

The data obtained have revealed that this complex is effective in the treatment of such patients; the terms of their staying in the hospital shorten, the muscular electrogenesis improves.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанджугова Р. С., Тер-Багдасарян П. П. Тез. докл. ЕрМИ, 1980, стр. 102.
2. Латышев З. А. *Вопр. курортол., физиотер. и лечебной физкульт.*, 1978, 5, стр. 38.
3. Попелянский Я. Ю. Шейный остеохондроз. М., 1966.
4. Скудырова З. А. В кн.: *Остеохондроз позвоночника*, ч. II. Новокузнецк, 1976, стр. 97.
5. Усманова А. И. В кн.: *Остеохондроз позвоночника*, ч. II. Новокузнецк, 1976, стр. 115.
6. Чилингарян Р. А., Манучарян Г. Г. и др. Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, т. II. М., 1981, стр. 493.
7. Юсевич Ю. С. Электромиография тонуса скелетной мускулатуры человека в норме и патологии. М., 1969.

УДК 616.62—006.52

Л. Н. МКРТЧЯН, А. О. ТАТАРЯН, Ш. А. ПАПАЗЯН

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПАПИЛЛОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Изучено влияние некоторых эпидемиологических факторов при папилломах мочевого пузыря на основании анализа историй болезни 249 больных с учетом возрастного фактора и половой принадлежности.

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом эпидемиологическим исследованиям опухолей различных локализаций придается большое значение. Это прежде всего связано с выявлением природно-климатических, социально-бытовых и профессионально-гигиенических факторов, способствующих или препятствующих распространению опухолевых заболеваний.

В отношении рака мочевого пузыря первоочередное значение имеет профессиональная принадлежность. Среди заболевших раком мочевого пузыря на первом месте находятся работники автотранспорта и механизаторы сельского хозяйства, имеющие постоянный контакт с нефтепродуктами, а также рабочие текстильной и полиграфической промышленности [3].

Эпителий слизистой оболочки мочевого пузыря предрасположен к пролиферативным и метapластическим изменениям, часто развивающимся на фоне воспалительного процесса [16]. Установлено, что под влиянием хронических раздражителей (хронические циститы, камни мочевого пузыря и пр.) переходный эпителий меняет не только свою морфологическую характеристику, но и биологические свойства. По наблюдениям А. Г. Романенко [5], хронические циститы приводят сначала к сосудистой петлистости, ячеистости, далее к росту папиллом с последующим озлокачествлением.

Среди экзогенных канцерогенных факторов большое значение при дается 4-аминодифенилу, 2-нафтилантину, гидробензолу, бензицину, ортотолуидину, окснанину [6, 10].

Определенное внимание в генезе опухолей мочевого пузыря уделяется и эндогенным blastomogenic веществам, таким как холестерин, некоторые гормоны, метаболиты, триптофан [10], предрасполагающее значение при этом, по-видимому, имеет гистофизиологическая особенность уротелия. Так, например, холестерин, накапливаясь в атеросклеротических бляшках сосудов эластическо-мышечного типа, как известно, не оказывает канцерогенного действия на соединительнотканые компоненты сосудистой стенки.

Злокачественные опухоли мочевого пузыря в Армянской ССР по своей распространенности занимают девятое место. Если в период 1962—1966 гг. на учете находилось 203 больных [1], то в период 1975—1979 гг. их число составило 323. На 0,3% увеличился и удельный вес этой патологии в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Армянской ССР.

Соотношение абсолютного числа заболевших мужчин и женщин в период 1962—1966 гг. было 4,2:1, а в 1975—1979 гг.—5,3:1. По литературным данным [4, 7, 8, 11, 13], опухоли мочевого пузыря у мужчин встречаются в 3,1—3,6 и даже в 6 раз чаще, чем у женщин.

