

лимфоузлы. При сплошной ревизии и разделении спаек обнаружены три перфоративных отверстия кишечника с противобрыжеечного края диаметром $0,2 \times 0,3$ см. Была произведена резекция 35 см тонкого кишечника, наложена терминальная илеостома.

14.03.1995 г. проведена повторная операция, ушито перфоративное отверстие диаметром 1,5 см. Состояние ребенка не улучшилось, и 16.03.1995 г. он умер. Был поставлен диагноз: разлитой перитонит; язвенно-некротический энтероколит, осложненный перфорациями тонкого кишечника; илеостома терминальная; пневмония; гепатит токсический, перинатальное поражение ЦНС; недоношенность.

Сопутствующий диагноз: двусторонняя аспирационно-ателектатическая пневмония; острая кишечная инфекция (иерсиниоз?); анемия смешанной этиологии 2 ст.; перинатальное поражение ЦНС; легочно-сердечная недостаточность; гепато-ренальный синдром.

Патологоанатомический диагноз: язвенно-некротический энтероколит с преимущественным поражением подвздошной кишки; перфорация тонкого кишечника (по клиническим данным); разлитой перитонит; синдром ДВС крови; обширные кровоизлияния в легкие с массивным содержанием фибрина в альвеолах, в селезенку, почки, миокард и эндокард; отек головного мозга, гипоплазия тимуса; гипотрофия.

Материалом для патогистологического изучения служили операционный и аутопсийный материал, внутренние органы ребенка, рожденного больной иерсиниозом и умершего в возрасте одного месяца 10 дней. Операционный и аутопсийный материал был исследован с применением окраски гематоксилин-эозином, гистохимического метода по пикро Маллори.

Результаты изучения операционного и аутопсийного материала: слизистая резецированного отдела тонкого кишечника набухшая, гиперемированная, с признаками венозного застоя. На серозной оболочке отчетливо выражены наложения фибринозного экссудата. В противобрыжеечном крае стенки кишечника выявлены три овальной формы перфоративные отверстия с неровными краями. При гистологическом исследовании на фоне значительного отека подслизистой оболочки и мышечного слоя обнаружены множественные очаги скопления небольшого количества лейкоцитов. В просвете отдельных сосудов имеют место обтурирующие тромбы, состоящие из "молодого" и "зрелого" фибрина.

При гистологическом исследовании аутопсийного материала на слизистой кишечника определялись множественные острые язвы с неровными краями без признаков регенерации, а также множественные лейкоцитарные инфильтраты в мышечном слое тонкого кишечника на фоне очагов некроза. Данные патогистологические изменения развивались при нарастающем синдроме ДВС. По ходу порталных трактов печени отмечалась слабо выраженная макрофагально-лейкоцитарная реакция. Описанные нарушения патогномичны для иерсиниозной инфекции.

Таким образом, впервые в лечебно-диагностической практике в РТ в 1995 г. у ребенка, родившегося путем кесарева сечения, был диагностирован врожденный иерсиниоз. Ребенок был заражен трансплацентарно матерью, страдавшей иерсиниозом в течение одного месяца на сроке беременности 36—38 недель.

УДК 616.931:614.1:313.13(470.41)

Л.И. Федоренко, Т.В. Макарова, Т.А. Савицкая, Р.М. Булаева, В.Ф. Грошев (Казань). Заболеваемость дифтерией в Республике Татарстан

С 1950 по 1959 г. в Республике Татарстан ежегодно болели дифтерией от 1300 до 2000 человек, ежегодное число умерших колебалось от 50 до 120 детей. Массовая иммунизация детей, начавшаяся с 1955—1957 г., способствовала снижению заболеваемости к 1960 г. (16,4 на 100 тыс. населения).

