольная аптека на территории республики была открыта в 1907 году в с. Большой Токмак. В последующие годы аптеки открываются в гг. Пишпеке, Караколе, Оше и других.

Таким образом, до Октябрьской революции на территории нынешней Киргизии с почти миллионным населением функционировало 6 частных аптек, из них 3 — в городах и 3 — в сельской местности. Какова была лекарственная помощь, можно судить по таким данным: за 1916 год всеми аптеками республики было отпущено населению медикаментов и других медицинских товаров на сумму немногим более 25 тыс. рублей.

С первых дней Советской власти вопросы организации медицинской и лекарственной помощи были в центре внимания Коммунистической партии и Советского правительства.

В 1924—1926 гг. с созданием Киргизской Автономной области в составе РСФСР было организовано Киргизское областное управление государственных аптечными предприятиями и учреждениями торговли медицинским имуществом — «Киргмедторг». Наличие специального органа, занимающегося аптечным делом, способствовало значительному развитию аптечной сети. Только за два года с момента организации «Киргмедторга» сеть аптек увеличилась с 5 до 11, были организованы галено-фармацевтическая лаборатория и аптечный склад.

С преобразованием Киргизской Автономной Социалистической АССР в декабре 1927 года «Киргмедторг» был преобразован в Аптечное управление Киргизской АССР. В эти годы принимается ряд правительственных постановлений по улучшению здравоохранения, в том числе и лекарственного обеспечения населения. Особое внимание партия и правительство республики уделяли развитию медицинской и фармацевтической помощи сельскому населению. К концу 1936 года сеть аптек увеличилась до 36, из которых 24 функционировали на селе. С открытием фармацевтического отделения при республиканском медицинском училище республика значительно пополнилась фармацевтическими кадрами. Если в 1926 году в аптечной сети республики работало 16 фармацевтов, то к концу 1936 года число их увеличилось до 83, или более чем в 5 раз.

С преобразованием Киргизской АССР в Киргизскую Советскую Социалистическую Республику Киргизское отделение ГАПУ РСФСР 5 июня 1937 года было реорганизовано в Главное аптечное управление при НКЗ Киргизской ССР.

В годы довоенной пятилетки и в годы войны, несмотря на трудности военного времени, аптечное дело в республике продолжало свое развитие. Начиная с 1938 года в республике как новое звено лекарственного обеспечения населения стали организовываться аптечные пункты. Трудности военного времени вызвали необходимость наладить производство медикаментов и медицинского инструментария на месте. За счет оборудования, эвакуированного с прифронтовой полосы страны, на базе галено-фасовочной лаборатории был организован химико-фармацевтический завод, который уже в 1943 г. выпустил медикаментов и другого медицинского имущества почти на 3 млн рублей в новом исчислении.

К концу 1945 года в республике функционировало 76 хозрасчетных аптек (против 36 в 1936 г.), было организовано 120 аптечных пунктов. Кадры фармацевтических работников достигли 198 человек.

Расширение аптечной сети, укрепление материальной базы аптечного хозяйства республики в послевоенный период проводилось с учетом развития сети лечебно-профилактических учреждений и всего народного хозяйства Киргизской ССР.

В декабре 1954 года предусматривалось за счет местного бюджета 17 аптек перевести в новые здания, были выделены значительные средства для строительства аптек и приобретения оборудования, за счет средств отраслевых министерств и ведомств предусматривалось построить 26 аптек и т. д.

Аптечные работники республики направляли все усилия на выполнение поставленных партией и правительством задач по улучшению лекарственной помощи населению. Благодаря повседневной неустанной помощи партийных и советских органов, аптечная сеть республики уже к началу 1959 года значительно расширилась. За 1946—1958 гг. были открыты 43 хозрасчетные аптеки, из них 23 — в сельской местности. За это же время количество аптечных пунктов увеличилось со 120 до 641, или более чем в 5 раз. Нужно сказать, что в условиях Киргизии, где на огромной территории, занимающей почти 200 тысяч кв. км, проживает 3 млн жителей, аптечные пункты играют немаловажную роль в приближении лекарственной помощи населению, особенно сельскому. За 1946—1958 гг. реализация медикаментов и медицинских товаров в республике увеличилась более чем в 5 раз, и к концу 1958 г. она достигла 7,8 млн рублей. В послевоенный период значительно улучшилась деятельность контрольно-аналитической службы в республике. К началу 1959 г. в республике действовали 3 контрольно-аналитические лаборатории, 5 контрольно-аналитических кабинетов и 59 столов в аптеках республики. Процент неудовлетворительно изготовленных лекарств за период 1946—1958 гг. снизился с 9% до 1,12%.

Кадры фармацевтических работников за этот период увеличились

со 198 до 524 специалистов, а число провизоров к 1958 году увеличилось в 3 раза (в республике работало 107 провизоров).

Годы семилетки, восьмой и девятой пятилеток явились периодом наиболее интенсивного развития аптечной сети в республике. Особую роль в этом сыграли Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14 января 1960 года «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР», от 5 июля 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и медицинской науки в стране».

В этих важнейших документах был намечен широкий комплекс мероприятий, направленных на коренное улучшение здравоохранения, в том числе и лекарственного обеспечения населения нашей страны. За короткий исторический период была значительно укреплена материально-техническая база аптечного хозяйства республики. За 1958—1973 гг. в республике было открыто 125 хозрасчетных аптек (столько, сколько за 40 послеоктябрьских лет).

В сельских населенных пунктах, где нецелесообразно открытие аптек, лекарственную помощь населению оказывают 933 аптечных пункта и 18 передвижных аптечных автокиосков.

Повышение материального благосостояния и культурного уровня трудящихся, приближение медицинской и лекарственной помощи к населению, увеличение бюджетных ассигнований лечебно-профилактическим учреждениям на приобретение медикаментов, рост числа лечебных учреждений, амбулаторно-поликлинических посещений способствовали резкому увеличению отпуска лекарственных средств и других медицинских товаров в республике. Если в 1958 году населению и лечебно-профилактическим учреждениям через аптечную сеть реализовано медикаментов и других медицинских товаров на 7,28 млн рублей, то в 1973 году этот показатель составил 22,3 млн рублей. Отпуск на душу населения за этот же период возрос с 3 рублей 52 копеек до 6 рублей 91 копейки в новом исчислении. Количество лекарств, отпущенных населению по рецептам, к 1973 году достигло 11,14 млн единиц, против 3,66 млн в 1958 году.

Большую роль в улучшении качества и культуры лекарственной помощи сельскому населению республики сыграло создание центральных районных аптек в сельских местностях Киргизии. К 1974 году функционируют 23 центральных районные аптеки, которые объединяют более 80% сельских аптек республики.

Значительно улучшилась материально-техническая база аптечных учреждений. Большинство аптек переведено в новые здания, обеспечено современной мебелью и оборудованием. Все это позволило улучшить качество лекарств, изготавливаемых в аптеках. Если в 1958 году процент лекарств, изготовленных неудовлетворительно, составлял 1,12% от общего количества лекарств, изъятых на анализ, то в 1973 году этот показатель снизился до 0,23%.

Мероприятия, проведенные в республике по расширению базы для подготовки фармацевтов со средним образованием, а также увеличение набора молодежи из нашей республики в высшие фармацевтические учебные заведения страны, резко увеличили обеспеченность Киргизии кадрами фармацевтических работников. К концу 1973 года в системе здравоохранения республики работало 1137 фармацевтов (в два раза больше, чем в 1959 г.), из которых 263 — местной национальности, в том числе 191 женщина.

Более 150 специалистов за доблестный труд награждены правительственными наградами. Звание «Ударник коммунистического труда» присвоено почти 500 аптечным работникам.

В 1973 году все аптечные работники включились в социалистическое соревнование, по итогам которого 172 человека награждены значком «Победитель социалистического соревнования 1973 года».

УДК 616.5—003.214—053.2

К ВОПРОСУ О БАКТЕРИАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ

А. А. Ильин, Е. И. Арбузова, С. Г. Соколинская

Из Киргизского научно-исследовательского института охраны материнства и детства

На ведущую роль бактериальной инфекции в этнопатогенезе геморрагического васкулита указывает ряд авторов (Гайрднер, 1948; А. В. Харитонов, 1972 и др.).

Задачей настоящей работы явилось изучение бактериальной аллергии у детей в динамике при различных формах геморрагического васкулита, поскольку можно предположить, что меняющаяся напряженность иммунитета (или аллергии) в течение заболевания могла бы служить контролем за эффективностью лечения.

Для оценки степени сенсibilизации был выбран метод кожных аллергических проб (КАП). Мы остановились на этом методе потому, что он менее трудоемкий и достаточно объективный по сравнению с другими методами (серологическими). Специфичность КАП со стрептококковым и стафилококковым аллергенами доказана в эксперименте Р. А. Абуковой и соавт. (1969). Эти же авторы говорят о возможности использования КАП для оценки степени микробной сенсibilизации.

Согласно инструкции, использовались стрептококковый и стафилококковый аллергены. Внутривожно вводили 0,1 мл аллергена, содержащего 1 кожную дозу. Кроме стандартных аллергенов для КАП, у 6 детей использована аутовакцина. Аутовакцина готовилась в лаборатории бактериологии Киргизского НИИ охраны материнства и детства из аутоштаммов, выделенных из мочи и зева (чаще всего это был стафилококк), по методу Горгиева. Исходная взвесь содержала 1 миллиард микробов. Внутривожно вводилось 0,1 мл взвеси, содержащей 100 микробных тел. Реакция учитывалась через 2, 24 и 48 часов. Размеры ее приводятся в мм средней арифметической суммы длины и ширины-инфильтрата.

Обследовано 22 здоровых и 65 больных геморрагическим васкулитом детей в возрасте от 4 до 15 лет. Средний диаметр КАП на стрептококковый аллерген в контрольной группе составил $1,1 \pm 0,02$ мм.

Реакция на стрептококковый аллерген изучена у 65 детей. У 7 из них КАП провоцировала отдельные симптомы заболевания: боль в животе (у 2), появление или усиление мочевого синдрома (у 2), появление аллергической почесухи (у 1), возобновление экссудативных высыпаний ограниченной локализации в кожу (у 1), лимфангоит в месте введения (у 1).

Сведения о динамике КАП в процессе лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика КАП у детей, больных геморрагическим васкулитом, в начале ($M_1 \pm m_1$) и в конце лечения ($M_2 \pm m_2$), в мм

Аллергены	n_1	$M_1 \pm m_1$	n_2	$M_2 \pm m_2$	t
Стрептококковый	65	$18,5 \pm 2,5$	34	$31,1 \pm 3,7$	2,8
Стафилококковый	34	$16,1 \pm 1,7$	19	$21,0 \pm 2,6$	1,6
Аутовакцина	6	$14 \pm 0,7$	6	$27,5 \pm 0,9$	13,0

При первичном обследовании у 52 детей (80%) отмечена положительная реакция на аллерген. Средний диаметр КАП при этом составлял 18,5 мм (табл. 1). К концу пребывания детей в стационаре наблюдалось нарастание показателя ($p < 0,01$). При этом у больных с негативными реакциями при повторном обследовании появлялись положительные реакции. Так, при повторном обследовании на стрептококковый аллерген реагировало уже 94,1% больных, а средний диаметр КАП возрос до 31,1 мм.

Реакция на стафилококковый аллерген изучена нами у 34 больных (табл. 1). При первичном обследовании 34 больных у 4 реакции отсутствовала, у 8 — была слабо выражена, у 7 — резкоположительная. Средний диаметр составил 16,1 мм, что свидетельствует о высокой сенсибилизации у отдельных больных. К концу пребывания в стационаре наблюдалось нарастание показателя до 21 мм, но различие при этом не столь существенно, как в отношении аллергена стрептококка.

КАП с аутовакциной была поставлена 6 детям. У 5 из них реакция на аллерген протекала по немедленному типу и не давала инфильтратов. Средний диаметр гиперемии составлял 14 мм. К концу пребывания детей в стационаре сенсибилизация на аутовакцину также нарастала ($p = 0,001$).

Увеличение размеров КАП на фоне исчезновения клинических проявлений болезни можно было бы рассматривать как местную реакцию, не отражающую состояние сенсибилизации организма в целом. Поэтому мы сопоставили данные КАП с динамикой содержания эозинофилов в крови, характеризующей сенсибилизацию внутренних органов у изучаемого контингента больных. Оказалось, что количество эозинофилов в периферической крови достоверно нарастает к выписке больных (от $3,2 \pm 0,4$ в начале лечения до $5,3 \pm 0,6$ в конце; $p < 0,001$).

Представлялось интересным изучить кожные пробы при различных клинических проявлениях геморрагического васкулита. При этом выявлено, что сенсибилизация, по данным КАП, наиболее выражена у больных с кожными проявлениями заболевания: КАП со стрептококковым аллергеном $26,1 \pm 6,2$, со стафилококковым — $18,6 \pm 3,0$. В группе детей, у которых геморрагический васкулит протекал с доминирующей органной патологией, размеры КАП соответственно составляли $15,3 \pm 2,1$ и $15,0 \pm 3,4$.

Подтверждением общепринятого мнения, что геморрагический васкулит формируется на фоне очаговой инфекции, способствующей сенсибилизации, являются наши наблюдения за КАП у больных без явных очагов инфекции и при наличии их (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, хронический тонзиллит в особенности способствует нарастанию сенсибилизации к стрептококку.

Начиная работу, мы предполагали: 1) что большие размеры КАП как показателя степени сенсибилизации организма будут соответствовать наиболее тяжелым формам геморрагического васкулита; 2) что к концу лечения, с улучшением состояния больных, размеры КАП будут уменьшаться. Наши предположения не оправдались.

**Динамика КАП со стрептококковым аллергеном у детей,
больных геморрагическим васкулитом, при наличии очагов инфекции**

Группы	В начале лечения		В конце лечения		Показатели достоверн. <i>t</i>
	<i>n</i> ₁	<i>M</i> ₁ ± <i>m</i> ₁	<i>n</i> ₂	<i>M</i> ₂ ± <i>m</i> ₂	
Здоровые дети	22		1,1 ± 0,02		
Больные дети, в том числе: без выявленных инфекций	11	14,2 ± 3,3	10	21,6 ± 4,5	<i>M</i> ₁ < <i>M</i> ₂ 1,3
Карнес	21	16,1 ± 2,0	12	26,0 ± 3,9	<i>M</i> ₁ < <i>M</i> ₂ 2,3
Хронический тонзиллит	5	16,2 ± 4,3	6	32,6 ± 5,0	<i>M</i> ₁ < <i>M</i> ₂ 2,5

Чем объяснить, что кожному синдрому, наиболее легкому из всех синдромов, соответствуют более выраженные кожные пробы? Мы предполагаем, что объяснение этому феномену следует искать в том, что при кожной форме геморрагического васкулита кожа является «шоковым» органом и введение аллергена вызывает мобилизацию лимфоцитов и эозинофилов в месте инъекции аллергена. Если шоковым органом являются и внутренние органы, то введение аллергена в кожу вызывает меньшую местную реакцию потому, что мобилизация лимфоцитов и эозинофилов идет более широким диапазоном не только в кожу, но и во внутренние органы. С этой точки зрения можно объяснить, почему на внутрикожное введение аллергенов наблюдается общая реакция.

Подтверждением этому является также и увеличение эозинофилов в периферической крови, идущее одновременно с нарастанием кожной пробы и свидетельствующее о том, что кожная реакция является отражением общей сенсibilизации у наших больных, а не носит местного характера.

Что же касается увеличения размеров КАП к концу лечения, то известно, что сенсibilизация к возбудителю остается после выздоровления при целом ряде инфекционных заболеваний (бруцеллез, туберкулез и др.) и даже характеризует напряженность специфического иммунитета (С. И. Гольберг, 1955; Н. Д. Беклемишев, 1968). Вопрос о значении бактериальной сенсibilизации у детей, больных геморрагическим васкулитом, в этом плане подлежит изучению.

Таким образом, наши исследования показали, что в процессе лечения сенсibilизация к бактериальным аллергенам нарастает при всех клинических формах геморрагического васкулита. При этом чувствительность кожи к аллергенам стрептококка и стафилококка наиболее выражена у больных с кожно-суставной формой заболевания. Установлено несоответствие между активностью патологического процесса и результатами КАП: большинство больных выписываются с клиническим улучшением на фоне повышения кожной сенсibilизации. Наличие активных очагов инфекции способствует нарастанию аллергии.

ЗНАЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Э. М. Щодро, С. М. Добрава

Из кафедры глазных болезней на базе отделения глазных болезней
Республиканской клинической больницы

В настоящее время сахарный диабет является одной из основных медико-социальных проблем. Число больных с этим заболеванием во всем мире неуклонно нарастает.

Изменения органа зрения при сахарном диабете нередко приводят к снижению зрения и даже полной слепоте.

Изучение изменений органа зрения у больных сахарным диабетом в Киргизии ранее не проводилось.

Под нашим наблюдением был 371 больной с сахарным диабетом, из них с изменениями органа зрения — 198 больных (53,4%). При легкой форме заболевания изменения в органах зрения выявлены у 35 (41,7%), при средней — у 123 (53,5%), при тяжелой — у 40 (70,1%). Приведенные данные свидетельствуют о том, что степень тяжести диабета в значительной мере определяет частоту изменений со стороны органа зрения.

Обследование больных начиналось с определения функций органа зрения, причем большее значение придавалось исследованию периферического зрения.

Острота зрения от 0,5 до 0,9 наблюдалась у 37,3% больных. Значительное снижение зрения — от 0,04 до светоощущения с правильной проекцией света — имело место у 9,2% больных.

Изменение поля зрения наступало раньше, чем снижение остроты зрения, при этом установлена прямая зависимость от тяжести и длительности диабета.

Наиболее частой причиной снижения функции зрения являлись поражения зрительного нерва, изменения сетчатки, глаукома. У 62 больных (35,5%) сужение поля зрения не было связано с выраженными изменениями на глазном дне. Это дает основание полагать, что сужение поля зрения наступает раньше, чем видимые изменения в зрительном аппарате.

Представляют интерес данные определения рефракции у 364 больных диабетом. Нами было отмечено усиление рефракции у больных с диабетом при сопоставлении с таковой по данным В. П. Одинцова (1936) для здоровых лиц.

У больных диабетом эметропия встречалась в 50,8%; по данным В. П. Одинцова (1936) — в 30%. Значительно чаще отмечалась миопическая рефракция, соответственно — 23,1% и 15%. В 2 раза реже — гиперметропическая рефракция (5,5% и 26,1%).

Наиболее выраженное усиление рефракции отмечено у больных с тяжелой формой и длительным течением заболевания.

Нередко больные диабетом, не зная о своем заболевании, обращаются к офтальмологу с жалобами на изменение зрения, на невозможность пользования ранее пригодными очками, на усиление близорукости. Под нашим наблюдением было 16 человек, у которых указанные жалобы объяснились транзиторным изменением рефракции и являлись первыми, замеченными больными, проявлениями диабета.

Транзиторные изменения рефракции наблюдались нами у 40 больных (10,8%). Чаще наступало её усиление.

Вопрос о причинах транзиторного изменения рефракции до сих пор не разрешен. Мы предприняли попытку установить зависимость между показателями кислотно-щелочного равновесия (в аппарате Аструпа) и

наступлением транзиторных изменений рефракции. Полученные нами данные свидетельствуют о существенных отклонениях кислотно-щелочного равновесия в период транзиторного изменения рефракции. При его нормализации рефракция возвращалась к исходному состоянию.

Как видно из вышеизложенного, транзиторное изменение рефракции может быть ранним проявлением диабета. Наряду с этим оно может свидетельствовать о сдвигах в состоянии кислотно-щелочного равновесия, о необходимости изменения в связи с этим проводимого лечения.

Метод биомикроскопии обладает большими возможностями для обнаружения изменений в системе капилляров глазного яблока (Н. Б. Шульпина, 1966; А. И. Данилова, 1971). Это тем более ценно, принимая во внимание, что генерализованная ангиопатия является одной из характерных признаков диабета (С. Г. Генес, 1972). При биомикроскопии переднего отрезка глаза более чем у половины наблюдавшихся склеры и лимба больных (у 53,4%) обнаружены изменения конъюнктивы склеры и лимба, а также роговой и радужной оболочек.

Микроаневризмы сосудов конъюнктивы склеры и лимба нами были обнаружены у 17,78% больных, то есть несколько реже, чем указывают А. М. Туриянская (30,5%) и Ф. Д. Примаков (23,9%).

Микроаневризмы сосудов конъюнктивы склеры и лимба могут быть единственным признаком диабетического поражения органа зрения. При динамическом наблюдении за больными мы имели возможность отметить, что микроаневризмы сосудов конъюнктивы склеры и лимба предшествовали развитию ретинопатии. Наличие микроаневризм, вероятно, следует рассматривать как предвестник микроциркуляторных расстройств в сосудах сетчатки.

В результате микроциркуляторных расстройств в области лимба и перикорнеальной сети сосудов нарушалась прозрачность роговицы, появлялись складки десцеметовой оболочки, прорастали сосуды. Указанные изменения мы наблюдали у 12 больных.

Как правило, изменения роговицы наблюдались в сочетании с катарактой, ретинопатией, глаукомой.

Значительно чаще — у 98 больных (26,4%) с длительным течением диабета — отмечались изменения со стороны радужной оболочки. Они возникали, вероятно, в результате микроциркуляторных расстройств в большом и малом кругу кровообращения радужной оболочки. Следствием нарушения кровоснабжения в переднем отрезке сосудистого тракта страдала трофика радужной оболочки, что проявлялось признаками, объединяемыми термином иридопатии. Сопутствующие заболевания при диабете — атеросклероз, гипертоническая болезнь — усугубляют течение иридопатии.

Наиболее выраженной формой изменений в сосудистой системе глаза явилось появление новообразованных сосудов в зрачковом и цилиарном поясе радужки, в углу передней камеры. Рубеоз радужки встретился у 7 из числа наблюдавшихся нами больных.

Воспалительные изменения переднего отрезка сосудистого тракта наблюдались нечасто, всего у 5 из числа наблюдавшихся нами больных. Иридоциклиты протекали вяло, с преобладанием фиброзно-пластического процесса. Отмечалась склонность к рецидивам.

Наиболее часто при биомикроскопии выявлялись помутнения в хрусталике. Из 371 больного они были обнаружены у 220 человек, что составляет 59,3%. Истинной диабетической катарактой, на наш взгляд можно признавать катаракты у больных в возрасте до 45 лет.

Под нашим наблюдением было 13 больных с диабетической катарактой, 10 из них страдали тяжелой формой диабета.

Спорным является распространенное мнение о том, что у пожилых лиц, страдающих диабетом, помутнение хрусталика — результат прояв

При установлении диагноза диабетической катаракты у лиц пожилого возраста следует принимать во внимание, что у больных диабетом наступает, как правило, более раннее и выраженное усиление рефракции, к тому же характер самих помутнений и преимущественное их расположение под задней капсулой помогает в правильном решении вопроса.

Рассматривая диабетические катаракты как истинное осложнение диабета, мы полагаем необходимым проводить тщательную дифференциальную диагностику со старческой катарактой. Ведение больных с диабетической катарактой, подготовка их к операции в значительной мере отличаются от подготовки больного со старческой катарактой.

Биомикроскопическое исследование существенно дополняет гониоскопия, однако данные гониоскопии не имеют специфических для диабета особенностей. Почти у половины обследованных нами больных (49,2%) при гониоскопии выявлены отложения пигмента, гониосинехии и новообразованные сосуды. Указанные изменения чаще наблюдались при тяжелой форме, длительном течении диабета. Указанные изменения, вероятно, обуславливают затруднение оттока и последующую гипертензию.

Для суждения о том, в какой мере изменения в углу камеры и другие проявления диабета влияют на состояние офтальмотонуса, нами проведено определение его среднего уровня.

Оказалось, что он на 1,6 мм рт. ст. выше среднего уровня такового у здоровых лиц и на 3,5 мм рт. ст. выше, по сравнению с уровнем его у жителей Средней Азии. Это свидетельствует о некоторой напряженности состояния регуляторного аппарата глаза и предуготовленности его к гипертензии, а возможно, и глаукоме.

Гипертензия (колебания уровня внутриглазного давления от 28 до 32 мм рт. ст.) наблюдалась в 3 раза чаще при легкой форме и при длительности заболевания свыше пяти лет у лиц в возрасте 41—50 лет (46 больных).

Гипертензия, на наш взгляд, свидетельствует о раннем наступлении изменений со стороны регуляторного аппарата глаза, и её наличие должно приниматься во внимание при оценке тяжести диабета.

Не всегда представляется возможным определить, что развилось раньше — диабет или глаукома. Одно остается непреложным, что глаукома у больных диабетом встречается чаще, чем при других заболеваниях, иногда ей предшествует стойкая гипертензия.

