

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГИЗСКОЙ ССР

З
К

**ДРАВООХРАНЕНИЕ
ИРГИЗИИ**

Редактор В. А. ПЕТРОСЬЯНЦ

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

4 ИЮЛЬ • АВГУСТ **1974**
г. ФРУНЗЕ

ПЕРЕДОВЫЕ

Петростьянц В. А.—Здравоохранение Киргизии за 50 лет. 31 ✓

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ильин А. А.—Некоторые итоги научных исследований по вопросам охраны материнства и детства 7 ✓
 Саенко А. П.—Онкологическая служба к 50-летию Киргизской республики и Компартии Киргизии 11 ✓
 Уеманова А. Ф.—Итоги научной деятельности Киргизского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии 17 ✓
 Рафибеков С. Д., К. Н. Нишанов.—Успехи сельского здравоохранения Киргизии за 50 лет 21 ✓
 Брагин О. В.—Кожно-венерологическая служба в Киргизии за 50 лет. 25 ✓
 Кетинцов В. Д.—Развитие эндокринологии в Киргизии. 28 ✓

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Фролов А. Ф., А. Ч. Иманкулов.—Исследование электрической проводимости воздуха и ее гигиеническое значение 32 ✓
 Карась Ф. Р., С. Г. Варгина, И. З. Осипова, А. Б. Байлиев, Р. К. Усманов, Д. К. Львов.—О сочетанных очагах арбовирусов на территории Ала-Букинского района Ошской области 35 ✓
 Гиле Г. И., Т. Ш. Шайназаров.—Показатели красной крови и уровень эритроцитов у здоровых детей раннего возраста в условиях высокогорья и среднегорья Киргизии 37 ✓

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Намазбеков М. И.—К вопросу о травматических артерио-венозных свищах. 42 ✓
 Мамакеев М. М.—Острый холецистит и его хирургическое лечение. 44 ✓

В ПОМОЩЬ СРЕДНЕМУ МЕДРАБОТНИКУ

Доброва С. М.—Неотложная помощь при повреждениях глазного яблока и его придатков 48 ✓

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

Акматаев Ш. А., Р. М. Мигесия.—О носительстве «аустралийского антигена» среди населения Ошской области 52 ✓
 Нестерова Л. А.—Профилактика патологического действия профессиональных вредностей в зерновом хозяйстве 54 ✓

ОБЗОРЫ

Дейтес А. П.—Некоторые закономерности васкуляризации области швов и анастомозов оперированных органов 57 ✓

ХРОНИКА

Нишанов К. Н., Л. Г. Бессонова.—Деятельность медицинских работников Ошской области 62 ✓

Техн. редактор И. Шароватова.
 Корректор А. Сенук.
 Издательство «Ала-Тоо»

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

Формат издания 70×108¹/₁₆. Объем 4 печ. листа.
 54800 зн. в 1 ф. л., 5,6 пр. л. Подписано к печати 16/VIII-1974 г.
 Д—01895. Зак. 2628. Тираж 7674.

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

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КИРГИЗИИ ЗА 50 ЛЕТ

В. А. Петросьянц,

министр здравоохранения Киргизской ССР

Здравоохранение Советского Киргизстана за 50 лет своего существования превратилось в стройную систему, способную решать сложные задачи предупреждения и лечения болезней, охраны здоровья трудящихся.

Определяющее значение для планомерного развития здравоохранения имеют принятые в 1968 году Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и медицинской науки в стране» и в соответствии с ним аналогичное постановление ЦК КП Киргизии и Совета Министров Киргизской ССР по нашей республике.

Ярким свидетельством заботливого отношения Коммунистической партии и Советского правительства к делу охраны здоровья народа явился принятый Верховным Советом республики Закон Киргизской ССР о здравоохранении, который открывает новые возможности для активизации творческой инициативы медицинских работников и вместе с тем повышает нашу ответственность перед народом.

Намечены конкретные меры по охране внешней среды — атмосферного воздуха, воды и почвы — от загрязнения промышленными выбросами и хозяйственно-бытовыми отходами. Поставлены и успешно решаются вопросы рационального планирования и санитарно-технического благоустройства населенных мест, повышения санитарной культуры населения.

С каждым годом в республике выделяется все больше средств на охрану здоровья населения. По сравнению с 1965 годом, ассигнования в расчете на одного жителя увеличились в настоящее время более, чем на 30%. Значительная часть этих средств идет на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

Директивы XXIV съезда КПСС обязывают нас добиваться дальнейшего сближения различий в уровнях оказания медицинской помощи населению в городе и на селе. На это, в частности, направлено постоянно проводимое укрепление материально-технической базы не только республиканских и областных, но и районных больниц, организация в последних специализированных отделений. Общая мощность стационаров только за восьмью пятилетку выросла на 8 тысяч коек, при этом почти половина из них развернута в лечебно-профилактических учреждениях сельской местности. Общее количество больничных коек в 1974 г. достигло 35,5 тысячи и составляет 110,4 койки на 10000 населения. Кроме того, развернуто 3 тыс. санаторных коек.

За последние годы в республике было введено в строй свыше ста объектов здравоохранения, причем главным направлением при этом было и остается строительство крупных, многопрофильных и специализированных больниц, оснащенных современным медицинским оборудованием и новейшей аппаратурой. Наряду с этим, продолжалась планомерная реорганизация мелких маломощных участковых больниц в сельские врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты. В таких районах, как Сокулукский, Московский, Калининский, Ленин-

ский, Узгенский, Кара-Суйский, Иссык-Кульский, Джегы-Огузский и другие, мощности больниц доведены до 500 коек. Это позволило почти повсеместно специализировать медицинскую помощь.

В 9-й пятилетке на строительство медицинских учреждений предусмотрено освоить около 50 миллионов рублей, что в 1,5 раза больше отпущенных средств в предыдущей пятилетке.

В целях дальнейшего улучшения специализированной помощи населению планируется провести и уже проводятся большие организационные мероприятия. Будут строиться крупные специализированные учреждения, такие, как Республиканская клиническая больница на 1000 коек, больница восстановительного лечения на 520 коек, строятся Ошская областная и Фрунзенская городская больницы на 500 коек каждая, Республиканская санэпидстанция и другие медицинские учреждения. За счет строительства дополнительных корпусов при существующих больницах предполагается довести мощность некоторых больниц до 600 коек.

В текущей пятилетке будет открыто 39 аптек, из них 16 — в сельской местности.

И это далеко не полный перечень мероприятий, направленных на улучшение материальной базы здравоохранения республики. Реальность этих планов несомненна — у нас есть соответствующий опыт и возможности для их претворения в жизнь.

Успехи советского здравоохранения стали возможными благодаря достижениям науки, тесно связанной с практикой.

В республике функционируют медицинский и 5 научно-исследовательских институтов медицинского профиля, проблемные лаборатории, в которых работают около 800 высококвалифицированных специалистов, способных успешно решать сложные задачи современной медицины. В их числе 44 доктора и 369 кандидатов медицинских наук.

Для решения задач, поставленных перед учеными нашей республики, необходима соответствующая координация в работе между медицинским и научно-исследовательскими институтами. Разобщенность, стремление решать отдельные проблемы собственными силами в значительной мере снижают эффективность и практическую ценность проводимых научных изысканий.

В своем выступлении на XXIV съезде КПСС Леонид Ильич Брежнев говорил: «Нам нужны люди, сочетающие высокую политическую сознательность с хорошей профессиональной подготовкой, способные со знанием дела решать вопросы развития экономики и культуры, владеющие современными методами управления».

Исключительно много внимания уделяется в республике повышению качества подготовки молодых специалистов. Завершается перевод медицинского института на новую систему подготовки кадров. Это даст возможность улучшить клиническую подготовку будущего специалиста и обеспечит стажирование его по избранному им профилю медицины в течение года после окончания института.

Появляется реальная возможность освободить факультет усовершенствования врачей Киргосмединститута от первичной специализации недавних выпускников института и сконцентрировать внимание на повышении квалификации врачей, имеющих определенный стаж работы.

К концу пятилетки планируется подготовить еще 2,5 тысячи врачей и более 7 тысяч средних медицинских работников.

В настоящее время медицинскую помощь населению республики оказывают около 7000 врачей и более 23 тысяч средних медицинских работников. По обеспеченности кадрами (22,8 врача на 10000 населения) наша республика уже сейчас опережает целый ряд развитых капиталистических стран.

Ежегодно более 500 врачей и 1000 средних медицинских работников республики повышают свою квалификацию в институтах и на факультетах усовершенствования, а также на постоянно действующих специальных курсах усовершенствования медицинских знаний.

Принимаются решительные меры по закреплению медицинских кадров в сельской местности. В настоящее время 84% врачей и около 90% средних медицинских работников живут в благоустроенных квартирах или собственных домах. Медицинские работники республики пользуются большим уважением у населения, окружены вниманием и заботой со стороны партийных и советских органов.

Вместе с совершенствованием знаний медицинских работников, укреплением материальной базы медицинских учреждений в республике с каждым годом расширяется сеть вспомогательных кабинетов, клиничко-диагностических лабораторий, оснащенных новой медицинской аппаратурой и инструментарием, что значительно повысило качество диагностики и лечения.

В соответствии с планом развития специализированной медицинской помощи при республиканских и областных больницах созданы нефро-урологический, ожоговый центры, центры профессиональных заболеваний, нейрохирургии и др. При всех городских и центральных районных больницах созданы отделения по оказанию травматологической помощи, глазным и ЛОР-болезням. Осуществляется дальнейшее развитие анестезиологической и реанимационной служб, создание которых уже сейчас в большинстве наших районных больниц позволяет проводить сложные оперативные вмешательства, расширяет возможности и повышает эффективность борьбы с угрожающими жизни состояниями.

Министерством здравоохранения СССР одобрен наш опыт организации противотуберкулезных детских санаторных отделений, куда направляются контактные с больной туберкулезом матерью дети из многодетных семей. Сама же мать госпитализируется при этом в соответствующее противотуберкулезное лечебное учреждение.

Если учесть, что наличие многодетных семей составляет одну из особенностей нашей республики, то нетрудно представить, каково значение таких мероприятий.

Впервые в стране указанного характера противотуберкулезное детское санаторное отделение было организовано в 1965 году при Джалал-Абадском городском противотуберкулезном диспансере. В настоящее время в республике созданы и функционируют еще 3 таких же отделения.

В центре внимания были и остаются вопросы дальнейшего улучшения амбулаторно-поликлинической помощи населению. Да это и понятно, если учесть, что больной человек прежде всего обращается именно в поликлинику. Нами принимаются меры для дальнейшего укрепления этого важного звена с тем, чтобы поднять на должную высоту качество диагностики и лечения больного в условиях поликлиники.

Наше государство всегда уделяло особое внимание охране материнства и детства. Органы здравоохранения республики добились определенных успехов в этом вопросе. Об этом говорит и значительное снижение детской инфекционной заболеваемости в республике. И сейчас одной из первостепенных задач медицинской службы республики является совершенствование форм и методов охраны здоровья детей. В это большое ответственное дело много труда вложено медицинскими работниками гг. Фрунзе, Токмака, Московского, Фрунзенского районов и, как следствие,— показатели детской смертности в этих городах и районах стали намного ниже среднереспубликанских.

В Московском районе, например, помимо создания материально-технической базы для оказания медицинской помощи детям, проведен комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и укрепление здоровья детей. Систематический патронаж новорожденных и наблюдение детей до 1 года жизни доведены почти до 100%. Резко возрос индекс здоровья, много внимания уделяется закаливанию, физическому развитию и вскармливанию детей. В центральной районной, участковых больницах и на фельдшерско-акушерских пунктах организованы кабинеты по воспитанию здорового ребенка, постоянно функционируют школы матерей. Почти все врачи прошли специализацию и усовершенствование, а работники фельдшерско-акушерских пунктов — специальную подготовку по педиатрии. Эти мероприятия привели к снижению детской смертности в районе в 2 раза.

Исключительно большое внимание Министерством здравоохранения республики уделяется вопросам дальнейшего развития и совершенствования работы Научно-исследовательского института охраны материнства и детства, научная деятельность которого находится в полном соответствии с запросами практического здравоохранения.

Серьезного внимания требует организация медицинской помощи школьникам. Улучшение санитарно-гигиенических условий в школах, систематический медицинский контроль будут способствовать дальнейшему снижению нарушений опорно-двигательного аппарата, зрения, заболеваний носоглотки и сердечно-сосудистой системы у школьников.

Необходимо особо отметить роль санитарно-эпидемиологической службы в системе советского здравоохранения. Грандиозные проблемы текущей пятилетки ставят перед органами санитарно-эпидемиологической службы большие задачи по обеспечению здоровых условий труда, быта и отдыха населения.

Повышение материального и культурного уровня жизни населения республики, укрепление материально-технической базы здравоохранения, развитие медицинской науки создали реальные предпосылки для успешной борьбы с инфекционными заболеваниями.

В последние годы уделяется большое внимание вопросам улучшения водоснабжения, канализации и очистки населенных мест, санитарной охраны почвы, водоемов и атмосферного воздуха.

Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О государственном санитарном надзоре в СССР», принятое в мае 1973 года, повышает авторитет государственного санитарного врача, наделяет его подлинной самостоятельностью в действиях, в решении вопросов санитарной охраны среды улучшения условий труда. Все это налагает и большую ответственность на органы санитарной службы, призванной бдительно охранять здоровье населения, способствовать резкому снижению и ликвидации инфекционных заболеваний.

Большие задачи по гигиеническому воспитанию населения намечены пятилетним планом, утвержденным ЦК КП Киргизии на 1971—1975 годы. Все заинтересованные министерства и ведомства должны приложить максимум усилий к выполнению запланированных мероприятий, а органы здравоохранения призваны возглавить эту работу.

Наши успехи в профилактике и борьбе с болезнями во многом зависят от того, насколько мы умело и доходчиво пропагандируем среди населения гигиенические основы предупреждения заболеваний, внедряем санитарную культуру в повседневный быт и труд людей, прививаем элементы личной гигиены.

В свой золотой юбилейный год медицинские работники республики полны решимости достойно выполнить задачи по охране здоровья населения, поставленные перед ними нашей партией и правительством.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

А. А. Ильин

Из Кыргызского НИИ охраны материнства и детства
(директор — ст. научный сотрудник А. А. Ильин)

За годы Советской власти в Кыргызии в деле охраны здоровья женщин и детей достигнуты большие успехи. Один из главных социальных показателей жизни общества — детская смертность — уменьшилась в республике более, чем в 10 раз. Увеличилась продолжительность жизни женщин, которая в настоящее время составляет в среднем 72 года.

В канун 50-летия Кыргызской ССР и Компартии Кыргызии особенно окупаются плоды многогранной деятельности Советского государства в этой области. От здоровья женщины-матери, физического развития детей зависит здоровье будущих поколений.

Учитывая особую важность указанной проблемы, в Кыргызии в конце 1961 года в соответствии с постановлением ЦК КП Кыргызии и Совета Министров Кыргызской ССР был создан Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства.

Создание такого учреждения является одним из ярких проявлений ленинской заботы нашей партии о женщинах и детях. Вначале в штате института было всего лишь 14 сотрудников. В настоящее время в институте сформировался деятельный коллектив, состоящий из 50 научных сотрудников, среди которых 3 доктора и 28 кандидатов наук, 22 практических врача.

Научные подразделения возглавляют опытные научные работники — проф. Е. А. Стегайло, доктора наук Д. А. Алымкулов и П. В. Федотов, кандидаты медицинских наук, старшие научные сотрудники С. Б. Борбиев, Л. В. Водкайло, Н. Б. Дядюченко, Д. К. Кудояров, З. А. Дручевская, Л. В. Зайцева, С. Г. Соколинская, С. В. Уразбакиева, в институте трудятся квалифицированные врачи-педиатры: А. И. Бородаенко, К. Д. Аймамбетова, З. И. Врублевская, Н. М. Бочатова, В. В. Кобрусев, С. К. Кыштобаева, С. М. Малабекова, З. Ф. Шалавина и др.

Кроме того, следует иметь в виду, что с самого начала организации КНИИОМД на базе этого института продуктивно работает кафедра госпитальной педиатрии Киргосмединститута, возглавляемая заслуженным деятелем науки Кирг. ССР, доктором медицинских наук профессором Б. Ф. Шаганом. Одновременно с профессором Б. Ф. Шаганом на базе КНИИОМД работают доцент К. П. Ни, ассистенты Г. В. Авдеева, Н. Ф. Алексеенко и др.

Институт разрабатывает в основном две проблемы: научные основы охраны здоровья матери и новорожденного и возрастные особенности детского организма в норме и патологии.

Проводимые научные исследования тесно соприкасаются и переплетаются с насущными вопросами родовспоможения, с нуждами практического здравоохранения. Изыскиваются резервы снижения материнской и перинатальной смертности.

Изучено влияние сурьмы на менструальную и детородную функцию женщин; сделаны практические рекомендации по трудоустройству больных и беременных женщин на производствах, связанных с применением или обработкой сурьмы (А. П. Беляева). Разработаны методические рекомендации по профилактике гинекологических заболеваний у женщин на хлопкопрядильных фабриках.

Выявлено влияние некоторых климато-географических условий на развитие организма девочек (в условиях высокогорья у девочек наступает более позднее половое созревание (Л. А. Маркова). Начато изучение влияния высокогорья на женский организм. Исследования по этой проблеме в ближайшие годы будут расширены и углублены.

Основной причиной материнской смертности в республике в течение последнего десятилетия являлись кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Исходя из этого, коллегия Министерства здравоохранения республики в 1966 году предложила Институту охраны материнства и детства заняться изучением указанных вопросов.

Все беременные женщины, угрожаемые по кровотечению, были поставлены на особый учет. В процессе исследования был выработан комплекс мероприятий, направленных на предупреждение этого грозного осложнения (И. В. Борзых, А. А. Палей). К настоящему времени указанные мероприятия внедрены в практику всех городских и сельских родооказательных учреждений.

В результате проведенной работы процент патологических послеродовых кровотечений за последние 5 лет снизился с 11 до 7%, а материнская смертность за этот же период снизилась в 2 раза и составляет 0,37%, то есть фактически она близка к общесоюзному показателю.

Исходя из того, что показатель перинатальной смертности в республике в течение последних лет оставался сравнительно высоким, без заметной тенденции к снижению, сотрудниками института проведены исследования по изучению различных факторов, отрицательно влияющих на плод. Был изучен токсикоз беременных, его распространенность в Киргизии. Выработана эффективная методика обследования и лечения беременных, страдающих указанной патологией, издано методическое письмо. Успешно изучается перенашиваемость и ее влияние на плод. Определена целесообразность той или иной операции родоразрешения с точки зрения интересов плода.

Разработаны и внедрены методики диагностики реус-конфликта и лечения гемолитической болезни новорожденных (Л. В. Буренкова, Д. А. Хармац). Внедрение в практику здравоохранения результатов этих работ способствовало снижению смертности новорожденных от гемолитической болезни в республике с 1968 года почти в 2 раза, а в г. Фрунзе — в 3 раза.

Предложена новая форма маточного препарата чистеца — экстракт чистеца буквицецветного (Б. А. Аронова). Этот препарат приказом министра здравоохранения Союза ССР № 893 от 15 декабря 1971 года внедрен в промышленное производство по Союзу.

Отрадно отметить, что наши достижения по охране материнства и детства, в частности успехи по снижению патологических кровотечений в родах, а также снижению материнской смертности, нашли достойное место в докладе министра здравоохранения СССР, академика Б. В. Петровского на XXXIII сессии АМН СССР, посвященной 50-летию Союза ССР, 22 ноября 1972 года и были квалифицированы как значительные достижения.

По проблеме «Возрастные особенности детского организма в норме и патологии» проведено в широком социальном плане изучение состояния здоровья детей в различных климато-географических зонах республики. Изучены физическое развитие детей, заболеваемость и смертность в ряде городов и районов республики, разработаны и постоянно совершенствуются меры по их снижению.

Следует отметить, что показатели физического развития детей в Киргизии во всех возрастно-половых группах в последнее время значительно улучшились. У детей первого года жизни, проживающих на селе, они соответствуют таковым у детей г. Фрунзе, Алма-Аты, Караганды.

Определены действительные уровни детской смертности во всех городах и районах республики, ее структура и причины. На основании этих материалов выработаны и реализуются дифференцированные планы мероприятий Министерства здравоохранения республики, советских и партийных органов ряда городов и районов по улучшению организации медицинской помощи женщинам и детям.

В группе исследований, связанных с изучением химического состава молока у женщин в условиях высокогорья и низкогорья и роли некоторых компонентов молока для развития и роста новорожденного ребенка, найдено, что по уровню содержания жира и углеводов молоко у женщин, проживающих в гг. Фрунзе, Нарыне, не уступает среднефизиологическим показателям, вместе с тем уровень белка в молоке у этих женщин значительно снижен. Указанные находки послужили основанием для рекомендации докорма детей в случаях обнаружения у них ранней гипотрофии.

Большое значение имеет работа П. В. Федотова по изучению биологически активных веществ в питании детей первых 3-х лет жизни. Она высоко оценена проблемной комиссией по питанию АМН СССР, выводы автора признаны новыми и ценными. Автором создан адаптированный кисло-молочный продукт — биолакт, — обладающий высокими биологическими качествами, выгодно отличающими его от существующих кисломолочных продуктов как в нашей стране, так и за рубежом. Под влиянием биолакта повышаются защитные реакции организма у детей, нормализуется кишечная флора.

Биолакт Коллегией Министерства здравоохранения СССР от 29 июня 1971 года рекомендован для внедрения в практику здравоохранения и народного хозяйства СССР как одно из важнейших достижений медицинской науки.

С 1972 года закваска биолакта выпускается Омским НИИ мясо-молочной промышленности, который снабжает ею города Союза, в том числе и Киргизии. Этот продукт в настоящее время производится во многих городах нашей страны.

В результате исследований, направленных на снижение рахита у детей, разработан и внедрен комплекс эффективных мероприятий, направленных на поднятие защитных сил организма ребенка.

В Институте охраны материнства и детства изучаются также физиологические потребности детей раннего возраста в основных ингредиентах пищи (в частности, в белке), в зависимости от видов вскармливания, в различных климато-географических условиях республики. В итоге будут выработаны конкретные рекомендации по сбалансированному питанию у детей.

Разработка теоретических проблем возрастной физиологии и патологии проводится под руководством профессора Е. А. Стегайло. К настоящему времени получен обширный материал, показывающий характер влияния ядохимикатов на организм.

Широко проводятся экспериментальные исследования функции системы крови и аппарата кровообращения и дыхания в процессе адаптации животных к высокогорью. В результате этих исследований обнаружены некоторые факторы неблагоприятного воздействия высокогорья на половой цикл, генераторную функцию и функциональное состояние плодов подопытных животных.

Учитывая некоторое отставание организационных форм детского здравоохранения в Киргизии, в Институте охраны материнства и детства с 1970 года разрабатываются научные основы организации детского здравоохранения. Особенно большое внимание при этом уделяется вопросам организации детского здравоохранения в сельской местности, совершенствованию медицинской помощи детям животноводов, профилактику рахита. Изданы методические материалы по организации детского здравоохранения (Т. И. Львова, Н. Б. Дядюченко) и определены нормативы ряда показателей состояния здоровья, которые практические врачи используют в своей повседневной работе.

