

применения средств, способствующих скорейшему удалению эндотоксина из кровеносного русла.

С целью поддержания энергетических и пластических процессов в миокарде целесообразно назначение АТФ. Применять глюкозу в ранней фазе шока следует крайне осторожно, поскольку повышенное ее содержание может усилить проявления спазма коронарных сосудов.

Для профилактики гипоксии миокарда показано применение симпатиколитиков и активаторов моноаминоксидазы. Использование адреномиметиков в качестве корректоров АД при токсикоинфекционном шоке мы считаем недостаточным оправданным.

УДК 614.47+616.915—036.2(470.41)

**И. В. Манченко, Р. А. Еремеев (Казань — Б. Сабы).**

### **Интенсивность эпидемического процесса при кори в условиях массовой иммунизации**

На современном этапе главная роль в профилактике кори принадлежит массовой иммунизации живой коревой вакциной. Широкий охват детей до 14 лет коревыми прививками оказал существенное влияние на эпидемический процесс при этой инфекции. В Татарской АССР прививки против кори начали проводить с 1968 г. вакциной ЭШЧ. Начиная с 1970 г. в республике проводится массовая иммунизация детей против кори вакциной Л-16. Благодаря этому в последние годы как в целом по республике, так и по районам заболеваемость данной инфекцией значительно снизилась. За последние пять лет (1973—1977) средний показатель на 100 000 населения в Сабинском районе был равен 116,3, тогда как до начала иммунизации за такой же промежуток времени (1964—1968) он достигал 1225,7, т. е. был более чем в 10,5 раза выше. В целом по ТАССР заболеваемость за последние пять лет (1973—1977) снизилась в 9 раз.

Период массовой иммунизации, как и допрививочный, характеризуется подъемами и спадами заболеваемости корью; но уже на фоне низкого уровня и с более длительным снижением заболеваемости.

В Сабинском районе в допрививочный период снижение заболеваемости корью наблюдалось, как правило, в течение 1—2 лет, показатели колебались от 414,3 до 1894,1 на 100 000 населения. С 1969 г. (начало иммунизации) заболеваемость последовательно снижалась до 1973 г. включительно, показатели на 100 000 населения составляли соответственно 455,4 и 7,7. Однако в 1974—1975 гг. заболеваемость резко возросла — до 175,7—398,4 на 100 000 населения. В последующие годы (1976—1977) случаев заболевания корью в Сабинском районе не зарегистрировано.

Представляет известный интерес сопоставление показателей заболеваемости отдельных возрастных групп. В допрививочный период наиболее высокая заболеваемость в районе регистрировалась среди детей от 1 до 7 лет, показатель на 1000 детей был в пределах 35,0—105,0. В 1974—1975 гг. (период подъема заболеваемости в районе) показатели заболеваемости корью в возрастных группах колебались от 1,2 до 27,8 на 1000 детей соответствующего возраста; максимальные показатели отмечались у школьников 8 лет и старше. За последние 5 лет (1973—1977) 70,5% всех больных корью составляли школьники старше 8 лет и взрослые (до массовой иммунизации на долю этого контингента приходилось не более 15%). Особенно резко (в 15 раз) увеличился удельный вес заболеваемости среди подростков от 15 лет и взрослых — с 0,5% в 1964—1968 гг. до 7,5% в 1973—1977 гг.

По данным анализа за период с 1973 по 1977 г. дети, посещающие организованные коллективы, болели в 2—2,5 раза реже по сравнению с прочими детьми. Последнее привело к сокращению пораженности детских учреждений корью, т. е. к уменьшению числа заносов в них коревой инфекции. Создание достаточно высокого иммунитета коллективов препятствует интенсивному ее распространению.

По-прежнему сохранился сезонный подъем кори в зимне-весенний период.

В течение последних лет в ТАССР отмечается систематическое снижение летальности и смертности при кори. В Сабинском районе за последние 9 лет (1969—1977) вообще не зарегистрировано летальных исходов от кори. В период подъема заболеваемости корью (1974—1975) значительный процент заболевших в районе (48,8%) составили привитые. Однако показатель заболеваемости на 1000 привитых детей был равен 12,3, а на 1000 непривитых — 184,0, т. е. непривитые дети болели в 15,3 раза чаще, чем привитые. Следовательно, индекс эффективности прививок достаточно высок. Необходимо отметить относительно невысокий уровень заболеваемости привитых: он не превышал 1,2%. Действующими технологическими условиями по производству коревой вакцины допускается, что до 10% привитых могут не отвечать формированием антител. Таким образом, заболеваемость привитых в Сабинском районе находилась в пределах допустимой. Иммуная к кори прослойка детей в возрасте от 1 года до 14 лет начиная с 1973 г. составляла 94—95%.