Среди наблюдаемых нами больных глаукома отмечена у 38 (11,2%), у 34 из них глаукома выявлена впервые.

Исследование глазного дна у больных диабетом дает возможность составить представление о состоянии сосудистой системы в организме в целом. Наибольшее значение при этом имеют микроаневризмы сосудов сетчатки. Появление их обычно знаменует выраженность микроциркуляторных расстройств, следствием которых являются изменения со стороны сетчатой оболочки, т. е. развитие ангиоретинопатии.

Ангиоретинопатии являются основной причиной снижения зрения, приводящей иногда к инвалидности. В соответствии с этим раннее обнаружение ангиоретинопатии является одной из мер профилактики слепоты от диабета.

Из общего числа больных у 137 (36,9%) были отмечены изменения со стороны сосудов и сетчатки. Ангиопатии чаще встречались у лиц до 50 лет, при относительно небольшой длительности заболевания — до 5 лет. Ретинопатия, как правило, отмечалась у лиц более старшего возраста. Простая ретинопатия отмечена нами у 42,4% больных.

Нередко изменения сетчатки сочетались с изменениями, свойственными атеросклеротическим (25,5%) и гипертоническим (8%) изменениям.

Длительность течения диабета в значительной мере определяла выраженность изменения со стороны сосудов и сетчатки.

Тяжесть заболевания оказывала менее существенное влияние на проявление изменений глазного дна. У 16 больных с изменениями сетчатки была диагностирована тяжело протекающая глаукома. У 96 больных с ретинопатией отмечены значительные колебания внутриглазного давления.

Поражение зрительного нерва отмечено нами у 10 больных с выраженными нарушениями обменных процессов. Частичная и полная атрофия зрительного нерва наблюдалась у больных старше 50 лет со средней и тяжелой формами диабета при длительном течении заболевания.

Наблюдение за состоянием органа зрения в некоторых случаях помогает избежать возможных осложнений, связанных с проводимым противодиабетическим лечением. Одним из таких осложнений является транзиторное изменение рефракции. По нашим данным, оно реже наблюдалось при проведении комбинированного лечения. Целесообразность проведения комбинированного лечения подтверждается большой частотой гипертензии среди больных, лечившихся только сульфамидными препаратами. При ангиоретинопатиях целесообразнее проводить лечение инсулином.

Таким образом, офтальмологическое обследование у больных диабетом должно проводиться в обязательном порядке.

УДК 616.—006.001.6

ВСАСЫВАНИЕ, РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И ВЫВЕДЕНИЕ ВИТАМИНА В₁₂, МЕЧЕННОГО Со⁵⁸, ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПРОЦЕССЕ В ОБЛУЧЕННОМ И НЕОБЛУЧЕННОМ ОРГАНИЗМЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Н. Ю. Пустовалова

Из Киргизского НИИ онкологии и радиологии

Проблема злокачественных новообразований является одной из основных проблем современной медицинской науки и практики. В результате взаимодействия опухоли и организма в последнем происходит целый ряд отклонений в обменных процессах, комплекс различных функциональных изменений в органах (Р. Е. Кавецкий, 1962; М. М. Петяев, 1972; А. А. Кубатиев, 1973).

Рост опухоли, расположенной под кожей, приводит к закономерным изменениям со стороны различных органов, расположенных вдали от нее. Ю. М. Лазовский (1956) обнаружил в желудке людей при локализации опухоли в других органах структурные изменения, которые характеризуются явлениями атрофии. (Р. Е. Кавецкий, 1962) нашел, что последние сходны с таковыми при старении. Подобные изменения отмечены также в поджелудочной, щитовидной железах и в других органах животных-опухоленосителей.

Наличие дистрофических, некротических и регенерационно-компенсаторных изменений в печени крыс с подкожно перевитой опухолью «саркома-45» обнаружил А. И. Сизиков (1970).

Научно-практический интерес представляет изучение влияния опухолевого роста на обмен веществ в организме, в частности, на обмен витамина В₁₂. Экспериментально установлено, что у крыс, по мере нараста-

ния малигнизации опухоли, баланс витамина B_{12} изменяется. Так, в течение первых 4—6 недель отмечено постепенное снижение его содержания в печени и плазме, затем наступает стабилизация (Mitbauder с сотр., 1962).

Не менее интересными представляются данные Flodth, Ullberg (1968) о накоплении витамина B_{12} в опухолях различного происхождения. Наибольшее поглощение этого препарата получено в быстро растущей опухоли — остеосаркоме. Учитывая высокое накопление этого витамина опухолями, авторы предполагают метод выявления зон данного витамина использовать в целях определения локализации злокачественных опухолей.

В отечественной и зарубежной литературе широкое обсуждение получили вопросы о взаимосвязи между ростом опухоли и характером накопления и действия в указанных условиях витамина B_{12} . Выводы подавляющего большинства исследователей по указанному вопросу базируются на проведенных ими экспериментах; эти выводы существенно различаются между собой, а в отдельных случаях даже диаметрально противоположны.

Одни авторы (Miller с сотр., 1956; В. В. Лукьянец, 1969) приводят сведения о стимулирующих опухолевый рост свойствах витамина B_{12} , другие экспериментаторы (Bennett и др., 1956; Н. Я. Дзюбко, 1958) свидетельствуют об ингибирующих опухолевый рост возможностях этого витамина. Мнение авторов третьего направления заключается в отрицании как тормозящего, так и стимулирующего свойства данного препарата на опухолевый рост.

Вопрос об обмене витамина B_{12} в организме опухоленосителя на фоне облучения изучен недостаточно. Между тем нарушение обмена этого витамина при комбинированном воздействии на организм опухолевого роста и облучения представляет большой практический и теоретический интерес.

Это и послужило основной причиной проведения настоящего исследования, в котором была поставлена задача изучить особенности распределения и выведения цианокобаламина, определить влияние тотального и локального облучения на динамику поглощения и выведения из организма витамина $B_{12}Co^{58}$ у животных-опухоленосителей после подкожного его введения.

Работа выполнена на 239 белых беспородных крысах в 5 сериях (1— контроль, 2— опухоленосители, 3— тотальное облучение, 4— опухоленосители + тотальное облучение, 5— опухоленосители + локальное облучение).

Опухоль «саркома-45» прививалась общепринятой методикой. Предварительно измельченная опухоль разводилась физиологическим раствором в отношении 1:4, затем 0,4 мл опухолевой взвеси вводилось под кожу боковой поверхности тела, несколько ближе к передней конечности и спинке.

Облучение проводилось на рентгенотерапевтическом аппарате РУМ-17 в режиме: сила тока — 15 ма, напряжение — 160 кв, фокусное расстояние — 30 см, фильтр — 3 мм Al, мощность излучения 140—142 р/мин, без тубуса. Тотальное облучение проводилось однократной дозой 600 р. Облучалась локально опухоль суммарной дозой 3000 р (600 р через день).

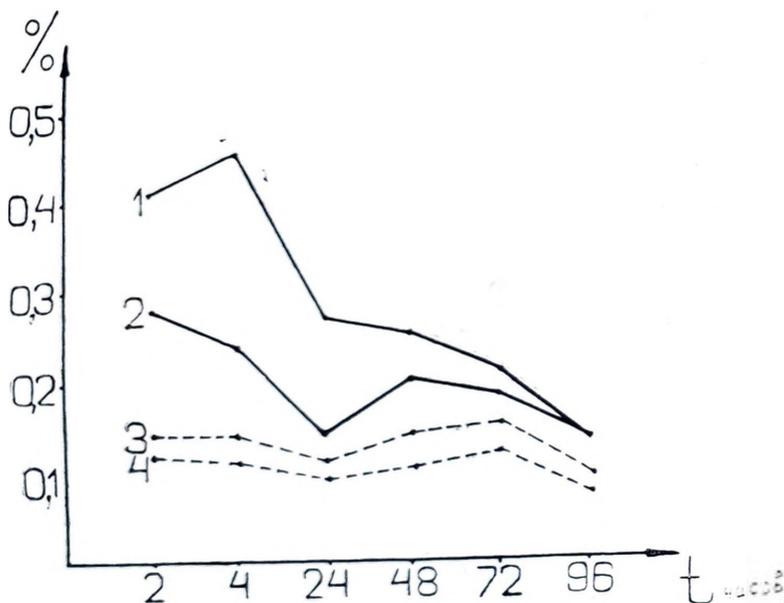
Всем животным подкожно в противоположную сторону от места прививки опухоли вводился витамин $B_{12}Co^{58}$, после чего изучалось его накопление в печени, почках, желудке, тонком кишечнике, сердце, крови, опухоли, кале и моче. Радиометрия навесок в 100 мг, взятых от исследуемых сред и органов, производилась на установке NC-109 колодезным датчиком типа NZ-125/A. Полученные в настоящем исследовании результаты обработаны статистически.

Динамика накопления витамина $B_{12}Co^{58}$ в организме животных была

следующей: включение меченого витамина в органы и ткани наблюдается уже к 2 часам после введения радиопрепарата. Распределение радиоактивности по органам и тканям происходит неравномерно. Наибольшее содержание его определяется в почках, затем кишечнике, желудке, сердце, печени и наименьшее — в крови.

При подкожном введении витамина $B_{12}Co^{58}$ животным с опухолью «саркома-45» в динамике накопления последнего в органах и тканях наблюдаются такие же закономерности, как и в контроле. Однако количественное содержание радиоактивности в органах крыс-опухоленосителей несколько ниже в сравнении с таковым в норме.

Накопление меченого препарата в опухоли происходит в значительных количествах. Максимум поглощения этого витамина в периферийном участке опухоли отмечается к 4 часам после введения. В центральной части включение радиоактивности медленно растет до 48 часов после введения (рис.).



Накопление витамина $B_{12}Co^{58}$ отдельными участками опухоли до и после локального облучения ее у крыс.

1. Периферия опухоли до облучения;
2. Центр опухоли до облучения;
3. Периферия опухоли до локального облучения;
4. Центр опухоли после локального облучения.

Характерно, что через 2—4—24 часа после введения витамина $B_{12}Co^{58}$ наблюдалась достоверная разница в накоплении последнего вышеназванными участками опухоли ($T = 2,8; 5,5$ соответственно).

Обращает на себя внимание уменьшение поглощения радиовитамина в желудочно-кишечном тракте контрольных крыс на фоне тотального облучения. Содержание меченого препарата в печени, сердце, крови несколько повышено.

Анализ накопления радиоактивности в органах и тканях в серии животных-опухоленосителей, подвергнутых воздействию тотального облучения показал, что в сердце, печени включение витамина $B_{12}Co^{58}$ находится примерно на уровне опухоленосителей до облучения, а в ки-

щенике поглощение меченого препарата на фоне облучения еще больше угнетено.

Повышенное количество радиовитамина в почках в первые 2—24 часа после введения объясняется, видимо, усиленным выведением меченого препарата с мочой у животных на фоне тотального облучения (таблица).

Таблица 1

Высвобождение витамина B_{12} , меченого Co^{58} , у животных через 24 часа после его введения

Экскреты	С е р и и				
	контроль	опухоленосители	тотальное облучение	опухоленосители + тотальное облучение	опухоленосители + локальное облучение
Кал	9,00 ± 0,76	12,23 ± 1,95	25,58 ± 5,00	14,98 ± 1,05	15,33 ± 2,68
Моча	4,80 ± 0,49	11,88 ± 1,74	12,43 ± 3,55	18,08 ± 3,90	10,30 ± 2,45

В серии опытов крыс-опухоленосителей с локально облученной опухолью обращает на себя внимание резкое изменение опухоли в сторону уменьшения ее размеров, а в отдельных случаях — до полного её исчезновения, что, естественно, привело и к некоторым различиям в накоплении витамина $B_{12}Co^{58}$ в органах и тканях опухоленосителей в сравнении с таковыми с необлученной опухолью.

На рисунке видно явное угнетение захвата опухолью витамина $B_{12}Co^{58}$ после локального облучения. Разница в накоплении между периферией и центром опухоли ещё сохраняется, но она незначительна.

Как свидетельствуют данные таблицы, значительное количество радиоактивного витамина выводится из организма животных с калом и мочой.

Необходимо отметить интенсивный процесс выделения радиовитамина с калом и мочой у тотально облученных животных. Однако, несмотря на усиленное выведение препарата, в некоторых органах и тканях отмечается постоянно накопленного в них количества витамина. Вероятно, повышенная экскреция и относительное постоянство радиовитамина в отдельных органах являются отражением скорее всего неспецифической реакции организма в ответ как на действие опухоли, так и на ионизирующую радиацию.

Группе крыс (29) был введен витамин $B_{12}Co^{58}$ через рот с целью определения всасывания этого препарата, о чем судили по экскреции последнего с калом.

У тотально облученных контрольных животных было обнаружено увеличение выведения исследуемого препарата (62,8% ± 2,00, при нормальных показателях 51,24% ± 4,30). Еще в большей степени это увеличение наблюдалось у необлученных опухоленосителей (73,69% ± 4,63) и максимальным было у тотально облученных крыс с опухолевой болезнью (75,14% ± 6,28).

Из изложенного можно сделать вывод, что при подкожном введении витамина $B_{12}Co^{58}$ распределение последнего в организме происходит в основном в течение первых 24 часов. У животных-опухоленосителей нарушается обмен витамина $B_{12}Co^{58}$. Облучение животных вызывает некоторое расстройство обмена витамина $B_{12}Co^{58}$, но оно не достигает такой степени, чтобы проявлялись признаки витаминной недостаточности. Тотальное облучение контрольных животных нарушает всасывание витамина $B_{12}Co^{58}$ при энтеральном его введении, а у опухоленосителей усугубляет уже имеющееся до облучения расстройство всасывания последнего.

Результаты настоящего экспериментального исследования весьма показательны и позволяют перейти к апробированию этого метода в клинических условиях после получения соответствующего разрешения.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАСТ НА ТЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА

*В. В. Паникаровский, А. С. Григорьян, А. В. Измайлова,
В. Д. Ермилова, С. Э. Эргешов*

Из Лаборатории патологической анатомии Центрального научно-исследовательского
института стоматологии

Одно из важных мест в современной терапевтической стоматологии занимают проблемы лечения пульпита. Более чем вековой опы применения мышьяковистой кислоты с целью девитализации пульпы выявил ряд серьезных осложнений, основными из которых являются мышьяковистые периодонтиты, остеомиелиты, некрозы слизистой оболочки полости рта (С. И. Вайс, 1936; Knieling, 1960; Sobotkowska, Adamazy 1965; Barlotta, Vercellino, 1965 и др.).

В середине пятидесятых и в шестидесятых годах настоящего столетия все большую популярность стали завоевывать биологические методы лечения воспаления пульпы, основывающиеся, главным образом, на терапевтическом эффекте содержащих антибиотики композиций. Однако на сегодняшний день заметное снижение эффективности указанных методов, в связи с развивающейся резистентностью микробной флорой полости рта к антибиотикам, появлением аллергических реакций и сенсибилизации организма к этим медикаментозным средствам (М. М. Гинкене, 1967; В. С. Иванов с соавт., 1967; Б. Н. Зайцев, 1971 и др.) ставит под сомнение целесообразность их дальнейшего применения для лечения пульпита.

Работы последних лет, посвященные механизмам развития воспаления в пульпе и углубленному изучению особенностей ультраструктуры, микроциркуляции и гемодинамики данного органа, позволяют в настоящее время решать вопросы лечения пульпита с новых теоретических позиций (Е. И. Гаврилов, 1969; Л. И. Руковишникова, 1970; С. Зельцер, И. Вендер, 1971; Н. К. Логинова, 1972; Л. А. Иванчикова, 1973; Saizmann, 1966; Stanley, 1968).

Наиболее перспективным направлением в этом плане является комплексное применение различных лекарственных средств, обеспечивающих их одновременное или поэтапное воздействие на механизмы воспалительного процесса, развивающегося в пульпе. Подобного рода терапевтическая тактика позволяет ослабить патологические реакции тканевых элементов пульпы, активизировать ее защитные функции на различных этапах патологического процесса.

На основании вышеизложенного в настоящей работе нами была поставлена цель изучить в эксперименте влияние ряда паст, не содержащих мышьяк, на течение острого травматического пульпита.

Материал и методика. Изучению подлежали 4 композиции, соответственно пасты Б-1, Б-2, Б-3 и Б-4. Паста Б-1 включала антибиотик колимицин триамцинолона, включала химотрипсин и рибонуклеазу. Паста Б-2, кроме колимицина и гидроокиси кальция. Паста Б-4 отличалась от пасты Б-2 содержанием антигистаминного препарата — супрастина и биостимулятора — метанила. Пасты Б-1, Б-2 и гексакалин и наполнитель. Соответственно количеству паст было проведено 4 серии экспериментальных исследований. 5 серия служила контролем. Эксперименты проводили на 10 беспородных собаках в возрасте от 1,5 до 3 лет.

Животным под гексеналовым наркозом посредством бор-машинки фиссурным или обратно-копическим борам (при 6000 оборотов в минуту) на щечных

поверхностях $\frac{764}{764467}$ зубов и на жевательных поверхностях $\frac{98,89}{98,89}$ зубов форми-
ровали полости, соответствующие глубокому карнесу. Затем дно полости осторожно перфорировали стерильной иглой. После обработки физиологическим раствором либо растворами ферментов с антибиотиками и высушивания стерильным ватным тампоном полости зуба на дно ее наносили одну из паст, приготовленную их лепорге, накладывали прокладку из искусственного дентина и фосфат-цемента, пломбировали полость силдентом.

В контрольных зубах вскрытие пульпы производили по вышеописанной методике, однако обнаженную пульпу закрывали только искусственным дентином, прокладка из фосфат-цемента, пломба из силдента.

В части наблюдений при использовании паст Б-1 и Б-2 (30 зубов) лечение проводили в два этапа. Спустя 3-е суток после наложения указанных паст удаляли временную повязку и накладывали пасту, содержащую гидроокись кальция (Б-3). Животных забивали через 1—3—7 суток, 1—3 месяца после наложения пасты.

Во всех сериях эксперимента забой животных производили с помощью электротока. Исследуемые зубы выпиливали из челюстей с окружающей их костной тканью и фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина с последующей декальцинацией в 10% формоловом растворе трихлоруксусной кислоты. Полученный материал заливали в целлоидин, срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты исследования. Проведенное гистологическое исследование пульпы показало, что в контрольной группе животных в ранние сроки наблюдений (1—3-и сутки после нанесения травмы) происходит формирование очага некроза, окруженного зоной реактивного воспаления. Эта картина соответствует диагнозу — острый серозный пульпит.

В более поздние сроки (30—90 суток) в части наблюдений вокруг зоны некроза располагается фиброзная капсула. В коронковой и корневой пульпе выявляются изменения, напоминающие сетчатую атрофию. В большинстве наблюдений отмечается картина очагового или диффузного серозно-гнойного пульпита, характеризующаяся развитием на обширной территории пульпы плотного лейкоцитарного инфильтрата и расширением зон некроза.

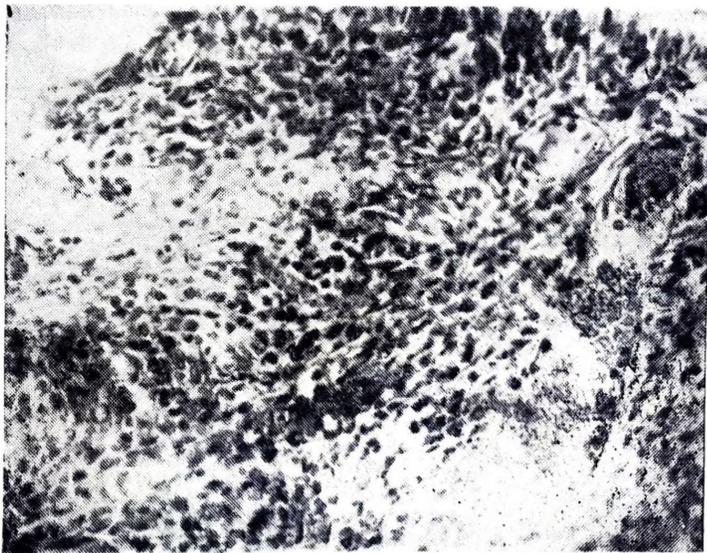


Рис. 1. Опыт. 7 суток после нанесения травмы и наложения пасты Б-1. Картина острого серозно-гнойного пульпита. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 25×10 .

В I серии экспериментов при наложении на пульпу пасты Б-1 в ранние сроки наблюдений (1—7 суток) также отмечается картина острого серозного, реже — серозно-гнойного пульпита (рис. 1).

На 7 сутки опыта выделяется довольно широкий грануляционный вал, отделяющий некротические массы от подлежащей пульпы. По мере созревания грануляционной ткани все четче можно проследить формирование вокруг зоны некроза фиброзной капсулы, которая к 30-м суткам имеет довольно значительную толщину. В пульпе, прилежащей к области травмы, процессы воспалительной экссудации сходят на нет; пульпа имеет обычное строение или в ней обнаруживаются явления дистрофии — вакуолизация одонтобластического и субодонтобластического слоев (рис. 2).

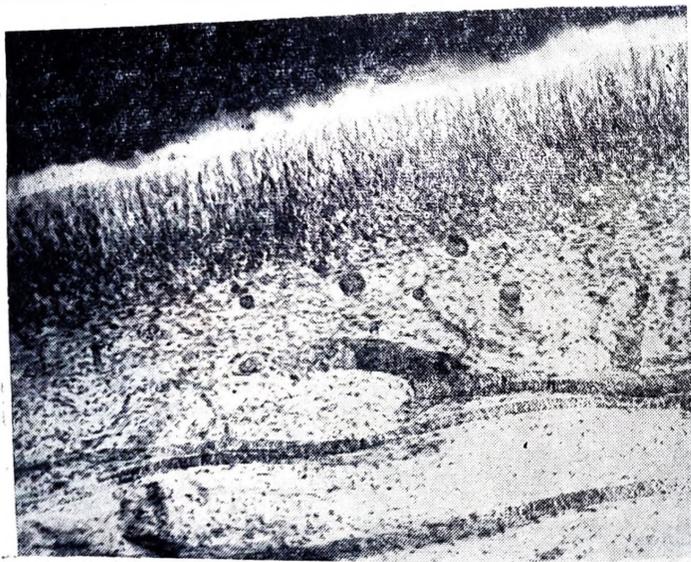


Рис. 2. Опыт. 30 суток после нанесения травмы и наложения пасты Б-1. Пульпа имеет обычное строение. Окраска гематоксилин-эозинном. Увеличение 25×10 .

Во II серии опытов (паста Б-2), как и в предыдущих сериях, в ранние сроки наблюдений развивается картина острого серозного пульпита. К 30-м суткам эксперимента процессы воспалительной экссудации сменяются пролиферацией клеточных элементов и формированием фиброзной капсулы; в пульпе, прилежащей непосредственно к капсуле, отмечаются явления сетчатой атрофии. Реже имеет место картина простого хронического пульпита.

В III серии экспериментов применялась паста, содержащая гидроксид кальция (Б-3). Выраженные в ранние сроки наблюдений явления серозно-гнойного пульпита быстро сменяются процессами организации и пролиферации, а уже на 30-е сутки опыта в большинстве наблюдений отмечается формирование плотной фиброзной капсулы, отграничивающей очаг некроза от подлежащих тканей пульпы. Для данной группы наблюдений характерно образование дентинного мостика, отделяющего область травмы от неизменной пульпы (рис. 3). Реже в пульпе выявляются признаки сетчатой атрофии.

В IV серии экспериментов (паста Б-4) преобладали процессы альтерации и воспалительной экссудации, а также гнойной инфильтрации,



Рис. 3. Опыт. 30 суток после нанесения травмы и наложения пасты Б-3. Дентиновый мостик отделяет область травмы от подлежащей пульпы. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 25×10 .

причем эти процессы были ведущими и в поздние сроки наблюдений. Через 30 суток после нанесения травмы расширилась зона некроза, в коронковой и корневой пульпе обнаруживались абсцессы, клеточные элементы пульпы претерпевали выраженные некротические и некробактериальные изменения. Выявленная картина соответствовала диагнозу острого гнойного диффузного пульпита (рис. 4).