Закончено исследование геморрагического васкулита у детей, определен ряд эпидемиологических закономерностей этого заболевания, раскрыты некоторые стороны патогенеза его, разработаны диагностические критерии и классификация, предложена схема этапного лечения.

Исследования сердечно-сосудистой системы у детей при ревматизме, проведенные под руководством доктора медицинских наук Д. А. Алымкулова, показали, что оздоровление этих контингентов больных должно проводиться в местностях, к которым они адаптированы, где они проживают.

В институте разработан новый комплексный метод лечения гематогенного остеомиелита у детей (В. С. Кононов, А. С. Марков), который внедрен в практику основных хирургических отделений республики. Коллегия Министерства здравоохранения СССР своим решением от 4 июля 1968 года дала высокую оценку этому методу как одному из важнейших достижений медицинской науки и приняла решение рекомендовать его для внедрения по всей стране.

Б. С. Меремсом разработан экспресс-метод определения диспротеинемии в крови, на него получено авторское свидетельство.

Большое место в работе института отводится оказанию организационно-методической помощи учреждениям здравоохранения. Работа осуществляется по плану, утвержденному Министерством здравоохранения.

Одной из первоочередных задач институт считает подготовку и повышение квалификации кадров врачей и средних медицинских работников, которая проводится совместно с кафедрами факультетской (зав. — проф. Т. И. Покровская), госпитальной педиатрии (зав. — проф. Б. Ф. Шаган), кафедрой детских болезней (зав. — доц. П. П. Афанасенко) медицинского института. Эта работа ведется как на базе института, так и на базе областных и районных центров. За 10 лет работы проведено 537 различных семинаров, из них 340 — непосредственно на местах. Тематика семинаров самая разнообразная, сюда входит и работа со здоровым ребенком, и вопросы рационального вскармливания, и профилактика и лечение заболеваний, физиология и патология новорожденных, неотложная помощь детям, ревматизм и т. д.

За время работы институтом было сделано 90 предложений для внедрения в практику здравоохранения, изданы 5 монографий: «Сердечные гликозиды в раннем возрасте», «Ядовитые растения Киргизии и помощь при отравлении ими» и др., а также составлено 60 методических писем и памяток. Издано 14 сборников научных работ. Опубликовано 750 статей. Все это стало достоянием практических врачей. По законченным работам защищено 4 докторские и 42 кандидатские диссертации. С 1963 года в республике проведено 10 научных конференций по

вопросам охраны здоровья женщин и детей, причем одна из них — совместная с головным институтом — Институтом педиатрии АМН СССР (в 1969 г.), вторая — с Институтом социальной гигиены им. П. А. Семашко (в 1970 г.), третья — с Институтом ревматизма АМН СССР и Киргизским мединститутом (в 1972 г.), четвертая — с Киргизским мединститутом (в 1973 г.).

Внедрение результатов научных работ, большая организационно-методическая работа в областях, городах и районах позволили внести ряд усовершенствований и организацию медицинской помощи женщинам и детям в республике, что положительно сказалось на некоторых показателях родовспоможения и детского здравоохранения.

Институт является участником республиканской ВДНХ.

Таким образом, Институт охраны материнства и детства превратился в научный и организационно-методический центр республики по организации акушерской и педиатрической службы.

В 1972 году за достигнутые высокие показатели в социалистическом соревновании в честь 50-летия образования Союза ССР коллектив института награжден юбилейной Почетной грамотой ЦК КП Киргизии, Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, Совета Министров Киргизской ССР, Кирсовпрофа.

Безусловно, указанные достижения стали возможными только благодаря совместным творческим усилиям соответствующих служб здравоохранения республики — Министерства здравоохранения Киргизской ССР, Института охраны материнства и детства, кафедр акушерства и педиатрии мединститута, сотрудников детских больниц и роддомов, педиатров и акушеров-гинекологов, всех организаторов здравоохранения.

В настоящее время сотрудники института несут вахту четвертого года пятилетки, с энтузиазмом трудятся над планами и мероприятиями по улучшению охраны здоровья женщин и детей в честь славного 50-летия образования Киргизской ССР и Компартии Киргизии.

УДК (00) 616—0.6 (575.2)

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА К 50-ЛЕТИЮ КИРГИЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И КОМПАРТИИ КИРГИЗИИ

А. И. Саенко

Из Киргизского НИИ онкологии и радиологии
(директор — засл. деятель науки Кирг. ССР, проф. А. И. Саенко)

Онкологическая служба является сравнительно новым разделом специализированной медицинской помощи населению. Особенно быстрое развитие она получила после Великой Отечественной войны, чему способствовало большое внимание, которое уделяли и уделяют Коммунистическая партия Советского Союза и Советское правительство вопросам оказания противораковой помощи населению.

Был издан ряд приказов Министерства здравоохранения Союза ССР, четко определивших задачи онкологической службы, ее организационные основы, роль общелечебной сети в оказании онкологической помощи населению.

Отличительной особенностью противораковой борьбы в СССР является прежде всего то, что она носит общегосударственный характер и имеет выраженную профилактическую направленность. Создание обширной сети онкологических диспансеров, отделений и кабинетов обеспечило правильную организацию выявления больных с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями, их учет, диспансеризацию и специальное лечение. Открытие научно-исследовательских институтов онкологии и почечного лечения. Открытие научно-исследовательских институтов онкологии почти во всех союзных республиках способствовало развертыванию широких научных исследований по проблеме злокачественных новообразований и подготовке научных и практических кадров онкологов.

Онкологическая служба, являясь одним из специализированных разделов здравоохранения, совершенствовалась параллельно с его ростом и развитием. Решающую роль в успешном развитии здравоохранения за последний период сыграли партийные и правительственные постановления, определившие основное направление дальнейшего развития здравоохранения и медицинской науки в нашей стране. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 517 от 5 июля 1968 года «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», «Директивы XXIV съезда Коммунистической партии Советского Союза» явились огромным стимулом для дальнейшего развития как здравоохранения в целом, так и его специализированных разделов, в том числе и онкологической службы.

Большие успехи, достигнутые здравоохранением Киргизской Советской Социалистической Республики за пятьдесят лет ее существования, обусловили создание и развитие онкологической службы как самостоятельного раздела специализированной медицинской помощи населению республики. За сравнительно короткий период своего существования онкологическая служба Киргизии добилась определенных успехов в организации противораковой борьбы. Открытие первого в республике онкологического диспансера в г. Фрунзе в 1956 году положило начало развертыванию сети онкологических учреждений. Диспансер в период 1956—59 годов проделал некоторую организационную работу по привлечению внимания общелечебных учреждений к вопросам противораковой борьбы. К этому же периоду относится начало изучения вопросов, относящихся к организации онкологической помощи в республике. В 1956 году была проведена первая республиканская онкологическая конференция Киргизской ССР. В программе конференции нашли отражение вопросы организации онкологической службы в республике, диагностика и лечение некоторых локализаций рака. В работе конференции приняли участие видные онкологи нашей страны — академик А. И. Серебров, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР С. А. Холдин, проф. А. В. Чаплин и др. Конференция наметила пути дальнейшего улучшения онкологической помощи населению республики.

До 1959 года республиканский онкологический диспансер являлся, по существу, единственным онкологическим учреждением в республике, если не считать нескольких онкологических кабинетов и двух маломощных онкологических отделений в областных больницах. В 1959 году по решению Совета Министров Кирг. ССР был открыт в городе Фрунзе Киргизский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии. С этого момента онкологическая служба республики получает значительное развитие во всех своих разделах. Свидетельством этому является прежде всего рост сети онкологических учреждений, которых в настоящее время насчитывается в республике 50. В 1959 году их было всего 17.

Онкологическая сеть в своем составе имеет Институт онкологии и радиологии (г. Фрунзе), областной онкологический диспансер в г. Пржевальске, межрайонный онкологический диспансер в г. Токмаке, 4 онкологических отделения и 43 онкологических кабинета. Количество онко-

логических коек в республике за последние десять лет удвоилось и достигло 850, что составляет 0,27 на 1000 жителей. Оснащенность онкологическими койками почти достигла существующих нормативов.

С открытием Научно-исследовательского института онкологии и радиологии создались необходимые условия для планомерной работы по подготовке кадров научных и практических онкологов. Только на базе института прошли специализацию по различным профилям онкологии более 300 врачей и значительное количество специалистов со средним медицинским образованием. В институте с самого начала его существования была введена аспирантура, которую к настоящему времени окончило 30 человек. Сотрудниками института и онкологами периферических учреждений защищены 35 кандидатских и 4 докторских диссертации. К настоящему времени в республике выросли кадры специалистов-онкологов различных профилей, обеспечивающие успешное применение сложных диагностических и лечебных методов и осуществляющих научные исследования в онкологии.

Широкие научные исследования в республике по проблеме «Злокачественные новообразования» были развернуты уже в первый период существования института. Они касались в первую очередь вопросов организации онкологической помощи и эпидемиологии рака. Это диктовалось прежде всего задачами дальнейшего улучшения онкологической помощи населению республики и представляло также большую теоретический интерес. Планирование сети онкологических учреждений, разработка и проведение профилактических противораковых мероприятий трудно осуществимы без учета данных об особенностях распространения раковых заболеваний как в целом по республике, так и в отдельных ее климатических зонах. Исходя из этого, большим коллективом научных сотрудников и врачей института были проведены обширные работы по изучению распространения раковых заболеваний в республике и выяснению причин, оказывающих влияние на уровень онкологической заболеваемости. Полученные в результате этих исследований материалы позволили дать характеристику особенностям распространения предопухолевых и опухолевых заболеваний, основных локализаций и на основе этого приступить к планированию и проведению широких профилактических мероприятий. Весьма интересные в теоретическом и практическом отношении материалы были получены и обобщены в виде диссертационных работ по эпидемиологии предрака (Игнатов) и рака (А. И. Илизов) кожи, предраковых заболеваний шейки матки (Н. С. Киселева), рака молочной железы (Т. Д. Джумабаев), рака мочевого пузыря (А. Г. Романенко), предраковых заболеваний желудка (С. Е. Дё), предраковых заболеваний молочной железы (М. С. Петров), опухолей верхних дыхательных путей (М. Х. Ибрагимов), предраковых заболеваний прямой кишки (Т. Н. Мищенко) и других локализаций предопухолевых и опухолевых заболеваний. Результаты эпидемиологических исследований углублялись экспериментальными работами по выяснению канцерогенного влияния некоторых факторов внешней среды (А. М. Зайцев, Е. М. Ерусалимский, С. Е. Дё, Ш. Исаков). Данные эпидемиологических и экспериментальных исследований явились основой для практических предложений по оздоровлению внешней среды на ряде промышленных предприятий и в сельскохозяйственном производстве с целью профилактики общей и онкологической заболеваемости. Многочисленные исследования сотрудников института были посвящены различным аспектам организации онкологической помощи, среди них диссертационные работы И. Д. Джумалиева и А. Н. Нуралиева. Вопросы организации онкологической службы неразрывно связаны с эпидемиологией рака, и поэтому исследования в этих двух областях проводились комплексно, что повышало их эффективность. Этому же способствовали научные экспедиции, которые ежегодно направлялись в отдаленные районы республики с целью

изучения онкологической заболеваемости, состояния онкологического обслуживания населения и оказания организационно-методической помощи общелечебным учреждениям.

Большой удельный вес в научных исследованиях института занимают и занимают работы, направленные на усовершенствование и разработку методов диагностики и лечения рака основных локализаций. В институте созданы все необходимые условия для выполнения клинических исследований. Мощная клиническая база, насчитывающая 555 коек, современное оборудование, подготовленные кадры онкологов позволяют проводить исследования в различных разделах клинической онкологии на должном научном уровне.

Всестороннему изучению была подвергнута в институте проблема рака желудка. Это диктовалось тем, что рак желудка по частоте занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости в Киргизии, а диагностика и лечение этой локализации рака связаны с большими трудностями и характеризуются пока недостаточно хорошими результатами. Работы проводились большим числом сотрудников комплексным путем и шли в двух направлениях: улучшение диагностики и раннего выявления больных раком желудка и усовершенствование методов хирургического лечения этой локализации рака. По первому разделу работа велась над усовершенствованием рентгенологической и эндоскопической диагностики. Особое внимание было уделено повышению эффективности рентгендиагностики рака верхнего отдела желудка (Л. Г. Филатова). В институте накоплен в этом разделе большой опыт, позволивший значительно улучшить диагностику опухолей малодоступных отделов желудка. Применение фиброгастроскопов позволило ввести гастроскопию в повседневную практику как в клинических отделениях института, так и в поликлинических условиях и при экспедиционном обследовании населения. К настоящему времени выполнено свыше двух тысяч гастроскопий (О. М. Штыка), значительная часть из них в комбинации с гастробиопсией и прицельным взятием материала для цитологического исследования. Исследования показали высокую эффективность метода фиброгастроскопии в диагностике ранних форм рака желудка и в дифференциальной диагностике между раковыми и предраковыми заболеваниями желудка, а также между злокачественными и доброкачественными процессами этого органа.

Работы по усовершенствованию хирургического лечения рака желудка проводились также в различных направлениях с целью расширить показания к радикальным вмешательствам, особенно при распространенных формах рака желудка, и улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. Этой задаче были посвящены комплексные исследования многих сотрудников института. Для разработки оптимальных условий ведения больных в пред- и послеоперационном периоде были подвергнуты изучению у раковых больных, подвергавшихся оперативному вмешательству, состояние сердечно-легочной системы (Н. П. Мокроусова, Э. М. Герасимов), сосудистой системы (А. К. Виноградова), функция печени (Э. К. Лепп), поджелудочной железы (Г. В. Задорожная), кишечника (О. П. Модников). Учитывая обширный и травматический характер онкологических вмешательств, специальные исследования были посвящены выбору, рациональному ведению и усовершенствованию наркоза у онкологических больных, подвергающихся операциям на пищеварительном тракте, легких и других органах (И. Бадьялова, А. С. Веденяпина, Э. Ф. Орехова).

Проведенные во всех этих направлениях широкие исследования не только улучшили непосредственные результаты хирургического лечения сложных и тяжелых локализаций рака, но и создали необходимые условия для работы над расширением показаний к хирургическому лечению некоторых локализаций рака и его усовершенствованию. Большая рабо-

та такого рода была проведена по поводу распространенных форм рака желудка, требующих обширных вмешательств типа тотальных и комбинированных тотальных гастрэктомий. К настоящему времени в институте выполнено свыше 600 таких операций, что в значительной степени повысило операбельность рака желудка. Благодаря усовершенствованию техники вмешательств, рациональному ведению пред- и послеоперационного периода, применению современных методов обезболивания, послеоперационная летальность после тотальных гастрэктомий за последний период в институте снизилась более, чем в два раза.

Значительные успехи были получены также при хирургическом лечении рака прямой кишки, молочной железы, мочевого пузыря, матки.

Институт хорошо оснащен современной аппаратурой для диагностики и лечения онкологических заболеваний, а также для проведения научных исследований. Наличие в институте новейшей радиологической аппаратуры, в том числе и аппаратов высоких энергий, позволяет с успехом применять лучевое и комбинированное лечение. Использование бетатрона на 25 МЭВ расширяет наши возможности в смысле улучшения отдаленных результатов комбинированного лечения таких сложных локализаций рака, как рак пищевода, кардии, легких.

Научная деятельность института нашла свое отражение в научных конференциях, симпозиумах, съездах, в которых принимали участие сотрудники института. В 1961 году институтом была проведена вторая Киргизская республиканская онкологическая конференция, которая была посвящена организации онкологической помощи, диагностике и лечению рака желудка, лабораторной диагностике рака, лучевому лечению и химиотерапии рака. К началу второй республиканской онкологической конференции в Киргизии имелась вполне сформировавшаяся онкологическая служба, институт располагал определенным опытом и представил на конференцию ряд оригинальных докладов по организации онкологической помощи, клинической и экспериментальной онкологии. Конференция сыграла положительную роль в дальнейшем развитии онкологической службы республики.

В 1969 году в г. Фрунзе на базе Киргизского научно-исследовательского института онкологии и радиологии была проведена 1 научная конференция онкологов республик Средней Азии и Казахстана. Программа конференции включала следующие вопросы: 1) организация онкологической службы и краевые особенности распространения опухолей; 2) диагностика и лечение рака желудка и пищевода; 3) взаимоотношение опухоли и организма в эксперименте. В работе конференции приняли активное участие онкологи республик Средней Азии и Казахстана, а также онкологи из других союзных республик, ученые Москвы, Ленинграда, Киева и других городов. Конференция рассмотрела деятельность онкологических служб братских республик и в большой степени способствовала обмену опытом в организации онкологической помощи населению.

Третья республиканская научная конференция онкологов Киргизии была проведена в 1972 году. Она подвела некоторые итоги деятельности онкологической службы республики за предшествующий период и наметила пути для дальнейшего улучшения онкологической помощи населению республики.

Сотрудники института принимали участие в качестве докладчиков во многих союзных и международных конференциях и съездах, в том числе в международных противораковых конгрессах и II Всесоюзном съезде онкологов.

В республике с 1958 года функционирует Киргизское научное общество онкологов. Общество провело более 100 научных заседаний, часть из них — выездных на периферии республики.

За время существования института онкологами республики выполнено и опубликовано 1105 научных работ, из них 4 монографии. Развитие онкологической службы сказалось самым положительным образом на состоянии противораковой помощи населению республики. Это подтверждается следующими данными. Число больных злокачественными новообразованиями, взятых на учет в 1973 году, увеличилось в два раза по сравнению с количеством больных, зарегистрированных в 1959 году.

Показатели выявляемости были соответственно равны: в 1959 году — 93,9 на 100.000, в 1972 — 124,8 на 100.000. Возросли также контингенты раковых больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях республики. По сравнению с 1959 годом их число к настоящему времени увеличилось почти в три раза. Среди состоящих на учете больных со злокачественными опухолями 81,6% являются практически здоровыми после проведенного радикального лечения, причем четвертая часть из них живет более 5 лет. Более 10 лет — около 20% состоящих на учете онкологических больных. Эти данные свидетельствуют об известных успехах в лечении онкологических больных. В связи с этим следует отметить, что в республике созданы условия для успешного применения всех современных методов лечения рака — хирургического, лучевого, химио- и гормонотерапии, комбинированных и комплексных методов. Большую роль в этом отношении играют созданные в институте специализированные отделения, которые не только осуществляют применение указанных методов, но и проводят соответствующую работу за пределами института, оказывая организационно-методическую и консультативную помощь периферическим онкологическим и общелечебным учреждениям по улучшению диагностики и раннего выявления больных со злокачественными новообразованиями и предопухолевыми состояниями. Систематическое проведение организационно-методических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях республики способствовало улучшению раннего выявления, учета и диспансеризации онкологических больных. Это сказалось также положительным образом на эффективности радикального лечения больных раком, поскольку результаты этого лечения зависят прежде всего от сроков его применения от начала заболевания.

Онкологическая служба республики, получившая значительное развитие к пятидесятилетию Киргизской республики и Коммунистической партии Киргизии, видит свои основные задачи в дальнейшем улучшении организации раннего выявления онкологических больных, разработке и применению широких профилактических мероприятий по предупреждению онкологических заболеваний, совершенствованию методов диагностики и лечения раковых больных. Выполнение этих задач будет способствовать дальнейшему улучшению онкологической помощи населению республики.

ИТОГИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИРГИЗСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА КУРОРТОЛОГИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

А. Ф. Усманова

Из Киргизского научно-исследовательского института
куртологии и физиотерапии (и. о. директора — проф. А. Ф. Усманова)

За 50 лет своего существования Киргизская ССР под руководством Коммунистической партии в братском единстве с русским народом и другими народами нашей страны превратилась в цветущую республику с высокоразвитой экономикой и культурой. Бурное развитие получила и наука. Видное место среди других отраслей занимают учреждения медицинской науки, к числу которых относится и Киргизский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии (Кирг. НИИКиФ), организованный в 1957 году.

За годы своего существования Кирг. НИИКиФ превратился в крупный научно-исследовательский центр с квалифицированными научными кадрами.

Анализ научной работы, проделанной в каждом из 9 отделов и отделений института, показывает, что все они принимали активное участие в разработке научных основ применения физических факторов в лечебных и профилактических целях. Эта большая проблема включает в себя все вопросы, касающиеся изучения основных курортных факторов (климат, минеральные воды, лечебные грязи), ресурсов и перспектив их дальнейшего лечебно-профилактического использования, механизмов действия этих факторов на организм, разработки эффективных методов применения физических факторов в лечении больных и в профилактике различных заболеваний и, наконец, изучение медицинской и экономической эффективности применения физических факторов в профилактических, лечебных и реабилитационных целях. Институт занимается изучением вопросов организации курортов, санаториев, учреждений отдыха и физиотерапевтической сети республики и разрабатывает рекомендации по улучшению указанных видов помощи населению. Данные, полученные сотрудниками (Н. Г. Бикмухаметова), были использованы при составлении технико-экономического обоснования развития Иссык-Кульского курортного района, курортов, санаториев и учреждений отдыха Юга Киргизии при составлении атласа республики. Результаты работ, проведенных в институте по изучению организации физиотерапевтической помощи населению республики (Л. И. Соловьева), получили высокую оценку, и предложенные нами формы рекомендованы Центральным НИИ курортологии и физиотерапии Министерству здравоохранения СССР как основа для разработки новых учетных и отчетных форм медицинской документации, а также для оценки её качества и установки возникающих закономерностей в физиотерапевтическом обслуживании больных.

Отдел гидроминеральных и лечебно-грязевых ресурсов со дня организации занимается изысканием новых и изучением ресурсов существующих курортов и курортных местностей республики: минеральными водами, лечебными грязями и климатом.

Первыми здравницами Киргизии, положившими начало практическому освоению курортных богатств, являются курорты «Джалал-Абад», «Иссык-Ата», «Ак-Су» и «Джеты-Огуз». С изучения их гидроминеральной базы начал свои исследования Киргизский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии.

Изучены ресурсы минеральных вод курортов, их физико-химические свойства, химический и газовый состав, микробиология и санитарно-бактериологическое состояние (А. И. Пашенко, З. И. Мельникова, В. К. Кадыров, А. А. Зиновьев, П. И. Шогина). Были рекомендованы к практическому использованию кочкор-атинские термальные воды (А. И. Пашенко, З. И. Мельникова), на базе которых в поселке нефтяников Кочкор-Ата с 1960 года функционирует бальнеолечебница.

Проведены детальные гидрогеологические, гидрохимические, микробиологические и санитарно-бактериологические исследования минеральных вод Центрального Тянь-Шаня, Чуйской долины, Иссык-Кульской котловины и Юга Киргизии (Н. И. Катаева, З. И. Мельникова, П. И. Шогина, Р. Д. Барсукая, В. М. Фомина). Намечены перспективы дальнейшего изучения и практического освоения. Итогом этих исследований явилась выработка научно обоснованных рекомендаций по освоению минеральных вод «Кочкор-Ата», «Керегеташ», «Аламедиц» и др. на базе местных бальнеолечебниц, а также по разливу минеральных вод «Джалал-Абад», «Ак-Су», «Чатыр-Куль», «Кара-Шороо».

