

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 инапарантные 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 бромсульфалениновая 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.