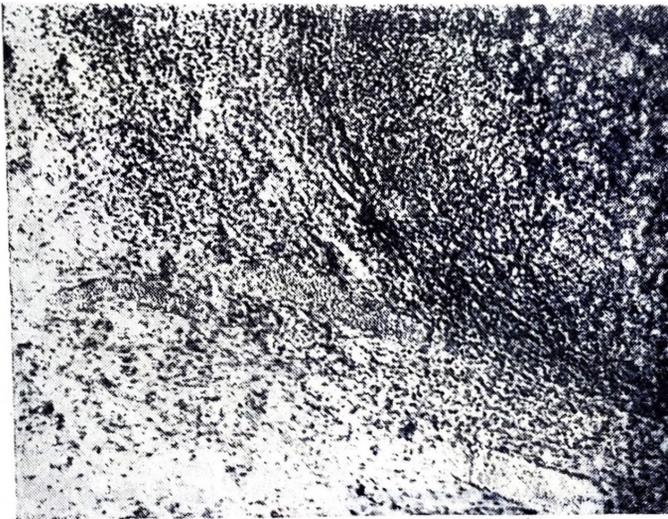


Рис. 4. Опыт. 30 суток после нанесения травмы и наложения пасты Б-4. Абсцесс в коронковой пульпе. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 25×10 .

При этапном лечении травматического пульпита (замена паст Б-1 и Б-2 на 3-и сутки эксперимента пастой Б-3, содержащей гидроокись кальция) выявлена четкая тенденция к подавлению альтеративного и экскавационного судативно-инфильтративного компонентов воспаления и превалированию процессов организации, приводящих к ограничению области травмы плотной фиброзной капсулой, а в некоторых случаях — к образованию мостика из канализированного дентина.

Таким образом, результаты экспериментального изучения различных лечебных паст, не содержащих мышьяк, свидетельствуют о том, что наиболее благоприятный исход травматического пульпита наблюдается при использовании композиций, содержащих антибиотик и кортикостероид (паста Б-1), фермент, антибиотик и кортикостероид (паста Б-2), гидроокись кальция (паста Б-3). Под воздействием этих паст в пульпе уменьшались явления альтерации и экскавации и ускорялись процессы организации. Целесообразным также является применение этапного лечения пульпита с заменой одной из паст на композицию, содержащую гидроокись кальция.

На основании вышесказанного мы считаем возможным рекомендовать указанные пасты к применению в клинике терапевтической стоматологии.

УДК 616—002.5:616—036.2

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ

И. М. Езерская, В. Р. Левин

Из Центрального института туберкулеза МЗ СССР

Известно (С. В. Массино, 1959, А. Г. Хоменко 1968), что даже основные эпидемиологические показатели (заболеваемость, болезненность, смертность), взятые изолированно, зачастую не отражают истинного положения дел, так как их величины приводятся без учета объема и качества лечебно-профилактических мероприятий, охвата населения флюорографическими обследованиями. Поэтому, ставя задачу уточнить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу среди детей в различных республиках, нами была разработана специальная комплексная схема исследования. Она основана на сопоставлении двух групп факторов, характеризующих эпидемиологическую ситуацию, — эпидемиологических показателей и уровня лечебно-профилактических мероприятий (своевременность выявления заболевания, химиофилактика и пр.). Эти группы факторов целесообразно рассматривать совместно, так как они в определенной мере взаимосвязаны — чем лучше осуществляются противотуберкулезные мероприятия, тем больше шансов для хорошей эпидемиологической обстановки и высоких темпов ее улучшения. Кроме того, на основе целенаправленных проверок, регулярно проводимых Министерством здравоохранения СССР, оценивалось качество работы фтизиатрической службы на местах с получением дополнительных сведений, не отражаемых в отчетах. Например, изучалась техника постановки туберкулиновых реакций, внутрикожной вакцинации (наличие поставочных рубчиков), характер контроля

Рассматривая в комплексе все эти 3 обстоятельства (эпидпоказатели, мероприятия и результаты проверок) с учетом эпидемиологических особенностей протекания туберкулеза среди соответствующего взрослого населения, было уточнено распределение 15 республик Советского Союза по эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей. При этом величины основных эпидемиологических показателей — заболеваемости, болезненности, смертности — анализировались не сами по себе, а с учетом своевременности выявления заболевания, охвата профосмотрами и других лечебно-профилактических мероприятий.

Если в двух республиках основные эпидпоказатели были одинаковыми, то лучшая эпидемиологическая обстановка признавалась в той из них, где комплекс предусмотренных мероприятий проводился полнее и где точнее была осведомленность о численности больных среди населения. О том, что распределение республик таким путем ближе к действительности, косвенно позволяет предполагать, что это распределение коррелирует с показателем смертности значительно сильнее (коэффициент корреляции рангов 0,9 при максимально возможном 1,0), чем коррелирует с показателем смертности порядок республик по величине болезненности (0,6) или заболеваемости (0,5). Сопоставление с показателем смертности было произведено исходя из того, что он наиболее наглядно отражает эффект от проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Полагаем, что в настоящее время показатель смертности хорошо отражает эпидемиологическую ситуацию. Наблюдающееся в последние годы снижение корреляции смертности с заболеваемостью и болезненностью по туберкулезу, очевидно, в основном объясняется неравномерностью активизации флюорографических обследований жителей в различных местностях. Действительно, наши материалы по туберкулезу среди населения всех возрастов показывают, что, если учитывать заболеваемость и болезненность с поправкой на охват населения профилактическими осмотрами, то полученные показатели по-прежнему хорошо коррелируют со смертностью от туберкулеза.

На правомочность полученного нами распределения республик по эпидемиологической ситуации в определенной степени указывает также тот факт, что при нем республики с одинаковыми условиями (Туркмения, Узбекистан, Таджикистан, Киргизия, Казахстан, Азербайджан) оказались по соседству.

Хотя наиболее полное представление об эпидемиологической ситуации в республиках можно получить, сопоставляя все возможные показатели по вышеописанному методу, ввиду его трудоемкости, нами предлагается в ряде случаев прибегать к паллиативному, но в то же время более простому способу, с использованием минимального, но зато наиболее результативного комплекса показателей туберкулезной инфекции, при котором получается аналогичное распределение республик по эпидемиологической ситуации.

В основу комплекса положена болезненность как наиболее устойчивый из главных эпидпоказателей, но с поправкой на своевременность диагностики заболевания — по частоте (проценту) лиц с туберкулезной интоксикацией и туберкулезным менингитом в структуре детских контингентов:

$$\text{КОМПЛЕКСНЫЙ ЭПИДПОКАЗАТЕЛЬ} = \frac{\text{болезненность} \times \text{частота туберкулезного менингита}}{\text{частота туберкулезной интоксикации}}$$

Эти показатели используются в виде единой формулы, что способствует устранению элементов субъективизма при характеристике эпидемиологической ситуации и позволяет извлекать дополнительную информацию из отчетных сведений, не расширяя их.

Естественно, что в зависимости от эпидемиологической обстановки вид комплексного показателя может меняться. Так, с ликвидацией

туберкулезного менингита вместо него в формулу может быть подставлена, по-видимому, частота локальных форм. Формула нуждается в совершенствовании, для чего, в частности, целесообразно изучать множественную корреляцию входящих в нее показателей с такими факторами, как смертность и др., исходя из предположения, что чем сильнее корреляция, тем лучше формула отражает эпидемиологическую ситуацию. Очевидно, комплексный показатель, характеризующий туберкулез среди детей, может рассматриваться как прогностический показатель для всего населения, так как общее направление снижения туберкулезной инфекции в первую очередь начинается сказываться в детском возрасте, лишь спустя ряд лет отражаясь на более старших поколениях людей.

Метод комплексной оценки показателей по формуле не является новым в медицине. Он разрабатывался С. Д. Полетасвым (1967), Л. Е. Поляковым с соавторами (1971), В. В. Канепом с соавторами (1972), В. Р. Левиным, И. Г. Занкисовой, З. И. Хажиебаевой, Э. Э. Рубилиной, В. С. Чайка (1973) и др. Однако комплексная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей в доступной нам литературе не осуществлялась.

На основе комплексной оценки эпидемиологической ситуации возможен более точный прогноз. При этом при комплексной оценке улучшение эпидемиологической обстановки происходит несколько медленнее, чем по показателю болезненности, заболеваемости.

УДК 615.256.54

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ МОЛОКА ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЛАКТАЦИИ И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ЭКСТРАКТА ЧИСТЕЦА, ПРИМЕНЯЕМОГО В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Г. И. Филиппова, Б. Н. Аронова

Из Киргизского научно-исследовательского института охраны материнства и детства

Нами установлено, что экстракт чистеца буквицецветного не оказывает вредного влияния на общее количество белка и на содержание отдельных белковых фракций. Для окончательного суждения о действии этого препарата на белковый компонент молока в данной работе изучен аминокислотный состав его у матерей, получавших экстракт чистеца.

Было исследовано молоко 10 здоровых родильниц, получавших экстракт чистеца, и 10 матерей контрольной группы. Все женщины имели вполне достаточный для вскармливания уровень лактации. Аминокислотный состав определялся в различные периоды лактации: в молозиве (на 4 сутки), в переходном молоке (на 8-е сутки) и в зрелом молоке (на 30-е сутки).

В грудном молоке родильниц обеих групп (табл.) выявлено 15 аминокислот, из них 8 незаменимых (лизин, гистидин, аргинин, треонин, валин, изолейцин, фенилаланин) и 7 заменимых аминокислот (аспарагиновая кислота, серин, глютаминовая кислота, пролин, глицин, аланин, тирозин).

Установлено, что содержание лизина, аспарагиновой и глютаминовой кислот, пролина, валина и лейцина в обеих группах на протяже-

нии всего периода обследования было выше, чем остальных аминокислот. Это согласуется с данными П. В. Кугенева, М. Н. Медведевой (1961), Л. В. Водкайло, Т. А. Проскурниковой (1972), Orr, Watt (1957), Williams (1961) и др.

Изучив вопрос о содержании аминокислот в грудном молоке в зависимости от стадии лактации, мы установили, что количество таких аминокислот, как аргинин, треонин, серин, глицин, аланин и валин к концу первого месяца после родов постепенно снижается. Содержание других аминокислот практически не изменяется.

Ввиду особой важности незаменимых аминокислот для растущего организма и недостаточности синтеза их у детей первого месяца жизни, особое внимание мы уделили анализу изучения содержания этих аминокислот в молоке матерей под влиянием экстракта чистеца буквицецветного.

Лизин. Количество его в зрелом молоке родильниц контрольной группы, по нашим данным, составляет $4,6 \pm 0,3$ г на 100 г белка. Это соответствует данным литератур (Л. В. Водкайло, Т. А. Проскурникова, 1972; Orr, Watt, 1957; Williams, 1961 и др.). Назначение экстракта чистеца матерям существенно не повлияло на количество этой аминокислоты.

Гистидин. Зрелое женское молоко, как установлено в наших исследованиях, содержит $1,22 \pm 0,1$ г этой аминокислоты в 100 г белка, что согласуется с данными Л. В. Водкайло и Т. А. Проскурниковой (1972); Pimmet, Lowndes (1937), Beach с соавт. (1941) и др.

Таблица

Содержание аминокислот в грудном молоке (в 100 г белка) у родильниц контрольной группы и получавших экстракт чистеца буквицецветного в различные периоды лактации

Аминокислоты	Молозиво		Переходное молоко		Зрелое молоко	
	контроль- ная группа	получав- шие экс- тракт чи- стеца	контроль- ная группа	получав- шие экс- тракт чи- стеца	контроль- ная группа	получав- шие экс- тракт чи- стеца
Лизин	$4,46 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,5$	$4,62 \pm 0,8$	$4,56 \pm 0,4$	$4,6 \pm 0,3$	$4,38 \pm 0,3$
Гистидин	$1,39 \pm 0,2$	$1,21 \pm 0,2$	$2,01 \pm 0,5$	$1,23 \pm 0,2$	$1,22 \pm 0,1$	$1,63 \pm 0,5$
Аргинин	$2,74 \pm 0,4$	$2,72 \pm 0,5$	$2,47 \pm 0,3$	$2,55 \pm 0,5$	$2,01 \pm 0,3$	$2,29 \pm 0,3$
Аспарагиновая кисл.	$7,25 \pm 0,9$	$5,6 \pm 0,7$	$6,33 \pm 0,9$	$6,08 \pm 0,6$	$7,64 \pm 1,1$	$5,31 \pm 0,6$
Треонин	$4,79 \pm 1,2$	$2,88 \pm 0,4$	$3,46 \pm 0,7$	$2,81 \pm 0,4$	$2,97 \pm 0,3$	$2,69 \pm 0,3$
Серин	$3,9 \pm 0,6$	$3,04 \pm 0,4$	$3,18 \pm 0,8$	$2,88 \pm 0,4$	$2,83 \pm 0,4$	$2,51 \pm 0,4$
Глютаминовая кисл.	$12,93 \pm 1,8$	$10,52 \pm 1,5$	$13,18 \pm 2,1$	$10,68 \pm 1,6$	$13,18 \pm 1,3$	$10,18 \pm 1,0$
Пролин	$5,16 \pm 0,7$	$7,55 \pm 0,9$	$6,13 \pm 0,6$	$8,73 \pm 0,8$	$5,3 \pm 0,7$	$8,64 \pm 0,9$
Глицин	$2,39 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$	$2,25 \pm 0,4$	$2,47 \pm 0,9$	$1,9 \pm 0,8$	$1,57 \pm 0,7$
Аланин	$3,4 \pm 0,5$	$2,66 \pm 0,4$	$3,24 \pm 0,7$	$2,6 \pm 0,4$	$2,81 \pm 0,3$	$2,39 \pm 0,3$
Валин	$5,28 \pm 0,6$	$3,14 \pm 0,4$	$5,06 \pm 0,7$	$3,12 \pm 0,4$	$4,09 \pm 0,3$	$3,26 \pm 0,3$
Изолейцин	$3,53 \pm 0,5$	$3,05 \pm 0,4$	$4,45 \pm 0,7$	$3,34 \pm 0,2$	$4,46 \pm 0,6$	$3,42 \pm 0,3$
Лейцин	$6,6 \pm 0,8$	$6,41 \pm 0,7$	$6,12 \pm 1,5$	$6,94 \pm 1,4$	$7,1 \pm 0,6$	$6,21 \pm 0,4$
Тирозин	$2,83 \pm 0,4$	$3,22 \pm 0,4$	$2,85 \pm 0,5$	$3,84 \pm 0,2$	$2,69 \pm 0,3$	$3,19 \pm 0,3$
Фенилаланин	$3,11 \pm 0,4$	$8,36 \pm 1,9$	$3,0 \pm 0,4$	$9,23 \pm 2,2$	$2,9 \pm 0,2$	$8,81 \pm 1,2$

При сравнении показателей гистидина в обеих группах мы не выявили каких-либо достоверных различий.

Аргинин. Количество его в молозиве матерей было практически одинаковым в обеих группах. В переходном и зрелом молоке при назначении экстракта чистеца буквицецветного количество его не только не уменьшалось, а становилось даже несколько выше. Наши данные относительно содержания аргинина близки данным Н. И. Лопатной (1951), Williams (1961) и др.

Треонин. Изучая количество треонина в грудном молоке матерей,

получавших экстракт чистеца и не получавших его, мы установили, что назначение препарата не вызывало достоверного изменения содержания этой аминокислоты, а полученные нами данные согласуются со сведениями литературы (Ogg, Watt, 1957; Williams, 1961 и др.).

Лейцин. Изолейцин. Нами установлено, что содержание лейцина и изолейцина в молоке родильниц основной группы мало отличалось от содержания их в молоке матерей контрольной группы.

Основные изменения в группе незаменимых аминокислот обнаружены нами в содержании фенилаланина и валина.

Фенилаланин. В зрелом молоке матерей контрольной группы каждые 100 г белка содержат $2,9 \pm 0,2$ г этой аминокислоты, это согласуется с данными Л. В. Водкайло и Т. А. Проскурниковой (1972), которые установили, что содержание фенилаланина в женском молоке составляет $2,85 \pm 0,58$ г (на 100 г общего белка), а по данным Ogg, Watt (1957) и Williams (1961) — $2,6$ г.

Назначение экстракта чистеца, как оказалось, приводит к значительно увеличению этой аминокислоты. Так, уже в молозиве количество его возросло более чем в 2,5 раза ($p < 0,02$). В переходном молоке у родильниц основной группы содержание фенилаланина более чем в 3 раза превышало показатели контрольной группы ($p < 0,01$). Аналогичная картина выявлена и в зрелом молоке.

Зная, насколько нежелательно, а подчас и вредно чрезмерное введение одной из аминокислот, в том числе фенилаланина, мы не могли пройти мимо этого факта, не заострив на нем своего внимания. Для его правильной оценки, как нам представляется, необходим целый ряд дополнительных исследований. В частности, надо знать, как долго держатся эти сдвиги в содержании фенилаланина в грудном молоке при применении экстракта чистеца, как справляется организм новорожденного с введением увеличенных доз фенилаланина, нет ли при этом каких-либо нарушений в обмене данной аминокислоты, которые могли бы причинить вред здоровью ребенка.

Валин. Как оказалось, содержание валина в грудном молоке при назначении экстракта чистеца снижалось ($5,28 \pm 0,6$ г в контрольной и $3,14 \pm 0,4$ г в основной группе — в молозивный период; $5,06 \pm 0,7$ г в контроле против $3,12 \pm 0,4$ г в переходном молоке и в зрелом соответственно $4,09 \pm 0,3$ г и $3,26 \pm 0,3$ г).

Но, во-первых, это уменьшение не было значительным, а во-вторых, в связи с тем, что дети основной группы высасывали за сутки на 30—60 мл молока больше чем дети контрольной группы, суточное количество валина, полученное детьми обеих групп, существенно не различалось (0,48—0,40 г). Следовательно, снижение уровня валина в грудном молоке при назначении экстракта чистеца едва ли может отрицательно сказаться на здоровье ребенка.

На заменимые аминокислоты, как свидетельствуют наши данные, экстракт чистеца влияния не оказывал. Исключение составил лишь пролин. Количество его у матерей, получавших препарат, увеличилось в 1,5 и более раз. Так, в молозиве этих родильниц в 100 г белка содержалось $7,55 \pm 0,9$ г пролина против $5,16 \pm 0,7$ г в контроле ($p < 0,05$), в переходном молоке — соответственно $8,73 \pm 0,8$ г против $6,13 \pm 0,6$ г ($p < 0,05$). Аналогичная картина выявлена и в зрелом молоке ($p < 0,02$).

Таким образом, наши исследования показали, что при назначении экстракта чистеца буквицветного содержание большинства аминокислот не изменяется. Сдвиги, выявленные в количестве валина, не могут вредно отразиться на здоровье детей, а вопрос об увеличении фенилаланина в молоке родильниц, получавших указанный препарат, требует еще дальнейших исследований.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ КРОВИ И ВЕЛИЧИНЫ РОЭ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3—7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ КИРГИЗИИ

Д. К. Кудаяров

Из Киргизского научно-исследовательского института охраны материнства и детства

Знание качественного состава белой крови в норме у здоровых детей дает возможность практическим врачам глубже понимать те или иные сдвиги, возникающие в детском организме в условиях заболевания.

Картина периферической крови у постоянных жителей высокогорья Киргизии изучена у взрослых людей Л. Г. Филатовой (1961), М. М. Миррахимовым (1964), у детей школьного возраста — Б. Т. Турусбековым и Л. А. Брянцевой (1964).

В связи с отсутствием сведений о показателях периферической крови у здоровых детей дошкольного возраста в условиях высокогорья Киргизии, нами изучены у них количество эритроцитов в 1 мм^3 крови, содержание гемоглобина, количество лейкоцитов и тромбоцитов в 1 мм^3 крови, лейкоцитарная формула, РОЭ с целью установления возрастных нормативов в указанных условиях.

В настоящей работе излагаются результаты изучения нами лейкоцитарной формулы и величины РОЭ у детей 3—7 лет, постоянно проживающих в гор. Нарыне (выс. 2040 м над ур. м.). Всего обследовано 597 здоровых детей детских садов г. Нарына. Полученный материал обработан методом вариационной статистики с выведением основных параметров: M , $m(M)$, Σ , $m(\sigma)$, V , t .

Данные о количестве лейкоцитов у детей указанной местности были опубликованы раньше, поэтому в настоящей работе мы представляем сведения о лейкоцитарной формуле крови.

Средний процент нейтрофилов у детей (как у мальчиков, так и у девочек) с возрастом увеличивается, и у мальчиков в среднем составляет 42 в возрасте 3 лет и 50,1 в 7 лет. У девочек соответственно 44,04 в возрасте 3 лет и 52,14 в 7 лет. Процентное число лимфоцитов с возрастом у детей обеих половых групп снижается. У мальчиков средний процент лимфоцитов составляет 47,86 в 3 года и 39,78 в 7 лет. У девочек среднее процентное содержание лимфоцитов — 47 в 3 года и 38,82 в 7 лет. При вычислении среднепроцентного содержания нейтрофилов и лимфоцитов у детей г. Нарына, независимо от пола, оказалось, что перекрест кривых нейтрофилов и лимфоцитов происходит в возрасте 3—4 лет, то есть средний процент нейтрофилов составляет 45,02 и средний процент лимфоцитов — 45,46.

Таблица 1

Лейкоцитарная формула у здоровых детей
дошкольного возраста г. Нарына

Возраст в годах	Б	Э	Нейтрофилы				Л	М	Клетки Тюрка
			Ю	П	С	всего			
3	0,04	3,86	0,01	2,57	40,44	43,01	47,43	5,38	0,16
4	0,015	4,22	0	2,88	44,15	47,03	43,50	5,00	0,06
5	0,04	4,57	0	2,55	46,00	48,55	41,75	4,85	0,13
6	0,01	4,42	0,005	2,60	46,30	48,90	40,15	5,25	0,14
7	0,005	4,92	0	2,38	48,74	51,12	39,30	4,54	0,07

Из таблицы 1 следует, что процент эозинофилов с возрастом несколько увеличивается — от 3,86 в 3 года до 4,92 в 7 лет. Содержание базофильных лейкоцитов у детей колеблется от 0,005% до 0,04%.

Юные формы нейтрофилов, по нашим данным, почти отсутствуют и отмечается малое процентное содержание их; только в возрасте 3 лет — 0,01 и в возрасте 6 лет — 0,005.

Палочкоядерные формы нейтрофилов в крови (в пределах от 2,38% до 2,88%). Отмечается небольшая тенденция к снижению их с возрастом.

Процентное содержание сегментоядерных нейтрофилов у детей колеблется в пределах от 40,44 в 3 года до 48,74 в 7 лет. Отмечалось постоянное увеличение их с возрастом — от 3 до 7 лет.

Содержание моноцитов в крови у детей в этих возрастах тоже претерпевает определенные колебания — отмечается некоторое снижение процента моноцитов с возрастом.

Плазматические клетки (клетки Тюрка) встречались в пределах от 0,06% до 0,16%.

Принимая во внимание, что для выявления реактивности организма большое значение имеет лимфоцитарный индекс по Б. Ф. Шагану и нейтрофильный индекс по Ш. Д. Мошковскому, нами определены эти индексы.

Лимфоцитарный индекс Б. Ф. Шагана в среднем колебался от 0,83 до 1,21, а нейтрофильный (ядерный) индекс Ш. Д. Мошковского — от 4,58% до 6,76%.

С возрастом у детей от 3 до 7 лет — постоянных жителей г. Нарына — отмечается снижение лимфоцитарного индекса и имеется тенденция к снижению нейтрофильного индекса.

В величине РОЭ, как видно из таблицы 2, закономерного увеличения или уменьшения как у мальчиков, так и у девочек от 3 до 7 лет не отмечалось. В среднем РОЭ у мальчиков колебалась в пределах от 7,0 мм до 7,9 мм в 1 час, у девочек — от 6,4 мм до 8,0 мм в 1 час. Зависимость скорости РОЭ от пола не отмечается.

Полученные результаты по лейкоцитарной формуле и величине РОЭ сопоставлены с соответствующими данными, полученными на низкогорье и в центральных районах СССР (А. Ф. Смышляева, 1960; А. Ф. Тур, 1963; К. Я. Фараджева, 1964).

Таблица 2
Реакция оседания эритроцитов за 1 час у здоровых детей 3—7 лет
г. Нарына

Возраст в годах	Пол	N	Min	Max	M	m(M)	Σ	m(σ)	V	m(V)
3	Мальчики	50	1	15	7,22	0,58	4,10	0,41	56,78	5,67
4		68	1	15	7,90	0,49	4,02	0,34	50,88	4,36
5		74	1	15	7,50	0,51	4,44	0,36	52,20	4,86
6		66	1	15	7,00	0,51	4,11	0,36	58,71	5,11
7		42	1	15	7,57	0,66	4,31	0,47	56,93	6,21
3	Девочки	50	1	14	6,80	0,48	3,43	0,34	50,44	5,04
4		59	1	15	7,60	0,55	4,22	0,38	55,52	5,11
5		68	1	15	6,40	0,49	4,09	0,35	63,90	5,48
6		70	1	16	8,00	0,49	4,10	0,34	51,25	4,33
7		50	1	15	7,76	0,55	3,89	0,39	50,11	5,01

Из сопоставлений выявлено, что у здоровых детей дошкольного возраста, постоянно проживающих на высокогорье Киргизии, наблюдается повышенное количество лимфоцитов, по сравнению с таковым у детей г. Баку, вместе с тем, по сравнению с данными у детей гг. Фрун-

зе, Ленинграда и Томска, у первых, наоборот, — меньшие показатели лимфоцитов.

