

Ряд авторов (К. М. Простяков, А. И. Ишмухаметов, С. А. Тужилин, Л. А. Савчук, А. П. Кондратьева, Р. С. Вожанин — Москва) придают значение исследованию при хроническом панкреатите экзогенной функции поджелудочной железы с помощью меченых липидов.

Немаловажную роль в диагностике хронического панкреатита играют результаты рентгенологического исследования. Большой клинический материал (297 больных) в этом плане был представлен М. М. Салманом (Москва), который применил метод дуоденографии на фоне искусственно вызванной гипотонии двенадцатиперстной кишки. Установлено, что основными признаками панкреатита, выявленными при дуоденографии, являются увеличение развернутости петли кишки, вдавление на внутренней ее стенке, изменение рельефа слизистой (чаще в нисходящей части), типичный симптом Фростберга. Метод перспективен и заслуживает самой широкой популяризации.

Лечение хронических панкреатитов может быть консервативным и оперативным. Консервативная терапия сводится к назначению высококалорийной (150,0 белков, 80,0 жиров и 350,0 углеводов) витаминизированной диеты. В лечении больных панкреатитом применяют инактиваторы ферментов. В качестве ингибитора трипсина в клинической практике назначаются тразилол, вводимый при остром панкреатите внутривенно капельно по 250 000 ед. (В. В. Чаплинский и Л. Н. Кузьменко — Львов), а также при обострении хронического рецидивирующего панкреатита (Л. П. Волкова — Ленинград).

При лечении применяются ганглиоблокаторы, антигистаминные и кортикостероидные препараты. Правда, в отношении целесообразности применения последних единого мнения нет ввиду возможности обострения процесса («стероидный панкреатит»).

Показанием к оперативному вмешательству считают: 1) холецисто-панкреатит, 2) ретенционный панкреатит и 3) первичный паренхиматозный панкреатит при безуспешности консервативного лечения. При первичном паренхиматозном панкреатите, сопровождающемся резко выраженным болевым синдромом, считается показанной пре- и постганглионарная невротомия. В клинике А. В. Смирнова (Ленинград) было выполнено 39 постганглионарных невротомий. Хорошее состояние в течение четырех лет после операции отмечено у 34 больных, возврат болей — у четырех, один умер. Причину рецидива болей объясняют неполной перерезкой нервных проводников. В Институте Склифосовского (Б. А. Петров, Ф. Х. Новрузов) было произведено 6 операций спланхнэктомий и одна ваготомия. Ближайшие и отдаленные (от 4 месяцев до 1 года) результаты хорошие.

А. Ф. Агеев и О. С. Кочнев (Казань).

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

В статье Р. Ю. Мухаметова «К эпидемиологии дифиллоботриоза в ТАССР» (Казанский мед. ж. 1964, 3), по нашему мнению, имеются серьезные расхождения с фактическим положением вещей, подтвержденным статистическими данными, добытыми коллективами практических медицинских учреждений. Именно поэтому данная статья дезориентирует широкий круг читателей в отношении положения дел борьбы с гельминтозами в Татарской АССР.

Так, например, на стр. 12 автор статьи пишет: «До 1963 г. массового обследования населения ТАССР на зараженность широким лентецом не проводилось». Фактически массовое обследование населения на гельминтозы проводится в республике большой группой медицинских работников уже в течение 20 лет, а начиная с 1958—1959 гг. на гельминтозы ежегодно обследуется свыше 20% населения республики (400—600 тыс. человек) и объем обследовательской работы ежегодно увеличивается.

Далее автор пишет: «В августе—сентябре 1963 г. нами обследовано население некоторых прибрежных сел и деревень Елабужского и Мамадышского районов. Кого он имеет в виду? Если с кафедры медицинского института был только автор, то ему следовало бы не забывать, а отразить в своей статье труд группы практических медработников, принимавших в этом обследовании самое активное и непосредственное участие.

Ссылаясь на материалы обследования 3721 чел. из некоторых прибрежных сел и деревень двух районов, автор делает вывод о пораженности населения дифиллоботриозом в целом по данным районам. Этот вывод следует признать грубо ошибочным как статистически, так и эпидемиологически. Ясно, что пораженность населения дифиллоботриозом более высока в прибрежных населенных пунктах, чем в глубинных.