Большая работа проводится по изучению воды озера Иссык-Куль с точки зрения ее загрязнения, самоочищения и охраны природных ресурсов Иссык-Кульского курортного района (ИКР) от загрязнения и истощения. Изысканы, изучены и внедрены новые месторождения иловых лечебных грязей на побережье и акватории озера Иссык-Куль, торфяно-иловых — в Чуйской долине и детально изучена торфяная грязь курорта «Джалал-Абад». Ряд грязевых месторождений Прииссыкулья быт разведан конторой «Геоминвод». Сектор климатологии занимался изучением климатических ресурсов и оценкой метеорологических условий климатолечения. Климатологами института (З. А. Рязанцева, М. Я. Смирнова, В. М. Фомин, В. В. Федулова, Л. С. Дигоева, Е. С. Скиба) изучены климат, микроклимат и метеорологические условия климатолечения курортов Киргизии.

Исследованы курортно-климатические ресурсы юго-западной Киргизии (В. В. Федулова). Проведено изучение климата г. Фрунзе и его окрестностей для организации зон отдыха трудящихся (В. В. Федулова, Р. М. Науменко). Материалы исследований сотрудников отдела легли в основу технико-экономического доклада по развитию Иссык-Кульского курортного района, технико-экономического обоснования использования курортных ресурсов Юга Киргизии, использования углекислых вод Кара-Шороо и сульфидных вод Майли-Сая.

Сотрудники клиникеских отделений изучали и изучают лечебную эффективность естественных и преформированных физиотерапевтических факторов на курортах Киргизии и в стационарах.

Рост заболеваний сердечно-сосудистой системы в нашей стране и за рубежом сделал проблему их лечения и профилактики одной из важнейших задач здравоохранения. Успехи горной физиологии, свидетельствующие о возможности использования адаптации к горному климату как методу патогенетической терапии начальных стадий сердечно-сосудистых заболеваний, позволили коллективу сотрудников института приступить к планомерному изучению вопросов использования горных ресурсов для лечения этой группы больных. Доказана целесообразность лечения больных гипертонической болезнью I и II ст. на курорте «Чолпон-Ата» (Б. В. Бабаханов, Л. Н. Кобрицева, Я. С. Кац, Н. Н. Морозова, К. К. Курманбаев, З. А. Абдрахманова). Были выявлены некоторые механизмы саногенного влияния горно-морского климата и разработаны методики климатолечения для всех периодов года, уточнены показания и противопоказания для лечения этой группы больных на данном курорте (М. И. Черкис, С. С. Исраилова, Т. С. Симоенко).

Установлена возможность использования лечебных факторов курорта «Чолпон-Ата» для профилактики ишемической болезни сердца (Б. М.

Быховский, Д. К. Кайдулатова, О. И. Пешти, В. П. Губанова), для лечения больных заболеваниями органов дыхания (Г. В. Яковлева, О. В. Миндруд, Т. А. Проница, Д. К. Кайдулатова).

Значительное место в работах сотрудников института занимают проблемы лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата в курортных и внекурортных условиях. Выяснена эффективность лечения ультразвуком различной интенсивности инфекционных неспецифических артритов (Г. В. Ермолаева).

Изучаются вопросы использования различных бальнеофакторов, грязе- и электролечения во внекурортной обстановке и на курортах, механизмы их действия при лечении и разработаны наиболее рациональные комплексы лечения больных инфектартритами (П. П. Гиацинтова, Э. З. Абдикашева, Г. К. Тельтаева). Разработаны методы использования гальваногрязи в сочетании с различными лекарственными веществами (новокаином, цинком, бензогексонием, гексонием, пириленом), ультразвуковой и микроволновой терапии у больных язвенной болезнью (Н. Н. Морозова, Г. М. Бабенко). Апробировано применение минеральной воды «Кара-Шороо» при хронических холециститах, гастритах с пониженной секреторной функцией желудка (Н. Н. Морозова, Г. М. Бабенко, Т. И. Куленкова).

В течение нескольких лет изучаются и разрабатываются наиболее эффективные методы лечения больных пояснично-крестцовым радикулитом (З. Н. Агапова, Л. Н. Денисова, Е. Д. Трошина).

Дана бальнеологическая оценка лечебным грязям иссык-кульских и камышановских месторождений при лечении пояснично-крестцового радикулита и рекомендовано их применение на курортах и во внекурортных условиях (З. Н. Агапова).

Разработаны методики лечения больных пояснично-крестцовым радикулитом микроволнами, ультразвуком различной интенсивности в сочетании с хлоргальваногрязевыми процедурами (З. Н. Агапова, Л. И. Денисова, Е. Д. Трошина). Научно обоснована возможность лечения больных пояснично-крестцовым радикулитом с резко выраженным болевым синдромом — питьем радоновой воды (З. Н. Агапова).

Установлена значительная эффективность лечения больных облитерирующим эндартеритом и атеросклеротической облитерацией периферических сосудов электрофорезом новокаина, лидокаина, пирилена (Л. И. Денисова, Н. П. Жантиева).

Научное обоснование получило лечение больных невралгией на курорте «Чолпон-Ата», особенно в летнем сезоне (З. Н. Агапова и Г. В. Тютюкина).

Разрабатываются комплексы мероприятий по медицинской реабилитации больных с последствиями закрытых травм мозга, при этом уделяется внимание инвалидам Отечественной войны (Н. И. Шлипаев, Л. И. Троянская, М. А. Каң, Ж. Б. Соодонбекова).

Данные, полученные этими авторами, показали, что больных с последствиями закрытых черепно-мозговых травм можно успешно лечить курортными и физиотерапевтическими факторами как в условиях г. Фрунзе, так и на курортах «Чолпон-Ата» и «Джеты-Огуз». Авторы полагают, что в отдельном периоде после черепно-мозговой травмы лекарственные методы лечения должны занимать ведущее место. Второй существенный вопрос, подлежащий дальнейшему уточнению, — это вопрос о сроках направления на санаторно-курортное лечение больных указанной группы. Оказалось, что больные, направленные на санаторно-курортное лечение в более ранние сроки (через 2—4 месяца после травмы), лечатся с большим эффектом, чем через длительный срок после травмы.

Одной из актуальных проблем невропатологии являются поиски путей эффективного лечения, предотвращения дальнейшего прогрессиро-

вания атеросклероза вообще, атеросклероза сосудов головного мозга в частности. При этом заболевании, по-видимому, не лекарственным методом лечения (курортные и физиотерапевтические) должно быть отведено доминирующее место (Г. В. Тютюкина, Е. В. Невеначная). Экспериментальные работы на животных по изучению саногенных свойств лечебных факторов курорта «Чолпон-Ата» с несомненностью показали значительные положительные сдвиги у животных с экспериментальным атеросклерозом в процессе пребывания их на курорте «Чолпон-Ата».

Сотрудники института занимались и занимаются изысканием наиболее эффективных физиотерапевтических методов лечения женщин с воспалительными гинекологическими заболеваниями. Большое внимание уделялось предупреждению перехода подострого воспалительного процесса в хроническую, зачастую необратимую стадию, приводящую к нарушениям секреторной, менструальной и детородной функции (С. М. Малышева, Э. Г. Акулова).

Проведенные наблюдения по применению комплексного лечения э. п. УВЧ и митигированного грязелечения (С. М. Малышева), индуктотермии (С. И. Салтысова), микроволновой терапии (С. М. Малышева, А. А. Козлова, Н. В. Акашева), ультразвуковых озвучиваний (С. М. Малышева, С. И. Салтысова, Р. Р. Байзакова), гелиотерапии (С. М. Малышева, С. И. Салтысова, А. А. Козлова) и т. д. позволили выработать дифференцированный подход к назначению того или иного лечебного фактора, его места приложения, дозировки, в зависимости от формы воспалительного процесса, стадии его и локализации.

Авторами установлено, что наиболее эффективным при подострых воспалительных заболеваниях, дающим положительные результаты в 93,7% случаев и клиническое выздоровление у 41,2% больных, является комплексный метод лечения иловой грязью и э. п. УВЧ. Применение микроволновой терапии оказалось наиболее эффективным при сальпингооофоритах, ультразвуковой терапии — при пери-параметритах.

Такова краткая характеристика научной деятельности института за годы его существования. Все перечисленные здесь научные работы сотрудников опубликованы в печати. Поэтому нет необходимости останавливаться подробно на изложении их содержания.

Киргизский НИИ курортологии и физиотерапии с каждым годом набирает силы. Выполняя предначертания Программы КПСС и решения XXIV съезда КПСС, сотрудники института направляют свои усилия на широкое использование физических и курортных факторов в комплексной терапии и профилактике различных заболеваний, стремясь к более полному удовлетворению потребностей населения в различных видах специализированной помощи, что поможет дальнейшему улучшению охраны здоровья советского народа.

УСПЕХИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГИЗИИ ЗА 50 ЛЕТ

(Сообщение второе, 1941—1973 гг.)

С. Д. Рафибеков, К. Н. Нишанов

Из Республиканской клинической больницы
(главврач — канд. мед. наук С. Д. Рафибеков)

В первом сообщении («Здравоохранение Киргизии», № 3 за 1974 год) мы говорили об успехах сельского здравоохранения Киргизии до Великой Отечественной войны. Мирный созидательный труд советского народа был прерван вероломным нападением фашистской Германии. С первых дней войны органы здравоохранения свою деятельность подчинили интересам фронта. Республика приняла тысячи эвакуированных, часть которых была размещена в сельской местности. Многие лечебно-профилактические учреждения организовали долечивание вернувшихся с фронтов раненых воинов. Особое внимание было обращено на предотвращение эпидемических заболеваний. Повсеместно создавались чрезвычайные противоэпидемические комиссии.

С помощью партийных и советских органов работники сельского здравоохранения смогли обеспечить не только санитарно-эпидемическое благополучие населения, но и осуществить мероприятия, направленные на расширение и укрепление материальной базы лечебно-профилактических и санитарно-эпидемических учреждений.

Забота о детях и матерях нашла особенно яркое выражение в изданном в дни Великой Отечественной войны Указе Президиума Верховного Совета СССР от 8.VII. 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-Героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Как и в довоенный период, в послевоенные годы сыграли большую роль пятилетние планы развития народного хозяйства. В четвертой, послевоенной пятилетке (1946—1950 гг.) намечалась ликвидация санитарных последствий войны, восстановление и дальнейшее развитие сети здравоохранения и медицинских кадров, значительное повышение качества медико-санитарных учреждений. Задания пятилетнего плана к 1950 г. были выполнены. Численность врачей в сельских районах республики достигла 507, среднего медперсонала — 2141. В числе врачей было терапевтов 125, хирургов — 31, акушеров-гинекологов — 35, педиатров — 35, окулистов — 11, ЛОР-врачей — 3, невропатологов — 2, фтизиатров — 4, дермато-венерологов — 36, рентгенологов — 16, стоматологов и зубных врачей — 19, врачей санитарно-противоэпидемической группы — 3 и т. д. Число больничных учреждений достигло 98 с общим коечным фондом 2603, в том числе 503 койки для беременных и рожениц; женских и детских консультаций — 104, постоянных детских яслей — 76, детей в них — 1308, фельдшерско-акушерских пунктов — 289, колхозных родильных домов — 12. Во многих районах были созданы основные виды специализированной медицинской помощи — терапевтическая, хирургическая и акушерско-гинекологическая.

Среди важных организационных мероприятий этого периода следует назвать объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами. В 1957 г. в республике осуществлена реорганизация районного звена сельского здравоохранения. В основу реорганизации было

положено упразднение районного отдела здравоохранения и создание административного и организационно-методического центра здравоохранения в сельском районе — районной больницы. С 1963 г. все функции районной больницы осуществляются центральной районной больницей при сохранении номерных районных больниц в укрупненных районах. Проведенные мероприятия весьма положительно сказались на всех сторонах деятельности медицинских учреждений, обслуживающих сельское население.

Огромная программа развития здравоохранения в стране была намечена Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 58 от 14 января 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР»¹. ЦК КП Киргизии и Совет Министров Киргизской ССР в апреле 1960 года приняли аналогичное постановление, в котором значительное внимание обращалось на развитие сельского здравоохранения. В реализации постановления, укреплении материальной базы сельских лечебно-профилактических учреждений и в улучшении санитарного состояния населенных пунктов активное участие принимали колхозы, совхозы и сельское население.

С целью приближения специализированной помощи к животноводам в 1960—1965 гг. на сыртах осуществлено строительство участковых больниц на 25—35 коек. В настоящее время функционируют больницы указанной мощности в урочищах Сусамыр, Кенес-Анархай, Кара-Куджур, Ак-Сай и др. С каждым годом все больше привлекаются к обслуживанию животноводов передвижные амбулатории и передвижные стоматологические кабинеты с зубопротезной лабораторией.

Расширению объема высококвалифицированной медицинской помощи населению горных районов способствовала реорганизация городских больниц в гг. Пржевальске и Нарыне в зональные республиканские (1964). Заметим, что указанные больницы с 1971 г. именуется областными в связи с созданием в составе республики Иссык-Кульской и Нарынской областей. В дальнейшем была расширена коечная мощность областных больниц: Иссык-Кульской — до 435, Нарынской — до 425, Ошской — до 410 коек, и Республиканской клинической больницы — до 1430 коек, в них созданы специализированные отделения и центры. Значительную работу по повышению общего уровня и объема специализированной медицинской помощи проводит также коллектив высококвалифицированных сотрудников Киргосмединститута, научно-исследовательских институтов и других специализированных лечебно-профилактических учреждений.

Наличие в составе республиканской и областных больниц консультативной поликлиники, отделения экстренной и планово-консультативной медицинской помощи значительно приблизило к сельскому населению специализированную медицинскую помощь. Если в 1960 г. в республиканские областные и другие городские стационарные учреждения было госпитализировано сельских жителей 21,8%, то в 1972 г. удельный вес их составил 27,1%. Среди больных, госпитализированных в областные и республиканскую больницы, удельный вес сельских жителей намного выше и составляет не менее 50,0%.

Огромное значение для дальнейшего совершенствования и развития здравоохранения республики в целом и сельского здравоохранения в частности имели Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране»² и принятые в 1969 г. Верховным Советом СССР «Основы законодательства Союза

¹ Газ. «Медицинский работник», 1960, 22 января.

² Газ. «Правда», 1968, 3 августа.

ССР и союзных республик о здравоохранении¹. При этом возросла и окрепла база сельских медицинских учреждений. Значительно увеличился объем стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению. Число коек за 1960—1972 гг. выросло с 6440 до 12380, или на 92,2%. Обеспеченность сельского населения койками за указанный период выросла с 45,7 до 63,5 на 10000 жителей, а фактически обеспеченность с учетом использованных коек сельскими жителями в городских стационарах составляет 105,0. Средняя коечная мощность районных больниц с центром в городе увеличилась со 117 до 242, соответственно районных больниц с центром на селе — с 78,9 до 203,2 и участковых больниц — с 21,6 до 41,4 койки. В настоящее время коечная мощность большинства центральных районных больниц доведена до первой и второй категории, а в ряде районов превышает и таковую первой категории (в Калининском—545, Сокулукском—520, Московском—450 коек). Во всех районных больницах создано отделение скорой медицинской помощи с круглосуточным дежурством медицинского персонала.

Число амбулаторных посещений в сельских амбулаторно-поликлинических учреждениях выросло с 3500,9 тыс. в 1960 г. до 6510,1 тыс. в 1972 г., или примерно в два раза. Вдвое увеличился объем внебольничной помощи сельским жителям в городских амбулаторно-поликлинических учреждениях. В 1972 г. сельская аптечная сеть располагала 142 аптеками и 882 аптечными пунктами.

Общее число врачей на селе в 1972 г., по сравнению с 1960 г., увеличилось с 803 до 1291, или на 68,9%, в том числе терапевтов — с 182 до 234 (на 23,1%), хирургов — с 82 до 119 (на 45,1%), педиатров — со 121 до 206 (на 70,2%), акушеров-гинекологов — с 56 до 113 (в два раза), офтальмологов — с 12 до 26 и ЛОР-врачей — с 13 до 28 (в два с лишним раза), фтизиатров — с 57 до 72 (на 26,3%) и стоматологов — с 3-х до 82 (в 27,3 раза). Соответственно увеличилась обеспеченность сельского населения врачами — с 5,5 до 6,6 на 10000 жителей.

Заметно повысилась потребность учреждений здравоохранения во вспомогательных методах диагностики и лечения. В 1960—1972 гг. число рентгеновских кабинетов и сельских лечебно-профилактических учреждений увеличилось с 71 до 83 (или на 16,9%), клинико-диагностических лабораторий — с 79 до 145 (на 84,3%), число кабинетов ЭКГ и функциональной диагностики — с 2 до 20 (в 10 раз) и число физиотерапевтических кабинетов — с 31 до 75 (или более, чем в два раза). Наряду с количественным ростом вспомогательных кабинетов для диагностики и лечения, улучшалось качество их работы. Этому способствовало систематически проводимое повышение квалификации специалистов и улучшение технической оснащенности кабинетов. Таким образом, год за годом создавалась стройная система здравоохранения, направленная на постепенное стирание существующих различий в уровне и качестве медицинской помощи сельскому и городскому населению.

Изложенный нами материал свидетельствует, что в кратчайший исторический срок сельское здравоохранение Киргизии прошло путь от малочисленных медицинских пунктов и примитивных общего профиля больниц до крупных районных лечебно-профилактических учреждений. Достигнуты большие успехи в охране и укреплении здоровья населения. Увеличилась продолжительность жизни сельских жителей, как и всех советских людей, более чем в два раза. Число умерших на 1000 сельского населения республики сократилось в 1972 г. в сравнении с 1940 г. в 2 раза, детская смертность — в 2,7 раза. Были ликвидированы одни и значительно снижены другие инфекционные и паразитарные заболевания. Эти успехи высоко подняли авторитет медицинских работников среди

¹ «Ведомости Верховного Совета Киргизской ССР» от 20 июля 1971 года, приложение 4 к № 13 (520), 37—65.

широких масс населения. Не случайно среди избранников народа в Верховные Советы СССР и Киргизской ССР, в местные Советы депутатов трудящихся немало врачей и средних медицинских работников. В Верховный Совет СССР избрана Герой Социалистического Труда, заместитель главного врача центральной районной больницы Тонского района У. Рысманбетова, в Верховный Совет Киргизской ССР — главный врач Ново-Вознесенской участковой больницы Ак-Суйского района А. В. Кравченко, окончившие Киргосмединститут. Далекое за пределами районов знают главврача Московского района, заслуженного врача Киргизской ССР А. В. Андрееву, врача Юрьевской участковой больницы Чуйской области, заслуженного врача Киргизской ССР С. М. Славнискую, заведующих бакалрским и баласаринским фельдшерско-акушерскими пунктами Кировского района Н. О. Оморову и Н. И. Мальцеву, заведующего Чаткульским фельдшерско-акушерским пунктом Сокулукского района А. Я. Беригарда и многих других.

И вместе с тем, несмотря на огромные достижения сельского здравоохранения республики, уровень этой помощи в ряде районов не в полной мере удовлетворяет возросшие потребности сельских тружеников. Поэтому проблема дальнейшего укрепления и совершенствования сельского здравоохранения остается в центре внимания, и она, по определению министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского, имеет следующие направления:¹

«— дальнейшее укрепление материально-технической базы основных звеньев сельского здравоохранения — областных (краевых, республиканских) и центральных районных больниц, а также учреждений, оказывающих внебольничную медицинскую помощь;

— организация крупных специализированных отделений, обеспеченных квалифицированными медицинскими кадрами;

— развитие при центральных районных больницах выездной консультативной медицинской помощи, а также передвижных видов медицинской помощи, организация в каждом районе Станций (отделений) скорой медицинской помощи, способных обеспечить круглосуточное дежурство медицинского персонала;

— улучшение оснащения сельских медицинских учреждений современной медицинской техникой и специальным медицинским оборудованием;

— совершенствование структуры учреждений, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению, перевод с учетом местных условий деятельности многих участковых больниц в профильные отделения районных больниц или во врачебные амбулатории».

В свете решений XXIV съезда КПСС все это возлагает на органы и учреждения здравоохранения большую ответственность за дело дальнейшего совершенствования охраны и укрепления здоровья тружеников села.

¹ «Советское здравоохранение», 1972, 12, 3—11.

КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В КИРГИЗИИ ЗА 50 ЛЕТ

О. В. Брагин

Из Республиканского кожно-венерологического диспансера
(главврач — О. В. Брагин)

До добровольного вхождения Киргизии в состав России киргизский народ отдельными племенами входил в состав трех областей Туркестанского генерал-губернаторства. Население и территория Северной Киргизии в составе Каракольского, Токмакского и Пишпекского уездов входили в состав Семиреченской области (Джеты-Суйская область). Территория Таласской долины — в состав Сыр-Дарьинской области и, наконец, территория современной Ошской и бывшей Джалал-Абадской областей была подчинена Ферганской области.

До Великой Октябрьской социалистической революции Киргизия была окраиной царской России, население которой не имело своей национальной письменности и насчитывало менее одного процента грамотных. Распространение туберкулеза, трахомы, натуральной оспы, сыпного и брюшного тифов и многих других заразных заболеваний, в том числе кожных и венерических, носило массовый характер. Никакие противоэпидемические мероприятия в то время не проводились.

С первых же дней установления Советской власти в корне изменилось отношение к национальным меньшинствам Средней Азии, что нашло свое отражение в решениях VIII съезда РКП(б) — 1919 г.

В первые годы становления Советской власти главной задачей органов здравоохранения являлось проведение противоэпидемических мероприятий, направленных на борьбу с распространенными инфекционными заболеваниями, для чего, начиная с 1922 года, в районах, города республики направлялись комплексные противоэпидемические передвижные отряды.

Первые более достоверные данные о заболеваемости населения Киргизии заразными кожными и венерическими болезнями имеются в амбулаторной ведомости Пишпекской уездной амбулатории за 1922 год. Из этой ведомости явствует, что больные этими заболеваниями составили 15,5% от всех больных, обратившихся в амбулаторию; что же касается удельного веса отдельных видов венерических заболеваний, то на долю сифилиса приходилось 58,8%, гонорей — 34,2%. Эти же данные показали, что больные третичным сифилисом составляли 38,8% к общей заболеваемости сифилисом. Но, несмотря на это, полный комплекс лечебно-профилактических мероприятий в то время не проводился. Стационарным лечением охватывалось лишь около 2,5% больных сифилисом. Ввиду большой отдаленности населенных пунктов от медицинских учреждений и недостаточного количества их, больные сифилисом нередко, сделав два-три амбулаторных посещения, с исчезновением наружных проявлений заболевания, прекращали лечение. Аналогичное положение отмечалось с лечением больных гонорей и дерматомикозами.