60-е — 90-е годы характеризовались последовательным снижением заболеваемости и смертности от дифтерии (в РТ в 1990—1991 гг. — 0,11). Однако в 1992 г. эпидемиологическая ситуация резко ухудшилась и заболеваемость возросла по сравнению с таковой в 1991 г. в 2,4 раза (в РТ в 1992 г. — 2,7). За этот период в 1,8 раза увеличилось и бактерионосительство токсигенных штаммов коринебактерий дифтерии.

Рост заболеваемости с 1992 г. достиг пика в 1995 г., когда дифтерией переболели 317 человек (8,4 на 100 тыс. населения), в том числе 76 детей до 14 лет (8,8 на 100 тыс. детского населения). В 1996 г. по сравнению с 1995 г. заболеваемость дифтерией снизилась в 2,8 раза.

Токсигенное бактерионосительство в 1995 г. было выявлено у 128 человек (3,4 на 100 тыс. населения), в том числе у 57 детей до 14 лет (6,6 на 100 тыс. детского населения). В 1996 г. бактерионосительство токсигенных штаммов среди населения снизилось в 3 раза. Основное число носителей (1,47 на 100 тыс. населения) регистрировалось среди городских жителей.

В 1992—1996 гг. в РТ дифтерией переболели 686 человек, из них в Казани — 485 (70,7%), в Альметьевске и Набережных Челнах — по 37 (5,4%), Нижнекамске — 32 (4,6%), Высокогорском районе — 16 (2,3%), в том числе в 1994 г. в с. Клыки 15 человек, Чистопольском районе — 14 (2%) от общей заболеваемости. В других районах регистрировались единичные случаи заболевания. В 1997 г. был зарегистрирован всего лишь 21 случай заболевания дифтерией (0,55 на 100 тыс. населения).

Эпидемиология дифтерии последних двух десятилетий претерпела изменения: стали болеть взрослые (83,5%).

Негативные высказывания в прессе об иммунизации детей привели к тому, что в РТ иммунная прослойка к дифтерии среди детей стала уменьшаться: в 1992 г. — 60%, в 1995 г. — 24%, в 1996 г. — 40%. Источники инфекции при регистрации единичных случаев дифтерии, как правило, не устанавливаются, что связано с несвоевременным выявлением больных и, следовательно,

но, с поздним забором и доставкой материала от контактных в бактериологические лаборатории ЦГСЭН из очагов дифтерии, на что следует обратить особое внимание.

Анализ последних десятилетий показывает, что 86% больных поступают в инфекционные стационары на поздних сроках (на 5—8-й день болезни). Так, больной П., 22 лет, из г. Нижнекамска (1982) был госпитализирован лишь на 35-й (!) день болезни. 80% больных обращаются к врачу на 2—3-й дни болезни.

Из 50 больных (1981—1992) были выданы больничные листы по поводу фолликулярной или лакунарной ангины, и только 7 больных направили с указанным диагнозом в инфекционные стационары на диагностические койки (в Альметьевске — одного, в Набережных Челнах — одного, в Казани — двух, в Нижнекамске — трех). В 1996 г. при первичном обращении больных с дифтерией диагноз ангины был поставлен в 53,9% случаев, дифтерии — в 33%, паратонзиллярного абсцесса — в 3,4%, прочее — в 9,5%.

В последние 12 лет (1981—1992), как и в предыдущие годы, весьма высок процент субтоксических и токсических форм дифтерии (34,7%).

В 1994—1996 гг. среди клинических форм стали преобладать локализованная дифтерия зева — 63,9%, субтоксические и токсические формы дифтерии составили 23,5%. Таким образом, население в 2,7 раза реже стало болеть токсической и субтоксической формами дифтерии зева.

Из числа заболевших дифтерией дети составили 40%, взрослые — 60% (1996). Среди взрослых, заболевших дифтерией, возросла доля лиц, привитых против дифтерии. Их удельный вес в 1996 г. достиг 63,7% (в 1995 г. — 49,3%). Среди детей, заболевших дифтерией, были привиты все, за исключением одного ребенка в связи с отказом его родителей от прививки.

