

ведет к тому, что в таких странах, как Голландия, вводится закон о необходимости оспопрививания, в Англии оспопрививание проводится по совести, а Тюбингенский профессор Бирк рекомендует отменить массовое оспопрививание, передав его в руки частно практикующих врачей. Эти мероприятия заблеваемости поствакцинальным энцефалитом не снизили, а количество случаев оспы, например в Англии, из года в год растет.

Как ни тяжелы и ни неприятны осложнения, происходящие иногда после вакцинации, но они не могут и не должны влиять на оценку оспопрививания, как профилактического средства. Подобные случаи должны вызвать еще более серьезное и глубокое изучение этого вопроса.

## Всероссийское совещание по дизентерии при Центральном институте микробиологии и эпидемиологии в Москве.

(1—3 апреля 1936 г.)

Открывая заседание, проф. В. Барыкин отмечает чрезвычайную актуальность вопросов, выдвигаемых перед настоящим совещанием. В области дизентерии имеется ряд пробелов в теоретических знаниях, так же и ряд пробелов в практических мероприятиях. Настоящее совещание должно учесть накопленный у нас в Союзе опыт по борьбе с этим заболеванием и выработать ряд практических предложений.

Х. Раковский (начальник Управ. научн. институт. НКЗдрава) подчеркивает, что настоящее совещание создано своевременно, оно должно вооружить органы здравоохранения для своевременной борьбы с этим заболеванием. Считает, что здесь мало привлечена клиника, необходимо заинтересовать и специалистов других отраслей науки, напр., биохимии. В вопросах патогенеза дизентерии заслуживает внимания значение предрасположения, роль витаминных факторов, что можно изучить комплексной работой представителей ряда специальностей. В нашей медицинской науке отстает одна отрасль, которая имеет отношение ко всем отраслям науки—это медицинское краеведение. Сюда входит статистика, изучение почвы, климата, режима питания и ряд других моментов, которые надо учитывать. Далее, предлагает обратить внимание на изучение ацидофильного молока, метод перспективный в широкой практике.

В заключение тов. Раковский подчеркивает необходимость связи с печатью, чтобы полезные идеи совещания нашли широкий отклик среди трудящихся масс. В борьбе с детскими инфекциями врачи должны рассчитывать и на мощный союз матерей.

И. А. Добрейцер в докладе „Распространение дизентерии в РСФСР и борьба с нею“ отмечает, что в СССР дизентерия эндемична; уровень в спокойные годы выражается в цифре 7—8 больных на 10 тысяч населения. В последние годы дизентерия из эндемического состояния переходит в эпидемическое. В 1930—31 г. уровень составлял 8,7 на 10.000 населения, в 1932 г. около 12, в 1933 г. около 13, в 1934 г. 28,6, а с 1935 г. имеем снижение до 15,7. Подобные соотношения отмечаются и в отдельных административных единицах. Считает, что низкие показатели для Узбекистана, Туркменистана, Таджикистана объясняются неполнотой регистрации. Приводимые в докладе цифры, несомненно, относятся к бациллярной дизентерии, а не к амебной. Подъем сосредоточивается на 3-х месяцах: июль, август, сентябрь; здесь имеется 50—73% всех заболеваний дизентерией.

Приводимые цифры указывают, что дизентерия постепенно охватывает отдельные районы и двигается из центров, охваченных ею, на север, запад, юг, восток.

Докладчик приводит данные, что город слабее поражен, чем сельские местности (Куйбышевский край 100 в городе и 900 в селах и др.).

Дизентерия в основном носит контактный характер; этому способствует антисанитарное состояние в некоторых населенных пунктах, этим же объясняется заболеваемость в национальных районах. Дети занимают большое место в заболеваемости (Ленинград, Москва 30—40% до 7 лет). Этиология дизентерии даже в одних районах различная, что, по видимому, объясняет и различную летальность.

Среди недочетов надо подчеркнуть отсутствие на местах точного учета заболеваемости; конъюнктурные сводки поступают, главным образом, летом, а не круглый год, но несомненно, что и зимой есть дизентерия. Надо взять на учет колиты и энтероколиты.