Отсутствие достаточно широкой медицинской сети и недостаток кадров требовали организации в республике подвижных кожно-венерологических отрядов, которые могли бы выполнить эту задачу. Поэтому народным комиссариатом здравоохранения РСФСР и Российским обществом Красного Креста в период с 1922 по 1926 годы были направлены в Киргизию восемь венерологических отрядов, в том числе в 1922 году — один, в 1924 году — два, 1926 году — пять. Эти отряды проводили лечебно-профилактическую работу среди населения.

Анализ статистических данных по Киргизской АССР за 1926 год указывает на высокий уровень заболеваемости сифилисом городского и сельского населения, который имел значительные колебания в отдельных городах: от 718,7 на 100 тыс. жителей в гор. Оше до 3666,9 в Фрунзе, от 18228,0 по Каракольскому округу до 1482,4 по Ошскому. Это объясняется в основном различными социально-экономическими условиями жизни населения, неодинаковым уровнем организации лечебно-профилактической помощи.

Первым лечебно-профилактическим учреждением для больных венерическими и заразными кожными болезнями в Киргизии была венерологическая амбулатория Российского общества Красного Креста, открытая Алексеем Алексеевичем Северовым в 1923 году в городе Пишпеке, ныне город Фрунзе. В дальнейшем открылись венерологические пункты в городах Токмаке, Кочкорке, Пржевальске, Нарыне, Оше. Малоэффективная амбулатория в городе Фрунзе не могла обеспечить лечебно-профилактической помощью растущее население города, в 1936 году эта амбулатория была реорганизована в городской, а в 1937 году — в республиканский кожно-венерологический диспансер, который сыграл большую роль в проведении диспансерных методов работы по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями в республике. Диспансер проводил организационно-методическую и лечебную работу, направляя в районы республики бригады врачей, которые, несмотря на большие трудности, также принимали меры к открытию на местах венерологических пунктов и обеспечению их необходимым персоналом, оборудованием и медикаментами. Кроме того, диспансер проводил работу по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам дермато-венерологии. С 1937 года и по настоящее время республиканский кожно-венерологический диспансер является основным учреждением, на базе которого систематически проводятся курсы повышения квалификации врачей и особенно средних медицинских работников, в основном из отделенных районов республики.

К началу Великой Отечественной войны в республике имелось 40 районных венерологических кабинетов и четыре диспансера.

К 1950 году количество районных венерологических кабинетов достигло 59 и сеть диспансеров возросла с четырех до девяти. Первый кожно-венерологический стационар на 10 коек был открыт в 1929 году при Фрунзенской городской больнице, где госпитализировали в первую очередь призывников. В 1935 году для больных дерматомикозами были открыты больницы в гг. Оше, Фрунзе, затем — в Пржевальске, Нарыне, Джалал-Абаде, что дало возможность к началу 1941 года иметь в республике для больных кожными и венерическими заболеваниями 263 больничные койки.

За период с 1941 по 1947 годы количество их возросло до 362. К 1967 году число их достигло 665, а к 1974 году — 990. Увеличение коечной сети за последнее время в республике было осуществлено при активном участии партийных и советских органов как в результате нового строительства, так и реконструкции и расширения ряда крупных кожно-венерологических диспансеров. В городе Фрунзе в 1966 году построен и сдан в эксплуатацию комплекс зданий для Республиканского кожно-венерологического диспансера, где вместо 50 ранее существовавших разместилось 210 коек, что обеспечило безотказную госпитализацию больных кожными и венерическими заболеваниями. В результате нового строительства расширены диспансеры в городах Нарыне, Ленинполе, Джалал-Абаде, Токмаке, Пржевальске, Оше, в ряде диспансеров открыты серологические лаборатории и физиотерапевтические кабинеты. Улучшены условия работы многих сельских венерологических кабинетов. Обеспеченность врачами находится на уровне общесоюзного показателя, составляя 0,4 на 10 тысяч жителей.

Существовавшая в Киргизии в первые годы Советской власти маломощная сеть лечебных учреждений и недостаток медицинских кадров не позволяли в широких масштабах проводить оздоровительную работу, поэтому Народный Комиссариат здравоохранения СССР и Российское общество Красного Креста приняли решение о направлении в Киргизию специальных венерологических отрядов, в состав которых входили не только врачи и средние медицинские работники из кожно-венерологических учреждений Советского Союза (Москва, Ленинград, Киев, Саратов, Ростов-на-Дону и др.), но и медицинские работники из лечебных учреждений республики.

За период с 1922 по 1957 годы в Киргизии работало 249 отрядов, в составе которых было 279 врачей. Отряды непосредственно на местах проводили большую работу не только обследовательского и оздоровительного характера, но также и санитарно-разъяснительную.

Обследование большого масштаба было проведено в 1924 году, осмотрено более 10 тысяч человек и, несмотря на выборочный характер, оно дало представление о степени распространения среди населения республики кожных и венерических заболеваний.

Аналогичная экспедиция из пяти отрядов была направлена в 1926 году Минздравом РСФСР: на 1000 обследованных было выявлено 120,5 больного сифилисом с преобладанием активных форм, главным образом вторичного и третичного сифилиса.

Крупные экспедиции работали в 1935, 1936, 1938, 1940 гг. До 1935 года их функцией было обследование в основном с целью определения уровня заболеваемости населения заразными кожными и венерическими заболеваниями. В последние годы в их задачу входило и оздоровление выявленных экспедициями больных на местах, путем открытия сети венерологических пунктов, обучения персонала диспансерным методам борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями. Выявленные экспедицией больные получали на местах специфическое лечение. Списки на них передавались для дальнейшего лечения медицинскому персоналу венерологических пунктов. Это была одна из самых трудных задач, и все же экспедиции тех лет успешно ее решили, что сказалось на снижении заболеваемости сифилисом и гонореей в последние годы. Экспедиции оказали большую практическую помощь, показав возможность лечения выявленных больных в амбулаторных условиях, путем кольцевого обхода больных для проведения лечения, предложенного проф. П. В. Кожевниковым; они же явились инициаторами развития кожно-венерологической службы в республике, а также подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам дерматовенерологии.

Успешно проводимая борьба с кожными и венерическими заболеваниями была прервана Великой Отечественной войной, за время которой положение значительно ухудшилось. Практика организации подвижных отрядов венерологических экспедиций возобновилась вновь лишь в 1948 году. В республике в то время работало 58 отрядов. Было осмотрено больше 90% населения республики. В 1949 году работал 31 отряд, в их задачу входила, главным образом, организация лечения не только вновь выявленных больных, но и больных, выявленных предыдущими венерологическими экспедициями.

В результате более полного охвата больных лечением, улучшения его качества, начиная с 1950 года, число выявленных отрядами экспедиций больных заразными кожными и венерическими болезнями стало снижаться. В 1954 году интенсивный показатель заболеваемости сифилисом составил 0,8 против 6,6 в 1949 году на 1000 обследованных (снижение более чем в 8 раз). Этот показатель в последующие годы продолжал снижаться, и поэтому с 1957 года отпала надобность в организации подвижных венерологических отрядов.

Ликвидация раннего врожденного сифилиса была достигнута в республике также благодаря большой работе, проводимой общемедицинской сетью при контроле врачей дермато-венерологов по выявлению скрытого сифилиса, путем серологических обследований беременных, что стало возможным в результате развития широкой сети серологических лабораторий. Создание серологических лабораторий позволило повысить процент первичной вассерманнизации беременных женщины с 82,5 в 1953 году до 93,7 в 1972 году и повторной — с 18,8 до 68,9 соответственно.

Первая серологическая лаборатория была открыта в 1937 году при Фрунзенском, а в 1938 году — при Ошском венерологическом диспансере.

В настоящее время в республике имеется 45 серологических лабораторий, из них в 40 осуществляется постановка реакции Вассермана и осадочных реакций.

Реорганизация пяти мелких лабораторий в г. Фрунзе (произведенная в 1963 году) в крупную лабораторию при Республиканском кожно-венерологическом диспансере, позволила освоить ряд новых методик, и, в частности, реакцию иммобилизации бледных трепонем, широко осуществить бактериологическую диагностику трихомонадных заболеваний и дерматомикозов; в настоящее время при всех областных венерологических диспансерах лаборатории освоили вышеуказанные методики.

Из года в год повышается охват серологическим обследованием стационарных соматических больных, который возрос с 58% в 1964 году до 60% в 1972 году.

Благодаря улучшению социально-экономических условий жизни населения и проведению широких лечебно-профилактических мероприятий в Киргизской ССР заболеваемость дерматомикозами, начиная с 1948 года, снижается. Данные культуральной диагностики, введенной в республике с 1952 года, позволили установить, что в микологической флоре у больных преобладал трихофитон, а за последнее время возрастает удельный вес микроспорума. В республике ликвидирован фавус; в связи с ростом больничных кожно-венерологических коек, улучшилось обслуживание больных распространенными и тяжелыми дерматозами, проводится успешная борьба с венерическими заболеваниями.

УДК 616.43/45(575.2) (09)

РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИИ В КИРГИЗИИ

В. Д. Устинов

Из Республиканского эндокринологического диспансера
(главрач — В. Д. Устинов)

Эндокринология как самостоятельная отрасль науки сложилась во второй половине XIX века. Этому предшествовало многовековое накопление данных о железах внутренней секреции.

Эндокринные заболевания, такие, как зоб, сахарный и несахарный диабет, бронзовая болезнь, а также болезни, внешне проявляющиеся расстройством роста — нанизм, гигантизм, акромегалия и другие, были известны еще в глубокой древности, в частности в Греции, Китае, Египте, Индии. Однако этиология этих заболеваний долгое время оставалась невыясненной. Первые сведения о зобе и диабете на территории

нашего государства относятся к началу XI века и принадлежат Абу-Али-Ибн-Сине, он приводит их в своем замечательном произведении «Канон врачебной науки».

В 1275 году Марко Поло отмечал заболевание зобом у жителей Семиречья и Ферганской долины. В дальнейшем на наличие зоба в различных районах нашей страны указывал целый ряд других авторов.

Предпринимались попытки объяснить причины возникновения зоба и сахарного диабета, а также разработать методы лечения этих страданий. Так, московский хирург Е. А. Мухин уже в 1802 году произвел операцию удаления зоба. Недостаточное знание анатомии и физиологии щитовидной и паращитовидных желез часто приводили к послеоперационным осложнениям. И поэтому большинство хирургов Запада высказывались против оперативного лечения зоба. Несмотря на это, отечественные хирурги — Н. И. Пирогов в 1847 г. и А. Н. Миславский в 1856 г. — применяли оперативные вмешательства по поводу зоба.

Проблеме эндокринных заболеваний все больше начинает уделяться внимания ведущими клиницистами и физиологами того времени. Однако, как ни велики были их стремления создать научную базу эндокринологии, в условиях царской России это не могло быть полностью осуществлено.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции начался новый, более плодотворный период в развитии эндокринологии. Еще в разгар гражданской войны, в 1919 г. были основаны Всесоюзный в городе Москве и Украинский в городе Харькове институты экспериментальной эндокринологии, которые до настоящего времени являются центрами изучения вопросов физиологии, морфологии, биохимии и патологии эндокринных желез, центрами подготовки научных кадров и практических врачей-эндокринологов. В настоящее время во всех республиканских центрах и больших городах функционируют эндокринологические диспансеры, ведущие профилактическую, лечебную и методическую работу.

Многие кафедры медицинских институтов заняты изучением различных вопросов эндокринологии. Созданные кафедры эндокринологии при институтах усовершенствования врачей осуществляют постоянную подготовку врачей-эндокринологов. Советские эндокринологи много сделали для изучения патогенеза и клиники эндокринных заболеваний, по разработке новых методик оперативного вмешательства на эндокринных железах, а также новых методик лабораторного обследования больных, в применении новых средств и методов лечения эндокринных заболеваний. Разработан комплекс мероприятий по борьбе с эндемическим зобом. Усиление интереса к эндокринологии привело к изданию журнала «Проблемы эндокринологии», к основанию в 1924 г. Российского и в 1947 г. Всесоюзного общества эндокринологов. В последующем обществе эндокринологов были созданы во всех союзных республиках, областях и крупных городах.

Развитие эндокринологии в Киргизии началось с изучения и борьбы с эндемическим зобом. О существовании зобной эндемии на территории Средней Азии, в том числе и в Киргизии, было известно давно. Так, военный врач Шалыгин еще в 1893 г. сообщил о наличии зоба у жителей г. Оша, а в 1931 г. Масумов отмечал распространенность зоба в том же Оше и Узгене. В 1928 году П. И. Колесниченко сообщил о наличии зоба у жителей г. Фрунзе и села Лебединовки. Вот, пожалуй, и все, что было известно об эндемическом зобе в Киргизии. Зобная эндемия в республике долгое время не привлекала внимания врачей, и мер по ее ликвидации до 1947 года почти не принималось.

1947 год надо считать началом детального изучения и, что самое главное, временем начала борьбы с эндемическим зобом в республике. Борьба с этим распространенным заболеванием была поставлена на

уровень государственных задач. Было издано специальное постановление Совета Министров Киргизской ССР, на основании которого в том же году была создана комплексная экспедиция по изучению зобной эндемии в республике. Был составлен 4-летний план борьбы с эндемическим зобом в Киргизии. Он предусматривал: изучение состояния зобной эндемии и проведение профилактических мероприятий в Чуйской и Таласской долинах и Ошской области; создание в городе Фрунзе зобной станции для осуществления практических мероприятий по борьбе с зобом в республике; проведение профилактических мероприятий; подготовку кадров врачей-эндокринологов; организацию зобных пунктов и кабинетов в городах республики. За выполнение этого плана взялась кафедра пропедевтической хирургии КГМИ во главе с профессором И. К. Ахунбаевым. В 1947 году комплексная экспедиция обследовала 21219 человек — жителей различных районов восточной части Чуйской долины — и выявила 3367 зобоносителей, что составило 15,9% обследованных. В 1948 году проведено частичное обследование пораженности зобом жителей города Пржевальска, где процент зобоносительства составил 40,4. В 1949 году изучен зоб у жителей Тянь-Шаньской области, процент зобоносительства составил 10,5; это наиболее благополучная, в смысле зобной эндемии, область Киргизии. В 1950 году обследована Таласская долина, где число жителей с увеличением щитовидной железы всех степеней составило 36,3%. В 1953,—1954 гг. обследовано на зобоносительство население бывшей Ошской области и было выявлено 55,4% людей с увеличением щитовидной железы всех степеней. С 1953 по 1956 год проводилось обследование жителей бывшей Джалал-Абдальской области, где процент жителей с увеличением щитовидной железы был еще выше и равнялся 61,64. В 1955—1956 гг. обследовано население западной части Чуйской долины, процент увеличения щитовидной железы всех степеней составил 28. Таким образом, за 10 лет — с 1947 по 1957 год — все районы республики были обследованы на зобоносительство, и оказалось, что средний процент населения с увеличением щитовидной железы всех степеней составил 36,1. На этом обширном материале защищена одна докторская и целый ряд кандидатских диссертаций.

Зобная станция, преобразованная в 1950 г. в Республиканский зобный диспансер, занималась вопросами профилактики зоба, контролируя завоз и распределение йодированной соли для пищевых нужд, начала проводить профилактику зоба антиструмином среди организованного детского населения. Йодированная соль поступает в республику с 1952 года, а начиная с 1956 года все население Киргизии полностью обеспечивается только йодированной солью.

Кафедра пропедевтической хирургии продолжает более углубленно заниматься патологией щитовидной железы, изучается распространенность зоба среди детского населения Киргизии, содержание йода, микроэлементов и их соотношения в почвах Киргизии, вырабатываются новые методики обследования больных с тиреотоксическим зобом, в частности, и методика определения сворачиваемости белков плазмы крови при тиреотоксикозе. Внедряется, а затем и распространяется метод операции на щитовидной железе по О. В. Николаеву. Начинают проводиться операции на других эндокринных железах — поджелудочной, паращитовидной, надпочечниках. Кафедрой пропедевтической терапии и почти одновременно Республиканским зобным диспансером осваиваются методики, в то время еще новые, определения функции щитовидной железы J^{131} , а также лечения J^{131} больных диффузотоксическим зобом. Клиникой пропедевтической терапии осваиваются и другие методики определения состояния щитовидной железы, изучаются изменения органов и систем при диффузно-токсическом зобе. Кафедрой акушерства и гинекологии изучается течение беременности у больных эндемическим зобом.

бом. Одновременно идет подготовка кадров эндокринологов и расширение сети эндокринологических кабинетов. Открываются кабинеты в городах Оше, Джалал-Абаде, Пржевальске, Таласе, организуется городской эндокринологический кабинет в городе Фрунзе, расширяется Республиканский зубной диспансер, реорганизованный в эндокринологический. Открываются эндокринологические отделения в городе Фрунзе при Республиканской клинической больнице и больнице № 1 на базе терапевтических отделений. При Республиканской клинической больнице открыто и хирургическое эндокринологическое отделение. Выделяются койки для детей, больных эндокринными заболеваниями, в Институте охраны материнства и детства и 3-й детской городской больнице. В 1964 году создано и работает Республиканское научное общество эндокринологов, входящее как составная часть во Всесоюзное научное общество эндокринологов.

Планомерное проведение профилактических мероприятий, санитарно-просветительной работы, повышение санитарной культуры населения, улучшение водоснабжения и очистки населенных пунктов, широкого жилищное строительство и улучшение благосостояния населения привели к резкому ослаблению зубной эпидемии в республике. Так, при контрольном обследовании в Таласской долине уже в 1958 году число лиц с увеличенной щитовидной железой составило 21,2% против 36,3% в 1950 г. Особенно показательно снижение числа зобноносителей на юге республики, в частности, в районах Ошской области в 1953 г.—55,4%, в 1960 г.—27,7% и в 1967 г.—3,35%; в районах бывшей Джалал-Абадской области в 1955 г.—61,64%, в 1961 г.—27,68% и в 1967 году—4%, т. е. число жителей с увеличенной щитовидной железой всех степеней по югу республики снизилось почти в 15 раз.

В настоящее время Республиканский и Фрунзенский городской эндокринологический диспансеры располагаются в новом, просторном светлом здании; имеют хорошо оснащенные клиническую, биохимическую и радиологическую лаборатории, кабинет функциональной диагностики, косметический, гинекологический, аллергологический кабинеты, кабинет сексуальной патологии, что дает возможность всесторонне обследовать и лечить больных на самом современном уровне. В целях ознакомления широкого круга врачей с вопросами эндокринологии Республиканским эндокринологическим диспансером совместно с кафедрами пропедевтической терапии, госпитальной терапии, пропедевтической хирургии ежегодно проводятся научно-практические конференции и семинары с врачами городов и районов республики. Эндокринологические отделения, являющиеся базами кафедр медицинского института, проводят глубокое обследование больных с использованием новейших методик комплексного лечения на уровне передовых эндокринологических учреждений страны.

Эндокринологи республики тесно связаны с эндокринологическими институтами страны, постоянно перенимают и совершенствуют методики обследования и лечения больных. Продолжается углубленное изучение различных вопросов патологии органов и систем при эндокринных заболеваниях. Так, кафедра пропедевтики изучает функциональное состояние желудка при диффузно-токсическом зобе и сахарном диабете. Изучаются проблемы ожирения, нарушения функции надпочечников, распространение и течение эндокринных заболеваний в зависимости от высоты местности. Кафедра госпитальной терапии занята изучением эндокринной функции поджелудочной железы и различных функций коры надпочечников.

Ближайшей задачей эндокринологов Киргизии является полная ликвидация эндемического зоба, приближение специализированной эндокринологической помощи населению, для чего необходимо открытие в ряде городов республики эндокринологических кабинетов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ПРОВОДИМОСТИ ВОЗДУХА
И ЕЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

А. Ф. Фролов, А. Ч. Иманкулов

Из Киргизского государственного института физической культуры и Киргизского государственного университета

Одним из мощных естественных факторов, неизменно воздействующих на организм человека, является атмосферное электричество. Исследования ряда авторов, выполненные в последние годы (Ю. А. Ажицкий, 1973; М. Г. Шандала, В. Я. Акименко, 1973; А. М. Скоробогатова, 1973 и др.), указывают на сложный многокомпонентный механизм влияния электрического поля на организм, воздействие его на самочувствие, здоровье и тяжесть состояния больных при ряде заболеваний. Известно, что легкие отрицательно заряженные ионы, в оптимальной концентрации оказывают положительный эффект — повышают общий тонус и работоспособность, снижают утомляемость и ускоряют восстановительные процессы в организме (А. Л. Чижевский, Ф. Г. Портнов, А. А. Минх и др.).

Однако, несмотря на большую биологическую и физиологическую значимость атмосферного электричества, глубоких научных сведений об этом факторе в спортивной медицине и гигиене имеется пока еще недостаточно. Систематические наблюдения за состоянием атмосферного электричества гидрометеослужбой СССР проводятся только в 9 городах страны.

Электрические свойства приземного воздуха зависят от степени электризации и ионизации среды. Электризация — отличие среды от электрически нейтрального состояния — определяется величиной нескомпенсированного электрического заряда в среде. Степень ионизации определяется концентрацией и составом ионов, присутствующих в воздухе. Принято считать, что в приземном воздухе в соизмеримых количествах содержатся «легкие», «средние», «тяжелые» и «ультратяжелые» ионы. Однако до настоящего времени не создано универсального счетчика ионов. Тем не менее существует электрический параметр атмосферы, заключающий в себе информацию о типах (подвижностях) атмосферных ионов, который просто измерить. Это — электрическая проводимость воздуха

$$\sigma = e \cdot (n_+ M_+ - n_- M_-).$$

Здесь e — заряд электронов,

n_+ и n_- — концентрация положительных и отрицательных ионов с подвижностями M_+ и M_- соответственно.

Мы поставили перед собой задачу — исследовать электрическую проводимость и ионизационный состав воздуха в различных местах занятий спортом — в горах и в низкогорье, в условиях открытых и крытых спортивных сооружений.

В качестве измерителя σ нами использовался прибор (А. Ч. Иманкулов, А. А. Кочеев, 1974), основанный на методе рассеивающего тела.

Измеряя время электрической релаксации среды — τ^1 —, зависящее от скорости рассеивания электрического заряда заряженного тела через ионизированный воздух из соотношения $\varepsilon = \frac{\sigma_0}{\tau}$, нами определялась полярная электропроводность воздуха (здесь σ_0 — диэлектрическая постоянная среды, равная для воздуха $8,85 \cdot 10^{-12}$ ф/м).

В данном сообщении представлены материалы исследований, выполненные в зимний сезон для дней с невозмущенной погодой.

Всего было выполнено 144 измерения на лыжной базе «Чон-Таш», 168 — в г. Фрунзе и 144 измерения — на побережье оз. Иссык-Куль. Измерения τ_+ и τ_- проводились непрерывно с интервалом в 1 час. Для уменьшения действия электродного эффекта датчик проводимости устанавливался на высоте 2 м над поверхностью земли в местах, достаточно удаленных от жилищных и бытовых помещений, с хорошей проветриваемостью (скорость воздуха во всех измерениях была в интервале $0,5 \leq V \leq 5$ м/сек).

Обработка результатов измерения производилась согласно общепринятой методике.