За 1992—1996 гг. в РТ было зарегистрировано 27 (3,9%) летальных исходов, в том числе 8 (4%) среди детей.

В результате поздней диагностики дифтерии врачи-эпидемиологи не могут своевременно проводить (полные и исчерпывающие) противоэпидемические мероприятия (Казань, Нижнекамск, Кайбицкий, Высокогорский и Заинский районы). В 1994—1996 гг. имели место очаги дифтерии с 2—3 случаями заболевания (Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, Высокогорский и Чистопольский районы).

Важной задачей остается стационарирование больных с гнойными ангинами. На 1 января 1997 г. по РТ было госпитализировано 17039, или 24,9% таких больных (в 1995 г. — 23,9%). Бактериологическое обследование прошли 94,3% заболевших (в 1995 г. — 92,2%).

Низкий процент госпитализации в 1996 г. оставался в Агрызском, Аксубаевском, Альметьевском, Бугульминском, Дрожжановском, Заинском, Зеленодольском, Лениногорском, Менделеевском, Нижнекамском, Пестречинском, Тукаевском и Чистопольском районах (от 12 до 21%), в г. Казани он составил 3,7%.

В целом по РТ (по данным формы 6 — приложение) законченный вакцинальный комплекс против дифтерии в 1996 г. получили 71,2% детей в возрасте до одного года (в 1995 г. — 59,8%), в возрасте 3 лет ревакцинированы 96,4% (в 1995 г. — 92,9%). Охват взрослого населения по РТ составляет 96,3%. В ряде районов (Лаишевский, Менделеевский, Сабинский) процент охвата прививками взрослого населения остается низким. Недостатки в иммунопрофилактике дифтерии приводят к снижению коллективного иммунитета населения. Так, процент серонегативных к дифтерии по РТ составил в 1990 г. 19%, в 1992 г. — 20,3%, в 1996 г. — 15,8%.

В целях снижения заболеваемости и исключения очагов дифтерии необходимо провести следующие мероприятия:

— усилить эпиднадзор за дифтерией;

— обеспечить уровень привитости детей первого года жизни против дифтерии (законченная вакцинация) до 90%, охватить детей до 3 лет первичной ревакцинацией до 90%, подростков до 16 лет возрастными ревакцинациями (6, 11) до 95—97% и взрослых до 90%;

— оперативно и целенаправленно проводить контроль уровня иммунитета в различных группах населения, по его результатам корректировать объемы профилактических прививок (по РПГА);

— по эпидпоказаниям организовать массовые обследования на носительство токсигенных коринебактерий дифтерии в школах-интернатах, закрытых спецшколах, ПТУ, общежитиях студентов;

— проводить обязательную однократную 100% бактериологическую диагностику на дифтерию у больных ангинами с гнойными наложениями (лакунарной, фолликулярной, флегмонозной, язвенно-некротической, а также у больных с заглоточными абсцессами) и расширить объем их провизорной госпитализации;

— активизировать санитарно-просветительную работу, направленную на профилактику дифтерии.

УДК 362.11:616—058.9:353.2(470.57)

Р.Ш. Хасанов (Уфа). Роль Республиканской детской клинической больницы в улучшении хирургической помощи сельскому населению

Экстренная хирургическая помощь детскому населению в 5 городах Башкортостана, в которых находятся детские хирургические отделения, круглосуточно оказывается только детскими хирургами. В 38 (64,8%) районах ЦРБ и 15 (75%) городах республики экстренная помощь детскими хирургами оказывается только в дневное время, в ночное же время — и детскими, и общими хирургами, а в 19 (35,1%) ЦРБ — только общими хирургами. Указанные особенности создают определенные трудности в организации экстренной хирургической помощи детскому населению и отрицательно сказываются на результатах лечения. Поэтому в республике регламентирован объем