Есть основания считать, что заболеваемость корью привитых детей связана и с недостаточно высоким качеством коревой вакцины. Последнее подтверждается наблюдениями ряда авторов, которые указывают на то, что применяемый современный препарат оставляет еще определенный процент серонегативных — резерв для последующих заболеваний корью.

Таким образом, эпидемический процесс кори в Сабинском районе характеризовался постепенным снижением заболеваемости при сохранении периодических и сезонных подъемов. В отличие от предыдущих лет, дети дошкольного возраста были в меньшей степени вовлечены в эпидемический процесс, наиболее подвержены заболеванию корью дети школьного возраста.

Эпидемиологические данные подтверждают достаточно высокую эффективность иммунизации живой коревой вакциной из штамма Л-16 в борьбе с корью. Однако наблюдающееся заболевание корью привитых детей свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий, повышения качества применяемого препарата и правильного его использования.

УДК 618.4

**И. К. Байтерьяк, Н. Е. Полищук (Казань).  
К вопросу о некоторых биологических ритмах в акушерстве**

Проблема биологических ритмов давно привлекает внимание ученых. И. П. Павлов еще в тридцатых годах текущего столетия сказал: «В жизни человеческого организма нет ничего более властного, чем ритм».

Нами на материале роддома № 5 г. Казани за 1976 г. изучены истории 1253 родов. В разработку взяты спонтанные срочные роды без применения родовозбуждения, медикаментозного сна или родостимуляции. 742 женщины были первородящими, 511 — повторнородящими. Средняя продолжительность родов у первородящих составила  $13 \text{ ч} \pm 14 \text{ мин}$ , у повторнородящих —  $8 \text{ ч} 21 \text{ мин} \pm 12 \text{ мин}$ . Мы изучали частоту возникновения родовой деятельности в дневное время (с 8.00 до 20.00) и в ночное (с 20.00 до 8.00 ч), время завершения родов и среднюю продолжительность родовой деятельности в зависимости от времени ее начала.

Оказалось, что в группе первородящих женщин начало родов приходилось на ночное время у 490 (64,7% рожениц), в группе повторнородящих — у 345 (67,5%). Статистическая обработка данных показала, что преимущественное возникновение родовой деятельности в ночной период высокодостоверно ( $P < 0,001$ ).

Завершение родов в период с 8.00 до 20.00 ч отмечено у 659 (52%) рожениц, с 20.00 до 8.00 ч — у 594 (48%), разница статистически достоверна ( $P < 0,003$ ). Таким образом, наши данные несколько отличаются от общепринятого мнения о том, что роды завершаются преимущественно ночью (С. В. Хамов, 1975).

Исходя из результатов наших исследований, можно высказать предположение, что максимальная готовность организма к развязыванию родовой деятельности падает на ночное время.

УДК 618.714

**А. В. Хонина, А. М. Громова (Астрахань).  
Сократительная деятельность матки при правильном течении послеродового периода**

Нами проведено клинико-гистерографическое исследование сократительной активности миометрия у 59 женщин с нормальным течением послеродового периода. У 39 из них дополнительно записывали гистерограммы и в послеродовом периоде. Сократительную способность матки регистрировали ежедневно с 1-го по 7-й день послеродового периода с помощью одноканального серийного динамоутерографа.

Родильницы (45 первородящих и 14 повторнородящих) были в возрасте от 18 до 36 лет. Беременность у всех протекала без осложнений и закончилась нормальными срочными родами в головном предлежании. С целью обезболивания в первом периоде родов применяли спазмолитические препараты (но-шпа, ганглерон). Средняя

**Размеры матки, показатели гистерограмм (Е) у женщин с нормальным течением послеродового периода**

Дни после родов	Высота дна матки, см	Поперечник матки, см	Эффективность сократительной деятельности матки
	M ± m		
1-й	15,73 ± 0,38	17,08 ± 0,49	13,22 ± 0,23
2-й	15,04 ± 0,41	16,00 ± 0,35	10,25 ± 0,24
3-й	13,39 ± 0,21	14,62 ± 0,28	7,62 ± 0,97
4-й	11,78 ± 0,30	12,68 ± 0,25	4,02 ± 0,32
5-й	9,45 ± 0,51	10,59 ± 0,28	3,37 ± 1,08
6-й	8,12 ± 0,37	9,25 ± 0,42	1,28 ± 0,72
7-й	6,86 ± 0,23	8,71 ± 0,32	0,81 ± 0,17