

Праги. Смертность от инфекционного гепатита составляла в 1955 году 1,1 на 100 000 жителей. В 42% от общего количества умерших от инфекционных болезней причиной смерти был инфекционный гепатит. В то время как летальность при ряде инфекционных болезней за последние годы снижается, летальность при инфекционном гепатите не уменьшается.

На материалах обследования 11 279 больных с клинически подтвержденным инфекционным гепатитом в 60% случаев не удалось установить источник заражения. В 40% случаев источником заражения послужили контакты в семье, в детских учреждениях или других местах.

Госпитализация больных в 1955 г. производилась в среднем через 3,9 дня от начала заболевания (по сравнению с 9,3 днями болезни от начала заболевания в 1951 г.). Улучшились диагностика и госпитализация больных при безжелтушном течении гепатита. Больные с безжелтушной формой гепатита в 1955 г. составляли 27,7% от общего числа госпитализированных взрослых и 1,4% среди детей.

В 1955 году, как и в предшествующие годы, среди больных инфекционной желтухой значительно преобладали дети до 15 лет. С профилактической целью широко применялся гамма-глобулин. В течение трех последних лет иммунизировано 29 657 человек. Заболеваемость среди них составила в 1955 году 0,26%, по сравнению с 0,76% в 1953 году. Снижение заболеваемости объясняют сокращением интервала между началом контакта с больными и проведением прививок с 6—7 дней в 1953 году до 3—7 дней в 1955 году. Расходы на профилактику инфекционного гепатита гамма-глобулином в 1955 году в два раза превысили затраты на все остальные прививки. Необходимо тщательное наблюдение над привитыми, чтобы abortивно протекающие или инапаратные формы гепатита у них не стали источниками новых заражений. Для сокращения числа постинфекционных осложнений рекомендуется систематическое диспансерное наблюдение за реконвалесцентами на протяжении не менее одного года.

«Casopis lékaru českých». 1957, 17, str. 505—510.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТГ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХ

У 18 больных острым гепатитом введение АКТГ по 100 ед. в день в течение 6 дней вызвало в большинстве случаев снижение содержания билирубина в сыворотке крови и повышение содержания протромбина. У 12 больных с обтурационной желтухой (желчнокаменная болезнь, рак поджелудочной железы, хронический панкреатит) АКТГ не вызвал этих изменений. Пробу с АКТГ рекомендуют в качестве дифференциальнодиагностического теста при установлении природы желтух. Проба с АКТГ или лечение этим препаратом противопоказаны при сердечной недостаточности с стойкими явлениями. Считают, что благоприятное действие АКТГ и кортизона на желтушный индекс и содержание протромбина определяется противовоспалительным действием этих гормонов. Кортизон обладает также желчегонным действием. При биопсиях обнаружено ускорение регенерации печеночных клеток в результате введения АКТГ.

Gastroenterologia, 1957, 87, № 1, p. 23—29.

БЕЗЖЕЛТУШНЫЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА

Различают 3 формы безжелтушного инфекционного гепатита: острую, подострую и abortивную (латентную). Симптоматология острой формы характеризуется острым началом, быстрым ухудшением общего состояния, лихорадкой, катаром верхних дыхательных путей, тошнотой, отвращением к мясу и жирам; объективно находят увеличение печени, иногда и селезенки, увеличение уровня железа и билирубина крови (до 2 мг%), патологические коллоидальные пробы. Подострая форма характеризуется отсутствием не только желтухи, но и симптомов острого инфекционного заболевания. Длительное время отсутствуют симптомы со стороны печени. Характерно медленное нарастание слабости, склонность к обморочному состоянию, сердцебиение, ночные поты, тошнота, полиурия. Абдоминальные симптомы слабо выражены, но именно они играют решающую роль. Отмечают горечь во рту, тяжесть и боли в животе, метеоризм, спастические боли по ходу кишечника, запоры, а иногда поносы, боли в правой (иногда левой) подвздошной области, иррадирующие в грудную клетку. Сон извращен, ночью бессонница. Нередко появляются зуд кожи, уртикарная сыпь, иногда носовые и кишечные кровотечения. Объективно находят бледность кожных покровов со слегка коричневым или желтушным оттенком, небольшое увеличение и болезненность печени и выраженные геодовские зоны. Отмечают явления гастрита или дуоденита.

Важнейшими диагностическими пробами являются: тимоловая проба, реакция с сульфатом цинка, микро-реакция Таката, определение уровня железа и билирубина в крови и бромсульфалеиновая проба. С точки зрения прогноза безжелтушные гепатиты опасны тем, что они часто вызывают циррозы и хронические гепатиты, вследствие трудности их ранней диагностики.

Heere, F. Die anikterischen Verlaufsformen bei infektiösen Hepatitis. «Medizinische Klinik», 1957, Jahrg. 52, № 17, p. 720—728.