По Елабужскому и Мамадышскому районам за последние три года на гельминтозы силами медицинских учреждений обследованы десятки тысяч человек при относительно равномерном подборе обследуемых контингентов на всей территории района. Поэтому не удивительно, что данные официальной статистической отчетности республиканской санэпидстанции ТАССР расходятся с данными автора. А именно: по Мамадышскому району общая пораженность гельминтозами составляла в 1963 г. 12,7% (у автора 6,49%); пораженность населения дифиллоботриозом — 1,3%, а удельный вес ко всем выявленным глистным инвазиям — 10,2% (по автору — 53,79%).

Основной инвазией в районе был и остается до настоящего времени аскаридоз, удельный вес которого составляет более 80%.

Общая пораженность гельминтозами в Елабужском районе за последние годы не превышала 2%, а в 1963 г. была равна 1,8% (по автору — 8,53%), пораженность дифиллоботриозом составляла в 1963 г. — 0,75% и удельный вес его равен — 40,5% (по автору — 78,18%). Используя материалы лишь весьма ограниченных обследований, автор вправе говорить только о тех населенных пунктах, где проводилась данная работа, а не относить полученные результаты ко всему району.

На стр. 13 он пишет: «Водоёмы подвергаются загрязнению фекальными массами и сточными водами. В результате роста судоходства увеличилось загрязнение этих рек нечистотами, сбрасываемыми с пароходов, барж и других судов. Кроме того, на рыбоприемных пунктах крупная рыба проходит предварительную обработку и внутренности рыб обычно опускаются в водоёмы, что приводит к дополнительному заражению рыб плероцеркоидами широкого лентеца».

Приведенное автором объяснение причин роста зараженности рыб плероцеркоидами широкого лентеца совершенно не убедительно, т. к. игнорирует результаты изучения этого вопроса, проведенного другими авторами. Так, канд. биол. наук Романов с соавторами — практическими врачами Татарской, Чувашской АССР и Ульяновской области в своих статьях совершенно обоснованно делает вывод, что главной причиной расширения возможности заражения рыб плероцеркоидами широкого лентеца является изменение гидробиологического режима Волги и Камы в связи с сооружением Куйбышевского водохранилища.

Вызывают сомнение статистические выкладки автора при определении степени пораженности дифиллоботриозом отдельных контингентов населения, что видно из сопоставления приведенных в статье цифровых данных при разработке материалов о 171 инвазированном чел. (86 — по Елабужскому и 85 — по Мамадышскому районам) по полу, возрасту и профессиональным группам.

Все изложенное в пп. 1, 2, 3, 5 рекомендаций тов. Р. Ю. Мухаметова известно и уже в течение ряда лет внедряется в практику, а по ТАССР действуют постановления Совета Министров ТАССР № 323 от 10 июня 1963 года «О мероприятиях по борьбе с дифиллоботриозом людей в ТАССР» и соответствующие приказы Министерства здравоохранения ТАССР, где эти мероприятия детально разработаны.

Особо следует остановиться на несостоятельности п. 4 рекомендаций. Во-первых, известно, что человек, страдающий дифиллоботриозом, не контактирует для окружающих, т. к. заражение возможно только через второго промежуточного (дополнительного) хозяина, обитающего в воде, — рыбу, и то лишь при условии неправильной технологической обработки ее; во-вторых, совершенно немыслимо допустить, чтобы каждый зараженный дифиллоботриозом человек хотя бы на какой-то срок был лишен права на труд.

Борьба с гельминтозами человека требует более полного выявления и 100% охвата лечением этих больных посредством дальнейшего улучшения качества медицинского обслуживания населения и более широкой пропаганды санитарно-гигиенических и медицинских знаний; этим путем и следует идти, а не тем, который предлагает автор.

Н. Н. Красовская, В. Н. Мухина, А. Д. Софонова, С. В. Чуева, К. Н. Эверлинг, Д. Б. Яход, Б. Л. Якобсон.

Республиканская санэпидстанция Минздрава ТАССР

8 января 1965 г.

Ответ автора статьи «К эпидемиологии дифиллоботриоза в ТАССР».

Указывая в статье, что до 1963 г. массового обследования населения ТАССР на зараженность широким лентецом не проводилось, я имел в виду обследование населения с охватом всех его возрастных групп и профессий, которое позволяло бы провести достаточно полный анализ заболеваемости. Хотя лабораториями СЭС и другими медицинскими учреждениями в ТАССР и проводятся ежегодно сотни тысяч гельминтологических исследований, но это касается главным образом ограниченных контингентов (работники пищевых и торговых объектов, организованные детские коллективы и т. д.). Поэтому-то результаты этих исследований и не дают полной кар-