Показатели нейтрофилов у детей, постоянно проживающих в условиях высокогорья Киргизии, представляют большую величину по сравнению с данными о детях, проживающих в условиях гг. Фрунзе, Ленинграда и Томска, и меньшую величину — по сравнению с данными о детях, проживающих в г. Баку.

Среднее содержание эозинофилов в крови у детей г. Нарына выражается большими цифрами по сравнению с данными, полученными у детей одинаковых возрастов по г. Ленинграду и г. Томску.

Количество моноцитов у детей, проживающих в условиях высокогорья, превышает соответствующие данные, полученные у детей как низкогогорья Киргизии, так и на равнинных местностях в некоторых городах СССР.

Скорость РОЭ у детей в возрасте 3—7 лет — жителей высокогорья Киргизии — выражается меньшими величинами, чем РОЭ у детей соответствующих возрастов в центральных районах СССР.

Указанное различие в показателях лейкоцитарной формулы крови и величине РОЭ у детей на высокогорье Киргизии является одной из характерных особенностей ответной реакции организма детей на длительное влияние высокогорной гипоксии Тянь-Шаня.

Таким образом, полученные нами данные о показателях лейкоцитарной формулы и величины РОЭ у детей дошкольного возраста могут быть приняты во внимание в качестве нормативов для детей, проживающих в условиях высокогорья Киргизии.

УДК 618.996.121:616.36

ОБ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Р. Г. Григорьянц

Из хирургического отделения Наманганской областной больницы

Эхинококкоз печени имеет многовековую историю. Еще Гиппократ в своих трудах описал эхинококкоз печени, который он лечил прижиганием каленым железом через брюшную стенку; однако до настоящего времени проблема эхинококкоза не потеряла своей актуальности.

В хирургических отделениях Ферганской долины за период с 1956 по 1971 годы наблюдалось 656 больных эхинококкозом. У 288 больных эхинококковая киста локализовалась в печени. По данным большинства авторов (А. А. Изотова, 1953; К. Ф. Богданов, 1959; В. Я. Кузмичев, 1961; С. У. Аединов, 1961; И. К. Ахунбаев, 1964, 1965 и др.), эхинококковая болезнь печени занимает первое место среди эхинококковых заболеваний. Однако отдельные авторы (И. Я. Дейнека, 1968 и др.) указывают на более низкий процент локализации эхинококковых кист в печени (40%).

Наши данные совпадают с данными второй группы авторов. Нами отмечено превалирование локализации эхинококкоза в легких. Эхинококкоз печени составляет 43,9%. Женщины болеют эхинококкозом чаще. Среди наших 288 больных было 160 женщин (55,5%) и 128 мужчин (44,5%). О более частом поражении женщин эхинококкозом печени сообщают К. В. Мраморнов (1944), Э. С. Мартикян (1964), Н. Р. Назаревский (1967) и др.

Основная масса больных с эхинококкозом печени была в возрасте 16—50 лет (76,2%). Дети до 15 лет составляли также весьма высокий процент среди больных (42 человека). Возраст больных от 4 до 70 лет.

Эхинококковая киста локализуется во всех долях печени, причем частота их поражения неодинакова. Поражение правой доли печени мы наблюдали у 241 больного, у 42 больных эхинококковая киста локализовалась в левой доле, из них у 16 больных было сочетанное поражение эхинококкоза печени и других органов и тканей, у 5 больных эхинококковые кисты располагались в обеих долях печени.

Более частая поражаемость правой доли печени объясняется тем, что она имеет больший размер, более широкую ветвь воротной вены, по которой в основном происходит проникновение зародыша-паразита.

Клиника неосложненного эхинококкоза печени неодинакова и зависит от стадии развития паразита.

В начальной стадии, когда эхинококковая киста небольших размеров, располагается глубоко, печень не увеличена, капсула её не напряжена, больные жалоб не предъявляют. Клинические признаки заболевания проявляются, когда эхинококковая киста достигает больших размеров, оказывает давление на окружающую ткань печени, желчные протоки, вызывая нарушение функциональной деятельности органа, или когда наступают осложнения (нагноение, перфорация).

В клинической картине эхинококкоза печени мы различаем 3 стадии: а) первая стадия — латентная, бессимптомная — от момента инвазии зародыша-паразита до первых признаков заболевания; б) вторая стадия — появление и развитие симптомов болезни; в) третья стадия — стадия осложнений в виде нагноения, перфорации и обызвествления эхинококковых кист печени.

Многообразие клинических проявлений болезни связано, по-видимому, с типологическими особенностями высшей нервной деятельности.

Наиболее частым симптомом эхинококкоза печени является боль в правом подреберье, чаще тупая. Однако отдельные больные ещё задолго до появления болевых ощущений отмечали чувство тяжести, неприятные ощущения в эпигастральной области. По мере развития заболевания у некоторых больных наслаивался и ряд симптомов, не

Таблица 1

Изменения печени при эхинококкозе

Симптоматика нарушений	Характеристика нарушений	Число больных
В норме		24
Увеличение	на 2—3 см	141
	до 5 см	99
	до пупка	19
	ниже пупка	5
Изменение консистенции	не изменена	31
	плотная	257
Поверхность органа	гладкая	248
	неровная	49
Болезненность	безболезненная	22
	болезненная	266

являющихся патогомоничными для эхинококковой болезни. К числу их следует отнести нарастающую слабость, недомогание, нарушение аппетита, похудание. 86% больных начало заболевания связывают с появлением в правом подреберье или подложечной области опухолевидного образования. Наибольшие изменения нами обнаружены при пальпации печени (табл. 1).

Эхинококковые кисты, расположенные под куполом диафрагмы и в глубине печени, недоступны для пальпации. Больные поступают в стационар в разные сроки от начала проявления первых признаков болезни (табл. 2).

Таблица 2
Сроки поступления больных в стационар при эхинококкозе печени

Всего больных	до 1 года	от 2 до 5 лет	6—10 лет	11—15 лет
288	115	104	41	28

Как видно из таблицы 2, основная масса больных (75%) поступила в стационар в относительно ранние сроки — до 3—5 лет от начала заболевания. Несмотря на длительность заболевания, общее состояние больных было при этом удовлетворительным.

Из общего числа больных с эхинококкозом печени (288) у 14 отмечалось нагноение эхинококковой кисты и у 6 больных — перфорация эхинококкового пузыря в свободную брюшную полость. Нагноение — одно из самых частых осложнений эхинококкоза печени. Нагноение эхинококковой кисты протекало с повышением температуры тела, с болями и тяжестью в правой половине эпигастральной области. Как правило, больные щадили правую половину живота, в постели лежали на правом боку с приведенными к животу ногами. У 4 больных клиническая картина нагноившегося эхинококкоза печени протекала по типу абсцесса её.

Больной Б., 40 лет, поступил 20. X. 1966 года с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры тела, озноб, общую слабость. Заболел внезапно 4 дня назад. Направлен в стационар с диагнозом «абсцесс печени».

После клинического обследования установлен диагноз нагноившегося эхинококкоза печени. 23. X. 1966 года произведена операция, при которой обнаружена значительных размеров эхинококковая киста в правой доле печени с серозногнойным содержимым. Произведена открытая одномоментная эхинококкотомия. Послеоперационное течение протекало с обильным отделяемым из раны. Выписан через 72 дня в удовлетворительном состоянии.

Перфорация эхинококковой кисты печени является одним из частых и грозных осложнений. Мы наблюдали перфорацию эхинококковой кисты у 6 больных (2%). Этиологическим моментом прорыва кисты у этих больных послужили травма живота, перенапряжение брюшной стенки, падение с высоты.

Клиническая картина протекала по типу «острого живота». Следует отметить, что прорыв эхинококковой кисты печени в брюшную полость является очень серьёзным осложнением болезни, ибо при этом происходит обсеменение брюшной полости эхинококковыми пузырями.

Поражение печени эхинококкозом сопровождается нарушением функции её. Мы исследовали функцию печени при эхинококкозе у 82 больных. При определении содержания сахара в крови, по методу Хагедорна — Иенсена, натощак и с нагрузкой глюкозы установлено, что содержание его колеблется от 65 мг% до 85 мг%. Отмеченное некоторое понижение уровня содержания сахара в крови указывает на незначительное нарушение углеводного обмена.

Исследуя содержание протромбинового комплекса крови, мы нашли некоторое понижение его — от 65 мг% до 90 мг%. Мы считаем, что при поражении печени эхинококкозом происходит нарушение синтеза протромбина в печени и усвоения витамина «К».

Исследование антитоксической функции печени у 82 больных производили по методу Квика-Пытеля на синтез гиппуровой кислоты, при этом у 22 больных отмечено понижение её.

Учитывая функциональные нарушения печени при эхинококкозе как результат сдавления печеночной ткани кистой, а также токсическое действие эхинококковой жидкости на печеночные ткани, необходимо уделять серьёзное внимание профилактике и лечению печеночной недостаточности перед операцией и после нее.

Наиболее постоянным признаком при постановке диагноза эхинококкоза печени является реакция оседания эритроцитов, которую мы наблюдали ускоренной в 83,2%, причем иногда ускорение доходило до 50—60 мм/час. Эозинофилия при эхинококкозе встречается нередко. По нашим данным, эозинофилия наблюдалась у 53,2% больных.

Изучая количество лейкоцитов в периферической крови, мы пришли к выводу, что показатели его не имеют особого диагностического значения.

Кожно-аллергическая реакция Кацони была положительной у 89% больных.

Предоперационная подготовка больных при операциях на печени по поводу эхинококкоза её имеет существенное значение. Она должна быть направлена на улучшение общего состояния больного, уменьшение интоксикации, улучшение функционального состояния печени.

Предоперационная подготовка у наших больных заключалась во внутривенном вливании 40% раствора глюкозы, 5% раствора аскорбиновой кислоты, в подкожном введении инсулина до 8 ЕД, внутримышечном введении кампагона в дозе 2,0, даче липокаина, мегниона. В отдельных случаях больным производились гемотрансфузии, вливание белковых препаратов.

Обезболивание при операциях по поводу эхинококкоза печени не имеет каких-либо специфических особенностей. Из 288 больных оперированы под общим обезболиванием 63%, под местной анестезией 37%. Местная анестезия сочеталась с внутримышечным введением за 40 мин до операции соответственно возрасту и весу больного литической смеси, предложенной П. К. Дьяченко и В. И. Виноградовым (1957) и состоящей из аминазина (2%—1,0), димедрола (2%—2,0), промедола (2%—2,0), скополамина бромисто-водородного (0,05%—1,0), витамина В₁ (5%—1,0). Через 15—20 минут после введения указанной смеси у больного наступает выраженная психическая и моторная заторможенность, сонливость, расслабление скелетной мускулатуры, угнетение страха, связанного с предстоящей операцией. В настоящее время при операциях по поводу эхинококкоза печени широко применяется эндотрахеальный наркоз, имеющий несомненные преимущества перед местной анестезией.

Имея дело с разнообразными формами эхинококковой болезни, мы при хирургических вмешательствах пользовались различными методами оперативного лечения при эхинококкозе.

У 12 больных нами применен открытый метод, который имел большие недостатки: длительное пребывание больного в стационаре, обильное, порою гнойное отделяемое, истощение больного.

107 больным нами произведена закрытая одномоментная эхинококкотомия по Боброву-Спасокукоцкому.

С целью максимального уменьшения остаточной полости фиброзной капсулы и предупреждения скопления жидкости в ней 77 боль-

ным нами произведена одномоментная закрытая эхинококкотомия с инвагинацией свободных краев широко раскрытой капсулы.

56 больных с эхинококкозом печени, оперированных по методу, разработанному на кафедре госпитальной хирургии Андиганского медицинского института.

Частичную резекцию печени при эхинококковой болезни мы произвели 6 раз.

По нашему мнению, закрытая эхинококкотомия является лучшим методом оперативного лечения эхинококкоза печени.

СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Проспидин — Prospidinum — N_1N^{III} (бис- γ -хлор-В-оксипропил) N_1N^{II} дигидропиперазин.

Синоним: Prospidii Chloridum.

Белый кристаллический порошок. Растворим в воде.

Проспидин близок по строению к спиразидину, однако отличается тем, что вместо хлорэтильных групп содержит две хлороксипропильные группы.

Проспидин является цитостатическим веществом. Подобно спиразидину, не оказывает выраженного угнетающего действия на клеточное деление и обладает также противовоспалительной активностью. Менее токсичен, чем спиразидин и реже вызывает побочные эффекты (особенно парестезии).

Основными показаниями для применения проспидина являются рак гортани и злокачественные новообразования глотки. Более чувствительны к препарату экзофитно растущие и гистологически малодифференцированные новообразования. Действию препарата легче поддаются метастазы, чем первичная опухоль. Применяют также проспидин при раке легких, яичников, лимфогранулематозе. Имеются данные об эффективности препарата при ангиоретикулёзе Капоши.

Вводят проспидин внутривенно или непосредственно в опухоль.

Препарат выпускают во флаконах по 0,06, 0,1 и 0,2. Сухое вещество растворяют перед применением в изотоническом растворе натрия хлорида (по 1 мл на каждые 10—20 мг препарата).

Начальная разовая (она же суточная) доза составляет 60—200 мг (0,06—0,2 г). Ослабленным и истощенным больным (а также при обширных распадающихся опухолях) вводят, начиная с 60 мг (0,06 г). При хорошей переносимости дозы увеличивают через 5—6 дней сначала до 90 мг, а затем (еще через 3—6 дней) до 120—200 мг. Длительность курса лечения в среднем 30 дней.

В случаях рубцевания или склерозирования тканей вокруг опухоли, когда трудно рассчитывать на поступление препарата в достаточной концентрации в ткани новообразования при введении в вену, чередуют внутривенные инъекции с местным применением, в первый день вводят проспидин непосредственно в ткань опухоли, во второй — внутривенно. Дозы при местном применении такие же, как при введении в вену.

При папилломатозе гортани препарат применяют также местно в виде 30% или 50% мази.

Проспидин можно сочетать с лучевой терапией.

Препарат обычно хорошо переносится. В отдельных случаях возможны головокружение, парестезии, повышенная чувствительность к холоду. Эти явления проходят при снижении дозы или увеличении интервалов между инъекциями. Возможны также уменьшение аппетита, тошнота, головная боль.

С осторожностью следует применять при заболеваниях печени и почек, при обширных распадающихся опухолях возможны кровотечения.

Хранение: список Б. В прохладном месте.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

УДК 576.858

ВЫДЕЛЕНИЕ АРБОВИРУСОВ ОТ ПТИЦ В МЕСТАХ ИХ МАССОВОГО ПРОЛЕТА

*С. Н. Стеблянко, Ф. Р. Карась, С. Г. Варгина, Б. С. Зунунбеков,
А. Кененбаева, Н. А. Гонтарь, Г. С. Умрихина, Т. Ф. Федянина,
Д. К. Львов*

Из Киргизского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии
и гигиены Киргосмединститута

Для многих известных арбовирусов, распространенных на двух и более континентах, основным резервуаром для заражения переносчиков являются птицы. Последние играют определяющую роль в формировании природных очагов таких арбовирусных инфекций, как восточный и западный энцефаломиелиты лошадей, лихорадка Западного Нила, Венесуэльский энцефалит лошадей, инфекций, вызываемых вирусами Синдбис, Турлок и др. Птицы, ведущие колониальный образ жизни и мигрирующие на большие расстояния, могут быть источниками формирования очагов арбовирусных инфекций на новых территориях.

Наличие сезонных путей миграции птиц через Киргизию из Индии, стран Ближнего Востока и Африки, многочисленность и разнообразие видового состава (более 232 видов птиц) обусловили необходимость изучения их как носителей арбовирусов на территории Чуйской долины.

Чуйская долина по своим природно-климатическим условиям является благоприятной для формирования и поддержания природных очагов арбовирусных инфекций. Сумма эффективных температур — $\Sigma 20^{\circ}$ — составляет 1730—2025° с общим числом теплых дней (со средне-суточной температурой $\geq 20^{\circ}$) в году от 75 до 82, что вполне достаточно для включения в цикл циркуляции вирусов в качестве переносчиков не только клещей, но и комаров.

Вирусологическое исследование птиц Чуйской долины проводилось нами с 1971 года, птицы добывались и определялись в орнитологических стационарах Института биологии АН Киргизской ССР. Всего исследовано в 777 биопробах 1978 экземпляров более 90 видов птиц. Вирусы выделяли путем внутримозгового заражения 1—2-дневных белых мышей суспензией из смеси внутренних органов 2—3 экземпляров птиц, относящихся к одному виду. При исследовании птиц, отстрелянных в местах их массового пролета (Токмакский госзаказник и пойма реки Ак-Су в Московском районе), выделено 12 штаммов вирусов от десяти видов птиц. По степени распространения эти птицы могут быть отнесены к следующим группам: доминирующие — воробьи черногрудые; многочисленные — скворцы; обычные — жаворонки, трясогузки, ласточки; малочисленные — сорокопуты, сизоворонки, шурки, зимородки, удои. По видовому составу эти птицы принадлежат к отрядам воробьиных, ракшеоб-разных и удообразных.

За исключением жаворонка полевого, все указанные виды птиц являются перелетными, но отстреляны они в период гнездования (май — июнь).

От всех видов птиц выделено по одному штамму вирусов и лишь от грызунов белых — три штамма.

Идентификация изолированных штаммов вирусов проводилась в реакции связывания комплемента (РСК) со специфическими иммунными сыворотками и иммуно-асцитическими жидкостями. При этом была исключена принадлежность их к мышинным вирусам ЛХМ, РЕО-3, эктромилии, а также орнитозу.

Штамм 2514 оказался антигенно-родственным с целой группой вирусов, выделенных ранее на территории Киргизии от летучих мышей и клещей, снятых с них. Указанные штаммы отнесены к новому для науки вирусу Иссык-Куль.

Родственным вирусу Сокулук, изолированному впервые в Киргизии от летучих мышей (штамм 400), оказались штаммы 100, 2844 и 2868.

Идентифицированы как вирусы клещевого энцефалита (КЭ) штаммы 1260 и 2559. Титры в РСК со специфической иммунной сывороткой КЭ равнялись соответственно 1:16, и 1:32. В районе обследования и ранее выделялись вирусы клещевого энцефалита от преимагинальных стадий клещей *Naem. punctata*, снятых с фазанов (штаммы 1700 и 2269), а также с крупного рогатого скота (штамм 1280).

Штаммы 2726, 2724, 2735, 2811, 2840 и 2866 оказались антигенно-идентичными. В перекрестных РСК со своими иммуно-асцитическими жидкостями (ИАЖ) титр КС-антител составил 1:128. Эта группа штаммов не имела антигенных связей с 71 ИАЖ известных арбовирусов различных групп. Установлена идентичность данных штаммов лишь к новым вирусам, выделенным Институтом вирусологии АМН СССР в Узбекистане в 1971—72 годах (штаммы Уз. 1577 и Уз. 1308). Указанная группа штаммов вирусов, по-видимому, имеет широкое распространение на территории Киргизии и обширную природную очаговость в Чуйской долине. Это подтверждается выделением вирусов от птиц различных видов, от млекопитающих (хорь), добытого в Московском районе в июне 1973 года (штамм 2662), а также результатами серологического исследования. Иммуниет к вирусам этой группы установлен у 4,1% обследованного населения Чуйской долины, у 6,9% грызунов и 1,5% диких птиц.

Для изучения биологических свойств вирусов, выделенных от птиц, нами взяты прототипные штаммы из каждой группы (штаммы 2559 — вирус КЭ, 2514 — вирус Иссык-Куль, 2868 — вирус Сокулук и 2724 — вирусы новой антигенной группы).

Исучаемые вирусы оказались патогенными для 1—2-дневных белых мышей при внутримозговом заражении. Титр вируса в мозгу зараженных мышей составил 4,7—7,5. Инкубационный период колебался в пределах 4—6 дней. Для 7-граммовых мышей патогенным оказался штамм 2559 при различных методах заражения. При внутрибрюшинном заражении взрослых белых мышей вызывали их гибель штаммы 2559 и 2514.

Штамм 2724 вызывал заболевание и гибель новорожденных сирийских хомячков, при внутримозговом и подкожном методах заражения титр вируса в мозгу составлял $5,0 \lg LD_{50}$ (0,02 мл).

Результаты определения чувствительности вирусов к дезоксирибонуклеату натрия (ДОХ) и эфиру показали, что под их воздействием титр вируса снизился в 3—5 раз, что свидетельствует о наличии характерной для арбовирусов липидной оболочки.

Гемагглютинирующая активность вирусов определялась в реакции гемагглютинации (РГА) с эритроцитами гуся, барана и человека. Исследования проводились в диапазоне рН от 6,0 до 7,0 при температурах 37, 20 и 0 градусов. При этом установлены гемагглютинирующие свойства в отношении эритроцитов гуся у штамма 2724, вирусов клещевого энцефалита и Сокулук. Гемагглютинация наступала при разведении антигенов 1:40 и 1:60. После обработки антигена протаминсульфатом гемагглютинирующая активность возросла в 2—4 раза.

При вирусологическом исследовании птиц Чуйской долины изолированы вирусы клещевого энцефалита Сокулук, Иссык-Куль и штаммы новой антигенной группы.

Выделение вирусов в период гнездования (при отрицательных результатах исследования во время весеннего прилета) позволяет предположить местное заражение птиц.

Выделение вирусов Иссык-Куль и Сокулук от птиц, ранее изолированных от летучих мышей, свидетельствует о широкой циркуляции этих арбовирусов на территории Чуйской долины.

УДК 371.7

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ УЧАЩИХСЯ СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

Т. А. Кожомкулов, Ж. Ж. Жороев

Из кафедры гигиены санфака Киргосмединститута и Наукатской райэпидстанции
Ошской области

Школа-интернат Наукатского района Ошской области построена по типовому проекту и предназначена для обучения детей из отдаленных населенных пунктов и детей чабанов.

В школе обучаются около 300 детей, они находятся на полном государственном обеспечении, за исключением времени каникул.

В последние годы районная санэпидстанция осуществляет постоянный контроль за состоянием питания и здоровья детей. Причем эта работа проводится комплексно.

В данном сообщении мы приводим отдельные показатели здоровья (физическое развитие, заболеваемость по данным обращаемости, картина периферической крови) и работоспособности по корректурному тесту Иванова-Смоленского, треметрии. Все исследования проводились методами, широко принятыми в гигиенической практике. Накопленный материал обработан методом вариационной статистики.

Как и следовало ожидать, чем старше обследуемые дети, тем выше их физическое развитие. Темпы прироста этих показателей в различные периоды жизни детей и подростков неравномерны.

Средняя арифметическая роста (M) у мальчиков колебалась от 118,2 см в 8 лет до 157,5 см в 16 лет, у девочек — от 116,0 см в 8 лет до 146,7 см в 16 лет. До 9 лет включительно рост у мальчиков преобладает более чем на 2 см по сравнению с ростом у девочек. В 10 лет происходит первый перекрест, когда рост девочек обгоняет рост мальчиков. В 15 лет происходит второй обратный перекрест кривых.

Вес у мальчиков колеблется от 23,6 кг в 8 лет до 50,7 кг в 16 лет, у девочек — от 23,0 кг в 8 лет до 48,2 кг в 16 лет. Первый перекрест происходит между 10 и 12 годами, второй — в 16 лет.

Исследования окружности грудной клетки (в паузе, во время вдоха) и экскурсий ее показывают, что объем грудной клетки у девочек больше в 9—11 лет, начиная с 12 лет, основные параметры больше у мальчиков.

Показатели жизненной емкости легких, ручной динамометрии во всех возрастных группах больше у мальчиков, что говорит об отставании девочек в физическом развитии.

Увеличение темпов годовых прибавок показателей физического развития начинается раньше у девочек, что объясняется более ранним началом у них периода полового созревания. Наибольшие годовые прибавки роста наблюдаются у мальчиков в 11—14 лет и старше, у девочек — в 10—14 лет, по весу — у мальчиков в 11—14 лет и старше, у девочек — в 12—14 лет, по окружности грудной клетки — определенной закономерности найти не удалось.