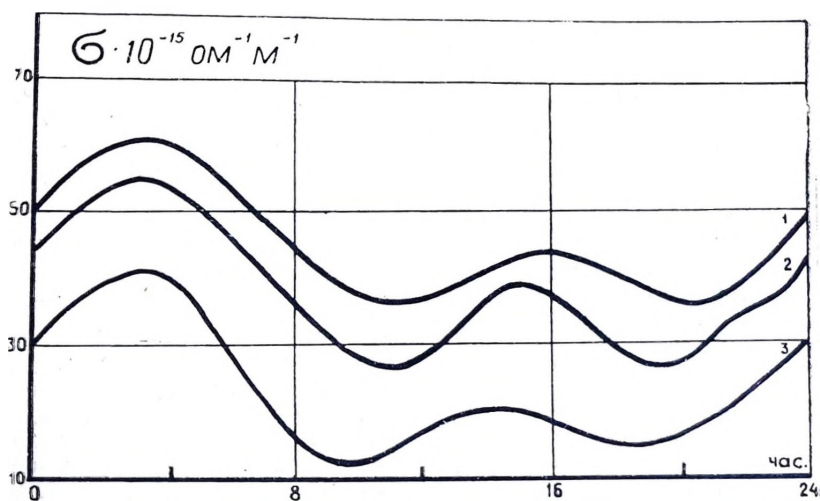


Рис. Суточный ход электрической проводимости воздуха на лыжной базе «Чон-Таш» (1), побережье оз. Иссык-Куль (2) и в г. Фрунзе (3).

На рисунке представлен суточный ход для трех пунктов наблюдения в дни с невозмущенной погодой (лыжная база «Чон-Таш», фрунзенский городской стадион, побережье оз. Иссык-Куль). Видно, что суточный ход проводимости имеет характерный вид с максимальными величинами в ночные часы и минимальными в утренние и вечерние часы.

Так как суточный ход проводимости формируется под влиянием суточного хода интенсивности ионизации и засорения атмосферы, то увеличение σ в ночные часы, очевидно, объясняется меньшей засоренностью воздуха, а уменьшение σ днем — развитием конвекции, что

¹ Время релаксации — время, в течение которого потенциал заряженного проводника изменяется в e раз.

увеличивает число тяжелых частиц в атмосфере. Средние значения про-
 гоности на лыжной базе «Чон-Таш» $4,4 \cdot 10^{-14} \text{ о.м}^{-1} \text{ м}^{-1}$,
 в г. Фрунзе $2,3 \cdot 10^{-14} \text{ о.м}^{-1} \text{ м}^{-1}$, на побережье оз. Иссык-Куль —,
 $4,0 \cdot 10^{-14} \text{ о.м}^{-1} \text{ м}^{-1}$.

Можно предположить, что уменьшение электропроводности в г.
 Фрунзе обусловлено увеличением загрязненности и влажности атмосфе-
 ры, что приводит к увеличению числа тяжелых частиц в воздухе. На
 это указывают А. А. Минх, К. А. Семенов, Ю. В. Краснопевцев.

Таблица 1

Показатели ионизации воздуха на открытых спортивных сооружениях
 в горах и в низкорегье зимой

Место измерения	$N_{\text{ср}}$	n_{+}	n_{-}	$N_{\text{ср}}$	n_{+}	n_{-}	$N_{\text{мин}}$	n_{+}	n_{-}
1. Лыжная база «Чон-Таш» (1200 м над уровнем моря)	1630	900	730	2120	1200	920	1250	700	550
2. Побережье оз. Иссык-Куль (1650 м над уровнем моря)	1480	790	690	2050	1080	970	1050	620	530
3. Городской стадион г. Фрунзе, спортплощадки (760 м над уровнем моря)	850	450	400	1550	830	820	475	250	225

В таблице приведены средние, максимальные и минимальные значения проводимости — ε , времени электростатической релаксации — τ общей концентрации ионов — n и полярных — n_{+} и n_{-} .

Коэффициент униполярности $\left(\frac{n_{+}}{n_{-}}\right)$ в 3-х пунктах измерения больше единицы, что, очевидно, обуславливается электродным эффектом и составляет 1,2—1,3 для лыжной базы «Чон-Таш»; 1,1— для г. Фрунзе и 1,1—1,2— для побережья оз. Иссык-Куль. Представляется, что различие средних и экстремальных значений ε , а также суточных изменений для лыжной базы и побережья оз. Иссык-Куль можно объяснить специфической местной турбулентной перемешивания и увлажнения воздуха у озера Иссык-Куль и в горах. Как известно (Тимофеев, 1964), метеорологический режим водоемов и их берегов определяется теми или иными преобразователями энергии в деятельном слое суши и воды. Существенную роль при этом играет процесс непрерывного взаимодействия между воздухом над водоемом и над окружающей водоем суши. Поэтому метеорологические элементы над водоемом можно рассматривать как некоторые трансформированные характеристики метеорологического режима суши. Очевидно, что процесс трансформации распространяется и на элементы атмосферного электричества.

Берег по интенсивности турбулентного перемешивания, по-видимому, будет занимать промежуточное место между водоемом и удаленными районами суши. Одной из существенных причин повышения концентрации ионов ночью и уменьшения ее днем на побережье оз. Иссык-Куль являются бризы — ночной бриз несет с гор насыщенный ионами воздух, а дневной бриз несет на побережье со стороны озера влажный воздух иного ионного состава.

Динамические исследования, выполненные в различных спортивных помещениях (в залах, бытовых помещениях, на лыжной базе), показали возрастание количества положительно заряженных ионов (n_{+}) при

интенсивной эксплуатации и плохой вентиляции помещений к концу дня, когда увеличивается влажность воздуха и его загрязненность. Соответственно растет коэффициент униполярности $\left(\frac{n_+}{n_-}\right)$.

Хорошее проветривание помещения или отсутствие тренировочных занятий в нем обеспечивает ионизацию воздуха, мало отличающуюся от ионизации открытой атмосферы. Так, например, в свежeproветренной комнате на лыжной базе в горах концентрация n_- соответствовала 1870, а n_+ — что почти не отличалось от таковых на открытой местности — 1950. После 3-часового пребывания людей в данном помещении количественные и качественные показатели ионного состава воздуха изменились: n_- — равнялся — 970, а n_+ — 1360. Резкое снижение концентрации отрицательных ионов и уменьшение общей электропроводности воздуха указывает на ухудшение санитарного состояния воздушной среды в помещении.

ВЫВОДЫ

1. Суточный ход электрической проводимости воздуха на открытых спортивных сооружениях характеризуется максимальными показателями в ночные часы и минимальными в утренние и вечерние часы.

2. В крытых сооружениях проводимость зависит от количества занимающихся, плотности занятий в течение дня, загрязнения воздуха и эффективности вентиляции в сооружении.

3. В хорошо проветриваемых помещениях σ , как правило, мало отличается от σ окружающего воздуха вне помещения.

4. С повышением высоты местности над уровнем моря величина проводимости воздуха и содержание ионов возрастают.

5. Наличие геофизических сведений об электрической проводимости воздуха, n , в частности, степени и характере ионизации в местах занятий спортом позволяют использовать их при разработке профилактических, оздоровительно-восстановительных мероприятий у спортсменов и оптимизации тренировочного процесса.

УДК 576.853

О СОЧЕТАННЫХ ОЧАГАХ АРБОВИРУСОВ НА ТЕРРИТОРИИ АЛА-БУКИНСКОГО РАЙОНА ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Ф. Р. Карась, С. Г. Варгина, Н. З. Осипова, А. Б. Баялиев,
Р. К. Усманов, Д. К. Львов *

Из Киргизского научно-исследовательского института
эпидемиологии, микробиологии и гигиены
(директор — канд. мед. наук Н. Д. Джумалиев)

Природные очаги арбовирусов на территории Ала-Букинского района изучались в 1972—1973 гг.

Клещи с сельскохозяйственных животных были собраны весной работниками районной санэпидстанции. Экспедиция лаборатории арбовирусных инфекций работала в этом районе в августе 1973 г.

Определение видового состава клещей и вирусологическое исследование их проводилось в КИЭМиГ. Клещи после определения группировались по 5—20 штук в пробу и обрабатывались спиртом и антибиотиками.

Выделение штаммов велось путем внутримозгового заражения новорожденных белых мышей надосадочной жидкостью 10% взвеси из клещей.

В случае клинического проявления заболевания делались пассажи. Из мозга зараженных мышей IV—V пассажа готовился антиген методом сахарозно-ацетоновой экстракции. К каждому штамму получена иммунная асцитическая жидкость (ИАЖ) путем 8—10-кратной внутрибрюшинной иммунизации взрослых мышей с последующим введением асцитной саркомы 180 TG.

Штаммы идентифицированы в лаборатории арбовирусных инфекций КИЭМИГ и лаборатории экологии арбовирусов Института вирусологии им. Д. И. Ивановского АМН СССР. Идентификация проводилась в реакции связывания комплемента (РСК) микрометодом на титраторах Токачи с тремя дозами комплемента при 4°.

Описываемый очаг находится в предгорьях Чаткальского хребта на территории второго отделения совхоза «Берлик», вблизи села Джой Белен. Климат этого района характеризуется жарким и продолжительным летом. Среднемесячная температура воздуха выше 20° наблюдается в июне, июле, августе. Сумма средних суточных температур воздуха выше 20° составляет 2290°.

Фауна диких позвоночных животных представлена большим разнообразием видового состава птиц, из которых наиболее многочисленны полевой воробей, обыкновенный скворец, хохлатый жаворонок, каменка-плясунья, сизый голубь и др. По предгорьям на целинных участках многочисленна краснохвостая песчанка. Предгорья служат местом выпаса сельскохозяйственных животных. Скот в значительной степени поражен клещами. На коровах и овцах в апреле встречалось пять видов клещей: *H. asiaticum*, *H. plumbeum*, *Rh. turanicus*, *Haem. punctata*, *H. anatolicum*. Встречаемость клещей на овцах колебалась в пределах 53,6—84,2% при среднем обилии 1,9. Многочислен только вид *H. plumbeum*, на отдельных участках он составляет 98,3% всех сборов.

Вирусологически обследовано по району 217 экземпляров клещей *H. plumbeum* и 14 экземпляров *Rh. turanicus*. Из клещей *H. plumbeum* изолировано 5 штаммов. Все они идентифицированы, при этом установлена принадлежность двух штаммов к вирусу Крымской геморрагической лихорадки, двух штаммов — к новому для науки вирусу Баткен, одного штамма — к вирусу Бханджа.

Основные сведения по этим штаммам приведены в таблице.

Таблица

Паспортные данные на арбовирусы, выделенные из клещей в Ала-Букинском районе Ошской области

Штаммы	Вирусы	Источник изоляции	Число клещей	Дата сбора	Дата выделения
1372	Бханджа	<i>H. plumbeum</i>	в биопр. 12	18/IV-72	10/V-72
2312	КГЛ	"	20	20/IV-73	7/V-73
2424	КГЛ	"	16	21/IV-73	21/V-73
2428	Баткен	"	10	21/IV-73	21/V-73
2430	Баткен	"	5	21/IV-73	21/V-73

Сборы клещей 1972—1973 гг. проводились на одной и той же территории с овец 2-го отделения совхоза «Берлик». Сборы были одномоментными, в пределах 18—21 апреля. Исследовались клещи в разные дни мая месяца. Положительные результаты реинвазии получены от 3-х из четырех проверенных проб.

Ниже представляются основные сведения о выделении арбовирусов, выявленных в Ала-Букинском районе.

Вирус Баткен впервые выделен из клещей *H. plumbeus*, собранных в 1970 г. в Баткенском районе. В этом году вирус был изолирован из комаров *Aed. caspius*, отловленных на рисовых полях совхоза «Кызыл-Джар» Ленинского района. Выделение двух штаммов из клещей в Ала-Букинском районе подтверждает широкую циркуляцию вируса Баткен в Ошской области.

Вирус Бханджа неоднократно выделяли из различных видов клещей в Индии, Нигерии, Сенегале и Италии. В Советском Союзе этот вирус одновременно был выделен в Ала-Букинском районе Ошской области и Севанской области Армянской ССР.

Природные очаги Крымской геморрагической лихорадки на территории Ошской области стали известны с 1970 г., когда был выделен вирус из клещей *H. plumbeus*, собранных во Фрунзенском районе. В настоящее время установлены очаги КГЛ на территории Ляйлякского, Наукатского, Ленинского и Ала-Букинского районов.

ВЫВОДЫ

1. На территории Ала-Букинского района Ошской области установлен сочетанный очаг крымской геморрагической лихорадки, вируса Баткен и вируса Бханджа. Вирусы изолированы при исследовании 217 клещей *H. plumbeus*, собранных в урочищах Урюкта-Сай и Борду-Сай с овец 2-го отделения совхоза «Берлик».

2. Клещи *H. plumbeus*, из которых выделены вирусы в Ала-Букинском районе, являются доминирующими. Они паразитируют на сельскохозяйственных животных (половозрелые формы) и на птицах (личинки и нимфы).

3. Установление природных очагов арбовирусов, включая очаг крымской геморрагической лихорадки, требует повышения специальных знаний медицинских работников в вопросах диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний.

УДК 612.111-053.2(575.2)

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ И УРОВЕНЬ ЭРИТРОПОЭТИНОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ И СРЕДНЕГОРЬЯ КИРГИЗИИ

Г. И. Тилис, Т. Ш. Шайназаров

Из Киргизского научно-исследовательского института охраны материнства и детства (директор — ст. науч. сотр. А. А. Ильин) и Ляйлякской райбольницы (главрач — Т. Ш. Шайназаров)

Установление нормативов различных физиологических параметров представляет большой научный и практический интерес. Зная пределы функциональных колебаний, можно выявить наступающие отклонения, которые нередко являются первыми, а иногда и наиболее ранними проявлениями развивающегося патологического процесса. Вместе с тем нельзя представить существовавшие единых всеобъемлющих нормативов,

поскольку многие функции организма претерпевают существенные сдвиги в зависимости от климата, характера среды, особенностей питания, условий труда и других факторов. Наиболее лабильны в этом отношении показатели периферической крови. Кровь, отражающая характер обменных и функциональных процессов в организме, довольно чутко реагирует на колебания внешней среды. Вот почему для различных районов Советского Союза должны быть разработаны свои, характерные для данной местности нормативы периферической крови, и именно они должны служить отправным пунктом для выявления наступающих заболеваний системы крови.

Вопросами нормативов периферической крови в Киргизии занимались многие авторы. Эти исследования проведены и у взрослых (М. М. Миррахимов, 1970) и у детей (Д. К. Кудаяров, 1967—1968; Е. С. Круппа, 1969 и многие другие). Весьма важным следует признать разработку нормативов периферической крови для детей раннего возраста, когда многие системы еще не достигли достаточного развития и когда воздействия внешней среды сочетаются с внутренней перестройкой многих физиологических систем организма. В этих условиях возникает необходимость установления не только количественного состава некоторых элементов периферической крови, но и выяснения характера функционирования тех механизмов, которые управляют процессом кроветворения и регулируют уровень клеточного состава крови. В этом отношении представляется важным определение уровня биологических стимуляторов кроветворения — эритропоэтинов. Наиболее полно этот вопрос разработан для взрослых, причем, по данным В. И. Войткевич, А. М. Волжской, А. Я. Ярошевского, С. Ю. Шехтер, 1959 и др., эритропоэтическая активность у них находится на довольно низком уровне. Тем не менее наличие эритропоэтинов у здоровых людей и животных, хотя и в минимальных количествах, является вполне достаточным для осуществления физиологической регуляции эритропоэза. Что касается детского возраста, особенно ранних периодов развития ребенка, то в литературе по поводу уровня эритропоэтической активности крови имеется весьма ограниченное число исследований. Можно сослаться на данные С. Д. Боконбаевой (1969), которая у детей до 3 месяцев жизни наблюдала достаточно высокое содержание эритропоэтинов. Р. А. Ковалевская (1973) самую высокую эритропоэтическую активность выявила у новорожденных детей тотчас после их рождения. Аналогичная закономерность обнаружена нами (Г. И. Тилис, 1966) у щенков в процессе их онтогенетического развития. Полученный результат указывает на наличие общепедагогического механизма, регулирующего уровень эритропоэтинов и процесс кроветворения в различные возрастные периоды.

Учитывая большое значение указанных вопросов, мы в наших исследованиях преследовали цель выяснить, обладает ли сыровотка здоровых детей эритропоэтической активностью и каков характер ее изменения в первые 3 года жизни. Исследования детей именно такого возрастного периода мы предприняли из тех соображений, что именно в этом возрасте, согласно нашим предыдущим наблюдениям (Т. Ш. Шайназаров, 1972, 1973), имеет место довольно частое распространение заболеваний системы крови, протекающих по типу железодефицитных анемий. Следующая задача заключалась в том, чтобы определить влияние на уровень эритропоэтинов различных условий внешней среды. С этой целью мы изучали действие жаркого климата (с. Кулунда — 650 м над уровнем моря, температура воздуха — 36,7—37,8°C) и метеорологических факторов среднегорья (с. Исафана — 1300 м над уровнем моря, температура воздуха — 32,4—25,1°C). Всего под наблюдение взято 362 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Дети были разделены на 3 группы: первая — от 3 до 12 мес. (157 детей), вторая — от 1 года до 3

лет (100 детей) и третья — от 2 до 3 лет (105 детей). Все дети предварительно проходили медицинский осмотр, и для дальнейших исследований отбирались лишь те из них, у которых не отмечены заболевания системы крови или другие функциональные органические поражения.

При статистической обработке не выявлены возрастно-половые различия в количественном соотношении отдельных форменных элементов крови, в связи с чем мы представили сводные данные.

Чтобы выяснить состояние кроветворения у детей различных возрастных групп, нами изучались следующие гематологические показатели: уровень гемоглобина, количество эритроцитов и лейкоцитов, содержание ретикулоцитов, гематокритный показатель. Все исследования велись общепринятыми методами (Предтеченский, 1960).

Эритропоэтическую активность сыворотки определяли биологическим методом, разработанным в лаборатории академика Н. А. Федорова.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее высокие гематологические показатели выявляются у детей на самых ранних этапах онтогенетического развития (табл.).

Таблица

Гематологические показатели у здоровых детей первых трех лет жизни, проживающих в условиях низкогогорья и среднегорья Киргизии ($M \pm m$)

Гематологические показатели	Возрастные группы					
	от 3 до 12 мес.		от 1 до 2 лет		от 2 до 3 лет	
	с. Кулун-да	с. Исфана	с. Кулун-да	с. Исфана	с. Кулун-да	с. Исфана
Гемоглобин (г %)	10,2 ± 0,17	10,8 ± 0,25	9,5 ± 0,19	10,3 ± 0,2	10,2 ± 0,12	11,6 ± 0,38
Эритроциты (млн)	3,64 ± 0,3	3,84 ± 0,2	3,46 ± 0,21	3,68 ± 0,38	3,88 ± 0,37	4,08 ± 0,51
Ретикулоциты (%)	0,7 ± 0,02	0,8 ± 0,02	0,8 ± 0,15	0,8 ± 0,11	0,8 ± 0,13	0,9 ± 0,09
Лейкоциты	7748 ± 450	8250 ± 370	7674 ± 589	8513 ± 488	7599 ± 543	8456 ± 717
Белок	7,26 ± 0,9	7,82 ± 0,8	7,69 ± 0,6	7,42 ± 0,4	6,96 ± 0,6	7,43 ± 0,3
Гематокритный индекс	42,58	42,58	38,62	40,60	42,58	43,57
Эритропоэтины (усл. ед.)	48,7 ± 7,8	60,0 ± 5,5	35,1 ± 4,9	52,8 ± 7,6	29,3 ± 2,9	43,0 ± 2,7
Число обследованных детей	82	75	51	49	54	55

Это положение подтверждается исследованиями других авторов (А. Ф. Смышляева, 1960; Б. Ф. Шагац, 1966; С. Ж. Боконбаева, 1970; А. Ф. Тур, 1970 и др.) и является, по-видимому, следствием особых условий развития плода, поскольку полиглобулия встречается не только у детей раннего возраста, но и у животных в первые недели их жизни (Г. И. Тилис, 1966). Из представленной таблицы вытекает также, что у детей различных возрастных групп, проживающих в условиях среднегорья (высота 1300 м над уровнем моря), уровень гематологических показателей выше, чем у детей того же возраста, находящихся в условиях жаркого

климата и низкогогорья (высота 650 м над уровнем моря). Характерно, что такая закономерность выявляется во всех группах детей, взятых под наблюдение. Так, у детей от 3 до 12 месяцев в с. Исфана уровень гемоглобина в среднем на 0,6 г% выше, чем у детей, проживающих в с. Кулунда. В следующей возрастной группе (от 1 года до 2 лет) — на 0,8 г%, а в возрасте от 2 до 3 лет эта разница особенно четко выражена: превышение гемоглобина достигает 1,4 г%. В условиях среднегорья нами также отмечено у детей более высокое содержание эритроцитов в крови (табл.). Выявленную закономерность следует отнести за счет воздействия на кроветворную систему определенной степени гипоксии, которая проявляется на высоте 1300 м.

Известно, что в условиях высокогорья, в связи с повышенным образованием эритропоэтинов, происходит стимуляция эритропоэза (Я. Г. Ужанский, 1969; С. Т. Боконбаева, 1970; В. И. Войткевич, 1970; А. Ю. Тилис, 1971).

В наших наблюдениях мы могли констатировать, что у детей до 3 лет уровень биологических стимуляторов повышен, причем независимо от местности их проживания (табл.). Содержание эритропоэтинов у взрослых здоровых людей колеблется в пределах $14,4 \pm 5,0$ усл. ед. (А. Р. Раимжанов, 1970), максимально составляя 40 ± 4 усл. ед. (В. И. Войткевич и А. М. Волжская, 1969). Мы делаем ссылку на данные этих авторов, поскольку пользовались одним и тем же методом исследования, определяя эритропоэтическую активность сыворотки на основании характера изменения зоны миграции лейкоцитов в культуре тканей.

Согласно нашим данным, наиболее высокая эритропоэтическая активность сыворотки крови выявлена у детей, проживающих на высоте 1300 м над уровнем моря. Несколько ниже уровень эритропоэтинов в тех же возрастных группах оказался у детей, проживающих в жаркой зоне на высоте 650 м над уровнем моря (табл.).

Именно повышение эритропоэтической активности в условиях среднегорья является патогенетическим фактором, обуславливающим более высокие гематологические показатели, по сравнению с таковыми в низкогорье.

Аналогичная закономерность была обнаружена С. Д. Боконбаевой (1970) у детей до 3 мес. жизни и Б. Т. Турусбековым (1964) у детей более старшего возраста. Вместе с тем не исключено, что более низкие показатели красной крови у детей, проживающих в южной зоне (с. Кулунда), являются непосредственным отражением специфического влияния, которое оказывает высокая температура внешней среды на клеточный состав крови. Некоторые авторы указывают на возможность развития в этих условиях гемолиза (А. Ю. Тилис, 1960; В. И. Калугина, 1966 и др.).