В заключение отмечает, что дизентерия—серьезнейшее заболевание, по своему количеству и по характеру она дает огромное количество смертей и потерь трудней, и борьба с ней должна быть планомерно поставлена.

Н. К л ю е в а сделала сообщение „Микробиологические наблюдения при дизентерии“. Наблюдаемая ею вспышка характеризовалась типом Шига, к концу эпидемии проц. его обнаружения был ниже. Госпитализированный материал дает преобладание Шига, амбулаторный—типа Флекснера. Докладчик отмечает, что в 70% удавалось выделить фага, высоко специфичного в видовом смысле и поливалентного в типовом смысле. Присутствие или отсутствие у больных фага не влияло на проц. высеваемости дизентерийных микробов, на форму течения болезни.

Докладчик изучал летом стертые формы дизентерии у взрослых (дисфункции кишечника); среди 554 таких больных удалось в 17,9% получить дизентерийные микробы. Подчеркивая значение этих стертых форм для циркуляции вируса, считает, что в период вспышки дизентерии противоэпидемические мероприятия должны быть и на них распространены. Реакция агглютинации должна иметь значение в случаях затяжных форм дизентерии и для раннего распознавания вспышки в условиях эпидемической работы. Особенно значение она имеет для группы Шига; для оценки ее у группы Флекснера надо учитывать значение и нормальных агглютининов. В практику надо внедрить быстрый метод агглютинации и метод адсорбции агглютининов, значительно ускоряющих процесс исследования.

В. М. П о п о в с к а я в своем докладе „Опыт изучения роли факторов естественной иммунизации и подвижности населения в эпидемиологии дизентерии“ освещает проведенную работу по изучению эпидемического очага дизентерии; она подчеркивает, что вспышка дизентерии оставляет среди данного коллектива иммунитет на несколько лет и в межэпидемическое время заболеваемость наблюдается среди детского возраста, что регистрируется как детские колиты, диспепсии и т. д.

Н. Н К л о д н и ц к и й отмечает, что осенью 1935 г. им было исследовано 147 крыс, собранных из пекарен г. Москвы, причем в 2-х случаях в содержимом кишок были найдены бактерии дизентерии Шига, бактерии брюшного тифа 2, паратифа 4. Экспериментальное заражение данных крыс дало бацилловыделение до 38 дней.

А. А. М и л л е р освещает работу Азово-Черноморского института по обследованию дизентерии. Он указывает, что у больных в первые 5 дней высеваемость была 46%; среди заболевших 40% являлись в дальнейшем носителями. В эпидемиологии дизентерии играют огромную роль стертые формы, которые обычно неверно диагностируются. Среди детей имеется большая заболеваемость; из 62 больных детей с диагнозом диспепсии и др. у 13 (29,9%) были выделены типичные дизентерийные микробы. Изучение заболеваемости взрослых по профессиям показывает, что частую заболеваемость дают строители, чернорабочие, т. е. пришлое для данного коллектива население. В качестве дополнительного метода диагностики докладчик рекомендует выделение бактериофага у дизентерийных больных и проверку его на лизосенсильных штаммах дизентерии.

В. М. П о п о в с к а я делает сообщение об эпидемиологических особенностях течения дизентерии в Москве. Начало вспышки относится к 1931—32 гг., когда отмечалось увеличение числа неопределенных колитов. В 1933 году уже подъем был яснее выражен и преобладала группа Флекснера и Шига. В 1934 г. был налажен учет заболеваемости, что позволило установить высокую заболеваемость среди детей и очаговость на окраинах города. 1935 г. является годом наибольшего подъема дизентерии. Устанавливается эпидемиологическая связь между детскими колитами и дизентерией взрослых. Дизентерия у детей в большинстве диагностируется как алиментарные расстройства кишечника, однако, лабораторное исследование устанавливает значительный проц. возбудителей дизентерии в основе этих заболеваний. На больничном материале преобладали бактерии Шига, на амбулаторном—группа Флекснера. Сезонная кривая заболеваемости соответствует кривой средне-суточной температуры.

