

Ф. Ф. Габбасов, Н. В. Пигалова, Л. А. Баранова (Нижнекамск, ТАССР). К вопросу эпидемиологии и профилактики дизентерии в дошкольных детских учреждениях

Мы изучали заболеваемость дизентерией у детей, посещающих дошкольные детские учреждения.

В организованных коллективах в сентябре — октябре наблюдалось значительное нарастание заболеваемости дизентерией, чему предшествовал подъем заболеваемости среди взрослого населения города (июнь — июль) и неорганизованных детей дошкольного возраста.

В период сезонного подъема отмечался рост бактериологически подтвержденных случаев дизентерии Зонне, чаще одного биохимического типа в пределах 1—2 групп. Преимущественная групповая локализация заболевших в ясельных группах свидетельствует о бытовой заражаемости.

Высокая заболеваемость отмечалась во вновь организуемых ясельных группах со значительным переуплотнением. Контактного-бытового путь передачи дизентерии при таких условиях является определяющим в интенсивности распространения дизентерии.

Проведение в детских комбинатах города тщательно разработанного комплекса противоэпидемических мероприятий способствовало снижению заболеваемости дизентерией в 1,8 раза.

Дизентерия Зонне в детских учреждениях обуславливается появлением значительного числа скрытых, легких, труднодиагностируемых клинических форм инфекции. В связи с этим раннее выявление и изоляция больных и проведение тщательных противоэпидемических мероприятий являются одной из главных задач в борьбе с дизентерией. В период сезонного подъема необходимо широко использовать плановое бактериологическое обследование детей и персонала в дошкольных детских учреждениях.

УДК 612.017

С. А. Усманова (Казань). Нейрогуморальные факторы и иммуногенез

Нами изучена динамика содержания в крови серотонина, гистамина и адреналиноподобных веществ (АПВ) при иммунизации современными профилактическими препаратами: БЦЖ, АКДС и оспенной вакциной в условиях раздельного и комплексного метода вакцинации (АКДС + БЦЖ и АКДС + оспенная вакцина). Опыты мы проводили на 87 кроликах. Животных иммунизировали подкожно, накожно и внутривенно, в зависимости от используемого антигена. Иммунизацию осуществляли в дозах и схемах, предусмотренных для детей.

Исследования показали, что до вакцинации концентрация адреналиноподобных веществ в крови равна $4,1 \pm 1,45$ мкг%. После различных видов вакцинации количество АПВ на разных сроках (3—15-й день) увеличивалось в 2—4 раза. При иммунизации вакциной АКДС уровень АПВ был равен $17,50 \pm 4,00$ мкг%. Нормализация АПВ наступала на 25—30-й день. При иммунизации живыми вакцинами (оспенная и БЦЖ) повышенная концентрация удерживалась свыше 30 дней (срок наблюдения). При комплексном введении препаратов изменения в уровне АПВ были такими же, как при раздельной вакцинации.

Содержание серотонина до вакцинации составило $0,80 \pm 0,19$ мкг/мл, через 1—5 дней оно оказалось в 2 раза ниже ($P < 0,05$). На поздних сроках, через 25—30 дней, отмечалось увеличение количества серотонина в крови с тенденцией к нормализации.

Аналогичные двухфазные изменения мы наблюдали и в динамике содержания гистамина. Уровень гистамина в крови у кроликов до вакцинации был равен $0,97$ мкг/мл. Через 1—10 дней в различных группах он снизился до $0,64$ мкг/мл ($P < 0,01$). Вторая фаза наступала через 15—25 дней и характеризовалась повышением уровня гистамина до $1,48$ мкг/мл ($P < 0,05$). Наиболее резкие изменения в содержании гистамина были установлены в опыте с преднамеренным нарушением интервалов между прививками. Концентрация гистамина в этой группе достигла $3,58 \pm \pm 0,61$ мкг/мл в течение 4 часов после прививок.

Таким образом, вакцины, используемые в прививочной практике, при правильном их применении не вызывали чрезмерных повышений концентрации гистамина и серотонина в крови как при раздельном, так и при комплексном введении.

УДК 616.13—004.6:612.015.32

Проф. Ю. А. Панфилов, В. А. Алексеев (Куйбышев-обл.). О состоянии углеводного обмена у больных атеросклерозом

Целью работы явилось исследование углеводного обмена у больных атеросклерозом. Всего обследовано 155 больных (мужчин — 93, женщин — 62, возраст — от 42 до 75 лет) с атеросклерозом аорты, коронарных артерий и атеросклеротическим миокардиосклерозом. У трети больных был выявлен атеросклероз мозговых сосудов. У всех больных констатирована хроническая коронарная недостаточность, 32 перенесли инфаркт миокарда (они обследованы в постинфарктном периоде).