Сравнивая полученные нами показатели с данными литературы, можно сказать, что воспитанники школы-интерната по росту-весовым показателям соответствуют, а в отдельных возрастных группах даже превосходят своих сверстников из Джанги-Джольского района (Т. А. Кожомкулов и соавт., 1973). По физиометрическим данным (ЖЭЛ, динамометрия), напротив, отстают.

Сравнение с нормативами физического развития детей школьного возраста Наукатского района, разработанными Р. Ш. Абакуловым (1970), показало, что только по весу в отдельных возрастных группах учащиеся школы-интерната превышают стандарт или приближаются к нему. По остальным параметрам показатели у них ниже, что говорит об отставании в физическом развитии воспитанников школы-интерната; вероятно, не последнюю роль в этом играют организация и уровень питания.

Доказательством этого является то, что, по нашим данным, учащиеся Караванского СПТУ по всем показателям физического развития превосходят своих сверстников—воспитанников школы-интерната.

Нами проводилось также исследование периферической крови у 45 детей. Количество эритроцитов колеблется у них в пределах 4210000—5000000 в 1 мл, составляя в среднем $4470000 \pm 19,7$; лейкоцитов—от 4000 до 12900, в среднем $6411,1 \pm 29,7$; гемоглобина — от 70,8 до 92,4%, в среднем $78,9 \pm 0,5\%$.

Количество эритроцитов, лейкоцитов у обследованных нами детей соответствует нормам Р. Ш. Абакулова, показатели же у этих детей выше.

Заболеваемость нами изучалась по данным обращаемости за 2 учебными года. В течение 1971—1972 учебного года дети лечились в общей сложности от 34 заболеваний, а в следующем учебном году — от 23. В суммарном виде за 2 года значительное количество обращений падает на заболевания органов дыхания (грипп, катары, ангина, тонзиллиты)—69,0%, на кожные заболевания—27,76%. На долю других нозологических единиц приходится 3,24% обращений. Значительное преобладание простудных и кожных заболеваний, по-видимому, зависит и от неблагоприятных метеорологических и санитарно-бытовых условий в классах и в спальных комнатах. В зимний период работниками санэпидстанции регистрировались случаи выхода из строя котельной в школе, что приводило к снижению температуры во всех помещениях, выводило из строя прачечные, умывальные. В настоящее время санэпидстанцией и руководством школы-интерната разработаны меры по улучшению санитарных условий в школе. В процессе осуществления этих мер более подробно будут изучаться вопросы заболеваемости.

Исследования по работоспособности проводились в осенний период, когда учащиеся начальных классов уже учились, учащиеся старших классов работали на табачной плантации, оказывая помощь колхозникам.

Как известно, тремор возникает в случае нарушения координации движений. Хотя произвольное дрожание конечностей является нормальным физиологическим явлением, но, в зависимости от условий тру-

да и степени утомления изменяется и амплитуда его. Нами рассчитывались два показателя: время в секундах, за которое испытуемые проходят дистанцию тренометра, и частота тремора в секунду.

Учащиеся начальных классов дистанцию тремора к началу учебного дня проходили в среднем за $26,5 \pm 0,9$ сек, к концу—за $27,5$ сек. Этот же показатель у учащихся старших классов, работавших на табачной плантации, выше: $27,4 \pm 0,7$ сек — до начала и $28,0 \pm 0,6$ — в конце уроков ($P > 0,5$),

Частота дрожательных движений рук была довольно высокая в обеих группах: в начальных классах— $18,8 \pm 0,9$ в сек до уроков и $22,3 \pm 0,5$ сек— после уроков ($P < 0,5$), в старших классах соответственно $18,2 \pm 0,7$ и $29,4 \pm 0,6$ в секунду ($P < 0,001$).

Количество просмотренных знаков в начальных классах в конце дня несколько повышается, быть может, из-за торопливости учащихся, которые хотели бы побыстрее закончить занятия и выйти на свежий воздух. Зато количество ошибок увеличилось более чем в 2 раза. Коэффициент точности у них перед началом урока составлял 0,79, а коэффициент работоспособности—403, после уроков соответственно—0,63 и 341. Таким образом, под влиянием дневных занятий у учащихся начальных классов коэффициент точности снизился на 0,16, а коэффициент работоспособности—на 52, что составляет 15,3% исходной величины. Количество просмотренных знаков при введении пробы на дифференцировку резко снижается, увеличивается частота ошибок на 1000 знаков. Увеличение этого показателя к концу занятий происходит как за счет снижения темпа работы, так и за счет увеличения допущенных ошибок.

Учащиеся старших классов утром перед работой просмотрели меньшее количество знаков, чем учащиеся младших классов, вероятно, это связано с усложнением условий эксперимента. Абсолютное количество и частота ошибок на 500 просмотренных знаков к концу дня увеличивается у учащихся старших классов не так резко, как у учеников в начальных классах. Зато при проведении пробы на дифференцировку резко снижается темп работы и увеличивается как количество, так и частота ошибок на 1000 знаков ($P < 0,5$).

Коэффициенты точности и работоспособности у учащихся старших классов обнаруживают несколько иную картину по сравнению с таковыми у учащихся младших классов.

Так, коэффициент точности у учащихся старших классов составлял 0,02, коэффициент работоспособности—8,1. В конце рабочего дня соответственно—0,06 и 25,7. Таким образом, мы видим, что, несмотря на некоторую физическую усталость, у учащихся старших классов произошло возрастание коэффициента точности на 0,04, а коэффициента работоспособности—на 17,6, т. е. умственная работоспособность возросла более чем в три раза от исходной величины.

Анализ полученных данных по определению степени утомления проведенными методами показывает, что учащиеся начальных классов физически утомляются нерезко (по тренометрии). Более резко выражены у них признаки снижения умственной работоспособности. Увеличение объема выполненной работы при увеличении количества ошибок является результатом нарушения равновесия процессов возбуждения и торможения в сторону преобладания первых.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 612.017

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПО ТЕСТУ «КОЖНАЯ АУТОФЛОРА»

А. Б. Зотова, Л. И. Факторович

Из Киргизского НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены

Изучение кожной аутофлоры как теста, характеризующего напряженность естественного неспецифического иммунитета, применяется редко. Этот тест рекомендован Н. Н. Клемпарской и О. Г. Алексеевой (1959) и испытан Н. Н. Клемпарской (1966), Е. В. Русаковой и Н. В. Русаковым (1964) и др. в исследовании иммунологической реактивности при лучевых поражениях и оценивается авторами как один из наиболее чувствительных и ранних показателей изменения состояния реактивности организма. Последнее связано с тем, что в процессе эволюции на коже создан своеобразный микробный пейзаж из микрофлоры, адаптированной к жизни именно на коже. В нормальном состоянии организм способен уничтожать микробы окружающей среды, непрерывно попадающие на кожу, сохраняя этим ее количественное и качественное постоянство.

Снижение защитных сил организма способствует нарушению биоценоза со стороны нормальной микрофлоры организма вообще и кожной аутофлоры в частности.

Задачей настоящей работы явилось изучение количественного и качественного состава микрофлоры кожи у практически здоровых детей, посещающих детские ясли и сады, и на основании полученных результатов дать оценку иммунобиологической реактивности организма.

Кожная аутофлора изучена у 629 детей в возрасте от 1 года до 6 лет. Возрастные группы были равноценны и распределялись следующим образом: детей 1 года было 109, 1—2 лет — 102, 2—3 лет — 103, 3—4 лет — 104, 4—5 лет — 103, 5—6 лет — 108; девочек — 319, мальчиков — 310.

Исследования проводили весной (апрель) и осенью (сентябрь) путем снятия отпечатков с кожи живота на предметные стекла с пластинками среды Коростелева в модификации Н. Н. Клемпарской и О. Г. Алексеевой (1959). Среда обладает способностью подавлять рост сапрофитов, что дает возможность судить как об общем числе, так и о числе более патогенных штаммов, разлагающих маннит — желтые колонии, в отличие от белых и зеленых, не разлагающих маннит.

Изучалась поверхностная и глубинная микрофлора. Последняя — при отпечатке с кожи, предварительно протертой 0,25% раствором аммиака.

Кроме количественной характеристики, на участке кожи, равном величине предметного стекла, изучали биологические свойства выделенных микробов. Так как основным обитателем кожи является стафилококк, его дифференцировали по цвету пигмента, гемолитической, лецитиназной и плазмокоагулирующей способности, чувствительности к

антибиотикам, фаготиповой принадлежности. Всего изучено 1114 штаммов.

Анализируя количество микробов на коже у детей в зависимости от возраста, мы сгруппировали их по количеству выросших колоний на пластинках, при этом условно считали, что дети с числом микробов до 10 колоний обладают высокими защитными реакциями, от 10 до 50—средними и более 50—низкими.

В среднем у 50% детей 1—6 лет глубинная микрофлора давала рост до 10 колоний и, следовательно, можно предположить, что эти дети обладали высокими защитными реакциями. 35% детей отнесены к группе со средней иммунологической реактивностью, 15%—с низкой, у этих детей на пластинках выросло от 50 колоний до количества, не поддающегося подсчету.

Характерно, что низкая иммунологическая реактивность наблюдалась чаще у годовалых детей—31% и только 25% детей этого возраста можно было отнести к группе с высокой степенью защиты. С увеличением возраста увеличивалось и число детей с хорошей реактивностью (51—58%). Об этом же свидетельствуют и данные подсчета средней арифметической числа микробов в зависимости от возраста детей (табл.).

Т а б л и ц а

Среднее количество микробов на коже

Возраст детей в годах	Микрофлора поверхностная $M \pm m$	Микрофлора глубинная $M \pm m$	t различий
1	$91 \pm 5,1$	$110 \pm 5,65$	2,38
2	$29 \pm 1,38$	$51 \pm 3,51$	5,83
3	$15 \pm 0,67$	$40 \pm 3,92$	6,29
4	$19 \pm 2,03$	$37 \pm 4,29$	3,79
5	$18 \pm 2,26$	$43 \pm 3,17$	6,42
6	$28 \pm 4,82$	$43 \pm 4,23$	2,34
В среднем 1—6	$33 \pm 1,97$	$54 \pm 1,97$	7,74

У детей 1 года количество микробов на коже в 2—2,5 раза больше, чем у детей более старших возрастов. Во всех возрастных группах количество глубинной микрофлоры, выступающей на поверхность кожи с секретами кожных желез, после протирания ее 0,25% раствором аммиака было значительно больше, чем поверхностной (в среднем у детей 1—6 лет $54 \pm 1,97$ против $33 \pm 1,97$). Это согласуется с данными других авторов (А. И. Рудова, Л. М. Билас, 1969).

Уже по внешнему виду пластинок со средой Коростелева с выросшими на них колониями можно судить о степени защитных реакций ребенка, с кожи которого сделан отпечаток. Если цвет среды не изменен (зеленый) и на нем редкие зеленые или белые колонии, можно предположить высокую реактивность организма. У ребенка с низкой реактивностью пластинка со средой меняет цвет на желтый полностью или го желтых колоний. Идентификация их по величине и оттенкам, множищечные палочки, но наряду с ними может быть и стафилококк с желтым пигментом.

Дифференцированный подсчет колоний на пластинках показал, что количество микробов, разлагающих маннит, составляло в среднем 37% как в отпечатках поверхностной, так и глубинной флоры.

При рассмотрении данных в сезонном аспекте оказалось, что в осенний период среднее число как поверхностной, так и глубинной микрофлоры больше. В этот же период преобладали и маннитсбраживатели.

Наряду с тестом «кожная аутофлора» мы исследовали у детей ряд других реакций, характеризующих неспецифическую иммунологическую реактивность; фагоцитарную активность лейкоцитов, уровень лизоцима в слюне, общую реактивность по Иоффе (они послужат предметом специального сообщения). Сопоставление результатов указанных исследований показывает корреляционную зависимость их между собой и в большинстве случаев соответствие степени реактивности ребенка, которую таким образом можно определить, зная состояние кожной аутофлоры.

Это еще раз подтверждает вывод Н. И. Клемпарской (1966), что в основе изменений состояния аутофлоры лежат нарушения механизмов естественного иммунитета, а следовательно, по ее состоянию можно судить и о состоянии этих механизмов.

Изучение биологических свойств стафилококков свидетельствовало о значительном обсеменении кожи патогенными представителями этой группы микроорганизмов. Так, из 1114 штаммов, выделенных с поверхностных и глубоких слоев кожи, 54,9% обладали выраженными гемолитическими свойствами, 33,3% — лецитиназной активностью и 21% коагулировал кроличью плазму в сроки от 1 до 24 часов. По цвету пигмента преобладающими были белые стафилококки (75,1%).

При фагогипировании плазмокоагулирующих штаммов фаголизобельными оказались 91%. При этом в основном они относились к III, II и I фагогруппам, соответственно составляя 36%, 34%, 17%.

Антибиограмма изученных штаммов к 8 антибиотикам показала высокую чувствительность стафилококков к эритромицину, мономицину, неомицину (соответственно 82,5%, 91%, 97,0%) и значительное число устойчивых штаммов к пенициллину (35%) стрептомицину (17,5%), тетрациклинам (17,0 и 14,0%).

Выявляется определенное число зависимых штаммов стафилококка, особенно в отношении пенициллина (11,0%) и хлортетрациклина (7,0%).

ВЫВОДЫ

1. Состояние кожной аутофлоры, определяющееся простым и доступным методом, может служить одним из достоверных показателей реактивности организма.

2. Выявление детей с пониженной иммунологической реактивностью среди практически здоровых детей дает возможность своевременно принять меры к повышению резистентности организма с целью профилактики заболеваний у них.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭРИТРОПОЭЗА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ КИРГИЗИИ

К. Д. Аймамбетова

Из Киргизского НИИ охраны материнства и детства

Наиболее важным показателем функционального состояния системы красной крови является состояние эритропоэза. Интенсивность эритропоэза тесным образом связана с продолжительностью жизни эритроцитов.

Поддержание эритроцитарного равновесия возможно при постоянном поступлении в периферическую кровь такого количества эритроцитов, какое разрушается за определенный отрезок времени.

Способность организма поддерживать эритроцитарное равновесие указывает на существование механизмов саморегуляции этого процесса (А. А. Богомолец, 1935; Я. Г. Ужанский, 1968; Е. Н. Мосягина, 1962, 1969; С. И. Рябов, 1971).

До настоящего времени состояние эритропоэза далеко не полностью изучено при различных состояниях организма, особенно у детей. Связано это с трудностью изучения эритропоэза.

Из всех существующих методов изучения эритропоэза единственным безопасным и наиболее приемлемым у детей является изучение его на основании определения скорости созревания ретикулоцитов с последующим расчетом как средней продолжительности жизни эритроцитов, так и интенсивности эритропоэза (Е. Н. Мосягина, 1962, 1966). Имеющиеся в литературе сведения указывают на наличие особенностей интенсивности эритропоэза в зависимости от возраста (Н. Ф. Прищепова, 1974). У новорожденных интенсивность эритропоэза много выше, а средняя продолжительность жизни эритроцитов значительно короче, чем в последующие возрастные периоды.

У нас еще нет убедительных данных о состоянии эритропоэза у детей, рожденных и проживающих в высокогорье.

Имеется только одна работа А. М. Миракиловой (1971) по определению средней продолжительности жизни эритроцитов и интенсивности эритропоэза у детей, являющихся постоянными жителями высокогорья. У детей 1—14 лет в г. Душанбе (800 м над уровнем моря) средняя интенсивность эритропоэза составила 63,0 тыс. на 1 мм^3 в сутки, на высоте 2200 м над уровнем моря (г. Хорог)—66,0 тыс. и, наконец, на высоте 3600 м над уровнем моря—95,0 тыс. на 1 мм^3 в сутки. Таким образом, как следует из приведенных данных, интенсивность эритропоэза нарастает по мере увеличения высоты местности.

Средняя продолжительность жизни эритроцитов, по данным А. М. Миракиловой, составила в г. Душанбе 89 ± 7 суток, в Мургабе— 66 ± 4 , т. е. в высокогорье она достоверно снижена.

Нами изучена интенсивность эритропоэза и средняя продолжительность жизни эритроцитов в низкогорье и высокогорье у детей на 7-й день жизни, у 9-месячных, в возрасте одного года, двух и трех лет (рис. 1).

Как видно на рис. 1, выраженные колебания интенсивности эритропоэза наблюдаются у детей как в высокогорье, так и в низкогорье, в зависимости от возраста. В низкогорье интенсивность эритропоэза в среднем составила на 7-й день 240,26 тыс. эритроцитов на 1 мм^3 в 1 час, и

9 месяцев — 67,54 тыс. эритроцитов на 1 мм^3 , в 1 г. — 88,77, в 2 г. — 71,35, в 3 года — 78,07 тыс. эритроцитов на 1 мм^3 .

В высокогорье на 7 день определено — 344,63 тыс. эритроцитов на 1 мм^3 в час, в 9 мес. — 115,86 тыс., в 1 год — 106,78, в 2 г. 118,64 и в 3 г. — 117,59 тыс. эритроцитов на 1 мм^3 в час.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭРИТРОПОЭЗА У ДЕТЕЙ В НИЗКОГОРЬЕ И ВЫСОКОГОРЬЕ КИРГИЗИИ

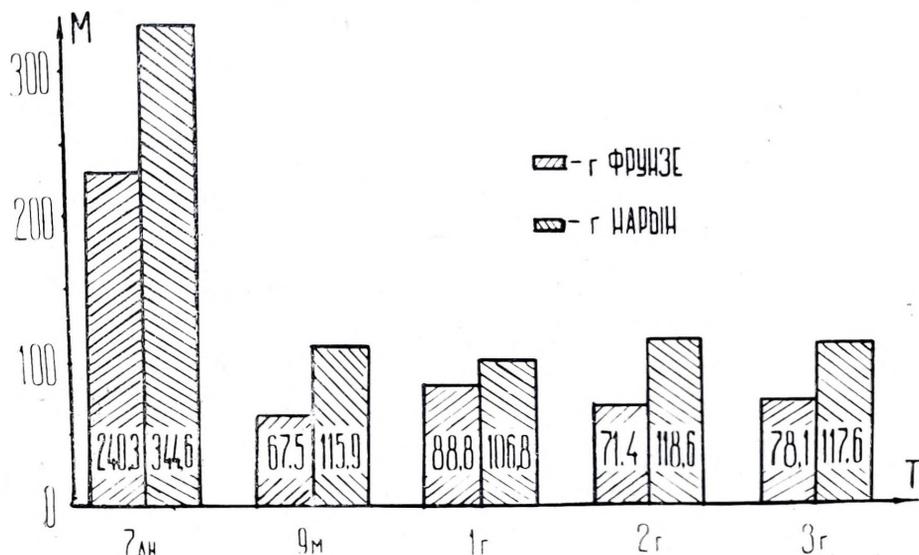


Рис. 1

Как видно из приведенного рисунка 1, интенсивность эритропоэза у детей в высокогорье достоверно выше, чем в низкогорье ($P < 0,05$), за исключением детей в возрасте 1 года, где различия только приближаются к достоверным.

На рис. 2 представлены данные о средней продолжительности жизни эритроцитов.

В низкогорье она составила на 7-й день жизни $29,3 \pm 1,61$ дня, в 9 мес. — $79,0 \pm 3,60$, в 1 год — $63,0 \pm 5,40$, в 2 года — $65,1 \pm 3,60$, в 3 года — $64,0 \pm 3,84$ дня.

В высокогорье соответственно на 7-й день жизни — $27,9 \pm 2,51$ дня, в 9 мес. — $42,7 \pm 3,00$, в 1 год — $59,7 \pm 4,05$, в 2 года — $61,1 \pm 4,05$, в 3 года — $62,5 \pm 4,05$ дня.

Индивидуальные колебания средней продолжительности жизни эритроцитов как в высокогорье, так и в низкогорье значительны.

В высокогорье средняя продолжительность жизни эритроцитов короче, чем в низкогорье. Хотя различия не во всех группах статистически достоверны, средняя длительность жизни в высокогорье укорочена во всех возрастных группах что не может быть случайностью.

У детей периода новорожденности как в высокогорье, так и в низкогорье средняя продолжительность жизни эритроцитов примерно в 2 и 2,5 раза короче, чем в последующие возрастные периоды жизни.

Полученные нами данные как о средней продолжительности жизни эритроцитов, так и по интенсивности эритропоэза идентичны таковым, имеющимся в литературе.

Так, у новорожденных, по данным Н. Ф. Прищевой (1974), средняя продолжительность жизни эритроцитов на 3-й день составляет $14,0 \pm 2,3$ дня, в 5 дней— $22,2 \pm 2,7$, в 9 дней— $30,2 \pm 2,7$ дня.

СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ В НИЗКОГОРЬЕ И ВЫСОКОГОРЬЕ КИРГИЗИИ

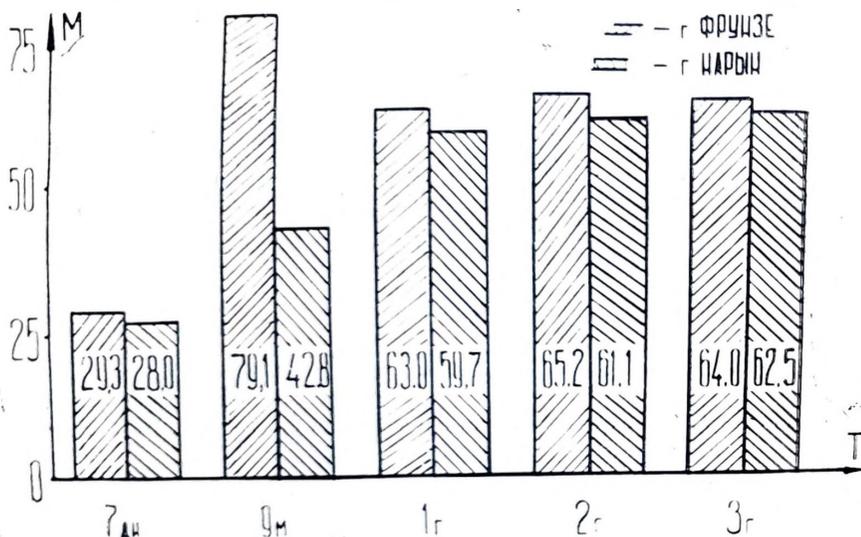


Рис. 2

У детей раннего возраста средняя продолжительность жизни эритроцитов, по Е. Н. Мосягиной (1968), составила 60—80 суток. По данным А. Т. Тураева (1972), у детей от 4-х месяцев до 7 лет средняя продолжительность жизни эритроцитов составила 69 суток. По данным И. В. Балашовой с соавт. (1969), средняя продолжительность жизни эритроцитов у детей первых 3-х лет жизни колебалась от 86 до 170 суток, составляя в среднем $94,7 \pm 2,9$ дня и в 3—7 лет— $65,6 \pm 3,5$ дня.

Полученные нами данные о продолжительности жизни эритроцитов мало отличаются от приводимых в литературе.

Интенсивность эритропоэза, по нашим данным, также близка к таковой, приводимым в литературе (Е. Н. Мосягина, 1962; И. И. Балашова с соавт., 1970; А. Т. Тураев, 1972).

Так, по данным Е. Н. Мосягиной (1962, 1973), интенсивность суточного эритропоэза у детей раннего возраста составила 600—800 тыс. эритроцитов в сутки в 1 мм^3 . По данным А. Т. Тураева (1972), у детей от 4-х месяцев до 7 лет эритропоэз варьировал в пределах 41,0—95,0 тыс. эритроцитов.

Таким образом, как по данным наших исследований, так и по данным А. М. Миракиловой, следует, что интенсивность эритропоэза у детей в высокогорье повышена, а длительность жизни эритроцитов укорочена.

В то же время в литературе имеются данные (Ван Лир, К. Стикней, 1967) о том, что у постоянных жителей высокогорья средняя продолжительность жизни эритроцитов не изменена.

Причиной усиления эритропоэза в высокогорье, как нам кажется, является повышение эритропоэтической активности сыворотки крови. У постоянных жителей высокогорья (как показали многочисленные исследования) эритропоэтическая активность сыворотки крови повышена (А. А. Алмерекова, 1965; В. Войткевич, 1968; А. Р. Раимжанов, 1970; М. М. Миррахимов, 1972; И. М. Лебедева, 1973 и др.). Повышена эритропоэтическая активность сыворотки в высокогорье и у детей, в том числе у новорожденных (С. Д. Боконбаева, 1970). Подтверждением усиления эритропоэза у горцев являются работы, где приводятся исследования костно-мозгового кроветворения. А. Н. Иванов (1940) исследовал состояние костно-мозгового кроветворения у детей 6—16 лет на средней высоте (1700 м над уровнем моря). У большинства детей выявлена активация красного ростка кроветворения. У взрослых, постоянно проживающих в высокогорье, гиперплазия красного ростка кроветворения выявлена исследованиями Е. Р. Пашинян (1963).