Подъемы кривой заболеваемости совпадают с вылетом и выплодом мух. Территориальная локализация дизентерии характеризуется преимущественной пораженностью неблагоустроенных окраин, на территории которых находятся огородные

и животноводческие хозяйства. Заболеваемость носила в основном контактный характер. Вследствие хронического бациллоносительства очаги в бараках отмечаются и в зимнее время; бациллоносительство может обуславливать у больных рецидивы заболевания.

В прениях по докладу отмечалось значение стертых форм дизентерии в эпидемиологии этого заболевания (Дубровинский). Проф. П. Розен обращает внимание педиатров на недооценку в эпидемическое время детских колитов, возмущает проф. А. Миллеру, допускающему переход одного штамма дизентерии в другой. Проф. Гринбаум отмечает, что при исследовании воды в Волге они могли обнаружить дизентерийный бактериофаг в воде при начале вспышки дизентерии.

Вечернее заседание было посвящено фагопрофилактике дизентерии. Проф. А. Захаров сообщает материал, проведенный Мечниковским институтом в г. Москве. Наблюдения были поставлены в сельском районе: 3-кратная дача дизентерийного бактериофага (по 5 куб. см с содовой водой через 6-дневные интервалы) у 5600 человек обусловила снижение заболеваемости до 1% при 4% заболеваемости у контрольной группы. Бактериофаг дает резкое понижение заболевания в пределах первых 10 дней, далее эффект менее выражен. Желательно увеличение дозы до 10 куб. см на прием. Эффективность действия фага, снижающего заболеваемость в 5—10 раз, обусловлена прямым действием фага на бактерии дизентерии в кишечнике человека. Быстрота действия фага, кратковременность его эффекта говорят против его иммунизирующего значения. Однако, фагопрофилактика должна занять место совместно с вакцинопрофилактикой для удлинения получаемого эффекта.

И. Петренко освещает свой материал по энтеральной вакцинации по Безредко в течение 3-летнего периода. Он отмечает, что среди вакцинированных отмечалось снижение заболеваемости в 6 раз, снижение летальности в 2 раза, снижение смертности в 10—12 раз. В различных местах, тем не менее, отмечается пестрота в получаемых результатах. Так, в одном участке была проведена поголовная иммунизация и не было типичных заболеваний, также резко сократились и атипичные заболевания. Эффективность вакцинации зависит от времени проживания иммунизируемого коллектива в данной местности, от движения населения. Предлагает произвести проверку вакцинации *per os* с недельными интервалами.

В докладе И. Гольдштейна приводятся материалы по изучению эффективности энтеральных прививок по Безредко против дизентерии. Опыт был поставлен в эндемическом очаге — г. Пскове. Прививки были проведены в мае, но результаты учтены до декабря. Иммунизации подверглись 19629 человек в качестве контролей была такая же группа. Таблетки содержали 50% Шига и 50% остальных групп микробов. Всего в городе было 280 случаев заболевания дизентерией, из них 46 случаев у привитых и 234 у непривитых. Несмотря на то, что 50% населения было иммунизировано, докладчики не получили резкого снижения заболеваемости в городе; тем не менее, энтеральная вакцинация, как индивидуальное профилактическое мероприятие, не подлежит сомнению.

Проф. Л. Розен останавливается на данных, полученных по иммунизации раннего детского возраста в г. Москве. Была проведена 3—5 кратная вакцинация поливалентной вакциной *per os* с интервалами в 3—5 дней. Привито было около 6000 детей и такое же количество было учтено, как контроль. Эти прививки положительного эффекта не дали, равно как и не причинили какого-либо ущерба здоровью вакцинируемых детей. Материалы взрослого населения показали ее эффективность, кроме раннего возраста и стариков, также не эффективна была вакцинация среди пришлого населения, проживавшего недолго в бараках.