С наибольшей очевидностью неблагоприятное воздействие жаркого климата проявляется у детей в возрасте от 1 года до 2 лет. Вместе с тем в этой возрастной группе некоторое снижение гематологических показателей выявляется и в условиях среднегорья. Можно полагать, что на ранних этапах онтогенетического развития, в силу недоразвития многих механизмов регуляции физиологических систем, отсутствует адекватная реакция на многие раздражители внешней среды (Е. А. Стегайло, 1964; Г. И. Тилис, 1966; А. З. Колчинская, 1968; Д. А. Алымкулов, 1971 и др.). Видимо, в связи с наступающей перестройкой регуляторных систем, наиболее низкие гематологические показатели обнаружены нами во второй группе детей. Как следует из табл., содержание гемоглобина у детей от 1 года до 2 лет на 0,5—0,7 г% ниже, чем у детей в возрасте от 3 до 12 мес.

Начиная с двухлетнего возраста, гематологические показатели возрастают, достигая уровня, характерного для первой возрастной

группы, или даже превышая их. Особенно характерна такая реакция для детей, проживающих в условиях среднегорья. Следует полагать, что на высоте 1300 м над уровнем моря эритропоэз усиливается в большей мере, чем на высоте 650 м над уровнем моря, в связи с большим накоплением эритропоэтинов в сыворотке крови. Привлекает внимание, что наиболее высокие величины эритропоэтинов обнаружены у детей первой, самой ранней возрастной группы. В последующем эритропоэтическая активность сыворотки крови снижается и самого низкого уровня достигают в возрасте от 2 до 3 лет. Особенно низкие величины обнаружены нами у детей третьей возрастной группы, проживающих в условиях жаркого климата. У этих детей не наблюдается заметного повышения содержания гемоглобина и количества эритроцитов, что является характерным для детей в возрасте 2—3 лет, проживающих в условиях среднегорья. Наши данные о нормативах красной крови на высоте 1300 м над уровнем моря довольно близки к показателям, которые были получены при обследовании детей Е. С. Круппа в г. Нарыне (1969). По ее данным, в возрасте 12 мес. содержание гемоглобина составляет $66,21 \pm 5,52$ г%, а в 24 мес. — $69,4 \pm 5,64$ г%. Что касается других гематологических показателей, то обращает на себя внимание характер изменения количества лейкоцитов. У детей среднегорной местности число белых кровяных элементов остается преимущественно на одном и том же уровне, начиная с 3 мес. и кончая тремя годами жизни (табл.).

Аналогичная закономерность обнаруживается у детей жаркой зоны, однако у них число белых элементов крови несколько ниже, чем в аналогичных возрастных группах в условиях среднегорья.

Тенденция к снижению уровня лейкоцитов в жаркой зоне наиболее четко видна, если сопоставить наши показатели с нормативами, которые установлены Киргизским научно-исследовательским институтом охраны материнства и детства для клеточного состава крови детей различного возраста (1970). Согласно этим нормативам, число лейкоцитов для детей 3 лет в г. Фрунзе составляет 9500 в 1 мм^3 крови, в то время как, по нашим данным, у детей, проживающих в с. Кулунде — 7599 клеток в единице объема. В Ташкенте для детей 3 лет, по Т. А. Тураеву (1971), нормальное число лейкоцитов составляет 7820 клеток.

Определяя уровень плазменного белка, мы не могли выявить каких-либо закономерных изменений в зависимости от возраста детей. Можно лишь указать, что в южной зоне у детей от 2 до 3 лет имеет место некоторое снижение этого показателя (табл.). Не исключено, что под воздействием повышения температуры окружающей среды происходит некоторое разжижение крови, о чем свидетельствует и характер изменения гематокритного показателя.

Суммируя проведенные нами исследования, можно констатировать существующую зависимость между уровнем гематологических показателей и воздействием факторов внешней среды. Если уровень гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов у детей до 3 лет жизни, проживающих в условиях среднегорья, мало чем отличается от нормативов, разработанных авторами для других географических зон (В. А. Балаидина и соавторы, 1966—Новосибирск; В. И. Ануфриев, 1970—Краснодар; Н. Б. Бушанская, 1970—Ленинград), то в жаркой зоне эти величины оказались несколько ниже. Выявленная закономерность, по нашему мнению, связана с некоторым снижением эритропоэтической активности сыворотки крови в южных районах.

Полученные показатели можно рекомендовать для руководства практическим врачам в качестве нормативных, поскольку именно они предопределяют те гематологические величины, которые характерны для здоровых детей, проживающих в южной зоне и в условиях среднегорья Киргизии.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.13-007.611

К ВОПРОСУ О ТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ СВИЩАХ

М. Н. Намазбеков

Из отделения грудной хирургии (зав.—член-корр. АМН СССР проф. И. К. Ахунбаев) Республиканской клинической больницы (главврач — заслуженный врач Кирг. ССР С. Д. Рафибеков)

Травматические артерио-венозные свищи образуются под воздействием различных травматических факторов в результате одновременного повреждения стенки артерии и сопутствующей ей вены. Вследствие этого между ними образуется прямое патологическое соустье. В литературе артерио-венозные свищи фигурируют под различными терминами: пульсирующая гемангиома, артерио-венозная аневризма, варикозная аневризма и плексиформная ангиома.

Впервые травматический артерио-венозный свищ был описан Hunter в 1757 году. В дальнейшем клиника и лечение указанных свищей были описаны Nicoladani в 1875 г., Matas в 1888 г., Branham в 1890 году. Более детальное описание клиники и нарушений гемодинамики при артерио-венозных свищах были сделаны Kennedi и Barwill в 1944 году.

Травматические артерио-венозные свищи или артерио-венозные аневризмы являются следствием консервативного лечения открытых и закрытых повреждений крупных сосудов. Артерио-венозные свищи чаще всего встречались во время войны (первая мировая и Великая Отечественная войны). По данным М. В. Святухина, они составляли 9,15% всех ранений сосудов. De Takats (1959) отмечает, что на 802 случая ранения сосудов в период Великой Отечественной войны у 30% раненых развились артерио-венозные свищи и аневризмы.

В условиях мирного времени и широкого применения первично-восстановительных и радикальных операций при повреждениях сосудов развитие артерио-венозных свищей и аневризм встречается значительно реже.

В зависимости от характера и локализации ранения травматические артерио-венозные свищи или артерио-венозные аневризмы имеют различную форму и положение. Наиболее простой формой артерио-венозного свища является прямое сообщение между артерией и веной, когда происходит ранение сосудов на одном уровне. В таких случаях имеется непосредственный сброс артериальной крови в венозное русло, что и препятствует развитию гематомы. В других случаях между артерией и веной образуется аневризматический мешок, соединяющий эти сосуды. Известны также такие разновидности указанных свищей, как артерио-венозные свищи с артериальной аневризмой, артерио-венозные свищи с аневризматическими мешками на обоих поврежденных сосудах, артерио-венозные свищи с мешковидным расширением вены в области свища или множественными узлами на ее протяжении. И наконец, наблюдаются случаи полного перерыва артерии и вены с образованием аневризматического мешка, куда впадают оба сосуда.

Морфологической особенностью артерио-венозного свища или аневризмы является то, что их внутренняя поверхность выстлана эндотелием, поэтому фибриноидные наслоения и кровяные сгустки в аневризматических мешках встречаются довольно редко. Стенки свищевого хода, соединяющего артерию и вену, состоят из рубцовых тканей, а при тесном прилегании поврежденных сосудов их стенки в области свища срастаются между собой. Проксимальный отрезок артерии, соединенной с артерио-венозным свищом, в таких случаях нередко бывает расширенным и его порой трудно отличить от одноименной вены, подвергшейся «артериализации».

При гистологическом исследовании этого участка артерии отмечается истончение мышечного слоя и разрастание коллагеновой ткани.

Клинически артерио-венозные свищи характеризуются небольшой локальной припухлостью, повышенном кожной температуре; аускультативно — наличием над свищами систолического и диастолического шумов, иррадирующих по ходу сосудов и сливающихся в общий непрерывный шум, напоминающий «шум волчка». Характер локальной пульсации при артерио-венозном свище отличается от пульсации артериальных аневризм тем, что она не синхронна с ритмом сердечных сокращений, напоминает дрожание, происходящее независимо от пульсовой волны.

Шумы при артерио-венозных свищах проводятся как в дистальном, так и в проксимальном направлениях, но «эпицентр» их соответствует месту расположения артерио-венозного соустья. Шумы проводятся также по костям. При сдавлении артерии проксимальнее артерио-венозного свища шумы исчезают или резко ослабевают. Это сопровождается выраженным замедлением ритма сердечных сокращений. Феномен наступления брадикардии после сдавления приносящей артерии или выключения артерио-венозного соустья является патогномоничным для этой патологии и служит важным дифференциально-диагностическим тестом при распознавании его.

Весьма характерным признаком травматических артерио-венозных свищей является также возникновение синдрома венозной недостаточности, выражающейся в расширении подкожных вен, развитии застойных явлений, сопровождающихся отеками, появлением изъязвлений в дистальных участках конечности на стороне поражения.

Болевой синдром при травматических артерио-венозных свищах встречается довольно часто, боли при этом бывают различной интенсивности, носят постоянный характер и особенно усиливаются при движениях.

Сброс части артериальной крови в венозную систему обуславливает нарушение микроциркуляции, изменяется давление на стенки вены, в результате чего появляется извитость и аневризматическое расширение не только самого венозного ствола, но и соответствующих венозных капилляров, увеличивается объем циркулирующей крови в венозной системе, вследствие чего возникает постепенное расширение правых отделов сердца и гипертрофия миокарда различной степени. На ЭКГ у таких больных в последующем может появляться выраженная гипертрофия миокарда.

Распознавание травматических артерио-венозных свищей основывается на вышеуказанных клинических симптомах и на соответствующих данных ангиографических исследований. При этом на ангиограммах отмечается контрастирование расширенных не только артерий, но и венозного русла и ходов сообщений между ними.

В нашей клинике из 160 обследованных больных с сосудистой патологией у 5-ти диагностированы травматические артерио-венозные свищи. Последним произведены различные реконструктивные операции по ликвидации свища. Трём удалось ликвидировать артерио-венозный свищ с помощью разобщения соустья и раздельного ушивания артериального и венозного отверстий. Двум больным, имеющим травматический артерио-

венозный свищ на бедре, ликвидация его сопровождалась дополнительным протезированием бедренной артерии из-за большого дефекта ее стенки лавсановым протезом. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с полным восстановлением функции конечностей. Однако в ближайшем послеоперационном периоде у двух больных, которым было произведено разобщение артериального и венозного стволов с помощью прошивания соответствующих периферических концов патологического соустья, развился тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей. Указанное осложнение было ликвидировано после соответствующего консервативного лечения. При повторном контрольном исследовании через год все больные чувствуют себя хорошо, занимаются своим обычным трудом.

Ниже приводим краткую выписку из истории болезни одного из этих больных.

Больной М., 21 год, поступил в клинику общей хирургии 14/XII-73 года с диагнозом: травматический артерио-венозный свищ верхней трети правого бедра. 4/XII-73 года получил огнестрельное ранение в правую паховую область и верхнюю треть правого бедра. В районной больнице, куда был доставлен больной, произведена операция — лапаротомия с ушиванием трех раневых отверстий в тонком кишечнике. Ревизию раны в области бедра произведено не было. Через 10 дней больной был переведен из указанной больницы в клинику общей хирургии КГМИ.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии нет. В верхней трети правого бедра имеется гранулирующая рана размером 3×2 см, припухлость, кожная температура в этой области на 4° выше, по сравнению с соответствующей областью здоровой конечности. Аускультативно под припухлостью отчетливо выслушивается систоло-диастолический шум, иррадирующий как в проксимальном, так и в дистальном направлении. Вся правая нижняя конечность отечна, при движениях — резкая болезненность по всему ее протяжению.

Произведена аортография по Сельдингеру — выявлено контрастирование расширенной бедренной артерии и одноименной вены и аневризматического мешка. 10/I-74 года операция — ликвидация артерио-венозного свища. При обнажении раны обнаружены резко расширенные бедренная вена и одноименная артерия, а также аневризматический мешок, соединяющий их. При выделении аневризмы в четырех местах обнаружены свищи размерами 3×2, 4×3, 2×3, 1×2 мм. Аневризматический мешок иссечен, свищи ликвидированы, проходимость сосудов восстановлена. Послеоперационное течение гладкое. Выписан домой через месяц после операции в удовлетворительном состоянии, функция нижней конечности полностью восстановлена.

При травматических артерио-венозных свищах единственным правильным методом лечения является хирургическое вмешательство.

УДК 616.364-002

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

М. М. Мамакеев

Из клиники госпитальной хирургии № 2
(зав. кафедрой — проф. М. Е. Фридман) Киргосмединститута

Заболевания желчного пузыря и желчных ходов в последнее время встречаются довольно часто, занимая второе место после острого аппендицита.

Значительную роль в развитии воспалительного процесса в желчном пузыре и желчных ходах играют желчные камни. Возможность камнеоб-

разования увеличивается с возрастом, что подчеркивается рядом авторов. Так, Кер утверждал, что к 70-летнему возрасту желчные камни образуются у каждого третьего лица, а, по мнению А. Л. Мясникова, в каждом надо предполагать наличие желчных камней. За последние 10 лет значительно увеличилось число больных желчнокаменной болезнью.

Наши наблюдения в отделении неотложной хирургии 2-й городской клинической больницы показали, что женщины желчнокаменной болезнью страдают в 5—7 раз чаще, чем мужчины, что обусловлено физиологической перестройкой обмена веществ у беременных. Установлено, что 80—90% женщин, страдающих желчнокаменной болезнью, имели одну или несколько беременностей.

На процесс камнеобразования влияют в основном три фактора: нарушение обмена веществ, застой желчи и проникновение микробов в желчные пути.

За последние 10 лет, с 1964 года, когда мы вплотную стали заниматься проблемами хирургического лечения острого холецистита, осложненного желчнокаменной болезнью, через нашу клинику прошло свыше 3142 больных, которым произведено более 1316 операций (41,5%).

Средняя летальность после операций на желчных путях при острых холециститах равняется 4,5%. Из оперированных больных мужчин было 221, женщин — 1095. Среди больных преобладали страдающие деструктивными формами воспаления желчного пузыря. Так, из 1316 оперированных больных у 547 (51,5%) обнаружена флегмона желчного пузыря и у 240 (18,1%) — гангрена.

Таким образом, более половины оперированных нами больных страдали тяжелыми формами холецистита с той или иной реакцией брюшины. Средний возраст оперированных нами больных составлял 55 лет.

Главным симптомом при острых холециститах являются боли, которые отмечаются в 87—100% случаев. С. Б. Федоров считает, что боли зависят от спастического сокращения стенки желчного пузыря, стремящегося освободиться от содержимого и преодолеть препятствие, создаваемое на его пути воспалительным набуханием слизистой пузыряного протока.

Боли чаще всего начинаются внезапно — во время работы, ночью во время сна, вскоре после приема пищи, особенно жирной. Они зачастую не имеют определенной локализации и носят разлитой характер по всему животу, но чаще всего все-таки боли возникают в правой половине живота, в верхнем квадранте передней брюшной стенки. Боли могут быть кратковременными, но иногда длятся в течение нескольких часов и даже дней.

Нередко перед приступом больные в течение нескольких дней или недель ощущают тяжесть в подложечной области, горечь во рту, тошноту. Боли иногда бывают очень сильными. В таких случаях больные мечутся в постели или же лежат скованные, боясь шевельнуться. Боли иррадируют в правую надключичную область, в правую лопатку, а иногда в область левой лопатки и левого плеча. Иногда боли отдают в область сердца, проявляясь приступом стенокардического характера.

Ярким примером служит больная С. 54 лет, поступившая в отделение неотложной хирургии 18/III 1974 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье, боли в области сердца, тошноту, рвоту. Подобными приступами страдает более 10 лет. Периодически лечилась амбулаторно и стационарно по поводу хронического холецистита, а в последнее время — по поводу стенокардии. Улучшения были кратковременными. При осмотре язык суховат, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, резко напряжен, болезнен в правом подреберье. Пульс 98 ударов в одну минуту, хорошего наполнения и напряжения. Диагностирован острый холецистит. Операция под эндотрахеальным наркозом. В момент

операции установлено, что желчный пузырь атрофирован, стенки его склерозированы, в просвете находился один камень размером 2×2 см. Желчный пузырь удален с большим трудом. Послеоперационный период протекал гладко. Жалоб на боли в области сердца нет. Электрокардиограмма без патологии.

Больные, длительно страдающие хроническим холециститом, нередко лечатся от стенокардии, но безуспешно, и лишь только после операции холецистэктомии боли в области сердца прекращаются.

При острых приступах, кроме болей, бывает еще и рвота. Она может быть однократной или многократной, но облегчения больным не приносит. Температура не всегда бывает повышенной. Желтушность кожных покровов и склер наблюдается в среднем у 40—50% больных. Желтушность кожных покровов говорит о наличии камня в просвете общего желчного протока, закрывающего его просвет. Это уже считается осложнением желчнокаменной болезни.

Приводим историю болезни больной А., 47 лет. Доставлена из Сокулукского района. При поступлении больная истощена, кожные покровы и склеры желтушны. На коже следы расчесов. Болеет в течение 9 лет. Лечилась амбулаторно, стационарно, была неоднократно на курорте — улучшение временное. Жалуются на периодические приступообразные боли в правом подреберье. Последний приступ был 1,5 месяца назад. На следующий же день после приступа появилась желтуха, которая не прошла и к моменту поступления к нам в стационар. Диагноз при поступлении — желчнокаменная болезнь, осложненная камнем общего желчного протока, механическая желтуха. При операции найден значительно атрофированный желчный пузырь, в просвете которого находилось несколько больших камней, стенка желчного пузыря плотно припаяна к углу восходящего отдела толстого кишечника. При разъединении спаек обнаружен анастомоз между желчным пузырем и толстой кишкой. Желчный пузырь удален, дефект толстой кишки ушит трехрядными шелковыми швами. При дальнейшей ревизии обнаружен резко расширенный общий желчный проток, пальпаторно в нем определялись два камня вблизи фатерова соска. Эти камни также удалены, при проверке общий желчный проток непроходим, наложено соустье между последним и двенадцатиперстной кишкой. Послеоперационное течение гладкое. 30. III. 1974 г. больная выписана домой в хорошем состоянии.

До сих пор еще наблюдаются случаи запоздалого поступления больных холециститом в хирургические клиники и ничем не оправданного длительного консервативного лечения их. Опыт показывает, что многим из этих больных приходится делать операцию при уже наступивших осложнениях как со стороны желчного пузыря и протоков, так и ряда паренхиматозных органов.

Желчный камень может застрять в протоке желчного пузыря и закрыть его просвет. Тогда пузырьная желчь не может нормально поступать в двенадцатиперстную кишку. Если присоединяется инфекция, — то в желчном пузыре развивается гнойная жидкость. В этих случаях желчный пузырь расплавляется, и гнойник распространяется в глубину самой ткани печени и в брюшную полость. При этом общее состояние больного остается тяжелым или продолжает ухудшаться, поднимается температура, увеличивается количество лейкоцитов в крови. Такое течение заболевания представляет наибольшую опасность для больного и ведет к ряду осложнений — общему перитониту, гнойному воспалению внутрижелчных ходов, нагноению печени.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни.

Больная С. 45 лет, доставлена из Чуйской райбольницы в отделение неотложной хирургии 22. II. 1974 г. с жалобами при поступлении на сильные боли по всему животу, тошноту, неоднократную рвоту, общую слабость и желтушность склер и кожных покровов. Боли возникли остро, три дня тому назад. Все это время больная находилась под наблюдением врачей в стационаре Чуйской райбольницы; несмотря на консервативное лечение, состояние больной ухудшалось и ее доставили в Республиканскую клинику. При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки и склеры субиктеричны. При пальпации резкое напряжение передней брюшной стенки и болезненность по всему животу. Пульс 140 ударов в одну минуту, слабого наполнения и напряжения. Лейкоцитоз — 21300.

Диагноз: острый холецистит, разлитой перитонит. Через час после поступления произведена операция — лапаротомия. По вскрытии брюшной полости выдвлено большое количество мутной жидкости с примесью желчи. При резизии органов брюшной полости обнаружен черного цвета желчный пузырь с перфоративным отверстием, через которое свободно изливалась желчь в брюшную полость. Желчный пузырь удален, брюшная полость тщательно промыта и осушена с последующим ее дренированием по Симониану. Произведена реканализация лупочной вены для круглосуточного введения дезинтоксикационных растворов и антибиотиков в портальную систему. Послеоперационное течение в первые пять суток крайне тяжелое. В последующем состояние больной стало улучшаться и к концу месяца выписана домой в хорошем состоянии.

В настоящее время проблема лечения холециститов, особенно острых, становится чрезвычайно актуальной, так как заболеваемость холециститом заметно возрастает.

В период обострения болезни должна соблюдаться строгая диета. Острые блюда и спиртные напитки исключаются. Больному можно есть творог, нежирные сорта сыра, нежирное отварное мясо (говядину, телятину), сахар, хлеб, свежие овощи и фрукты.

Наблюдениями отечественных хирургов и нашими наблюдениями установлено, что консервативная терапия желчнокаменной болезни в период острого приступа лишь уменьшает силу приступа. По данным ряда авторов, среди больных, выписанных после успешного консервативного лечения, более 60% по-прежнему страдают частыми приступами болей.

В настоящее время вопрос о лечении острого холецистита и желчнокаменной болезни должен решаться хирургом. Это диктуется тем, что, по нашим наблюдениям, имеет место увеличение количества операций в запущенных стадиях болезни, и результаты этих операций неудовлетворительны.

Опыт показывает, что своевременное оперативное вмешательство в ранних стадиях болезни могло бы предупредить развитие тяжелых осложнений, а нередко и сохранить жизнь больному. Характер патологического процесса и особенности его течения таковы, что с самого начала требуется наблюдение хирурга. Следовательно, больных с острым холециститом следует с самого начала заболевания госпитализировать в хирургические отделения, а не в терапевтические.

Своевременными следует считать операции, произведенные в ранние сроки как от начала приступа, так и от начала болезни. Больным с подозрением на перфорацию, гангрену или флегмону желчного пузыря, когда процесс с самого начала или в ближайшие 1—3 дня принимает тяжелое, а тем более бурное течение с явлениями воспаления брюшины, ознобом и высоким лейкоцитозом, показана экстренная операция по жизненным показаниям.

При острых холециститах, особенно при повторных приступах, если наблюдается уменьшение воспалительного процесса, операция производится после стихания процесса. Операцией выбора является холецистэктомия. Это основное хирургическое вмешательство при лечении желчнокаменной болезни, а также острых и хронических холециститов.

В настоящее время твердо установлено, что только удаление патологически измененного желчного пузыря может обеспечить полное и стойкое выздоровление больного.

В ПОМОЩЬ СРЕДНЕМУ МЕДРАБОТНИКУ

УДК 617.7—001.4

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ

С. М. Доброва

Из клиники глазных болезней
(зав. кафедрой — проф. С. М. Доброва) Киргосмединститута

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения СССР средние медицинские работники, особенно те, кто самостоятельно работает на сельских участках, должны уметь правильно оказать помощь пострадавшим.