В усилении эритропоэза, вероятно, имеет значение и стимуляция эритропоэза продуктами распада эритроцитов. Как показали исследования Г. Я. Ужанского (1968), продукты распада эритроцитов способны стимулировать эритропоэз. Тот факт, что у детей в высокогорье продолжительность жизни эритроцитов укорочена, а количество у них не уменьшено и даже, наоборот, увеличено, указывает на то, что для поддержания эритроцитарного равновесия необходимо, чтобы продукция эритроцитов была увеличена. Вследствие укорочения продолжительности жизни эритроцитов в высокогорье, естественно, в большем количестве должны образовываться и продукты распада эритроцитов, стимулирующие эритропоэз.

Следовательно, в высокогорье у детей устанавливается особое, свойственное им эритроцитарное равновесие, в поддержании которого на должном уровне имеет значение усиленная продукция эритроцитов при некотором снижении продолжительности их жизни.

ВЫВОДЫ

1. Интенсивность эритропоэза у детей в высокогорье повышена.
2. Длительность жизни эритроцитов у детей в высокогорье укорочена.
3. У детей периода новорожденности как в высокогорье, так и в низкоргорье интенсивность эритропоэза выше, чем в последующие возрастные периоды.
4. Средняя продолжительность жизни эритроцитов у детей периода новорожденности как в высокогорье, так и в низкоргорье значительно короче, чем в последующие возрастные периоды жизни.
5. У детей в высокогорье устанавливается особое, свойственное им состояние эритроцитарного равновесия.

ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ И ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИИ, ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 3 г. ФРУНЗЕ

М. А. Баялиева

Из Фрунзенской городской больницы № 3

Проблема заболеваемости легких и, в частности, острая и затяжная пневмония представляет большой научный и практический интерес. В последнее время в связи с широким их распространением ученые уделяют этой проблеме большое внимание.

На увеличение частоты пневмоний, в связи с резкими колебаниями метеорологических факторов, в том числе быстрой и резкой сменой температуры окружающего воздуха, что приводит к охлаждению организма, указывают В. Г. Вогралик (1943), С. Г. Мармолевский (1955).

Указанная закономерность прослеживается и в наших исследованиях.

Нами разработаны истории болезни 176 больных, находившихся на стационарном лечении в городской больнице № 3 в 1973 году по поводу острой и затяжной пневмоний, из них 94 — мужчины и 82 — женщины. 58% больных связывали свое заболевание с простудными факторами, 22% — с острым катаром верхних дыхательных путей, 12% — с гриппом.

Помесячное распределение заболеваемости острой пневмонией:

январь — 7,3%	июль — 5,6%
февраль — 12,6%	август — 7,9%
март — 10,6%	сентябрь — 11,3%
апрель — 7,9%	октябрь — 7,3%
май — 6,2%	ноябрь — 7,3%
июнь — 6,8%	декабрь — 9%

Таким образом, удельный вес заболеваемости острой пневмонией возрастает в феврале-марте, а также в сентябре-декабре.

Как свидетельствуют данные таблицы, удельный вес очаговых пневмоний выше у мужчин (56%), чем у женщин (44%), что касается затяжной пневмонии, то, наоборот, удельный вес их у женщин выше (68%), чем у мужчин (32%).

Некоторые различия выявлены в возрастном аспекте больных при сравнении очаговой и затяжной пневмоний. Так, удельный вес затяжной формы пневмонии выше (63,2%) у людей более молодого возраста (от 20 до 39 лет), причем преобладают больные женского пола.

При очаговой пневмонии отмечено острое начало заболевания с ознобом у 73% больных, при затяжной — у 10,5%. Одышка была выявлена у больных с острой очаговой пневмонией в 14%, при затяжной форме этот симптом отсутствовал.

При очаговой пневмонии объективно были выявлены более выраженные перкуторные и аускультативные изменения. Так, притупление, укорочение, тупость перкуторного звука обнаружены у 61,7% больных, влажные и сухие хрипы, крепитация — у 80,2%, тогда как при затяжной форме пневмонии подобные изменения обнаруживались реже: соответственно — у 26,3% и у 68,4% больных.

Все больные подвергались рентгенологическому исследованию, производились посев мокроты и анализ крови.

Распределение очаговой и затяжной пневмоний среди больных, в зависимости от возраста и пола

Формы пневмонии	Пол	Возраст в годах										Итого			
		до 20		20—29		30—39		40—49		50—59		60 и старше		число б-ных	%
		число б-ных	%	число б-ных	%	число б-ных	%	число б-ных	%	число б-ных	%	число б-ных	%		
Очаговая и круплозная пневмонии	М	4	2,6	20	12,7	22	14	20	12,7	14	8,9	8	5,2	88	56
	Ж	10	6,3	4	2,6	11	7	18	11,4	17	10,8	9	5,8	69	44
Итого			8,9		15,3		21		24,1		19,7		11,1		
Затяжная пневмония	М	—	—	1	5,2	2	10,6	1	5,2	2	10,6	—	—	6	32
	Ж	2	10,6	3	15,8	4	21	2	10,6	—	—	2	10,6	13	68
Итого			10,6		21		31,6		15,8		10,6		10,6		
Всего	М	4	2,6	21	17,9	24	24,6	21	17,9	16	19,5	8	6,2	94	54
	Ж	12	16,9	7	18,4	15	27,1	20	22	17	10,8	11	16,1	82	47

При рентгенологическом исследовании отмечены следующие изменения: при очаговой пневмонии — затемнение в 22,8% усиление легочного рисунка — в 77,2%, тогда как при затяжной пневмонии затемнение — у 10,5%, усиление легочного рисунка — у 89,5% больных.

При очаговой пневмонии в мокроте высеяны стафилококк — у 50,3% больных, стрептококк — у 2,6%, кишечные, дрожжеподобные и другие кокки — у 4,6%, тогда как при затяжном течении пневмонии стафилококк — у 26,4%, стрептококк — у 5,2% больных.

У больных с очаговой пневмонией чаще отмечались лейкоцитоз и ускоренная РОЭ, соответственно у 45,8%, 53,5% больных. Лейкоцитоз и ускоренная РОЭ при затяжной пневмонии были реже (31,5% и 21%).

При очаговой пневмонии больные обратились в поликлинику в сроки до 5 дней — 32,5%, позже 5—67,5%, тогда как среди больных с затяжной пневмонией в сроки до 5 дней обратилось всего лишь 5% больных.

Довольно большой процент (95) затяжных пневмоний был диагностирован правильно лишь в стационаре.

Анализ амбулаторной карты этих больных показывает, что они лечились в различных условиях под различными диагнозами (катар верхних дыхательных путей, грипп и др.).

В связи с вышеизложенным мы хотели бы обратить внимание врачей на своевременное и более внимательное обследование в поликлинике больных, которые обращаются по поводу катара верхних дыхательных путей, гриппа, бронхита.

КРАТКИЕ ЗАМЕТКИ И НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.5—004.1

ОБ ОСТЕОЛИЗЕ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ

М. Е. Астапова, Д. С. Кожевникова, В. И. Лопаткина

Из кафедры пропедевтической терапии Киргосмедниститута
и Республиканской клинической больницы

Одним из проявлений склеродермии является склеродактилия, при которой в фалангах кистей, реже стоп могут наблюдаться остеопороз и остеолитические изменения, реже — средних фаланг.

С. А. Рейнберг, а также Н. Г. Гусева, П. А. Спасская и Л. И. Несговорова (1963) считают остеолитические проявления проявлением трофических изменений.

Симптом склеродактилии при склеродермии встречается редко (С. А. Рейнберг, 1955; А. Л. Розенмер, 1964). Чаще выявляется остеолитический дистальный фаланг конечностей, который обычно является неожиданной находкой при рентгенологическом исследовании больных склеродермией.

Относительная редкость выявления симптома склеродактилии послужила поводом к опубликованию наших наблюдений.

Больная К., 28 лет, страдает склеродермией 7 лет. Жалуется на прогрессирующую общую слабость, потерю в весе, изменения в пальцах обеих кистей в виде утолщения и болезненности, усиливающихся в холодное время года, боли в лучезапястных суставах и суставах кистей, одышку, сердцебиение, потемнение кожи, ощущение чувства напряжения кожи в области лица.

Больная неоднократно лечилась в разных больницах, где симптомокомплекс астении, гипотонии и меланодермии ошибочно трактовали как проявление болезни Аддисона.

В 1965 г. перенесла болезнь Боткина, в 1971 г. — операцию по поводу внематочной беременности.

Больная низкого роста, правильного телосложения. Подкожножировая клетчатка и мышцы слабо развиты. Кожа бронзового окраски, особенно на открытых частях тела — в области лица и рук; соски грудных желез, кожа белой линии живота и область послеоперационного рубца гиперпигментированы. Лицо маскообразное. Имеется частичная атрофия мышц в области кистей и стоп. Пальцы обеих кистей и особенно ногтевые фаланги утолщены, деформированы, ногтевые пластинки тусклые, утолщенные. Концевые фаланги всех пальцев (особенно 2 и 3) правой и левой кисти укорочены. Кожа на пальцах плотная, в складку не собирается. На ощупь пальцы холодные, движения их ограничены (контрактура).

При клинико-рентгенологическом и лабораторном исследовании выявлены: пневмосклероз, миокардиодистрофия, хроническая надпочечниковая недостаточность.

Анализ крови от 20. IX. 1971 г.: Нв — 73 ед., эр. — 4.310.000, лейкоцитов — 7200; Э — 1%, п — 6%, с — 50%, РОЭ — 30 мм/час. Общий белок сыворотки крови — 7,2 г%, альбуминов — 34,69%, глобулинов — 65,29%, коэффициент альбумино-глобулиновый = 0,53. Сахар крови от 24. IX. 1973 г. — 72 мг%. Калий крови — 26,5 мг%, натрий — 300 мг%, кальций — 11,8 мг%, фосфор — 2,6 мг%.

Содержание 17-кетостероидов в суточном количестве мочи = 2,5 мг. Проба Торна отрицательная. ЭКГ — признаки гиперкалиемии.

При рентгенологическом исследовании обеих кистей 9. X. 1973 г. обнаружено рассасывание концевых фаланг (остеолитиз) 2 и 3 пальцев (сохранились лишь их основания) сужение суставных щелей дистальных межфаланговых суставов. Остеопороз костей кистей и лучезапястных суставов. Аналогичные, но

пальцах обеих кистей (рис. 1).

Биопсия кожи правой голени: определяется атрофия сосочков и гиперкератоз эпидермиса. Сосочковый и ретикулярный слои дермы гомогенизированы. Коллагеновые волокна огрубевшие.

Клинический диагноз: системная склеродермия (хроническое течение), протекающая с поражением кожи, костей, суставов, легких, сердца, надпочечников. Таким образом, при системной склеродермии, наряду с поражением кожи, мышц и внутренних органов, может быть и остеолиз дистальных фаланг кистей (синдром склеродактилии).

Больную в течение месяца лечили преднизолоном (вначале по 20 мг в день, а затем доза постепенно снижалась до 5 мг), нероболом, витаминами С, В₂, В₆, В₁₂. В результате лечения состояние больной несколько улучшилось: уменьшились боли в суставах и в области пальцев, напряжение кожи, слабость, больная прибавила в весе.

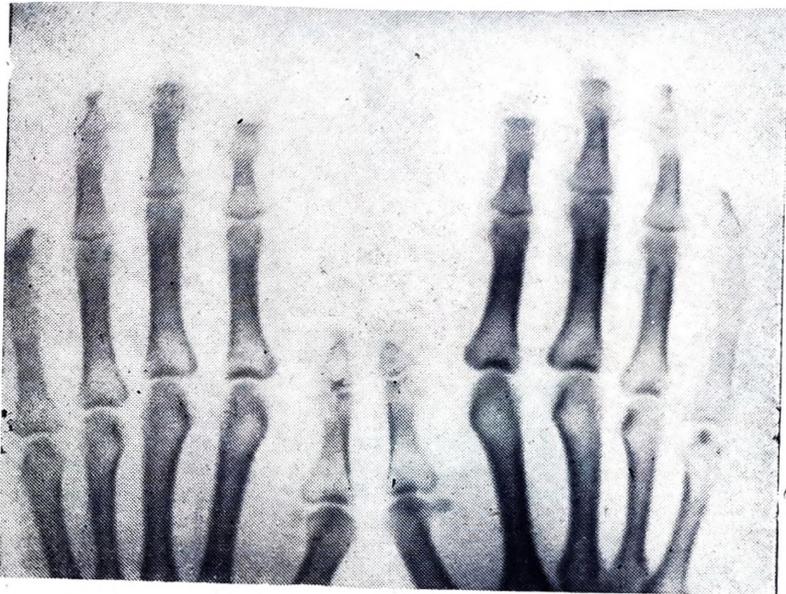


Рис. 1. Рентгенограмма кисти большой К. 28 лет. Остеолиз концевых фаланг обеих кистей, сужение суставных щелей межфаланговых суставов. Остеопороз.

Большая Б., 34 лет. Болеет в течение 6 лет. Жалуется на общую слабость, похудание, боли в суставах кистей и стоп, изменение формы и утолщение концевых фаланг пальцев кистей, сердцебиение, ощущение напряжения кожи в области лица. Больная по поводу склеродермии неоднократно лечилась в разных больницах. В анамнезе — тонзиллит. При осмотре: больная ниже среднего роста, правильного телосложения. Подкожно-жировой слой развит слабо. Кожа бледная, смуглая, лицо маскообразное. Выявляется атрофия мышц лица, а также в области кистей и стоп. Пальцы обеих кистей и особенно ногтевые фаланги утолщены, деформированы, ногтевые пластинки утолщены. Концевые фаланги всех пальцев правой и левой кистей укорочены. Кожа на пальцах напряжена, в складку собирается с трудом.

При рентгенологическом исследовании 14. II. 1974 г.: легочные поля без особенностей, сердце со сглаженной талией, несколько увеличено в поперечнике, больше влево. При исследовании в первом косом положении ретро-кардиальное пространство слегка стеснено. Контрастированный пищевод на уровне левого предсердия несколько отклоняется кзади. Сокращения сердца ритмичные, учащенные, со средней амплитудой. На рентгенограммах обеих кистей отмечается остеопороз костей кистей и лучезапястного сустава, исчезновение бугристостей (ногтевые отростков и проксимальных отделов концевых фаланг обеих кистей). Дистальные межфаланговые суставные щели сужены (рис. 2). Анализ крови от 22 II. 1973 г.: Нв—73 ед., эр.—4300000, цветной показатель—0,8, лейкоцитов—5700, РОЭ—32 мм/ч. Общий белок—8,2%, альбуминов—40,7%, глобулинов—59,3%. Коэффициент альбуминоглобулиновый—0,53, С-реак-

твивной белок — слабо положительный, формоловая реакция положительная, сиаловая — 0,31 ед.

Клинический диагноз — системная склеродермия (хроническое течение) в фазе обострения, протекающая с поражением кожи, костей. Склеродактилия.

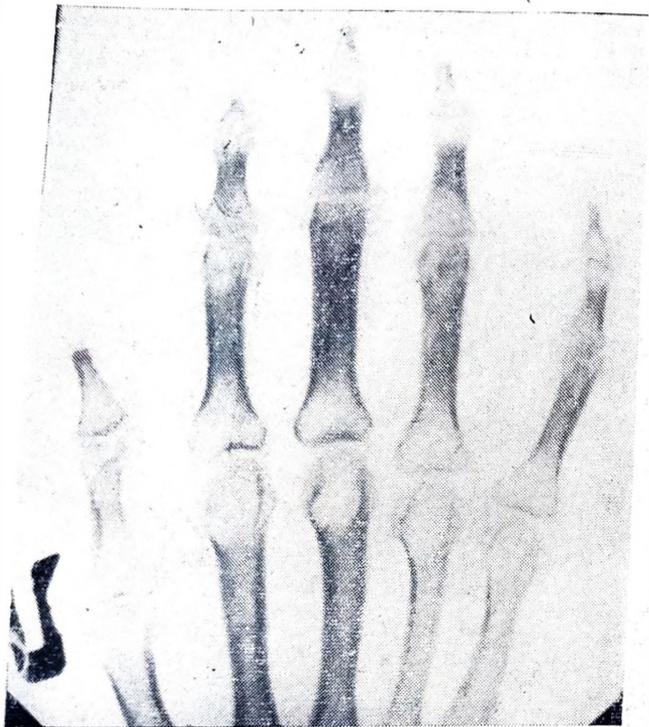


Рис. 2. Рентгенограмма кисти больной Б. 34 лет. Исчезновение бугристостей (ногтевых отростков), остеопороз костей кисти и сужение дистальных межфаланговых суставных щелей.

Таким образом, оба наши наблюдения свидетельствуют о том, что при системной склеродермии, наряду с поражением кожи, мышц и внутренних органов, может быть остеопороз и даже остеолиз фаланг кистей — склеродактилия.

После комплексного лечения общее состояние больных улучшилось, но костные изменения оставались и даже прогрессировали в общей картине заболевания.

ВНУТРЕННИЕ ЖЕЛЧНЫЕ СВИЩИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М. М. Мамакеев

Из клиники госпитальной хирургии № 2 Кирггоомедициститута

Внутренние желчные свищи являются редким осложнением желчнокаменной болезни и представляют собой непосредственное соустье между желчными путями и пищеварительным трактом или между желчными путями и близко расположенными сосудами.

Из 1316 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в период с 1964 по 1973 год, лишь у 7 больных мы встретили внутренние желчные свищи. Все указанные больные лица женского пола в возрасте от 45 до 65 лет, в прошлом неоднократно лечившиеся в терапевтических стационарах.

Образованию желчного свища, как правило, предшествует длительный воспалительный процесс. Продолжительность заболевания у наших больных колеблется от 5 до 17 лет.

Хроническое воспаление желчного пузыря приводит к развитию спаек, инфильтратов, деформации элементов печеночнодвенадцатиперстной связки. Пролежень стенки желчного пузыря или пузырного протока от давления камня, пенетрация язвы способствуют процессу образования свища. Образованию свища обычно предшествует обострение заболевания — усиливаются боли, наблюдается озноб, повышение температуры, иногда желтуха. После открытия свища и освобождения желчных путей от застойной желчи, камней, гноя, наступает временное благополучие, которое в дальнейшем сменяется приступом.

Анализ клинических симптомов показывает, что трудно найти какие-то специфические признаки, характерные для внутренних желчных свищей. Этим, очевидно, следует объяснить трудность их диагностики.

Диагноз внутреннего желчного свища при поступлении не был поставлен ни одному больному. Все они поступили с диагнозом острого холецистита, кроме одной больной, которая поступила в клинику с механической кишечной непроходимостью, у одной больной наблюдалась механическая желтуха.

Из 7 больных у 4-х наблюдались свищи между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой, у одной — между желчным пузырем и печеночным углом толстого кишечника, у одной — между желчным пузырем и желудком и у одной — после операции холецистэктомии в последующем образовался свищ между общим печеночным протоком и двенадцатиперстной кишкой.

Представляет интерес наблюдение за больной М., 74 лет, доставленной машинной скорой помощи в отделение неотложной хирургии 20. III, 1968 г. с диагнозом: желудочное кровотечение. Жалобы при поступлении на слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту с примесью большого количества крови и сгустков. Из анамнеза удалось выяснить, что она почувствовала себя плохо с 14 часов 20. III, 1968 г. Появилась тошнота и боли по всему животу. Вскоре открылась рвота с примесью большого количества темной крови, развилась резкая слабость, одышка, головокружение, потемнение в глазах. В анамнезе подобные явления впервые. Последние годы она лечилась амбулаторно по поводу холецистита. Желтухи никогда не было. Общее состояние больной крайне тяжелое, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тоны сердца глухие, пульс на периферических артериях не определяется. Артериальное давление 55/0 мм рт. ст., акроцианоз, конечности холодные. Дежурным врачом поставлен диагноз: цирроз печени, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Начато консервативное лечение, однако состояние больной прогрессивно ухудшалось и через 8 часов она умерла. На аутопсии были обнаружены множественные спайки между стенкой желудка и желчным пузырем с образо-

ваннем прорезия и перфорацией стенки желудка с аррозией крупного сосуда, вызвавшие массивное желудочное кровоотечение. В перфорационном отверстии желчного пузыря и желудка вколочен большой желчный камень размером $4 \times 2 \times 2$ см. Диагноз — внутренний желчный свищ — поставлен во время аутопсии.

Пяти больным проведена холецистэктомия, у одной — холецистэктомия и холедохотомия, дефект двенадцатиперстной кишки ушивался трехрядными шелковыми швами. Из пяти больных со свищом между двенадцатиперстной кишкой и желчным пузырем у 3-х в желчном пузыре обнаружены камни, у 2-х камней в нем не было.

Больная А., 54 лет, доставлена в клинику 15. V. 67 г. в 15 часов с диагнозом острый холецистит. Жалобы при поступлении на резкие боли в правом подреберье, тошноту и рвоту. Больной себя считает с 1949 года, то есть в течение 17 лет. За это время ей неоднократно проводилось лечение в терапевтических отделениях. В последние годы приступы болей участились. В декабре 1966 г. у нее был особенно тяжелый приступ болей, который продолжался в течение 12 часов. Боли были настолько сильными, что сопровождалась потерей сознания. На второй день после приступа у больной был несколько раз жидкий стул и с калом отошел камень размером $2 \times 1,5 \times 1$ см, темно-коричневого цвета, квалифицированный лечащим врачом как камень желчных путей. Больная находилась на лечении в терапевтическом отделении, где в течение трех недель состояние ее оставалось тяжелым: метеоризм, частые рвоты, высокая температура. Затем постепенно состояние больной улучшалось, но постоянные тупые боли в правом подреберье оставались. Больная стала резко терять в весе, присоединилась постоянная тошнота.

При поступлении в клинику состояние больной средней тяжести, она пониженного питания, отмечалась желтушность кожных покровов и склер. При пальпации живот резко болезнен в правом подреберье. 19. V. 67 г. сделана внутривенная холецистография, через 1,5 и 2 часа после введения 20% раствора близнота рентгенографически желчный пузырь не выявлялся, через три часа после введения контрастного вещества желчный пузырь по-прежнему не контрастировался, что говорит о непроходимости пузырного протока.

20. V. 67 г. операция под эндотрахеальным наркозом. Обнаружено, что двенадцатиперстная кишка припаяна к стенке желчного пузыря, желчный пузырь атрофирован, представляет собой плотный жгут, пузырный проток также непроходим. Сделана на операционном столе холангиография, проходимость общего желчного протока хорошая. При выделении атрофированного желчного пузыря обнаружено сообщение его просвета с двенадцатиперстной кишкой. Диаметр соустья 0,5 см. Произведена холецистэктомия, дефект двенадцатиперстной кишки ушит трехрядными шелковыми швами. Камней в желчном пузыре и протоках не обнаружено. Послеоперационный период протекал гладко и на 15 день после операции больная выписана домой в хорошем состоянии. В данное время чувствует себя хорошо.

Больная О., 69 лет, поступила в отделение неотложной хирургии 16. X. 1967 г. в 19 часов с жалобами на сильные схваткообразные боли по всему животу. Начались боли остро три часа тому назад. Страдает холециститом в течение 5 лет. После осмотра поставлен диагноз острой непроходимости кишечника, по поводу чего больная в срочном порядке оперирована. Во время операции было установлено, что непроходимость кишечника была вызвана обтурацией просвета тонкой кишки желчным камнем размером $4 \times 2 \times 2$ см, который застрял в области баугиниевой заслонки. Камень смещен в проксимальном направлении и удален путем энтеротомии. Послеоперационный период протекал гладко. В данное время больная чувствует себя хорошо, приступов болей нет.

Больная А., 47 лет, доставлена из Сокулукского района 15. II. 1974 г. При поступлении общее состояние тяжелое, истощена, отмечается желтушность кожных покровов и склер, беспокоит зуд. Жалуются на приступообразные боли в правом подреберье, вонос в течение 1,5 месяцев; больна в течение 9 лет, периодически лечилась в стационарах и амбулаторно с временным улучшением. 1,5 месяца тому назад был сильный приступ болей, после которого появились желтуха и вонос. В клинику поставлен диагноз: желчнокаменная болезнь, камень общего желчного протока, механическая желтуха. 22. II. 74 г. операция под эндотрахеальным наркозом. При операции обнаружено, что желчный пузырь значительно атрофирован, плотно припаян к печеночному углу толстого кишечника. Острым и тупым путем разъединены спайки, при этом обнаружен дефект дна желчного пузыря и печеночного угла толстого кишечника размером 1×1 см. Дефект кишки ушит трехрядными шелковыми швами, желчный пузырь удален. Общий желчный проток значительно расширен, прошиваются два желчных камня размером 1×1 см каждый, камни удалены, проходимость общего желчного протока восстановлена. Общий желчный проток дренирован поливиниловым микроирригатором. Рана общего желчного протока ушита атрауматической иг-

лой. В послеоперационном периоде сформировался временный наружный свищ, который на 15 день самостоятельно закрылся. Желтушность кожных покровов вскоре после операции исчезла. Выписана больная в хорошем состоянии. Са-мочувствие в данное время хорошее.

