

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

среднем 70,1% детей, посещающих детские дошкольные учреждения и начальные классы школы.

Удельный вес сывороточного гепатита составил в 1972 г.—5,7%, в 1973 и 1975 гг.—5,0%. При тщательном эпиданализе данных за 1972 г. связь с инфекционным гепатитом установлена у 6 из 46 больных болезнью Боткина (13%); 12 (26,1%) больных инфекционным гепатитом в течение 6 месяцев до заболевания находились на стационарном лечении по поводу других заболеваний, и им назначались всевозможные инъекции; 4 ребенка (8,7%) получали переливания крови и кровезаменителей, а диагноз сывороточного гепатита поставлен только одному (2,2%).

Из 80 заболевших инфекционным гепатитом в 1973 г. контакт был выявлен у 18 (23%). На стационарном лечении находились 8 пациентов (10%), 23 человека (28,8%) получали инъекции, а диагноз сывороточного гепатита не поставлен ни одному. В 1975 г. из 123 заболевших инфекционным гепатитом связь с больными установлена у 87 (70,7%), находились на стационарном лечении 12 (9,7%), получали инъекции 29 (23,5%), диагноз сывороточного гепатита поставлен 6 (4,9%).

Таким образом, предсезонная гаммаглобулинопрофилактика болезни Боткина, проводимая в течение ряда лет, несколько изменила возрастную структуру заболеваемости и сезонность. Несовременно проводимая предсезонная гаммаглобулинопрофилактика (август—сентябрь) приводит к увеличению безжелтушных и стертых форм гепатита и поддержанию эпидемического процесса среди детей старших возрастных групп, не привитых гамма-глобулином.

Поступила 5 октября 1976 г.

УДК 616.33—002.44—08—009.614:611.839.31

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ И СИМПАТИЧЕСКОГО СТВОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. И. А. Салихов, И. С. Абдуллин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Лаишевская ЦРБ (главврач — И. С. Абдуллин)

Реферат. Обобщены результаты комплексного лечения 119 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с применением новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов. Данный вид комплексной терапии вполне осуществим и в условиях районной и участковой больницы. Кроме того, он является одновременно дифференциально-диагностическим тестом для отбора больных с необратимыми органическими изменениями на хирургическое лечение.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, однако эффект не всегда бывает стойким. Частота обострений, длительность временной нетрудоспособности остаются довольно значительными.

В патогенезе язвенной болезни различают три основные группы факторов: нервные, гормональные и местные. Наряду с этим язвенная болезнь сопровождается различными функциональными нарушениями в органах брюшной полости, отклонениями в белковом, витаминном, углеводном, электролитном обмене, изменениями функционального состояния симпато-адреналовой, холинэргической систем, нарушениями окислительно-восстановительных процессов. Сложность патогенеза представляет большие трудности для построения оптимальных форм лечения в каждом конкретном случае заболевания. Лечение данного страдания требует комплексного подхода, основное усилие должно быть направлено на восстановление нарушенных механизмов. По мнению ведущих хирургов страны, все большие язвенной болезнью желудка должны подвергаться консервативному лечению, а на хирургическое вмешательство следует направлять лишь больных с осложненным течением [1, 2].

Стремление сохранить большую часть желудка или желудок целиком побудило нас к разработке эффективного метода комплексного лечения язвенной болезни с осуществлением блокады чревных нервов и