Наряду с обычными исследованиями проведено изучение содержания глюкозы в плазме и эритроцитах глюкозооксидазным способом с применением в качестве окисляющегося хромогена О-дианилина (по методу И. С. Лукомской и В. К. Городецкого).

Определение концентрации свободной глюкозы у 267 практически здоровых людей в возрасте от 20 до 50 лет показало, что с возрастом содержание глюкозы крови повышается. У больных атеросклерозом содержание глюкозы в плазме равнялось $145 \pm 3,9$ мг%, в эритроцитах — $111 \pm 3,6$ мг%. При сравнении концентрации глюкозы плазмы и эритроцитов у здоровых и у больных атеросклерозом отмечено явное повышение ее у больных с атеросклеротическим поражением артерий.

УДК 616.248:616.24—005.3.612.13

Канд. мед. наук В. А. Сунцов (Саратов). Гемодинамические показатели при бронхиальной и сердечной астмах

Мы определяли гемодинамические показатели — ударный объем сердца (УО), минутный объем сердца (МО), среднее давление (МУ) по формуле Старра, работу левого желудочка (РЛЖ), среднее динамическое давление (СДД), периферическое сосудистое сопротивление (ПСС) у 111 больных с бронхиальной астмой (у 45 из них она была неосложненной и у 66 сочеталась с легочно-сердечной недостаточностью) и у 100 больных с сердечной астмой (развившейся на почве ревматических пороков сердца — у 40, гипертонической болезни — у 32, атеросклеротического кардиосклероза — у 28).

Ударный и минутный объем сердца определяли при бронхиальной астме вне приступа у 75 больных, во время приступа — у 70; при сердечной астме — соответственно у 36 и 57. Как УО, так и МО при обоих видах астмы и во время, и вне приступа существенно не менялись и были в пределах нормы.

МУ, РЛЖ, СДД и ПСС мы исследовали у такого же числа больных.

МУ вне приступа бронхиальной астмы составляло $106,5 \pm 1,85$ мм, вне приступа сердечной астмы — $117 \pm 3,64$ мм ($P < 0,02$). Во время приступа эти различия еще больше возрастали. Так, при бронхиальной астме МУ равнялось $105,8 \pm 2$ мм, при сердечной — $119 \pm 1,42$ мм ($P < 0,002$). Причем при бронхиальной астме как во время, так и вне приступа МУ колебалось в пределах верхней границы нормы (89—109), что может указывать на хорошую адаптацию сердечно-сосудистой системы на возникновение приступа бронхиальной астмы. При сердечной астме уровень изменения МУ превышал норму, что можно расценивать как компенсаторную реакцию, направленную на поддержание кровоснабжения жизненно важных центров во время приступа удушья.

Различия в показателях РЛЖ вне приступа бронхиальной и сердечной астмы были статистически недостоверными.

СДД вне приступа бронхиальной астмы было равно $94 \pm 1,93$, вне приступа сердечной астмы — $105,2 \pm 3,3$ ($P < 0,01$). Во время приступа эти различия сохранялись.

ПСС вне приступа бронхиальной астмы составляло 2164 ± 186 дин, вне приступа сердечной астмы — $2777 \pm 70,5$ дин ($P < 0,01$). Во время приступа бронхиальной и сердечной астмы различия между величинами ПСС были недостоверными.

Венозное давление вне приступа бронхиальной астмы составляло $93,7 \pm 5,03$, во время приступа — 107 ± 1 ($P < 0,05$), то есть было в пределах нормы. При сердечной астме в межприступный период оно было на верхней границе нормы — $110,8 \pm 7,1$, во время приступа резко возрастало — до $195,5 \pm 21,5$ ($P < 0,001$).

Нормальные показатели венозного давления при бронхиальной астме указывают на отсутствие застойных явлений в большом круге кровообращения; повышение венозного давления при сердечной астме связано с нарушением кровообращения по правожелудочковому типу.

Таким образом, дополнительные методы выявили статистически значимые различия по ряду показателей. Для бронхиальной астмы оказались характерными нормальные величины МУ, СДД, ПСС, венозного давления, для сердечной астмы — повышение МУ, СДД и ПСС, особенно во время приступа, замедление скорости кровотока в малом круге кровообращения, повышение венозного давления во время приступа. Ударный и минутный объемы, а также работа левого желудочка (РЛЖ) оказались сниженными при обоих типах удушья.

Полученные данные позволяют рекомендовать эти показатели для дифференциальной диагностики бронхиальной и сердечной астмы.

УДК 616.12—002.77:612.351

Канд. мед. наук В. И. Фомичев (Москва). Кровоснабжение печени при ревматических пороках сердца с недостаточностью кровообращения

При изучении кровотока печени с помощью вофавердина у больных с недостаточностью кровообращения, развившейся на фоне ревматических пороков сердца, мы рассчитывали кровоток по формуле:

$$V = \pi \frac{V_k \times 0,693}{T_{2/1}},$$