

Операция заключалась в субфасциальной субтотальной резекции щитовидной железы с оставлением 2—4 г ткани железы в зависимости от тяжести тиреотоксикоза. Повреждения парашитовидных желез и возвратных нервов не было ни разу. 78 (47%) операций выполнены под эндотрахеальным наркозом закисью азота с кислородом в сочетании с нейролептаналгезией.

Мы пришли к убеждению, что при большой щитовидной железе со среднетяжелым и тяжелым тиреотоксикозом медикаментозная терапия не дает стойкого результата, и консервативное лечение подобным больным в течение 6—8 недель для снятия тиреотоксикоза является предоперационной подготовкой.

Во многих работах по хирургии щитовидной железы вопрос о показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба трактовался по-разному и пересматривался по мере улучшения предоперационной подготовки, развития анестезиологии, методики и техники операции, введения новых эффективных методов лекарственного лечения. Опыт многих хирургов [4, 8] и наши данные показывают, что после рациональной медикаментозной и психопрофилактической подготовки хирургическое лечение подобных больных благоприятно отражается на течении декомпенсированных процессов со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.

Нами успешно прооперированы 4 больных с тяжелым тиреотоксикозом, ранее перенесших инфаркт миокарда, и 12 больных эмфиземой легких с астматическим компонентом. При повторном осмотре через 8 месяцев все они отмечали значительное улучшение общего состояния. Возрастные противопоказания для хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом безусловно относительны. Мы оперировали 29 больных старше 50 лет с диффузным токсическим зобом и считаем, что при соответствующей подготовке сердечно-сосудистой и других важных систем организма сам по себе возраст больных не является противопоказанием к хирургическому вмешательству.

Таким образом, в настоящее время операция на щитовидной железе может быть выполнена у подавляющего большинства больных, поскольку современные медикаментозные и психопрофилактические средства позволяют в достаточной степени подготовить их к оперативному вмешательству и избежать тяжелых осложнений в операционном и послеоперационном периодах. Хирургическое лечение больных с диффузным токсическим зобом, по нашему мнению, противопоказано при тяжелых поражениях центральной нервной системы и психики, не связанных с тиреотоксикозом, а также больным, которым не удается преодолеть страх перед операцией.

ВЫВОДЫ

1. Больных узловыми и смешанными формами зоба необходимо оперировать в ранние сроки от начала заболевания, так как эти формы опасны с онкологической точки зрения.

2. Медикаментозное лечение больных диффузным токсическим зобом среднетяжелой и тяжелой формы должно быть направлено на подготовку их к операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко В. Г. Хирургическое лечение тиреотоксикозов. Минск, 1961.— 2. Атабек А. А. Радиоактивный йод в терапии тиреотоксикозов. Медгиз, М., 1959.— 3. Брейдо И. С. Операции на щитовидной железе. Медицина, Л., 1969.— 4. Нарычев А. А. Токсический зоб. Медицина, М., 1971.— 5. Пальмова Л. А. Труды Горьковского мед. ин-та. Горький, 1968.— 6. Певчих В. В., Трусов В. В. Пробл. эндокринол., 1967, 4.— 7. Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. М., 1961.— 8. Тоскин К. Д., Фесенко В. П., Хайкин Я. Б., Сушко В. С. Хирургия, 1976, 9.— 9. Шерешевский Н. А. Тиреотоксикозы. Медгиз, М., 1962.

Поступила 15 ноября 1976 г.

УДК 616.24—002.5—081.213

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Ф. Т. Красноперов, Р. И. Слепова, Т. Н. Айзатуллина,
Е. М. Ивницкая

Кафедра туберкулеза (зав.— проф. Ф. Т. Красноперов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, санаторий «Тарловский» (главрач — Т. Н. Айзатуллина)

Реферат. Комплексное лечение 996 больных разными формами туберкулеза легких в условиях санатория дало положительные результаты в 93%. На санаторном этапе лечения закрылись полости у 35,3% вновь выявленных больных и у 15,4%

больных с давностью заболевания более 2 лет. В группе больных, поступивших в санаторий с туберкулезом легких в фазе инфильтрации, при выписке фаза рассасывания констатирована у 90% вновь выявленных и у половины пациентов с давностью процесса более 2 лет.