Из 7 оперированных больных умерла одна. Больная Т., 53 лет, переведена из терапевтического отделения 5. IV. 1965 г. в крайне тяжелом состоянии. В том же по поводу желчнокаменной болезни. Как отмечает больная, после операции улучшения не наступило, приступы болей продолжались, сопровождались желтухой. 9. IV. 65 г. больной произведена операция под эндотрахеальным наркозом. Во время операции обнаружен свищ между общим печеночным протоком и двенадцатиперстной кишкой. Дефект двенадцатиперстной кишки ушит, больная умерла от несостоятельности швов анастомоза, разлитого перитонита и билиарного цирроза печени.

Таким образом, длительное рецидивирующее течение калькулезного холецистита, вовлечение в воспалительный процесс соседних органов и наличие крупных камней в желчном пузыре являются основой для формирования внутренних желчных свищей.

Радикальные операции по поводу внутренних желчнодигестивных свищей дают хорошие отдаленные результаты.

УДК 616.132—007.64

СЛУЧАЙ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Б. Д. Ковалев, К. С. Мустафин

Из Ошской городской больницы № 1

Расслаивающая аневризма аорты относится к сравнительно редко встречающимся заболеваниям. По данным В. С. Нестерова (1971), частота этого осложнения колеблется в пределах 0,1—0,4%. А. Н. Шабанов (цит. по П. Н. Фофанову, 1968) на 9927 аутопсий выявил всего 27 случаев разрыва аорты (0,27%). На сложности в диагностике расслаивающей аневризмы аорты указывают Хегглин (1965), И. Н. Шубенко-Габузова (1968), В. Ионаш (1968), Е. И. Чазов (1973), А. В. Виноградов с соавт. (1973) и другие.

Своевременная диагностика данного страдания имеет большое практическое значение, так как в настоящее время оно излечивается хирургическим путем. Если при консервативном лечении 86% больных погибает в ближайшее время, то при своевременном оперативном вмешательстве смертность снизилась до 21% (М. Я. Лапинер, 1969). Расслаивающая аневризма аорты чаще наблюдается у мужчин, преимущественно у лиц старше 60 лет. Значительно реже заболевают женщины, причем примерно у половины из них заболевание развивается во время беременности (В. Ионаш, 1968). Особенно часто расслоение стенки аорты встречается у лиц, страдавших в прошлом гипертонической болезнью (В. С. Смоленский, 1964; А. Л. Мясников, 1965 и др.).

Первое место по локализации аневризмы занимает грудной отдел аорты, на втором месте стоит брюшной ее отдел (В. С. Смоленский, 1964). По данным литературы, в последнее время наблюдается учащение случаев расслаивающей аневризмы именно брюшного отдела аорты

(29% по И. Н. Шубенко-Габузовой, 1968). Возможности разрыва аневризмы аорты существуют на всем протяжении ее формирования, и в зависимости от локализации ее имеются особенности в клиническом течении заболевания.

Расслаивающая аневризма брюшной аорты обуславливает наибольшую пестроту клинической симптоматики. В литературе описано немало наблюдений разрыва грудной части аорты, значительно меньше работ посвящено расслаивающей аневризме брюшного отдела аорты (И. Ф. Криворучко, Л. З. Потешкина, 1971).

Приводим наше наблюдение.

Больной Н., 59 лет, доставлен в приемное отделение Ошской горбольницы № 1 в 9 часов 30 минут 4. V. 1974 г. каретой скорой помощи с диагнозом: тромбоз левой подвздошной артерии. При поступлении жаловался на очень сильные боли в животе, преимущественно, в левой подвздошной области, отдающие в спину и поясницу. Заболел остро. После значительного физического напряжения появились резкие боли в животе и в левой подвздошной области, больной покрылся холодным потом, потерял сознание.

В анамнезе—в 1958 и 1968 годах перенес инфаркт миокарда, с 1955 года страдает гипертонической болезнью II A ст., с 1957 года — тромбозом вен голени. В Оше больной проживает в течение 2 лет.

С 1969 года стали беспокоить боли в животе, со слов родственников, наблюдались в онкокабинете, а в 1972 и 1973 гг. обследовался в онкологическом институте г. Алма-Аты, где диагностирована доброкачественная опухоль брюшной полости. Предложено оперативное лечение, от которого больной категорически отказался.

При поступлении состояние больного крайне тяжелое. На вопросы отвечает с трудом, возбужден, отмечается бледность кожных покровов, холодный пот, резкий акроцианоз, конечности холодные на ощупь. Питание резко повышено. Дыхание — 22 в минуту, в легких жесткое дыхание, по подмышечным линиям — сухие хрипы. Верхушечный толчок сердца ослаблен, границы сердца расширены влево на 2 см, тоны глухие, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту, артериальное давление определить не удается. Отеков нет. Имеется варикозное расширение вен голени с нарушением трофики кожи. Живот напряжен, при пальпации — умеренная болезненность в левой подвздошной области и в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации.

С подозрением на абдоминальную форму инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком II степени, больной госпитализирован в терапевтическое отделение.

После проведенных неотложных мероприятий, направленных на ликвидацию кардиогенного шока и болевого синдрома (внутривенно — строфантин, гидрокортизон, морфин, преднизолон, гепарин, противошоковая жидкость, полиглюкин, кокарбоксилаза; ингаляции кислорода) состояние больного несколько улучшилось: уменьшился акроцианоз, артериальное давление поднялось до 70/30 мм рт. ст., больной яснее стал отвечать на вопросы.

На повторно снятых электрокардиограммах динамика не выявлена: ритм синусовый, правильная синусовая тахикардия, число сердечных сокращений 120 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. $P=0,08$ сек, $P-Q=0,17$ сек. Высокий, заостренный Т в правых (1 и 2) грудных отведениях.

Время свертываемости крови 4,5 мин. Общий анализ крови: эритроциты—3740000, гемоглобин 72%, цветный показатель—0,9, лейкоциты—11150, эозинофилы—1, палочкоядерные—3, сегментоядерные—59, лимфоциты—31, моноциты—6. РОЭ—5 мм/час. Мочу при катетеризации получить не удалось.

Учитывая внезапное начало заболевания, его связь с физическим напряжением, резкие боли в животе с иррадиацией в спину, не купирующиеся повторным введением наркотиков, повышение артериального давления в прошлом, подозреваемую опухоль в брюшной полости, отсутствие на ЭКГ изменений, говорящих об инфаркте миокарда, заподозрена расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты.

Антикоагулянты отменены.

На следующий день состояние больного еще более ухудшилось. Усилились боли в животе, появились бред, рвота. Объективно: резкая болезненность при пальпации живота, преимущественно в левой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу, в отлогих местах — притупление перкуторного звука. Кишечные шумы не выслушиваются. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Пульс 130 в минуту, артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Гемоглобин 68%, время свертываемости крови—6 минут.

Больной повторно осмотрен врачом-хирургом: учитывая данные объек-

тивного обследования, явления параза кишечника и наличие перитональных симптомов, нарастание интоксикации и явления тромбоза вен голени, не исключается тромбоз брыжеечных сосудов.

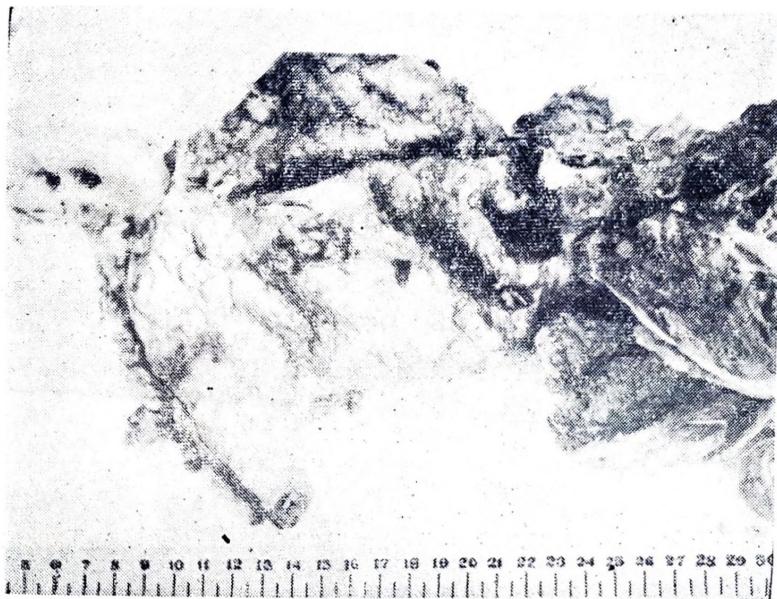
Через 45 минут после поступления в стационар, несмотря на проводимое лечение, больной умер.

Клинический диагноз. Основной — атеросклероз III ст. Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты. Тромбоз брыжеечных сосудов? Опухоль брюшной полости?

Осложнения — парез кишечника, перитонит. Острая сердечно-сосудистая недостаточность II степени.

Сопутствующий — хроническая ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Хроническая коронарная недостаточность. Тромбоз вен голени.

Основные данные патологоанатомического исследования: Интима аорты со множественными бляшками, многие из которых изъязвлены и кальцинированы. В брюшном отделе аорта мешкообразно расширена и имеет форму цилиндра размером $16 \times 14 \times 6$ см (рис. 1). На передней поверхности имеется разрыв стенки аневризмы длиной 4 см.



Стенка аневризмы образована адвентицией и мышечным слоем, а разрушенная интима аорты покрыта смешанными тромбами и сгустками крови. В верхнем отделе в аневризме и частью в аорте имеется отслоение интимы от мышечного слоя. Левая подвздошная артерия на расстоянии 2 см от бифуркации шарообразно расширена, размером $8 \times 10 \times 5$ см. Стенка аневризмы толщиной 3 см, состоит из адвентиции, мышечного слоя, кальцинированных тромбов и сгустков крови. В забрюшинном пространстве под аневризмой около 2 литров жидкой и свернувшейся крови.

Патологический диагноз.

Основной. Общий атеросклероз. Атеросклероз подвздошных и коронарных артерий. Осложнения. Множественные аневризмы левой подвздошной артерии и расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты с разрывом. Кровотечение. Анемия внутренних органов. Постинфарктный кардиосклероз.

Для диагноза расслаивающейся аневризмы аорты имеет значение внезапная резкая боль в груди, животе, спине, не купирующаяся введением наркотиков, что имело место и у нашего больного. Отличительной особенностью болей является их способность к миграции. Описаны и безболевого случаи расслоения аорты, которые, по данным В. Йонаша

(1968), встречаются в 17,7% случаев. Локализация болей не всегда соответствует локализации расслоения.

Нередко в поздних стадиях заболевания главное место занимает шок или коллапс с нормальным или даже повышенным артериальным давлением. Если же падение давления и наступает, то оно происходит внезапно (М. Плоц, 1963). Болевой и коллаптоидный синдромы могут сопровождаться явлениями сердечно-сосудистой недостаточности, что имело место и в нашем наблюдении.

Электрокардиографические данные не имеют характерных признаков при аневризме аорты. Отсутствие динамики в ЭКГ-наблюдениях позволяет надежно исключить инфаркт миокарда (М. Плоц, 1963; А. В. Виноградов с соавт., 1971) и в то же время констатация на электрокардиограмме инфаркта миокарда может рассматриваться как признак, подтверждающий, а не исключающий наличие расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты (В. С. Смоленский, 1964).

Единственным методом, который помогает достоверно установить диагноз, является аортография, но учет комплекса анамнестических, клинических и объективных данных также позволяет диагностировать расслаивающую аневризму аорты, что и иллюстрирует наше наблюдение.

УДК 616.12—008.313

К ВОПРОСУ О ПЕРЕВОДЕ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В МЕРЦАНИЕ

Б. Я. Гринштейн, М. Г. Кабиров

Из I кафедры факультетской терапии Киргосуниверситета,
Республиканской клинической больницы

Появление пароксизма трепетания предсердий (ПТП) у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является грозным признаком. Естественно стремление врача перевести ПТП в синусовый ритм. Однако в отдельных случаях этого не удается добиться, несмотря на применение всего арсенала антиаритмических средств: хинидина, новокаинамида, индерала, аймалина, панагина, электроимпульсного лечения и др. (А. М. Сигал, 1956; С. В. Шестаков, 1961; А. И. Черногоров, 1962, 1964; А. Лукошевичуте, 1966; Е. И. Чазов и В. М. Боголюбов, 1972; Б. Е. Вотчал и М. Е. Слуцкий, 1973 и др.). У таких больных возникает необходимость перевода ПТП в мерцание предсердий, которое менее опасно в отношении тромбозоболочечных осложнений и является более управляемым. Большинство клинических случаев и является более управляемым. Большинство клинических случаев и является более управляемым. Большинство клинических случаев и является более управляемым.

Напротив, ряд авторов полагает, что можно добиться перевода трепетания предсердий в мерцание, применяя и средние дозы сердечных гликозидов (Л. И. Фогельсон, 1960; С. В. Шестаков, 1961 и др.). Никто из исследователей, за исключением Б. Е. Вотчала и М. Е. Слуцкого (1973), не приводит конкретных примеров перевода ПТП в мерцание, поэтому заслуживает внимания каждый конкретный случай перевода ПТП в мерцание.

Больная З., 37 лет, находится под наблюдением кардиологического отделения Республиканской клинической больницы г. Фрунзе с августа 1972 года. Диагноз: ревматизм, активная фаза, I, возвратный ревмокардит. Состояние после комиссуротомии, рестеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность митрального клапана. Пароксизм трепетания предсердий, экстрасистолическая аритмия, Н 2 Б ст.

Из анамнеза удалось выяснить, что с 17-летнего возраста пациентка страдает ревматизмом; с октября 1970 года стали появляться приступы пароксизмальной тахикардии. Последние продолжались от нескольких часов до суток и купировались на фоне антиаритмической и антиревматической терапии. В течение 1971—1972 гг. неоднократно лечилась в стационарах г. Ташкента по поводу ПТП, на фоне которого появились признаки отека легких. 1 июня 1972 года в клинике грудной хирургии г. Ташкента произведена комиссуротомия. После операции ПТП по-прежнему продолжались. С августа 1972 года больная неоднократно поступала в кардиологическое отделение Республиканской клинической больницы г. Фрунзе с ПТП с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 176 ударов в 1 минуту. Эти приступы обычно купировались антиаритмической (хиинидин в возрастающих дозах, новокаинамид, обзидан, панангин, строфантин) и антиревматической (циклофосфамид, антибиотики, гормоны, салитилаты) терапией. Однако с января 1973 года ПТП стали продолжительнее — держались 8 суток и более, осложнялись отеком легких. ПТП были со стойкой ЧСС—176 ударов в одну минуту. Неоднократная дефибриляция эффекта не дала, почти тотчас же ПТП возобновлялся.

В июне 1973 года больная поступила в тяжелом состоянии с ПТП. Назначенное антиревматическое и антиаритмическое лечение эффекта не дало. Препарат ритмодан (пульснорма), назначенный до 12 таблеток в сутки, также не нормализовал ритма сердца. На ЭКГ ПТП с частотой сокращения предсердий 352 удара в одну минуту, с неполным правильным проведением 2:1. Положение больной стало угрожающим — появились симптомы отека легких. Было решено перевести ПТП в мерцание субтоксическими дозами сердечных гликозидов. На фоне поддерживающей дозы строфантина—0,125 мг в сутки (50% насыщения от средней полной дозы действия — СПД — назначена 2,5 мг (10 таблеток) дигоксина внутрь — больная получала его каждые два часа по 0,5 мг (2 таблетки) в течение 10 часов. Уровень дигитализации достиг 120% от СПД, через 12 часов ПТП перешел в мерцание предсердий с ЧСС 80—100 ударов в 1 минуту. Состояние больной заметно улучшилось — уменьшились явления декомпенсации, увеличился диурез и т. д. В дальнейшем больная получала поддерживающую дозу дигоксина—0,5 мг в сутки (2 таблетки), однако через 3-е суток, когда уровень дигитализации снизился до 80% от СПД, вновь появился ПТП. Назначен 1 мг (4 таблетки) дигоксина внутрь, а через 12 часов внутривенно капельно введено 0,125 мг строфантина. Через 2 часа ПТП перешел в мерцание предсердий. Уровень дигитализации достиг 110—120% от СПД. Больная переведена на поддерживающую дозу дигоксина—0,625 мг (2,5 таблетки) в сутки. Перевод осуществлялся под строгим врачебным контролем с кардиомониторным наблюдением и индивидуальным расчетом сердечных гликозидов.

В дальнейшем у больной мерцательная аритмия ЧСС 70—80 в 1 минуту. Проведенное лечение показывает, насколько многогранно действие сердечных гликозидов. Правильное их применение с индивидуальным подсчетом средней полной дозы действия может позволить перевести упорный, неподдающийся управлению ПТП в мерцательную аритмию и тем самым спасти жизнь больного.

ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЕССИИ НАРЫНСКОГО ОБЛАСТНОГО СОВЕТА ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ

27 сентября 1974 года в г. Нарыне состоялась VI сессия областного Совета депутатов трудящихся, которая рассмотрела вопрос «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи населению области».

— Работа сессии, — сказал в своем обстоятельном докладе заместитель председателя исполкома областного Совета депутатов трудящихся Ж. А. Акималиев, — проходит в канун славного праздника — полувекового юбилея Киргизской ССР и её Компартии.

— Политика партии и Советского государства в деле охраны и укрепления здоровья советских людей, — говорит далее Ж. А. Акималиев, — за короткий исторический срок привела к достигнутым высоким показателям в развитии служб здравоохранения и в Нарынской области. Достигнуты заметные успехи в ликвидации и снижении инфекционных заболеваний, проведена значительная работа по расширению и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения, оснащению их современным оборудованием и медицинской аппаратурой. Значительно улучшилась обеспеченность населения больничными койками, врачебными и средиемедицинскими кадрами. В учреждениях здравоохранения области в настоящее время работает 307 врачей, в том числе 5 заслуженных врачей республики и более 1300 средних медицинских работников; из них 55 награждены орденами и медалями Родины, 42 — знаком «Отличник здравоохранения», 302 присвоено звание «Ударник коммунистического труда».

— Особое внимание в докладе было уделено дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей. Создание в области широкой сети родоиспомогательных и детских учреждений, укрупненных квалифицированными кадрами, — сказал докладчик, — является залогом дальнейшего снижения детской заболеваемости и смертности.

В заключение Ж. А. Акималиев отметил также, что в работе ряда медицинских учреждений, особенно в области укрепления материально-технической базы их имеются недостатки и упущения, которые должны быть изжиты в ближайшее время.

В прениях на сессии выступило 8 человек. Депутаты областного Совета депутатов трудящихся Т. Тургунов, А. Алымкулов, О. Иманалиев, Г. Султангазиев и А. Мусабекова подняли ряд важных вопросов об улучшении медицинского обеспечения сельского населения.

Наличие недостатков в выполнении «Комплексного плана мероприятий по повышению санитарной культуры населения Киргизской ССР на 1971—1975 гг.» отметила в своем выступлении главный врач Республиканского дома санитарного просвещения Минздрава Киргизской ССР Л. Н. Сидорова. — Пропаганда здорового образа жизни, — говорит Л. Н. Сидорова, — не может идти в отрыве от всей системы воспитания, она должна быть тесно связана с жизнью, с задачами коммунистического строительства.

Депутаты областного Совета с большим вниманием выслушали выступление заместителя министра здравоохранения Киргизской ССР О. Т. Тургумбаева, который сказал, что «киргизский народ в своей многовековой истории прошел трудный и сложный путь борьбы за свою свободу и счастье. За годы Советской власти неизменно изменялась жизнь киргизского народа, люди по-новому живут и работают. Одним из ярких достижений киргизского народа является передовая система здравоохранения, созданная на основе современных достижений медицинской науки». Далее оратор остановился на конкретных задачах службы здоровья.

— В последние годы Центральный Комитет нашей партии и Совет Министров СССР, — отмечает О. Т. Тургумбаев,

ев.—приняли ряд важных постановлений, реализация которых открывает большие возможности для дальнейшего санитарного оздоровления внешней среды, укрепления санитарно-эпидемиологического благополучия области. Однако в этом вопросе, — продолжает докладчик, — в ряде хозяйств области имеются недостатки. — Прежде всего докладчик указывает на вопросы водоснабжения населения, поскольку водный фактор в распространении кишечных инфекций занимает ведущее место. В то же время, — говорит докладчик, — новое строительство водопроводов в ряде населенных пунктов Ат-Башинского, Тянь-Шаньского и Кочкорского районов ведется крайне неудовлетворительно.

Далее оратор остановился на вопросах гигиенического воспитания населения, а также на необходимости регулярной очистки населенных мест правильной эксплуатации очистных сооружений, обеспечении должного санитарного порядка на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания и торговли. О. Т. Тургунбаев отметил в заключение, что работа детских лечебно-профилактических учреждений и забота о детях должны оставаться в центре внимания не только партийных и советских органов, но и всех депутатов местных Советов области.

С глубоко содержательной речью выступил председатель Нарынского обкома, депутат К. Т. Тыналиев, который отметил, что VI сессия областного Совета депутатов трудящихся проходит в знаменательные дни, когда трудящиеся области самоотверженным трудом и с величайшей радостью готовятся к встрече полувекового юбилея образования Киргизской ССР и Коммунистической партии Киргизии. В своем выступлении К. Т. Тыналиев охарактеризовал успехи, достигнутые трудящимися области в выполнении решений XXIV съезда КПСС и заданий определяющего года девятой пятилетки. В настоящее время, говорил докладчик, Нарынская область располагает большими возможностями для дальнейшего укрепления

материально-технической базы учреждений здравоохранения и для повышения качества их деятельности. Работа органов и учреждений здравоохранения области всегда находилась и находится в центре внимания партийных органов и исполкомов местных Советов депутатов трудящихся. Однако руководители отдельных хозяйств Ат-Башинского, Кочкорского и Тянь-Шаньского районов не проявляют должной заботы об улучшении санитарного состояния населенных мест, строительстве водопроводов и недостаточно оказывают помощь в укреплении материальной базы медицинских, дошкольных и школьных учреждений. Все ещё не изжиты факты неудовлетворительного снабжения указанных учреждений молоком и молочными продуктами, фруктами и овощами. Оратор в заключение напоминает, что охрана и укрепление здоровья населения являются главным принципом нашей партии и Советского государства: «Все во имя человека, все для блага человека!» — этой задаче и должна быть подчинена работа местных Советов депутатов трудящихся и руководителей хозяйств области, сказал в заключение докладчик.

Сессия приняла развернутое решение, направленное на дальнейшее развитие здравоохранения и улучшение медицинской помощи населению области.

В работе сессии приняли участие руководящие работники Нарынского обкома КП Киргизии, исполкома областного Совета депутатов трудящихся, Министерства здравоохранения республики, облздравотдела и главные врачи медицинских учреждений районов области. Кроме того, в работе сессии участвовали прибывшие из г. Фрунзе ученые Киргосмединститута, научно-исследовательских институтов и руководители республиканских лечпрофучреждений. Работа сессии прошла в деловой обстановке, нет сомнений, что она будет способствовать улучшению деятельности органов и учреждений здравоохранения области.

**К. Н. НИШАНОВ,
Э. С. САДЫРБАЕВ,**

Л. С. Стебянко

Из Республиканского отдела науки медицинской информации
Минздрава Киргизской ССР

Интересы Советского государства требуют современного выявления и правовой защиты изобретений для наиболее полного их использования внутри СССР и реализации за границей.

Подача заявки на разработанное изобретение—гражданский долг каждого творчески думающего специалиста, научного работника, важная обязанность советских государственных организаций и учреждений.

Все более расширяющиеся международные связи СССР в области торговли, науки, производства, широкий обмен техническими достижениями как с капиталистическими странами, участие СССР в Международных союзах по охране промышленной собственности обязывают советские организации так оформлять заявки на изобретения, чтобы они могли служить надежным основанием для защиты авторского и государственного приоритета СССР.

Как известно, по новому положению, изобретением в СССР признается новое и обладающее существенными отличиями техническое решение задачи в любой области народного хозяйства, социально-культурного строительства или обороны страны, дающее положительный эффект.

Решение признается новым, если до даты приоритета заявки сущность этого или тождественного решения не была раскрыта в СССР или за границей для неопределенного круга лиц настолько, что стало возможным его осуществление.