Имеющиеся в литературе работы по эпидемиологии опухолей мочевого пузыря в основном касаются ракового поражения этого органа, в данной же работе преследуется цель изучить влияние некоторых эпидемиологических факторов при папилломах мочевого пузыря. Несмотря на различие гистологического строения папиллом и рака мочевого пузыря, нами не проводится резкой грани между этими двумя патологиями. Мы нередко встречали случаи перерождения ранее существующих в пузыре папиллом, а также одновременного существования папилломы и переходноклеточного рака и вполне разделяем мнение И. Н. Шапиро [9] о том, что они являются различными стадиями одного и того же прогрессирующего пролиферативного процесса, часто заканчивающегося раковым поражением.

Наши наблюдения проведены на 249 больных с папилломами мочевого пузыря, 83 из них с гистологически, а 166 цитологически верифицированным диагнозом. Более половины всех больных с папилломой мочевого пузыря (138 человек) были в возрасте 50—69 лет (117 мужчин и 21 женщина), а соотношение лиц мужского пола к женскому—5,3:1 (табл. 1).

65% больных папилломами имели А (II) группу крови. Это на 18% больше, чем принадлежность людей ко второй группе крови в общей популяции. Такая предрасположенность лиц с А (II) группой крови к заболеванию папилломами главным образом объясняется тем, что если в нашей республике лица О (I) группы крови составляют 33%, то среди больных папилломами только 16% имели первую группу крови. По данным М. Б. Пряничниковой [3], рак мочевого пузыря относительно часто возникает у людей с В (III) группой крови.

Таблица 1

Возраст больных	Число больных	Мужчины	Женщины
до 29 лет	3	3	—
30—39	51	42	12
40—49	36	30	6
50—59	68	56	12
60—69	70	61	9
70 и выше	18	18	—
	249	210	39

По профессиональной принадлежности наибольший процент (31,4) составляли колхозники, не имеющие непосредственного контакта с нефтепродуктами и выхлопными газами двигателей внутреннего сгорания, затем служащие (30,6) и рабочие (20,5). Работники автотранспорта и химической промышленности составляли вместе 17,5%.

Таким образом, большинство больных папилломами мочевого пузыря не имели непосредственного контакта с «рисковыми» факторами. В этой связи следует заметить, что неуклонный рост промышленности и сельскохозяйственной индустриализации, а также рост автотранспорта приводит к прогрессирующему увеличению концентрации химических канцерогенов в окружающей среде, что нивелирует профессиональную принадлежность заболевших, и эта тенденция, как нам кажется, со временем станет еще более очевидной.

В возникновении опухолей мочевого пузыря определенную роль играет курение. Установлено, что риск заболевания для курильщиков по сравнению с некурящими в 3,5 раза больше для мужчин и в 2,4 раза — для женщин. Для бросивших курить более 15 лет назад степень риска уменьшается в 2 раза. Образующиеся в процессе курения полициклические углеводороды оказывают влияние не только на слизистую полости рта и дыхательного тракта, но и на всю выделительную систему, в частности, на слизистую оболочку мочевого пузыря. Fischer [17] полагает, что слизистая оболочка мочевого пузыря у курильщиков подвержена раздражающему влиянию дегтеобразных веществ. Установлено также, что во время курения в моче резко увеличивается содержание канцерогенных метаболитов триптофана и одновременно замедляется их распад [12, 14, 16].

По нашим данным, 83% больных папилломами мочевого пузыря были курильщиками и только 17% не курили или бросили курить. Небольшое число больных, бросивших курение в разное время, не позволяет высказать мнения о сроках, при которых рискованный фактор сохраняет свою силу.

В целом механизм взаимосвязи между курением и возникновением опухолевого роста в мочевом пузыре окончательно не установлен. Представляет интерес прямое или опосредованное влияние никотина, 3,4-бензпирена на состояние гуморального и клеточного иммунитета. Про-

блема эта настолько злободневна, что III Международный симпозиум по аналитической и экспериментальной онкологии (Токио, 1973) принял решение о создании международных «рабочих групп» по изучению роли курения в генезе опухолей пяти локализаций, в том числе мочевого пузыря.

Разрозненные и противоречивые сведения имеются в отношении употребления алкоголя. На нашем материале только 24% больных папилломами не употребляли алкогольных напитков. Значение различных видов таких напитков почти не изучено.