Одним из звеньев в единой цепи длительной противотуберкулезной терапии является санаторный этап лечения, которому отводится в настоящее время ведущая роль в медицинской, трудовой и профессиональной реабилитации больных туберкулезом легких. К числу крупных противотуберкулезных учреждений Татарской республики относится санаторий «Гарловский». Находясь в сосновом бору, на живописном берегу реки Камы, он располагает многочисленными факторами, позволяющими эффективно организовать лечение страдающих туберкулезом легких. В санаторий поступают на лечение больные не только из Татарии, но и из соседних республик.

Для выяснения эффективности комплексной терапии в условиях санатория нами изучены ближайшие результаты лечения 996 больных (мужчин — 762, женщин — 234; возраст: до 20 лет — 50 чел., от 21 до 30 лет — 158, от 31 до 40 лет — 320, от 41 до 50 лет — 285 и старше — 183).

45,6% больных были впервые выявленными, 54,4% длительно состояли на учете. На повышение охвата санаторным лечением страдающих активным туберкулезом указывает тот факт, что более $\frac{2}{3}$ больных в первые 2 года после выявления у них туберкулеза были направлены на лечение в санаторий. Несмотря на то, что в настоящее время наблюдается рост ограниченных форм и снижение частоты фиброзно-кавернозной формы, все же удельный вес последней равен 13,2%. Больные с очаговой формой составили 36,4%, с инфильтративной — 14,3%, с диссеминированной — 19,3%, с прочими формами — 4,5%, больные, перенесшие оперативные вмешательства, — 12,3%.

Удлинение сроков стационарного лечения вновь выявленных больных и пациентов с рецидивами и обострениями туберкулеза способствовало увеличению в контингенте санатория числа больных с процессом в фазе рассасывания (по нашим данным, до 61,7%). Больных с процессом в фазе распада было 18,6%, в фазе инфильтрации — 5%, с остальными формами — 14,7%. До поступления в санаторий большинство больных получили курс лечения в стационаре или амбулаторно продолжительностью от 4 до 6 месяцев. Вместе с тем у 44 пациентов длительность досанаторного лечения была менее 2 месяцев и у 16 — менее месяца.

План лечения составляли индивидуально на основании результатов обследования. Помимо медикаментозной терапии важным фактором санаторно-курортного лечения являлся чистый сосновый воздух, купание, различные виды лечебной физкультуры, воздушные ванны, прогулки, санаторный режим и лечебное питание, а также рациональная организация культурного досуга и трудотерапии. Ведущим лечебным фактором являлась комплексная противотуберкулезная терапия. При этом $\frac{3}{4}$ больных получали препараты 1 ряда (чаще тубазид + ПАСК), при плохой переносимости или развитии лекарственной устойчивости микобактерий назначали комбинацию препаратов 1 и 2-го ряда.

44,1% больных мы проводили лечение двумя препаратами, 35,4% — тремя, 13,6% — четырьмя и 6,9% — одним. Уделяя должное внимание методам патогенетической терапии, по показаниям назначали с противовоспалительной и десенсибилизирующей целью гормоны (199 больным), при торпидно текущих процессах (31 больной) для стимуляции процессов заживления применяли туберкулин. При лечении основного заболевания, а также сопутствующих состояний широко использовали физиотерапию, особенно электрофорез лекарственных веществ (антибактериальных препаратов, хлористого кальция и др.), УВЧ, ультразвук и др.

В целях ускорения заживления и стабилизации патологического процесса более чем у половины больных был применен пневмоперитонеум (50 больным он был наложен в санатории) и у 7 — искусственный пневмоторакс.

Важное место в комплексном лечении больных в санатории занимала кумысотерапия. В летнее время приготавливается конский кумыс, в зимнее — коровий. В качестве кумысной закваски используется болгарская палочка. Мы считаем важным отметить, что у больных, получавших кумыс, частота побочных реакций от противотуберкулезных препаратов была сравнительно низкой (12%). Подобная закономерность была выявлена и другими авторами. Ни у одного из наших больных не наблюдались выраженных токсических реакций, были лишь легко устранимые побочные проявления преимущественно аллергического характера. Лечение кумысом благоприятно сказывалось и на течении сопутствующих заболеваний.

Благотворное влияние комплексного лечения проявлялось уже через 3—4 недели. Это выражалось в улучшении общего состояния, нормализации картины крови, прибавке в весе, при хронических формах — ослаблении кашля и снижении количества отделяемой мокроты, уменьшении одышки. Несколько позднее наступало абациллирование и закрытие полостей. В результате санаторного лечения произошло закрытие полостей у 35,3% больных из числа вновь выявленных и у 15,4% среди больных с давностью заболевания более 2 лет. Исчезновение деструкций чаще наблюдалось у больных с очаговым и инфильтративным туберкулезом легких ($\frac{2}{3}$) и реже — при диссеминированном туберкулезе и других его формах ($\frac{1}{3}$). У больных с давностью процесса более 2 лет чаще закрывались полости при диссеминированном (80%) и

инfiltrативном (60%) туберкулезе легких. Среди пациентов, поступивших в санаторий с туберкулезом легких в фазе инfiltrации, при выписке установлена фаза рассасывания у вновь выявленных в 90% и при давности процесса более 2 лет — в 50%.