Иначе говоря, публикация является серьезным препятствием для оформления заявки на изобретение, хотя она как способ защиты приоритета не потеряла своего значения.

Есть две формы защиты приоритета—моральная и юридическая.

Обычная публикация в печати защищает главным образом моральные интересы автора. Такая публикация, как способ защиты моральных интересов, целесообразна прежде всего тогда, когда речь идет о неповторимых в принципе результатах творческого труда. С такими неповторимыми объектами мы сталкиваемся главным образом в области искусства (литературные и музыкальные произведения, картины, скульптуры и т. д.)

Юридическая защита приоритета осуществляется только путем подачи заявки в Государственный Комитет по делам изобретений и открытий и выдачи охранной грамоты.

Существуют две причины необходимости юридической защиты научно-технических новшеств. Первая причина—внутренняя — необходимость морально-

го и материального поощрения авторов. Вторая — внешняя, — связанная с внешнеэкономическими операциями нашей страны, политической взаимопомощью социалистических стран, помощи развивающимся странам и политикой мирного сосуществования стран с различными социально-экономическими системами. Таким образом, социалистическое общество заинтересовано в наиболее целесообразной защите приоритета на создаваемые новшества.

К публикации как единственной форме защиты приоритета следует прибегать только в тех случаях, когда другие патентные формы невозможны, а невозможны патентные формы защиты, если новшество относится к категории неохранных (математические формулы, графики, шкалы, экспериментальные данные, методы обучения иностранным языкам, системы учета и отчетности, условные обозначения, расписания, правила).

Патентная защита в дальнейшем не исключает публикации. Публикация патентуемых или находящихся на рассмотрении в патентном ведомстве любой страны работ происходит в патентной информации после выдачи охранной грамоты, а в обычных изданиях целесообразно не ранее принятия заявок к рассмотрению, т. е. после получения приобретенных справок.

Несколько иначе обстоит дело с публикацией открытий. Согласно положению, предшествующая публикация открытия не порочит его новизны. Более того, приоритет открытия может быть исчислен по дате публикации или по дате другого доказательства формулировки открытия, если они предшествовали заявке. Это объясняется, в частности, тем, что право на открытие, коим СССР, предусмотрено только в двух других странах (ЧССР и Болгарии). Но несмотря на это, все же следует сначала оформлять открытия заявками, а публиковать только после принятия решения Государственным Комитетом по делам изобретений и открытий, так как на основании открытий могут быть созданы изобретения и преждевременное разглашение открытий влечет за собой потерю приоритета на вытекающие из них изобретения.

Рассматривая причины, по которым государство, организация и автор должны быть заинтересованы в предотвращении разглашения в выявлении изобретений и в защите их авторскими свидетельствами, О. М. Киселев сделал вывод, что государство заинтересовано в этом, так как при этом создаются наиболее благоприятные условия для поощрения изобретателей и, следовательно, для ус-

коррелия научно-технического прогресса; информация, становится известными и изобретения, публикуемые в патентной широко внедряются в стране; производится объективная оценка предложений и облегчается финансирование, разработка и внедрение новшеств; выявляемые изобретения подлежат патентованию за рубежом с целью защиты экспорта, продажи лицензий и блокировки конкурентов; полагается один из наиболее объективных критериев деятельности научно-исследовательских организаций, защищается приоритет отечественной науки.

Научно-исследовательские и другие организации должны быть заинтересованы в защите новшеств по тем же мотивам, что и государство, но у них есть и дополнительные интересы, заключающиеся в признании их разработок соответствующими мировому уровню. Так как новизна изобретения проверяется по известным на дату заявки сведениям о мировой науке и технике, то выдача авторского свидетельства означает подтверждение мирового уровня данного решения. Следовательно, при защите изобретения авторскими свидетельствами повышается престиж организации.

Для решения возможности своевременной публикации книг, статей и других информационных материалов создаются квалифицированные комиссии, включающие специалистов и представителя патентной службы. Эти комиссии фактически проводят оценку целесообразности публикации, в частности, с научно-медицинской и патентной точек зрения.

Такие экспертные комиссии в системе Министерства здравоохранения Киргизской ССР организованы при Минздраве, в КГМИ, в научно-исследовательских институтах и Республиканской клинической больнице.

В их состав введены ведущие специалисты Минздрава, научно-исследовательских институтов, кафедр КГМИ, патентовед РОНМИ.

Экспертные комиссии в учреждениях

системы Минздрава Киргизской ССР работают уже не один год, по до 1972 года вопросу оценки рукописей с точки зрения новизны и патентности не уделялось должного внимания. В печать ежегодно уходило около 300—500 статей, часть которых, являясь фрагментами кандидатских и докторских диссертаций, творческой работы научных сотрудников и практических работников здравоохранения, несомненно, раскрывала суть новых, важных и интересных предложений.

Все эти публикации лишили признания государственного приоритета учреждений, из которых вышли работы, а также Министерство здравоохранения Киргизской ССР в целом.

В настоящее время Республиканским отделом научной медицинской информации проведена немалая работа по предотвращению преждевременных публикаций медиков республики в печати.

Только в КГМИ на предмет новизны и выявления потенциальных изобретений в 1972—1973 гг. было просмотрено более 600 статей, предназначенных для институтских сборников, журнала «Здравоохранение Киргизии» и других периодических изданий.

Это принесло некоторые результаты.

Оформлено более 10 заявок на изобретения, 2 заявки на открытие и подано более 15 рационализаторских предложений.

Проделанное позволяет сделать вывод о необходимости продолжать и совершенствовать работу в этом направлении.

Более жесткий контроль и тщательный анализ статей, предлагаемых к печати, позволит, кроме повышения числа заявок на предполагаемые изобретения, отсеять слабые и незначительные статьи, что, в свою очередь, повысит престиж и ценность сборников и отдельных работ.

Аналогичную работу необходимо усилить и в научно-исследовательских институтах.

Из Постановления ЦК Коммунистической партии Киргизии, Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, Совета Министров Киргизской ССР и Президиума Киргизского республиканского Совета профессиональных союзов о награждении победителей социалистического соревнования в честь 50-летия Киргизской ССР и Компартии Киргизии ламатными Красными Знаменами и о занесении их на республиканскую Доску почета. Почетные звания — лучшим из лучших	6	3
---	---	---

ПЕРЕДОВЫЕ

Данияров С. Б. — Киргизский государственный медицинский институт в год юбилейный	5	3
Петросьянц В. А. — Здравоохранение Киргизии за 50 лет	4	3
Тургунбаев О. Т., Н. Д. Джумалиев — Санитарно-эпидемиологическая служба Киргизии за 50 лет	3	3

ОБЗОРЫ

Лейтес А. Л. — Некоторые закономерности васкуляризации области швов и анастомозов оперированных органов	4	57
Прессман Л. П. — Современные проблемы геронтологии и гернотрии	3	8

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдымомунова С. А., И. К. Денисламова, Н. Б. Дядюченко, Т. И. Львова — Методы профилактической работы детских поликлиник — консультаций в снижении бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста	1	38
Алиев М. К. — Состояние и перспективы развития хирургической помощи населению Нарынской области	5	10
Брагин О. В. — Кожно-венерологическая служба в Киргизии за 50 лет	4	25
Джумалиев Н. Д. — Научно-практическая деятельность Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены	2	7
Ильин А. А. — Некоторые итоги научных исследований по вопросам охраны материнства и детства	4	7
Калыкулов И. С. — Заболеваемость по данным обращаемости населения в Наукатском районе Ошской области в 1970 году	3	24
Козлова В. И. — Терапевтическая служба Киргизии и перспективы ее развития	5	6
Михайленко И. Е. — Хирургическая служба в Киргизии	2	3
Рафибеков С. Д., К. Н. Нишанов — Успехи сельского здравоохранения Киргизии за 50 лет (сообщение 1)	3	20
Рафибеков С. Д., К. Н. Нишанов — Успехи сельского здравоохранения за 50 лет (сообщение 2)	4	21
Саенко А. И. — Онкологическая служба к 50-летию Киргизской республики и Компартии Киргизии	4	11
Усманова А. Ф. — Итоги научной деятельности Киргизского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии	4	17
Устинов В. Д. — Развитие эндокринологии в Киргизии	4	28
Фингер М. Г., И. Е. Михайленко, В. М. Ежов — Анестезиологическая реанимационная служба в Киргизии и перспективы ее дальнейшего развития	3	13
Френкель Д. М., Л. К. Турапина, З. Н. Соловьева — Некоторые вопросы организации специализированной кардиологической помощи больным на догоспитальном этапе	3	16
Шамбетов Т. М., Н. П. Дозович, С. К. Чиншайло — Развитие аптечного дела за 50 лет Киргизской ССР	6	5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Абдуллина З. М., М. М. Миррахимов, Г. Н. Приживойт — О влиянии магнитного поля на вязкость и свертывающую активность крови	5	16
Атапова З. Н., С. Х. Ташаева, Б. Т. Турусбеков — Состояние нейромуморальной регуляции у больных пояснично-крестцовым радикулитом и изменение ее под влиянием лечения физическими и курортными факторами	2	12
Аджикулов Э. Т., С. Никитина — Влияние нового комплексного соединения кобальта с гексаметилентетраминном на аппарат кровообращения	2	25
Акматов Б. А., К. Б. Асанов, М. Г. Колков — Эхинококкоз и альвеококкоз на Юге Киргизии	3	27
Алексеев И. Ф., Т. П. Селеменова — Цитохимическая характеристика клеток белой крови у здоровых детей 5—14 лет	2	16
Алексеев И. Ф., В. Е. Кобрусев — Электрофоретическая картина белков дуоденального содержимого при хронических холециститах у детей	5	25
Аропова Б. Н. — Впитывание некоторых веществ, выделенных из чистота бициклического по сократительную деятельность матки	5	28
Ахунбаев И. К., М. В. Байзаков, С. Д. Джошибаев, М. Г. Фингер, А. Н. Марялов, Э. С. Станбеков, М. Н. Назмазбеков — Наш первый опыт протезирования митрального клапана	5	13
Григорьянц Р. Г. — Об эхинококкозе печени	6	13
Гурович Т. П. — Влияние искусственного прерывания беременности на состояние гемостаза	2	28
Данияров С. Б., А. Г. Зарифьян — Влияние дуретада на частоту сердечных сокращений, катехоламины и толерантность крыс к острой барокамерной гипоксии в условиях предгормона и высокогорья	1	3
Данияров С. Б., А. Г. Зарифьян — Функциональное состояние вегетативных сердечных центров у собак в процессе адаптации к условиям высокогорья	3	33
Джэзалиев М. — Изменение вариабельных функций почек у больных при хроническом гломерулонефрите	1	19
Езерская И. М., В. Р. Левин — Комплексная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей	6	22
Зурдинов А. З. — Чувствительность организма к оксигенирующей и гексеналу в условиях высокогорья	3	35

Ильин А. А., Е. И. Арбузова, С. Г. Соколинская — К вопросу о бактериальной сенсibilизации при геморрагическом васкулите у детей	7	3
Исабаева В. А., В. И. Фроленко — Реакция гепариоцитов подкожной соединительной ткани крыс на высотную гипоксию	2	17
Карась Ф. Р., С. Г. Варгина, Н. З. Осипова, А. Б. Баялиев, Р. К. Усманов, Д. К. Львов — О сочетанных очагах арбовирусов на территории Ала-Букинского района Ошской области	4	35
Китаев М. И., Т. С. Сыдыков, Р. М. Мамытова — Влияние постоянного магнитного поля на активность гиалуронидазы и структуру гиалуроновой кислоты	5	18
Конурбаев Э. О. — Морфо-функциональный анализ диагностических структур премагнитальных фаз мошек (семейство Simuliidae) Средней Азии	1	15
Кудаяров Д. К., П. В. Федотов, Л. В. Водкайло — Динамика веса и показателей красной крови у детей раннего возраста при вскармливании их биологом, обогащенным микроэлементами и витаминами	1	13
Кудаяров Д. К. — Особенности лейкоцитарной формулы крови и величины РОЭ у здоровых детей в возрасте 3—7 лет в условиях высокогорья Киргизии	6	27
Мамбеталиев Б. С., В. Л. Шкулов — Использование показателей газовой обменной эффективности кровообращения при вегетативных сдвигах в организме в оценке адаптации к труду у горнорабочих в различных климатических зонах	1	26
Мерзляк Е. И. — Состояние гемокоагуляции при геморрагическом васкулите у детей	1	29
Морозов В. Л., Л. А. Торопова — Аутоантитела, ацетилхолин, холинэстераза и фибринолитические свойства крови при экспериментальном туберкулезе	1	30
Панкратовский В. В., А. С. Григорьян, А. В. Измайлова, В. Г. Ермилова, С. Э. Эргашова — Изучение влияния биологических паст на течение экспериментального травматического пульпита	6	18
Пустовалова Н. Ю. — Всасывание, распределение и выведение витамина В ¹² меченого Со ⁵⁹ , при опухолевом процессе в облученном и необлученном организме	6	14
Скибо Л. П., С. М. Доброва — Результаты пластических операций для восстановления конъюнктивной полости при анофтальме (по материалам клиники глазных болезней КГМИ за 5 лет — 1968—1972 гг.)	2	22
Тилис Г. И., Т. Ш. Шайназаров — Показатели красной крови и уровень эритроцитов у здоровых детей раннего возраста в условиях низкогогорья и среднегорья Киргизии	4	37
Токторбаева С. Т. — Иммунобиологическая реактивность организма у женщин с бесплодием	3	42
Турсуналиев Ж. Т. — Регенерация крови у животных после острой кровопотери в период последствие перегревания в условиях высокогорья	3	31
Умаров К. С. — Исследования регионарного кровотока легкого у собак в условиях высокогорья	1	34
Филиппова Г. И., Б. Н. Аронова — Амминокислотный состав молока женщин в различные периоды лактации и влияние на него экстракта чистеда, примененного в раннем послеродовом периоде	6	24
Фролов А. Ф., А. Ч. Иманкулов — Исследование электрической проводимости воздуха и ее гигиеническое значение	4	32
Черкис М. И. — Динамика клинических симптомов заболевания у больных гипертонической болезнью II А стадии под влиянием бальнеолецения в условиях среднегорного курорта «Чолпон-Ата» и низкогогорья г. Фрунзе	5	29
Щодро Э. М., С. М. Доброва — Значение офтальмологических симптомов в ранней диагностике и лечении сахарного диабета	6	11
Штыка О. М. — Значение гастрокопических исследований в ранней диагностике желудочной патологии	5	21

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

Акматов Ш. А., Р. М. Минеева — О носительстве «аустралийского антигена» среди населения Ошской области	4	52
Закусиллова Р. М., Б. А. Абылгазиев — Содержание некоторых микроэлементов в воде реки Ак-Буры и подземных водах ее долины	5	35
Кожомкулов Т. А., Ж. Ж. Жоров — Некоторые показатели здоровья и работоспособности учащихся сельской школы-интерната	6	36
Мамбеталиев Б. М. — Использование некоторых показателей внешнего дыхания в оценке адаптации к труду у горнорабочих в условиях низкогогорного климата Киргизии	5	38
Нестерова Л. А. — Профилактика патологического действия профессиональных вредностей в зерновом хозяйстве	4	34
Сабурова Л. Б., С. У. Хамдаева, А. Ф. Фролов — Стоматологический статус у различных групп студентов г. Фрунзе	5	42
Стеблянок С. Н., Ф. Р. Карась, С. Г. Варгина, А. А. Серополоков, Б. С. Зунунбеков, К. А. Абдылдаева, И. А. Гонтарь — Материалы серологического обследования населения арбовирусной и познопочных животных Чуйской долины	3	57
Стеблянок С. Н., Ф. Р. Карась, С. Г. Варгина, В. С. Зунунбеков, А. К. Кененбаева, А. И. Гонтарь, Г. Г. Умуринова, Т. Ф. Федянина, Д. К. Львов — Выделение арбовирусов от птиц в местах массового пролета	6	34

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Абакаров А. М. — Показатели кардиогемодинамики у высококвалифицированных боксеров (I разряда и мастеров спорта) в подготовительном периоде тренировок	2	53
Аймамбетова К. Д. — Нителесивность эритропоэза и продолжительность жизни эритроцитов в крови у детей в условиях низкогогорья и высокогорья Киргизии	6	42
Алшакулов Д. А., А. А. Ивлин, В. А. Понар — К вопросу организации обслуживания детей, больных ревматизмом, в условиях специализированного детского лагеря в Киргизии	5	45
Арышбаева Т. Г., А. С. Капцова — Активность кислых протеиназ и фосфатаз сыворотки крови у больных деформирующим остеоартрозом	5	43

	№ стр.
Ахунбаев И. К., М. А. Мухамедзаев, Б. К. Шубладзе — Современное состояние вопроса о хирургическом лечении язвенной болезни желудка	1 41
Ахунбаева Б. И. — Цитогистологическое исследование промывных вод желудка при некоторых его заболеваниях (рак, хронический гастрит, язвенная болезнь)	1 43
Баялиева М. А. — Частота и течение острой и хронической пневмонии, по материалам городской больницы № 3 г. Фрунзе	6 46
Борисов А. М., Р. И. Исаева — Электромиография языка у детей с врожденными односторонними расщелинами губы и неба	2 49
Гришштейн Б. Я., З. М. Зубенко, Н. В. Мартова — О синдроме Шихана	2 32 2 45
Гришина Е. Н. — Диагностика и лечение хронических простатитов	2 32 2 45
Зотова А. Б., Л. Н. Факторович — Иммунобиологическая реактивность организма по тесту «кожная аутофлора»	6 39 2 39
Ильин А. А. — Классификация аллергического васкулита у детей	6 39
Исраилова С. С. — К вопросу о возможности лечения больных средней и пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью, в условиях среднегогорного курорта «Чолпон-Ата»	2 42
Каз Л. М. — Прерывание беременности поздних сроков транскрипикальным ипсидением 20% раствора хлористого натрия	2 34
Кетиладзе М. Р. — К вопросу дифференциальной диагностики желтухи желчнокаменного происхождения от желтухи на почве рака головки поджелудочной железы	1 50 5 59
Маерчик А. А. — Заглочные абсцессы у детей	5 59
Мамакеев М. М. — Острый холецистит и его хирургическое лечение	4 44
Мулькин Л. М. — Новый предохранительный клапан к наркозным аппаратам	3 46
Намазбеков М. Н. — К вопросу о травматических артерио-венозных свищах	4 42
Рузуддинов С. Р., У. А. Амираев, Ю. Е. Живини — Применение кожной аппликационной пробы при дифференциальной диагностике непереносимости к акриловой пластмассе	3 51
Рыбалкина Л. Д. — Активность церулоплазмينا и карбоангидразы, насыщенности железом трансферрина плазмы крови у женщин с нормально протекающими беременностью, родами и послеродовым периодом	5 56
Тывалев М. Т. — Мочекаменная болезнь по материалам урологической клиники Киргосмединститута	3 48
Уразбакиев С. В., Е. И. Арбузова — Выявление атипичных форм бактерий в крови больных детей	2 36
Филатова А. В., А. К. Картамбаев, М. С. Мамбетов, Р. М. Френкель — Общехирургические вмешательства у больных туберкулезом легких	5 52

В ПОМОЩЬ СРЕДНЕМУ МЕДРАБОТНИКУ

Доброва С. М. — Неотложная помощь при повреждении глазного яблока и его придатков	4 48
Маерчик А. А. — Клиника, диагностика и первая помощь при инородных телах дыхательных путей	3 53
Мулькин Л. М. — Доврачебная помощь при терминальных состояниях	5 52

РЕЦЕНЗИИ

Саенко А. И. — Рецензия на работу Д. М. Абдураулюла и Н. Т. Адамова «Томография органов желудочно-кишечного тракта»	2 59
---	------

КРАТКИЕ ЗАМЕТКИ И НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Астапова М. Е., Д. С. Кожевникова, В. И. Лопаткина — Об остеоме костных фаланг кистей при склеродермии	6 48
Гришштейн Б. Я., М. Г. Кабиров — К вопросу о переводе трепетания предсердий в мерцание	6 36
Ибраимов А. И. — Идентификация перцентрической инверсии 5-й хромосомы у фенотипически нормальной женщины	1 55
Ковалев Б. Д., К. С. Мустафин — Случай прижизненной диагностики расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты	6 53
Мавлякеев М. М. — Внутренние желчные свищи при желчнокаменной болезни	6 51
Намазбеков М. Н., Г. М. Погова — Редкая локализация венозной аневризмы	2 54
Пявнев А. А., А. А. Артыков, Е. Ф. Кондратенко — Лечение приапизма	2 56

СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

Резолюция II съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана	1 59
Республиканская научно-практическая конференция	3 50
Стегайло Е. А., Л. И. Ерусалимский — О депонировании (хранении) рукописей	3 54

ИНФОРМАЦИИ

Нишанов К. Н., Э. С. Садырбаев — Вопросы здравоохранения на сессии Нарынского областного Совета депутатов трудящихся	6 58
Стегайло Л. С. — Публикация и защита приоритета	6 50

ХРОНИКА

Нишанов К. Н., Л. Г. Бессонова — Актив медицинских работников Ошской области	4 62
Стегайло Е. В., Евдошенко, Н. Дядюченко — Вопросы детского здравоохранения на объединенных заседаниях выездных Ученых советов Киргизских научно-исследовательских институтов охраны материнства и детства, эпидемиологии, микробиологии и гигиены, областных отделов здравоохранения Киргизской ССР	2 61
Требования к оформлению направляемых в редакцию материалов	6

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ. НАПРАВЛЯЕМЫХ В РЕДАКЦИЮ СТАТЕЙ

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, актом экспертизы и авторской справкой. Акты экспертизы на статьи, исходящие из научно-исследовательских и учебных учреждений, оформляются экспертными комиссиями при этих же учреждениях; на статьи, исходящие из учреждений г. Фрунзе, акты экспертизы оформляются экспертной комиссией при горздравотделе. Авторская справка заполняется автором и заверяется тем учреждением, откуда исходит статья. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой печатный орган, публикации не подлежат.

2. Статья должна иметь визу научного руководителя учреждения (на первой странице, в верхнем левом углу). В конце статьи обязательно должна быть подпись автора (в коллективных статьях — подписи всех авторов), указаны его фамилия, имя, отчество и точный почтовый (домашний или служебный) адрес. В редакцию направляются два экземпляра статьи (первый и второй) и иллюстративного материала.

3. Статьи необходимо тщательно выверить, отредактировать. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных исторических введений, излишних подробностей и повторов. К статье должен быть приложен реферат (2 экз), точно отражающий основные положения статьи. Объем реферата не более одной машинописной страницы.

4. Объем оригинальных и обзорных статей (вместе с иллюстративным материалом) не должен превышать 8 страниц машинописи; заметок, посвященных описанию отдельных наблюдений из практики, о рационализаторских предложениях и пр. — 4—6 страниц машинописи.

5. Статьи должны быть напечатаны на одной стороне листа с двойными интервалами между строками и с полями шириной 5 см слева от текста. В тексте следует обозначить места пронумерованных рисунков, таблиц, каждая таблица должна иметь название (заголовки) и номер.

Сопровождать статью громоздкими таблицами не следует, целесообразнее основные цифровые характеристики включить в текст статьи. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи и т. д.) в каждой статье не должно превышать 2—3, а в заметках, посвященных отдельным наблюдениям, — 1—2. Размеры рисунков — 9×12 или 13×18 см. Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими, чертежи и диаграммы выполнены тушью. Желательно, чтобы фотографии с рентгенограмм сопровождалась схематическими пояснительными рисунками. На обороте каждого рисунка карандашом указываются фамилия автора, номер рисунка и обозначается верх его. Подписи к рисункам обязательны и выполняются на отдельном листе. В подписях к фотографиям указывается метод окраски (или импрегнации), увеличение.

6. При ссылке в тексте на отечественных авторов фамилии их приводятся с инициалами. Фамилии иностранных авторов следует приводить в оригинальной транскрипции и без инициалов. И в том и в другом случаях после каждой фамилии автора указывается год публикации его работы. Все цитаты необходимо снабжать точной ссылкой на источник.

7. Сокращения допустимы только общепринятые (например, измерения, выраженные в метрических мерах — килограмм — кг; километр — км и т. д.). Никакие другие сокращения слов текста и терминов не допускаются.

8. Библиография обязательна и приводится в конце статьи в алфавитном порядке. Перечисляются все авторы, приводимые в тексте статьи, указывается название журнала, год издания, том и номер выпуска, место издания, издательство.

При несоблюдении указанных правил статьи приниматься не будут. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи и размещать рисунки по своему усмотрению.

Непринятые к печати рукописи не возвращаются.