Средний медицинский работник оказывает главным образом помощь, имеющую цель устранить болевые ощущения, предупредить ухудшение местного и общего состояния, не допустить инфицирования раны, своевременно направить больного к специалисту.

От правильной и быстро оказанной медицинской помощи зависит исход повреждения и сохранение зрения. Если же первая помощь оказана несвоевременно, неправильно, то последующие вмешательства специалиста и назначенное энергичное лечение могут оказаться безрезультатными.

Повреждения глазного яблока и его придатков могут возникнуть и в быту, и на производстве. Около 12% всех больных, обращающихся за помощью к главному врачу, составляют больные с травмами.

Повреждение глаз на производстве определяется характером выполняемой работы. На металлообрабатывающих заводах ранение глаз чаще происходит отлетающими металлическими осколками. У лиц, связанных со строительными работами, повреждение глаз может возникнуть в результате попадания в глаза извести, осколков камней и дерева. У работников химической промышленности наблюдаются ожоги глаз кислотами и щелочами. В связи с внедрением в сельское хозяйство новой техники и механизации труда травматизм глаз по своему характеру приближается к промышленному.

Принимая во внимание сложность и тонкость строения глазного яблока, следует учитывать, что ранения органа зрения по течению и исходам отличаются от ранений, наблюдаемых в практике общей хирургии. Даже незначительное повреждение глазного яблока может повлечь за собой гибель глаза, особенно в случаях присоединения инфекции. В соответствии с этим подход, методика исследования поврежденного глаза отличаются от принятых в общей хирургии.

При любых повреждениях век, конъюнктивы или глазного яблока обследование нужно производить осторожно и тщательно, чтобы не пропустить проникающего ранения глаза.

За неотложной помощью по поводу ранений век и конъюнктивы пострадавшие обращаются в связи с наличием устрашающего их кровотечения, появлением косметических дефектов или боязни осложнений со стороны глаза.

Повреждение век сопровождается кровоизлияниями, отеком, гиперемией кожи, наличием ран, кровотечением, а иногда подкожной эмфи-

земой (проникновение воздуха в подкожную клетчатку). Выраженность этих признаков может быть различной. Некоторые признаки могут отсутствовать. Отек век развивается вскоре после повреждения и постепенно может увеличиваться. В результате отека веко утолщается, и вследствие тяжести верхнее веко опускается и может полностью прикрыть глазную щель. Приходится применять некоторое усилие при открывании глазной щели. В результате нарушения целостности стенки сосудов повреждения век часто сопровождаются кровотечениями и кровоизлияниями. Покраснение кожи возникает при повреждениях и воспалительных процессах век. Поверхностные повреждения касаются только эпидермиса и вызывают ссадины. Они бесследно заживают в ближайшие дни.

При более сильных повреждениях кожи век могут быть раны различной формы и величины. При ранениях режущими предметами они имеют линейную форму, рваную или лоскутную — при ранении тупыми предметами, колотую — при повреждении колющими предметами. Если рана направлена вдоль свободного края века, то края ее сомкнуты. Раны же, идущие вертикально, обычно зияют.

По своему характеру сквозные ранения могут быть следующими: разрыв края века, ранение толщи века, отрыв века у наружного или внутреннего угла. Наиболее неблагоприятными в прогностическом отношении являются отрывы внутреннего угла, так как при этом разрываются слезные каналцы, повреждаются слезные точки, а иногда и слезный мешок. В результате этого наступает неустраняемое слезотечение.

Заживление ран век, даже очень загрязненных, с неровными краями почти всегда происходит первичным натяжением, ввиду исключительно хорошего кровоснабжения этой области.

Первая помощь при ранениях век состоит во введении противостолбнячной сыворотки (1500 АЕ), наложении стерильной повязки и направлении больного к окулисту или хирургу для наложения швов на кожу. Несвоевременное или неправильное наложение швов приводит к уродствам или неправильному положению век и лишает глаз естественной защиты.

Наиболее частым повреждением глаз является попадание различных сориннок и в виде мелких кусочков угля, шлака, песчинок и т. д. Они проникают в конъюнктивальный мешок с током воздуха. Иногда мелкие частицы вымываются слезой. В некоторых случаях они оседают на слизистой оболочке (конъюнктиве). Нередко соринки попадают в неглубокую бороздку, располагающуюся параллельно ресничному краю века, отступив от него на 2—3 мм. Значительно реже соринки оседают на слизистой нижнего века. При этом обычно смываются слезой. Пребывание инородного тела в конъюнктивальной полости вызывает ряд неприятных ощущений. Они объясняются тем, что при мигательных движениях инородное тело касается роговой оболочки, имеющей большое количество нервных окончаний. Как правило, ощущения большого о месте расположения инородного тела не совпадают с истинным его положением. Поэтому необходим самый тщательный осмотр всей конъюнктивальной полости для обнаружения инородного тела.

Некоторые инородные тела с выпуклой поверхностью (шелуха семени, крылышко насекомого) нередко оседают у края роговицы. Иногда такие инородные тела остаются незамеченными и больные лечатся по поводу конъюнктивита.

Нередко ости злаков, частички колосьев попадают в верхнюю переходную складку. Для того чтобы иметь возможность осмотреть верхнюю переходную складку большой должен смотреть вниз.левой рукой следует фиксировать вывернутое верхнее веко. Правой рукой прокипяченную стеклянную палочку подводят под вывернутое веко и приподнимают его. При этом верхняя переходная складка становится доступной осмотру.

Инородное тело обычно окутано комочком слизи. Оно вызывает постоянное выделение гноя из воспаленного конъюнктивального мешка.

Неотложная помощь заключается в удалении инородного тела. Туго свернутой ваткой, смоченной в 2% растворе борной кислоты, протирают то место слизистой, где находится инородное тело, и таким образом снимают его. Инородное тело, лежащее на слизистой у лимба, удаляют такой же ваткой, предварительно закапав 0,5% раствор дикаина. После удаления инородного тела со слизистой во всех случаях закапывают 2 капли 30% раствора альбумида.

Возможно внедрение инородного тела — реснички, ости колоса — в слезный каналец, что сопровождается зудом и покраснением слизистой оболочки. При осмотре с лупой обнаруживают торчащее из слезной оболочки инородное тело. Чаще всего инородное тело внедряется в каналец через нижнюю слезную точку.

Инородное тело, внедрившееся в слезный каналец, захватывает за выступающий конец ресничным (эпиляционным) пинцетом и удаляют.

Инородные тела на роговой оболочке — очень частый вид поврежденный глаза. Внедрившиеся в роговицу инородные тела могут быть самой разнообразной природы, в зависимости от обстоятельств, при которых они попали в глаз. По глубине проникновения различают поверхностные и глубоко расположенные инородные тела. Поверхностные инородные тела располагаются в эпителии роговицы или под ним. Глубоко расположенные инородные тела локализируются в собственной ткани роговицы.

Как правило, поверхностно лежащие на роговице инородные тела причиняют больным больше неприятных субъективных ощущений, чем глубоко лежащие (боль, светобоязнь, слезотечение).

Осмотр пострадавшего может быть начат при естественном освещении. Однако при этом можно заметить только грубые и резко выраженные изменения в роговице, передней камере глаза и радужной оболочке. Но чаще всего такого осмотра недостаточно. Небольшие, но существенные изменения в переднем отрезке глаза при естественном освещении можно не заметить. Последующий осмотр должен производиться с помощью искусственного освещения. Для этого источник света ставят слева и несколько впереди от больного на уровне его глаз. Двоуклодную лупу с фокусным расстоянием 4—6 см ставят между глазом исследуемого и источником света таким образом, чтобы в фокусе находился подлежащий осмотру участок роговицы. При таком ярком освещении, при контрасте освещенного и неосвещенного участка будут хорошо видны мельчайшие изменения в переднем отрезке глазного яблока. Условия осмотра значительно улучшаются, если одновременно с освещением глаза смотреть самому через вторую лупу.

Чтобы устранить мешающую исследованию светобоязнь, рекомендуются предварительная анестезия закапыванием в оба глаза нескольких капель 0,25% дикаина.

В зависимости от глубины залегания инородных тел в роговице требуется различный подход к ним.

Через 1—2 минуты, когда наступит анестезия, приступают к удалению инородного тела. Большим и указательным пальцами левой руки раздвигают веки, расширяя глазную щель, и фиксируют их в этом положении. Больному предлагают смотреть в одном направлении. Инородное тело удаляют стеклянной палочкой, узкий конец которой обернут ватой или туго свернутым в виде палочки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты.

Инородные тела, внедрившиеся в эпителий и подэпителиальную зону, извлекают с помощью игл (кольцевидной, дисцизионной, от шприца, роговичных долотц). Вместе с инородным телом или вслед за ним следует выскоблить образующийся иногда ободок ржавого цвета, так называ-

емую, «окалину». Несвоевременное удаление ее задерживает заживление дефекта ткани, образовавшегося после удаления инородного тела.

Наличие дефекта роговицы всегда представляет большую опасность. Оно создает возможность проникновения инфекции, развития инфильтрата и язвы.

В целях предупреждения инфекции после удаления инородного тела закапывают дезинфицирующие капли (30% раствор альбуцида) и закладывают за веки мазь. Накладывается легкая повязка, которую больной может снять дома.

К наиболее тяжелым повреждениям глаза относятся проникающие ранения. При этом следует наложить стерильную повязку и срочно доставить пострадавшего в отделение глазных болезней.

Среди повреждений глаз значительное место занимают ожоги. Наиболее часто бывают ожоги щелочами — известью (гашеной и негашеной), каустической содой, конторским клеем, нашатырным спиртом, анилиновыми красками (чернильным карандашом).

В случаях ожогов быстрота оказания первой помощи имеет решающее значение в спасении глаза. Нельзя терять ни одной минуты. Необходимо немедленно промыть конъюнктивальную полость, так как уже через 2—3 минуты щелочь проникает в глубь глаза. Промывать можно обычной водопроводной водой из любой имеющейся под руками посуды. Удобнее эту манипуляцию производить, если пострадавший лежит. При промывании конъюнктивальной полости надо слегка раздвинуть глазную щель и производить движение веками. Промывание должно быть обильным и длительным. Струя жидкости должна быть не сильной. Лучше пользоваться для промывания резиновым баллоном. Для того чтобы произвести тщательный осмотр конъюнктивальной полости, необходимо предварительно закапать 0,5% раствор диканна.

Важнейшим условием неотложной помощи является быстрота ее оказания. Во многом это зависит от скорости доставки больных в медпункт. Последний должен располагаться в местах, доступных для граждан в любое время суток.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

УДК 616-097

О НОСИТЕЛЬСТВЕ «АВСТРАЛИЙСКОГО АНТИГЕНА» СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш. А. Акматов, Р. М. Минеева

Из Киргизского научно-исследовательского института эпидемиологии,
микробиологии и гигиены (директор — Н. Д. Джумалиев)

Эпидемический процесс при вирусном гепатите на отдельных территориях носит автономный характер. В указанном аспекте определенный интерес представляют результаты изучения распространенности «австралийского (Аи) антигена» в различных географических зонах Юга Киргизии. По методике встречного иммуноэлектрофореза с применением тест-системы фирмы «Иммуно» в 1973 году исследованы сыворотки 2126 лиц различных контингентов населения на рассматриваемых территориях.

На Юге Киргизии при эпидемических подъемах вирусного гепатита частота обнаружения Аи-антигена у больных вирусным гепатитом значительно превышала таковую на сравнительно благополучных территориях страны (46,4 против 12,9—19,4% соответственно в Горьком и Киеве за 1973 г.). Выявляемость антигена у больных с другими заболеваниями и у здорового населения не превышала 1,3—4,0%. Это подтверждает указания ряда исследователей (Е. С. Блюмберг, Е. А. Пакторис, В. А. Ананьев, Г. П. Степанов и др., 1969—1973 гг.) на специфичность данного теста при вирусном гепатите. Наличие лиц Аи-положительных среди реконвалесцентов в 10,6% и среди контактных в очагах вирусного гепатита в 4,6% случаев свидетельствует о верности гипотезы ведущих эпидемиологов о возможном вирусоносительстве при вирусном гепатите. Об этом же говорит анализ формирования старых очагов заболевания в неблагополучных населенных пунктах Узгенского района.

Выявлена большая частота обнаружения Аи-антигена при вирусном гепатите у детей, нежели у взрослых — 54,5% против 43,9, — что соответствует указаниям Б. С. Блюмберг (1968), Идом (1969) и др. об одинаковой специфичности данного теста при инфекционном и сывороточном гепатите.

Привлекает внимание высокая частота (55,5%) обнаружения Аи-антигена у больных, проживающих в предгорно-горных районах (Наукатском, Узгенском, Советском), являющихся неблагополучными по заболеваемости вирусным гепатитом на протяжении ряда лет. В зоне долин выявляемость Аи-антигена у больных составила 40,3%.

Несомненно, высокая частота обнаружения Аи-антигена у больных вирусным гепатитом в сельской местности Юга Киргизии свидетельствует о преобладании инфекционной природы этого заболевания. На это указывает также значительное число антигено-положительных среди реконвалесцентов (10,6%) и контактных (до 4,6%) в очагах заболевания.

В связи с имеющимися эпидемиологическими наблюдениями, свидетельствующими о вирусоносительстве при вирусном гепатите, определенный интерес представляет частота обнаружения «австралийского антигена» среди жителей различных территорий в сопоставлении с уровнем заболеваемости этой инфекцией.

На отдельных территориях выявлена прямая связь между средним уровнем заболеваемости за 17 лет и частотой носительства антигена среди здоровых людей, обследованных в 1973 году.

Среди жителей города Оша, расположенного в долинной зоне, где имеют место периодические подъемы вирусного гепатита, число носителей Аи-антигена составило $6,0\% \pm 1,3\%$ против $3,0\% \pm 1,49$ в г. Кок-благородным по этой инфекции на протяжении последних 17 лет (1956—72 гг.).

Аналогичные результаты получены при анализе частоты выявления носительства Аи-антигена и заболеваемости вирусным гепатитом в сельской местности отдельных географических зон.

Привлекает внимание носительство «австралийского антигена» у 6% обследованных жителей предгорного Узгенского района, где, как указывалось выше, имели место значительные вспышки вирусного гепатита в 1965—66 гг. И наоборот, в Сузакском и Араванском районах при соответственно меньшем уровне заболеваемости в них носительство антигена не превышало 2,6—2,0%.

Выявлено носительство Аи-антигена у работников пищевых предприятий и беременных женщин в 3,4—4,2% случаев без наличия каких-либо признаков гепатита, что не исключает их парентерального инфицирования, в связи с тем, что они подвергаются многократно таким обследованиям, как общий анализ крови, реакция Вассермана. Что касается 5,2% антигено-позитивных среди школьников, то это, на наш взгляд, связано с вирусоносительством после перенесенного инфекционного гепатита.

Наличие вирусоносительства при вирусном гепатите подтверждают результаты анализа частоты повторных случаев заболеваний в старых очагах. К последним были отнесены условно те очаги, в которых на протяжении предыдущих 2-х месяцев не регистрировались свежие случаи гепатита. При динамическом наблюдении за 390 очагами вирусного гепатита в г. Узгене и с. К-р в течение 1963—71 гг. в 213 зарегистрированы повторные случаи заболевания ($54,6\% \pm 2,51$). Из них 201 (94,3%) очаг был отнесен к старым, где на протяжении 9-летнего наблюдения зарегистрировано 449 случаев желтушной формы гепатита (96,0% к общему числу повторных заболеваний за указанный период). Высокая частота возникновения случаев гепатита в старых очагах заболевания отмечена в г. Узгене и с. К-р., которые, как выше указано, отличались наличием эпидемических подъемов заболевания. При обследовании в 1972 г. 260 жителей этих населенных пунктов выявляемость носителей «австралийского антигена» составила 6,0—6,2% ($\pm 1,8$).

Полученные результаты указывают на достаточную специфичность австралийского антигена при вирусном гепатите, подтверждают гипотезу о вирусоносительстве и показывают перспективность дальнейшего использования данного теста при изучении эпидемического процесса, особенно при расследовании вспышек заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЕЙ В ЗЕРНОВОМ ХОЗЯЙСТВЕ

Л. А. Нестерова

Из Киргизского НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены
(директор — Н. Д. Джумалиев)

Производство зерна в стране ежегодно возрастает. Совершенствованные механизации и автоматизации зернового производства существенно влияют на улучшение условий труда, а следовательно, и на снижение общей и профессиональной заболеваемости. Однако на этапах получения, хранения и переработки зерна имеет место ряд факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье работающих. К ним относятся высокие летние температуры воздуха ($36,7^{\circ}$), резкие перепады температуры и влажности воздуха в течение рабочего дня при уборке и обработке зерна в хозяйствах (на 14° и 17%), а также охлаждающие температуры воздуха в переходное и холодное время года в помещениях элеваторов. Параметры шума на работающих зерноуборочных комбайнах СК-4 и на зерновых токах превышают предельно допустимые уровни на 5—8 децибел.

Концентрации пыли в воздухе рабочей зоны часто превышают предельно допустимые величины в десятки и сотни раз. Так, при комбайновой уборке зерна концентрации пыли в зоне дыхания комбайнеров в среднем колеблются от $855,0 \pm 143,1$ мг/м³ до $1191,0 \pm 122,4$ мг/м³. На зерновых токах средняя запыленность воздуха зерновой пылью у зернопогрузчиков составляет $1523,3 \pm 33,3$ — $3711,0 \pm 61,3$ мг/м³, у зерноочистительных машин — $406,8 \pm 17,5$ — $1626,7 \pm 402,9$ мг/м³. В производственных помещениях элеваторов в большинстве рабочих мест концентрации пыли в воздухе достигают $91,0 \pm 7,7$ — $531,0 \pm 5,5$ мг/м³.

Зерновая пыль сложна по своему морфологическому, физико-химическому, биологическому и ботаническому составу. Пылевые частицы имеют различную форму, чаще продолговатую, заостренную. Пыль полидисперсна с преобладанием мелкодисперсных функций (до 10 микрон) с небольшим удельным весом ($1,53$ — $1,67$ г/см³).

Состав зерновой пыли смешанный, преимущественно органический, ($68,8$ — $85,2\%$). В минеральной части пыли содержится свободная двуокись кремния (до 5%) и силикаты (до 20%), в органической — частицы ядовитых и неядовитых растений, бактерии, плесневые грибки, актиномицеты, дрожжи.

Такой сложный комплекс зерновой пыли оказывает неблагоприятное влияние на работающих при длительном контакте на фоне других факторов производства. Об этом свидетельствуют результаты изучения состояния здоровья работающих.

В литературных источниках есть указания на развитие у лиц, контактирующих в процессе трудовой деятельности с зерновой пылью, таких заболеваний, как хронические риниты, фарингиты, пылевые бронхиты, «легкое фермера», «зерновая лихорадка», «симптом понедельника», пневмоконнозы, пневмомикозы (Н. Я. Шалашов, 1962; В. И. Зерцалова, Е. П. Кралухина, 1963; Е. А. Маврина, 1967; С. А. Степанов, 1968; В. М. Перельгин с соавторами, 1969; Mericka, Votava, 1969).

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности позволил установить превышение ее показателей как по числу случаев (на 26—68%), так и по количеству дней нетрудоспособности (на 8—45%) у рабочих на всех этапах производства и переработки зерна, в сравнении с показателями у рабочих контрольной группы.

У комбайнеров и рабочих зерновых токов это превышение определялось более высокими показателями по болезням органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани и группе аллергических заболеваний.

У рабочих элеваторов превышение заболеваемости было выявлено почти по всем нозологическим формам.

Отмечена взаимосвязь частоты случаев заболеваний, в возникновении которых решающая роль отводится пылевому фактору, с условиями труда работающих. Рабочие основных профессий зернового производства гораздо чаще, по сравнению с контрольной группой, страдали болезнями органов дыхания, из которых необходимо указать на хронические бронхиты и пневмонии. Заболеваемость аллергиями (бронхиальная астма, аллергические дерматиты, конъюнктивиты, сенная лихорадка, крапивница) у этой категории лиц был в 4 раза выше, чем у лиц, не соприкасающихся с зерновой пылью.

При исследовании обнаружены больные хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (20%), хроническим бронхитом (14,3%), хронической неспецифической пневмонией (5,6%), бронхиальной астмой (1,2%). Указанными болезнями, как правило, страдали лица с длительным стажем работы в условиях высоких концентраций зерновой пыли.

Таким образом, очевидно, что основной профессиональной вредностью в зерновом производстве является запыленность воздушной среды смешанной органо-минеральной растительной пылью. Если учесть, что в этой отрасли народного хозяйства занято большое число рабочих, контактирующих с такой пылью, то борьба с запыленностью воздушной среды приобретает первостепенное значение. Однако до последнего времени мероприятия по снижению запыленности воздуха проводятся не в полном объеме. Это объясняется как трудностями технического порядка, так и недостаточным вниманием к этому виду производства со стороны сельскохозяйственных и санитарных органов. К тому же усложненное нормирование пыли в воздухе до последнего времени затрудняло контроль за внешней средой. В настоящее время утверждена и действует рекомендованная нами единая ПДК зерновой пыли — 4 мг/м³ (предельно допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны, № 999—72, 1972).

Для профилактики общей и профессиональной заболеваемости на этапах зернового производства необходимо проведение оздоровительных мероприятий как санитарно-технического, так и медицинского порядка.

С этой целью необходим строгий контроль со стороны санитарно-эпидемиологической службы за состоянием воздушной среды. Уменьшение пылевыделения может быть достигнуто укрытием и герметизацией мест пылеобразования: уплотнением крышек люков, укрытием молотилки комбайна, устройством ветрозащитных передвижных щитков. На зерновых токах необходимы укрытие ленточного конвейера, механизация процессов перелопачивания зерна. Рабочие помещения элеваторов должны обеспечиваться проточно-вытяжной вентиляцией с подачей очищенного наружного воздуха. Необходим пневмотранспорт зерна.

Для защиты от пыли при обеспечении общих мер борьбы с пылеобразованием в качестве вспомогательных средств могут быть рекомендованы индивидуальные защитные маски-респираторы, очки, комбинезоны.

Для защиты от инсоляции над рабочей площадкой комбайнов следует установить брезентовый или фанерный зонт размером 1,6 × 1,6 м на высоте 2 м от пола площадки.

На этажах элеваторов необходимо оборудовать комнаты с температурой не менее 26° для обогрева рабочих. Кроме того, в целях борьбы с переохлаждением организма нужно ликвидировать сквозняки, легко

возникающие в условиях разреженного воздуха рабочих помещений (застекление оконных проемов, исправность и плотность дверей, устройство приточно-вытяжной вентиляции). В качестве медицинских мер профилактики необходимы углубленные медицинские осмотры.

Вновь поступающие на работу должны проходить предварительно медицинский осмотр и в случае имеющихся противопоказаний (аллергическое состояние, атрофические изменения со стороны верхних дыхательных путей, хронический трахеит, бронхит, эмфизема легких, пневмокониозы разных стадий) не должны приниматься на работу в запыленные цехи. Механизаторы — комбайнеры, рабочие токов, элеваторов, мельниц — должны проходить углубленный медицинский осмотр один раз в два года при участии терапевта, отоларинголога, дерматолога и рентгенолога.