В научной литературе затронут вопрос и об употреблении большого количества чая. Известно, что коренные жители Средней Азии и Казахстана примерно в 6 раз реже приезжих болеют опухолями мочевого пузыря, и этот факт С. Н. Нугманов, М. Т. Таукенов и А. Л. Шабад [2] объясняют обильным чаепитием местных жителей, способствующим полиурии, частому мочеиспусканию, следовательно, и разведению канцерогенов, содержащихся в моче.

В профилактическом и гистогенетическом отношении предопухоловая патология мочевого пузыря и мочеполовой системы заслуживает внимания. В настоящее время не решены кардинальные вопросы предопухоловой патологии мочевого пузыря и, в частности, принадлежности метапластических изменений уротелия к предраковому состоянию. Поэтому мы не вкладывали конкретные понятия в так называемые фоновые изменения и сопутствующие заболевания мочевого пузыря. Из этого круга заболеваний у исследуемого нами контингента на первом месте находилась аденома простаты (84 больных), затем различные клинико-морфологические формы хронических циститов (47 человек). Мочекаменной болезнью страдали 11 человек, и только у одного больного папиллома развилась на фоне дивертикула мочевого пузыря.

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно отметить, что неуклонный рост промышленности и сельскохозяйственной индустриализации, развитие автотранспорта приводят к прогрессирующему увеличению концентрации химических канцерогенов в атмосферном воздухе, почве, водоемах и т. д., что приводит к нивелированию профессиональной принадлежности заболевших.

Наводнение канцерогенными агентами внутренней среды организма, а также увеличение их количества в моче создают общие предпосылки для мутационно-пролиферативных процессов, которые находят благоприятную почву и как бы концентрируются в мочевом пузыре, особенно при наличии хронического воспаления слизистой оболочки, других хронических раздражителей, аденомы простаты, вредных привычек (курения, больших доз алкоголя, передерживания мочи) и действия ряда профессиональных факторов.

НИИ рентгенологии и онкологии им. В. А. Фанарджяна

Поступила 20/XI 1981 г.

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՊԱՊԻԼՈՄԱՆԵՐԻ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱՅԻ
ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Միզապարկի պապիլոմաներով տառապող 249 հիվանդների հիվանդության պատմությունների անալիզի հիման վրա ուսումնասիրվել է մի քանի էպիդեմիոլոգիական գործոնների ազդեցությունը վերոհիշյալ հիվանդության ժամանակ:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ նշված հիվանդների 31,4% կազմել են կոլանտեսականները, որոնք անմիջապես շփում չեն ունեցել նախնախնիների հետ, 30,6% կազմել են ծառայողները և 20,5% բանվորները: Ավտոտրանսպորտի և քիմիական արդյունաբերության աշխատողները կազմել են ընդամենը 17,5%: Արդյունաբերության, գյուղատնտեսության անընդմեջ զարգացումը և ավտոտրանսպորտի զգալի աճը բերում է քիմիական կանցեռոգեն նյութերի կոնցենտրացիայի շատացմանը մթնոլորտում, հողի մեջ և ջրամբարտակներում, որը և կարծես քողարկում է (հարթում) հիվանդների մասնագիտական պատկանելիության նշանակությունը:

Կանցեռոգեն նյութերով օրգանիզմի ներքին միջավայրի հեղեղումը (արյուն, ավիշ, փուխր շարակցական հյուսվածք) և նրանց քանակի շատացումը մեզի մեջ ստեղծում են նպաստավոր պայմաններ միզապարկի լորձաթաղանթում մուտացիոն պրոլիֆերասիվ պրոցեսների համար, հատկապես խրոնիկ ցիստիտների, շագանակագեղձի ադենոմայի, վնասակար սովորույթների՝ ծխելու և կոհոհոլի մեծ դոզաների օգտագործման և մի շարք մասնագիտական վնասակար ֆակտորների ու այլ խրոնիկ գրգռիչների ազդեցության ներքո:

L. N. MKRTCHIAN, A. H. TATARIAN, Sh. H. PAPAZIAN

ON THE EPIDEMIOLOGY OF PAPILLOMAS OF THE
URINARY BLADDER

Some epidemiologic factors in case of the urinary bladder's papillomas have been studied on the base of the analysis of 249 patients' case records.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Базикян К. Л. Эпидемиология рака в Армении и вопросы его профилактики. Ереван, 1972.
2. Нулманов С. Н., Таукенов М. Т., Шабад А. Л. Урол. и нефрол., 1977, 6, стр. 23.
3. Пряничникова М. Б. Урол. и нефрол., 1977, 6, стр. 28.
4. Пытель А. Я. Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Ташкент, 1972.
5. Романенко А. Г. Труды Киргизского института онкологии и радиологии, т. VII. Фрунзе, 1970, стр. 8.
6. Темкин И. С. Опухоли мочевого пузыря, вызванные канцерогенными аминосоединениями. М., 1962.
7. Фрумкин А. П. Труды III Всесоюзной конференции. Тбилиси, 1958, стр. 5.
8. Хрущев В. И. Урол., 1959, 5, стр. 3.
9. Шапиро И. Н. Опухоли мочевого пузыря. Л., 1938.
10. Шабад Л. М. Методы определения и изучения бластомогенности химических веществ. М., 1970.
11. Andersen R. Sord. Med., 1971, 85, 605.

12. Barkin M., Lovers P. E., Woss K. C. Med. Ass. Canada J., 1965, 93, 1, 87.
13. Melicow M. M. Urol., 1974, 112, 4, 467.
14. Morgan R. W. Med. Ass. J., 1974, 11.
15. Hoover R. Am. J. Epidemiol., 1971, 94, 403.
16. Mostofi F. K. Urol., 1954, 71, 75.
17. Fisher G. Z. Urol., 1971, 64, 4, 271.

УДК 616.127—056.43

Дж. А. МАНУКЯН, Ф. С. ДРАМПЯН, М. Е. АКОПЯН

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ МИОКАРДИТ

Описаны причины возникновения острого миокардита лекарственного происхождения. Затронута проблема дифференциальной диагностики данного заболевания. Подчеркивается решающее значение аллергологического анамнеза и динамического наблюдения ЭКГ в выявлении лекарственного миокардита.

Одной из наиболее частых форм аллергического поражения сердца является острый миокардит лекарственного происхождения. В настоящее время все чаще и чаще в клиниках различного профиля отмечаются случаи лекарственной болезни. По данным ВОЗ, в таких странах, как США, Англия, СССР, лекарственная болезнь регистрируется в 10—20% случаев. В среднем, по данным А. Ф. Билибина [2], лекарственная болезнь наблюдается у больных, лечившихся различными химиотерапевтическими средствами (9,1% случаев). По нашим данным, заболеваемость лекарственной болезнью составляет 1,83%, причем тенденция к увеличению числа больных лекарственной болезнью продолжает возрастать.

За последние десятилетия в литературе все чаще затрагиваются вопросы лекарственной аллергии [1, 3, 6, 8, 9]. Однако до настоящего времени проблема лекарственной болезни до конца не решена, особенно вопросы, касающиеся диагностики, лечения и ее профилактики. Значительную трудность представляет диагностика лекарственного миокардита.

Целью настоящей работы является изучение особенностей клинического проявления поражения сердца и ЭКГ изменений при лекарственном миокардите.

Мы наблюдали 130 больных (48 мужчин и 82 женщины) в возрасте от 15 до 72 лет с различными проявлениями лекарственной болезни. Наиболее частыми лекарственными аллергенами являлись противостолбнячная сыворотка, которая вызвала лекарственную болезнь у 64 больных, пенициллин—у 26, стрептомицин—у 12, бициллин—у 10, олететрин—у 5, анальгин—у 4, норсульфазол—у 2, питуитрин—у 2, витамины—у 2, аэрон—у 1, алоэ—у 1, анестезин—у 1 больного.

Клинические признаки лекарственной болезни после введения противостолбнячной сыворотки возникали в основном на 6—7-й день, а после введения различных лекарств—в сроки от нескольких минут до нескольких часов.