679 (60%) больных были на санаторном лечении 2 месяца, 269 (26%) — 3—4 месяца и остальные — более 4 месяцев. Положительный эффект (улучшение и значительное улучшение) достигнут у 93% поступивших, выписаны без изменений 6,6% (в основном больные старших возрастных групп с большой давностью процесса, осложненного сопутствующими заболеваниями — диабетом, язвенной болезнью и др.). У одного больного отмечено ухудшение.

Санаторий «Тарловский» располагает всеми современными методами диагностики и терапии туберкулеза легких. Это обеспечивает успешность санаторного этапа лечения, дает возможность повышать результаты, достигнутые на предшествующих этапах, что способствует более полной трудовой реабилитации больных туберкулезом.

Поступила 20 января 1977 г.

УДК 616.36—002 (470.323)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ БОТКИНА НА ФОНЕ ГАММАГЛОБУЛИНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

А. Н. Палагин

Волжская санэпидстанция МАССР (главрач — Г. И. Зыбин)

Реферат. Проанализирована заболеваемость болезнью Боткина за 11 лет, а также эффективность некоторых профилактических мероприятий. Отмечен ряд особенностей эпидемиологии этой инфекции — волнообразность течения, сезонность, возрастные сдвиги на фоне применения гамма-глобулина и др. Констатировано увеличение частоты сывороточного гепатита.

В г. Волжске в течение 11 лет наблюдалось чередование периодов подъема и спада заболеваемости болезнью Боткина. Последний подъем заболеваемости, продолжающийся до настоящего времени, начался в 1972 г. Предсезонная гаммаглобулинопрофилактика, проводимая с 1967 г., не ликвидировала этой периодичности. Значительный рост заболеваемости инфекционным гепатитом наблюдался в 1975 г., что можно объяснить в какой-то степени более широким выявлением безжелтушных и стертых форм.

В отдельные годы (1970, 1971, 1972) заболеваемость болезнью Боткина среди организованных детей была ниже, чем среди детей, не посещающих детские дошкольные учреждения, что мы частично связываем с плановой предсезонной гаммаглобулинопрофилактикой, проводимой в организованных детских коллективах. Соотношение показателей заболеваемости детей в возрасте до 15 лет и взрослых менялось в зависимости от уровня заболеваемости детей; оно было примерно одинаковым как в допрививочный период (1965, 1966), так и в период применения прививок гамма-глобулином (1973—1974).

В допрививочный период самая высокая заболеваемость инфекционным гепатитом наблюдалась в возрастной группе 3—7 лет, а в послепрививочный — среди 7—15-летних. Общая заболеваемость болезнью Боткина детей до 15 лет в сравниваемые годы оставалась на одном уровне.

По данным ряда авторов, действие гамма-глобулина продолжается 6—9 мес. Проводимая нами ранее предсезонная гаммаглобулинопрофилактика в августе — сентябре, на фоне уже начинавшегося подъема заболеваемости инфекционным гепатитом, не могла в значительной степени уменьшить интенсивность эпидемического процесса, а лишь увеличила число стертых и безжелтушных форм болезни, представляющих потенциальную опасность, так как больные такими формами могут быть источниками возбудителя инфекции. Этим можно объяснить незначительный эффект предсезонной гаммаглобулинопрофилактики болезни Боткина в последние годы, а также рост заболеваемости в более старшей (7—15 лет) возрастной группе детского населения.

Считают, что предсезонная гаммаглобулинопрофилактика болезни Боткина является основным и ведущим мероприятием, направленным на одно из звеньев эпидемического процесса — восприимчивого человека. Мы проанализировали заболеваемость инфекционным гепатитом привитых и не привитых гамма-глобулином детей с сентября 1970 г. по август 1974 г. За этот период было привито 23 048 детей, из которых заболели 50 (0,22%). Непривитых было 10 513, заболели 40 (0,38%). Индекс эффективности применения гамма-глобулина в среднем за 4 года составил примерно 2. Коэффициент эффективности — 43% при охвате прививками гамма-глобулином в