При углубленном медицинском осмотре целесообразно проводить лабораторные исследования: микологический посев мокроты, общий анализ крови, аллергические кожные пробы на чувствительность к плесневым грибкам с использованием аллергенных диагностикумов, рекомендованных отделением аллергологии АМН СССР.

Больные с изменениями со стороны верхних дыхательных путей, с хроническим бронхитом, эмфиземой легких, пневмокониозом, аллергией в различных формах ее проявления берутся на диспансерный учет. При этом должны решаться вопросы лечения, последующего трудоустройства и трудоспособности.

Проведение комплекса оздоровительных мероприятий в сочетании с выполнением работающими гигиенического режима труда, отдыха и питания позволит снизить общую и профессиональную заболеваемость на этапах зернового производства.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ОБЛАСТИ ШВОВ И АНАСТОМОЗОВ ОПЕРИРОВАННЫХ ОРГАНОВ

(Экспериментальные исследования)

А. Л. Лейтес

(По материалам исследований сотрудников кафедры
нормальной анатомии Киргосмединститута)

Из кафедры нормальной анатомии
(зав. кафедрой — проф. А. Л. Лейтес) Киргосмединститута

Вопросы кровоснабжения области швов и анастомозов оперированных органов постоянно привлекают внимание хирургов, поскольку именно они сталкиваются в своей практической деятельности с необходимостью заведомо прогнозировать исход указанного рода операций.

В экспериментальных работах освещается чаще всего динамика васкуляризации области швов только при сохраненном кровоснабжении сшиваемых органов. Между тем внимание хирурга должны особенно привлекать данные тех экспериментов, где создаются выраженные нарушения кровоснабжения сшиваемых органов, то есть эксперименты, в которых выявляются пластические возможности сосудов анастомозов, особенно их предельные пластические возможности.

Отсюда понятно стремление экспериментаторов изучить пластичность кровеносных сосудов областей органоанастомозов в тесной связи с сосудами целиком сшиваемых органов, либо их частей, а также с сосудами межорганных сращений с учетом при этом детальных данных васкуляризации органов в норме. Именно на путях такого широкого подхода к изучению сосудов области швов и может быть выяснена органоспецифичность васкуляризации швов разных органов.

В экспериментах наших сотрудников с созданием органоанастомозов при сохраненной васкуляризации сшиваемых частей различных органов при «равноценности» сшиваемых органов мы не могли установить факты преобладания начала прорастания кровеносных сосудов в области швов за счет одного из сшитых органов. Наряду с этим, имеются некоторые различия в характере и сроках развития сосудов в области швов со стороны сшитых органов при явной «неравноценности» сосудистых русел этих органов. Так, например, В. Н. Гутенев, при сопоставлении динамики васкуляризации области уретероцистоанастомозов, произведенных в эксперименте на собаках по способам Сампсона и Боари, обнаружил более быстрое и более интенсивное развитие сосудов швов при операции Боари (с опережением в несколько дней). Автор связывает это с большей площадью соприкосновения мочеточника с оболочками мочевого пузыря при операции Боари и соответственно с более интенсивным прорастанием в мочеточник новообразованных кровеносных сосудов со стороны мочевого пузыря через область анастомоза. Подобных различий уже не отмечали К. К. Кененбаев при наложении циркулярного шва в шейном отделе трахеи, А. А. Аширбаев — при моделировании гастроэнтеноанастомоза по Бильрот-I и Бильрот-II, В. Т. Мирошенко — при циркулярном шве влагалища, С. А. Асанкожоев — при циркулярном шве задней полой вены в условиях сохраненной васкуляризации

обеих сшиваемых частей, при относительной равноценности по тканевой структуре и емкости сосудистых сплетений их оболочек.

Наряду с этим, при сопоставлении степени и сроков васкуляризации указанных разных анастомозов между собой, выявляются различия. Однако это уже другие различия, связанные с сосудисто-тканевой органоспецифичностью. В частности, сопоставление детальных морфометрических данных в указанных опытах позволило выявить количественные различия сосудов, прорастающих в областях анастомозов разных органов: трахеи (К. К. Кененбаев), задней полой вены (С. А. Асанкожоев), соустия желудка и кишки (А. А. Аширбаев). Обнаруженные различия, как видно, касаются, в первую очередь, количественных сторон васкуляризации швов разных органов.

Качественные различия выявить значительно сложнее. Видимо, поэтому И. Д. Кирпатовский (1964), И. И. Бобрин (1970) и другие экспериментаторы и не обнаружили сколько-нибудь существенных различий в характере развития кровеносных сосудов в области различных органонастомозов. Однако сказанное относится только непосредственно к сосудам области соединительнотканых сращений, развивающихся на месте разных анастомозов. Если же рассматривать кровеносные сосуды области анастомоза шире — как неотъемлемые составные части всех сосудистых русел обоих сшитых органов (что, безусловно, соответствует истинному положению вещей), — то здесь обнаруживаются уже более выраженные различия компенсаторно-пластических реакций кровеносных сосудов, связанных с органоспецифичностью. Особенно такие различия пластических возможностей кровеносных сосудов швов и анастомозов выявляются в условиях нарушенного кровоснабжения одного либо обоих сшиваемых органов. В этих условиях, когда в одном из органов создается максимально возможная ишемия, сосуды сшитого с ним органа вместе с кровеносными сосудами, прорастающими в области швов, выполняют роль путей выраженного коллатерального кровотока, направленного на реваскуляризацию ишемизированного органа. Иными словами, этот сшитый орган превращается в орган-реваскуляризатор, обеспечивающий реваскуляризацию ишемизированного сшитого с ним другого органа опосредованно, через сосуды области швов. При этом, в зависимости от степени ишемии, в разной мере развиваются компенсаторные реакции сосудов, реализующиеся в развитии окольного кровотока. Соответственно сказанному, максимальные пластические возможности сосудов органа-реваскуляризатора и сосудов связанной с ним области швов должны проявляться в тех опытах, где другой сшитый орган пребывает в состоянии максимальной ишемии. Так, например, В. Т. Мироненко создавал максимально возможную ишемию матки собаки путем ее экстирпации вместе с рогами и небольшим участком влагалища с последующим немедленным вшиванием ее на прежнее место. В этих опытах с аутоинсплантацией матки обнаруживались максимальные пластические возможности кровеносных сосудов области циркулярного шва влагалища, которые уже призваны явиться путями окольного кровотока, направленного из сосудов влагалища к матке. Морфологически это выражалось в значительном расширении диаметров сосудов как в области шва влагалища, так и сосудистых сплетений его оболочек. Интересны опыты К. К. Кененбаева, где он производил локальное циркулярное удаление адвентициальной оболочки одного из сшиваемых отрезков трахеи, при этом постоянно обнаруживался некроз оголенного участка трахеи и расхождение наложенных швов. К. К. Кененбаев объясняет это тем, что в результате удаления адвентициальной оболочки выключается 4–5 рядом расположенных межхрящевых артерий и условий для возникновения зон действительного перекрытия артерий здесь уже не остается. Как видно, здесь ишемия одного из отрезков трахеи не способствует повыше-

нию васкуляризации области шва. В. Н. Гутенев обнаружил, что через 30 дней после моделирования уретероцистоанастомоза по способу Боари диаметры сосудов области мобилизации пересаженного мочеточника диаметры сосудов анастомоза почти в два раза превышали диаметры сосудов анастомоза после аналогичной операции, но без широкой мобилизации мочеточника. Аналогичные данные получены также в опытах с уретероцистоанастомозом по способу Сампсона с одновременной мобилизацией мочеточника. Нам установлено, что калибр сосудов, прорастающих в области кишечно-пузырного анастомоза после коло-, либо плеоцистопластики и рассечения брыжейки кишечного трансплантата через 29—46 дней после операции брыжейки более, чем в два раза превышает показатели в аналогичных опытах, но без пересечения брыжейки трансплантата. Как видно, и в этих опытах перевязка сосудов мочепузырного лоскута способствовала раскрытию сосудов области анастомоза. При этом основное участие в развитии сосудов области шва принимают сосуды толстой кишки, в которую пересажен ишемизированный мочепузырный лоскут. Более того, сосуды кишки в значительной мере обеспечивают реваскуляризацию лоскута.

Как видно из этих сопоставлений, максимально возможная ишемия матки, мочеточника, сегмента тонкой и толстой кишки, мочепузырного лоскута способствует значительному развитию кровеносных сосудов в области наложенных швов влагалища мочеточниково-пузырного и кишечно-пузырного анастомозов, направленному на реваскуляризацию ишемизированных шитых органов. Аналогичное усиление васкуляризации области циркулярного шва задней поллой вены отмечал С. А. Асанкожоев после мобилизации сшиваемых отрезков и частичного удаления адвентиции.

Здесь же следует отметить, что при сопоставлении результатов рассмотренных опытов с созданием максимально возможной ишемии одного из сшиваемых органов обнаруживаются существенные различия исходов ишемии для разных органов. Так, матка может быть полностью лишена всех экстраорганных и интраорганных источников кровоснабжения без возникновения вслед за этим выраженного некроза (В. Т. Мироненко). Некроз культи желудка после перевязки всех ее экстраорганных сосудов при моделировании операции Бильрот-I и Бильрот-II возникает только тогда, когда размеры культи по ее длине составляют более половины желудка (А. А. Аширбаев). Наряду с этим, по данным К. К. Кененбаева, уже только двусторонняя перерезка между лигатурами краниальных щитовидных артерий, либо внутренних яремных вен приводит к значительному запаздыванию начала васкуляризации области циркулярного шва трахен в шейном отделе.

Исследования сотрудников позволяют считать, что пластические возможности кровеносных сосудов тонкой кишки значительно меньше, чем сосудов желудка. Как известно, жизнеспособность ишемизированной в эксперименте тонкой кишки сохраняется после отсечения брыжейки от кишки только на протяжении 5—10 см (К. Н. Федорович, 1910; А. А. Смирнов, 1947, З. Ф. Тимакова, 1962; в нашей лаборатории Е. С. Зобнев, 1970). Труднее вызвать ишемию с исходом в некроз в области прямой кишки (С. А. Абдыкеримов). При сопоставлении пределов допустимых выключений сосудов таких органов, как матка, влагалище (В. Т. Мироненко) и мочепоу пузырь, последний следует считать менее устойчивым к ишемии (В. Т. Мироненко, М. А. Огомбаев, Б. П. Губанов). Пластичность кровеносных сосудов мочеточника является достаточно высокой (В. Н. Гутенев), она почти не уступает пластичности сосудов пищевода. Так, В. Н. Гутенев добивался возникновения краевых ишемических некрозов мочеточника только после его пересечения в области лоханочно-мочеточникового сегмента с одновременной мобилизацией мочеточника

по всему протяжению и предотвращением развития васкуляризированных сращений с окружающими органами.

Таким образом, пластические возможности кровеносных сосудов области швов реализуются в степени их участия в реваскуляризации ишемизированного органа. В разных органах эта степень участия сосудов области шва оказывалась различной. Так, например, А. А. Аширбаев накладывал циркулярный шов на месте пересечения пищевода при переходе его в желудок. Одновременно с этим на середине тела желудка локально (шириной 1—1,5 см) пересекались лоскуты серозной и мышечной оболочек (с последующим сшиванием краев раны), а также перевязывались все экстраорганные кровеносные сосуды, расположенные вблизи малой и большой кривизны желудка на протяжении между линиями полного и частичного циркулярного его пересечения. В этих опытах сшиваемая ишемизированная часть желудка почти полностью некротизировалась, вплоть до линии швов вблизи пищевода (швы оказались несостоятельными). Однако все же оставался жизнеспособным участок шириной в 2—3 см, располагающийся вблизи линии пересечения только серозной и мышечной оболочек. Эти данные свидетельствуют о максимальных возможностях сосудов подслизистой и слизистой оболочек в реваскуляризации крайне ишемизированных участков желудка. Приводимый пример, хотя и не касается непосредственно сосудов области полного циркулярного шва желудка, однако позволяет делать предположения о том, что в случаях аналогичных выключений сосудов желудка кровеносные сосудистые сплетения подслизистой и слизистой оболочек могли бы частично, через область шва, реваскуляризовать ишемизированную шитую часть. Более четкие данные в этом плане получены В. Т. Мироненко при аутотрансплантации матки и предотвращении развития сосудов сращений матки с окружающими органами. В этих условиях кровеносные сосуды влагалища через сосуды области влагалищного циркулярного влагалищного шва обеспечивают реваскуляризацию крахимального шитого отрезка влагалища и всего тела матки. В наших опытах (А. Л. Лейтес) пересечение брыжейки илеотрансплантата после илеоцистопластики приводит к некрозу большей части трансплантата, однако за исключением его участков, прилегающих к области кишечнопузырному анастомозу. То же отмечается и при пересечении брыжейки сигмента толстой кишки после колоцистопластики. Следовательно, кровеносные сосуды, прорастающие в области швов при разных органоанастомозах, обеспечивают реваскуляризацию небольших участков подшитого ишемизированного органа вблизи области шва. Это и есть проявление максимальных пластических возможностей кровеносных сосудов швов и анастомозов. Причем при сопоставлении рассматриваемых областей реваскуляризации видно, что сосуды швов влагалища могут реваскуляризовать значительно большие участки матки, по сравнению с сосудами кишечно-мочепузырных швов, реваскуляризирующих кишечный трансплантат. В этой связи интересными представляются данные, полученные А. А. Аширбаевым при изучении пластичности кровеносных сосудов желудка, прорастающих в кишечную вставку на брыжейке по П. А. Курьянову — Г. А. Захарову, а также данные С. А. Асанкожоева о возможности реваскуляризации свободной кишечной вставки на месте диастаза задней поллой вены. Так, А. А. Аширбаев отмечает, что даже через 30 дней после операции резекции желудка по Бильрот-I с кишечной вставкой пересечение брыжейки такой вставки приводит к омертвлению ее части. В этих опытах жизнеспособными оставались только небольшие участки кишечной вставки вблизи линии швов. Напротив, более короткая свободная кишечная вставка при пластике задней поллой вены в опытах С. А. Асанкожоева в значительной мере реваскулярировалась за

счет кровеносных сосудов, прорастающих из сшиваемых отрезков задней полой вены.

При изучении вопроса редукции сосудов в области наложенных швов при сохраненной васкуляризации сшиваемых органов мы постоянно убеждались, что в отдаленные послеоперационные сроки мелкие сосуды редуцируются, а более крупные сохраняются. В условиях нарушенного кровоснабжения сшиваемых органов, особенно при выраженной ишемии одного из них, сосуды области органоанастомоза редукции не подвергаются, а, наоборот, продолжают развиваться и в поздние послеоперационные сроки, составляя надежные пути компенсации нарушенного кровотока. Действительно, о какой редукции сосудов швов и сращений широкой мобилизации сшитого органа, когда эти сосуды являются единственными поддерживающими жизнедеятельность органа. При умеренной ишемии сшитых органов сроки начала частичной редукции сосудов области швов несколько отодвигаются пропорционально степени ишемии органа. Хорошо выраженные сосуды межорганных сращений, действительно обеспечивая реваскуляризацию ишемизированных сшитых органов, ускоряют развитие редукции сосудов органоанастомоза.

Полученные нами данные о сходствах и различиях морфофункциональных сторон пластичности кровеносных сосудов областей наложенных швов и анастомозов разных органов должны привлечь внимание клиницистов и теоретиков. Необходимость дальнейших исследований очевидна. Она продиктована настоятельной необходимостью для хирурга иметь полные сведения о закономерностях васкуляризации швов и анастомозов, постоянно накладываемых в клинике.

АКТИВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

24—25 мая 1974 года в г. Оше прошло областное совещание актива медицинских работников, посвященное 50-летию образования Киргизской ССР и Компартии Киргизии. В работе совещания участвовало свыше 350 делегатов — практических врачей, средних медицинских и хозяйственных работников учреждений здравоохранения области; кроме того, в работе совещания приняли участие руководящие работники обкома горкома КП Киргизии и исполкома областного Совета депутатов трудящихся, Министерства здравоохранения республики и облздравотдела, ученые Киргосмединститута, республиканских научно-исследовательских институтов и сотрудники республиканских лечебно-практических учреждений.

По поручению бюро обкома КП Киргизии и исполкома областного Совета депутатов трудящихся совещание открыл председатель исполкома областного Совета депутатов трудящихся Т. Х. Кошов, отметивший, что среди крупнейших достижений трудящихся Киргизстана во всех областях жизни достойное место занимает государственная система охраны здоровья народа. На убедительных примерах оратор показал, как, благодаря заботе партии и Советского государства о здоровье народа, за короткий исторический срок здравоохранение области достигло высоких показателей.

С докладом «О задачах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания населения в свете решений XVI областной партийной конференции» выступил заведующий Ошским областным отделом здравоохранения, кандидат медицинских наук К. А. Атаханов. Он отметил, что совещание актива медицинских работников области проходит в знаменательные дни, когда трудящиеся республики самоотверженным трудом, направленным на претворение в жизнь решений XXIV съезда КПСС, с величайшей гордостью и радостью готовятся к встрече полувекowego юбилея образования Киргизской ССР и ее Коммунистической партии.

В своем выступлении оратор охарак-

теризовал достигнутые успехи здравоохранения, а также задачи, стоящие перед органами и учреждениями здравоохранения в соответствии с решениями XVI областной партийной конференции. Из года в год растут ассигнования на здравоохранение. Только в 8-й пятилетке ассигнования увеличились с 22 до 33 млн рублей и к концу 9-й пятилетки составляют примерно 40 млн рублей; улучшается материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений. В области ликвидированы малярия, полиомиелит, лейшманиоз, анкилостомидоз и резко снижены другие инфекционные и паразитарные заболевания. Широком фронтом проводятся мероприятия по оздоровлению внешней среды, благоустройству населенных пунктов, улучшению условий труда и быта, повышению санитарной культуры населения. Особое место в докладе было уделено обеспечению растущей потребности населения в высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи.

В области работает более 1700 врачей и около 8000 средних медицинских работников. Из них 3670 присвоено звание «Ударник коммунистического труда», а коллективы областной больницы и 90 отделений городских и сельских районных лечебно-профилактических учреждений носят высокое звание «Коллектив коммунистического труда». В учреждениях здравоохранения области трудятся 12 заслуженных врачей республики, 7 врачей награждены орденом Ленина, 74 медработника — другими орденами и медалями Родины, 184 — знаком «Отличник здравоохранения» и 1056 — Почетными грамотами и Грамотами Верховного Совета Киргизской ССР, Министерства здравоохранения республики.

На заседании актива с информацией «О ходе выполнения постановления ЦК КП Киргизии и Совета Министров Киргизской ССР по достойной встрече 50-летия образования Киргизской ССР и Компартии Киргизии» выступил председатель обкома профсоюза медицинских работников Я. И. Литвак.

О санитарно-эпидемиологическом состоянии

— терапевтов—И. Т. Калюжный,—профессор, зав. кафедрой пропедевтической терапии КГМИ и Б. Г. Бажанов — профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии КГМИ;

— хирургов — М. Е. Фридман — профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии КГМИ; А. Д. Ли — профессор, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии КГМИ;

— акушеров-гинекологов — И. М. Лебедева — доцент кафедры акушерства и гинекологии КГМИ;

— онкологов — А. И. Саенко — заслуженный деятель науки Киргизской ССР, профессор, директор научно-исследовательского института онкологии и радиологии;

— фтизиатров — Б. Л. Кибрик — доцент, зам. директора КирНИИТа по науке;

— организаторов здравоохранения — Б. Р. Рыспаев — секретарь Ошского обкома КП Киргизии, кандидат экономических наук; К. А. Атаханов — зам. Ошским облздравотделом, кандидат медицинских наук;

— санитарно-эпидемических работников — Н. Д. Джумалиев — директор КИЭМГ, кандидат медицинских наук.

Всего было заслушано в секциях более 60 докладов и сообщений по различным проблемам медицины.

Работа совещания и секций прошла в творческой деловой обстановке, она, несомненно, будет способствовать улучшению деятельности органов и учреждений здравоохранения Ошской области.

**К. Н. НИШАНОВ,
Л. Г. БЕССОНОВА.**

СПИСОК

новой литературы, поступившей в научную медицинскую библиотеку Министерства здравоохранения Кирг. ССР.

Авдей А. В. и П. Д. Карнаух. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости в сельских районах. Минск, 1974. 192 с.

Аветисов Э. С. Вопросы офтальмологии в кибернетическом освещении. М., «Медицина», 1973. 223 с.

Ахунбаев И. К. и Н. Ф. Олеференко. Справочник симптомов, синдромов болезней человека и диагностических проб. (Пособие для врачей и студентов). Фрунзе, «Кыргызстан», 1973. 235 с.

Бартаиштов А. Я. Чесотка. (Этиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика). Тбилиси, 1973. 114 с.

Джураев И. Н., Л. Д. Ришаль. Применение и хранение лекарств в домашних условиях. Ташкент, 1973. 24 с.

Дюшенова С. Д. Болезни суставов. (Инфекционный неспецифический полнартрит). Под ред. Руппа Я. М. Фрунзе, 1973, 38 с.

Журавский Л. С. Релапаротомия. Л., «Медицина», 1974. 150 с. (Библиотека практического врача).

Зернов Н. Г., В. Н. Засухина. Неотложная и интенсивная терапия важнейших острых заболеваний и синдромов у детей. М., 1973. 88 с.

Игисинов С. И. О распознавании и лечении предраковых заболеваний кожи. (Инструктивно-методическое письмо). Фрунзе, «Кыргызстан», 1966. 10 с.

Кандаурова Е. И. Гигиена труда механизатора. М., 1973. 32 с. (Научно-популярная мед. лит-ра).

Климкович И. Т. Острый аппендицит у детей. Клиника, диагностика и дифференциальный диагноз. М., 1973. 19 с.

Коваленко П. П., А. Т. Анисимова. Диагностика и хирургия нагноений легких. (Клинические лекции по пульмонологии). Ростов-на-Дону, 1973. 123 с.

Курляндский В. Ю. О зубах. М., 1974. 46 с. (Научно-популярная мед. лит-ра).

Лещинский Л. Я. Строфантин и гликозиды строфантиноподобного действия. М., «Медицина», 1974, 182 с. (Библиотека практического врача).

Михеев В. В. Нервные болезни. М., «Медицина», 1974. 350 с.

Навашин С. М., И. П. Фомина. Справочник по антибиотикам. Изд. 3-е переработ. и доп. М., «Медицина», 1974. 413 с.

Практические занятия по патологической анатомии. (Методическое пособие). Под ред. проф. Цинзерлинга А. В. Л., 1973. 40 с.

Эти книги медицинские работники могут получить в Республиканской научной медицинской библиотеке Министерства здравоохранения Кирг. ССР по адресу: г. Фрунзе, ул. Московская, 148.

Библиотека работает с 11 час. до 20 час.

Выходной день — воскресенье.