Проф. Ф. Гринбаум освещает материалы по г. Горькому; за последние 5 лет отмечалось увеличение заболеваемости, поражающее, главным образом, детский возраст (0—1, 4—5 лет) и взрослых 20—30 лет. Проведенная энтеровакцинация дала заболеваемость в соотношении 1:3 среди привитых и контрольных. Среди привитых заболеваемость падает исключительно на детский возраст; заболевание отмечается спустя 3 и больше месяцев после прививки.

Доклад В. Л. Троицкого и Л. Супер был посвящен антигенным свойствам дизентерийных бактерий, убитых ультрафиолетовыми лучами (у-ф). Бактерии Шига под влиянием у-ф. лучей теряют в значительной степени свою токсичность для лабораторных животных, но сохраняют свои антигенные и иммунизаторные свойства. У-ф. вакцины Шига не вызывают у людей общей реакции при подкожном

введении, но незначительные местные реакции. Вакциноотерапия на дизентерийных больных показывает полную безвредность у-ф. вакцины Шига. Длительное облучение у-ф. лучами обуславливает лизис бактерий. Эти лизаты сохраняют свою специфичность, свои антигенные и иммунизаторные свойства. Докладчик считает, что проведенные опыты позволяют подойти к изучению эпидемиологической эффективности у-ф. вакцин на небольшом участке.

В прениях по докладам В. А. Крестовникова отмечала, что бактериофаги также активны *in vivo*, но по своей активности они отличаются друг от друга. Д-р Беседин останавливается на данных по г. Ленинграду, где производилось изучение эпидемиологической эффективности энтеральной вакцинации. Материалы показывают, что снижение заболеваемости шло параллельно как в привитых участках, так и в контрольных. Проф. Эльберт подчеркивает, что заслуживает большего внимания вопрос о подкожной иммунизации против дизентерии.

В. Поповская считает, что энтеральная вакцинация у взрослых должна быть включена в арсенал наших мероприятий против дизентерии, она обуславливает более легкую форму течения болезни, она снижает летальность при дизентерии.

Проф. О. Гартон отмечает трудность поставленных вопросов по оценке энтеральной вакцинации против дизентерии. Прививки должны проводиться, но наряду с оперативной работой необходимо поставить лабораторные эксперименты, которые позволили бы точно учесть их эффективность. Применение бактериофага еще не показало себя как метод, стоящий на одном уровне с вакцинацией.

Проф. В. Барыкин, резюмируя прения по всем докладам, считает, что надо различать эффективность эпидемиологическую и эффективность в смысле понижения заболеваемости, тяжести инфекции, летальности и т. д. Красной нитью через доклады прошла слабая эпидемиологическая эффективность: это отмечалось и в материале ленинградцев и из других мест. Другие критерии показывают понижение показателей у вакцинированных в 5—6 раз. Практический вывод должен быть сделан несомненный: прививки необходимо продолжать. Заслуживает внимания предложение проф. Эльберта о дизентерийном анатоксине в сочетании с противодифтерийной вакциной. Фагопрофилактика заслуживает также серьезного внимания.

Заключительное заседание было посвящено специфической терапии дизентерии. Доклад о значении серотерапии в детском возрасте был сделан проф. А. Колтыпиным.

На небольшом материале действие дизентерийной сыворотки было отмечено для старшей группы детей. В большом проц. отмечалась сывороточная болезнь, ухудшавшая состояние больного. Для клинициста трудно установить эффективные показатели действия сыворотки.

Доклад М. Б. Александрова был посвящен также серотерапии дизентерии. Проведенный им большой материал в Клиническом институте инфекционных болезней демонстрирует эффективность этого метода лечения среди старших детей и взрослых; успех зависит от раннего введения сыворотки. Серотерапия снижала и проц. летальности среди стационарных больных.

Проф. П. Розен в докладе об инвазии дизентерийных бактерий во внутренние органы освещает обследование гл. обр. свежего трупного детского материала. В ряде случаев дизентерийных микробов не находили в кишечнике и находили во внутренних органах. Инвазия была обнаружена у 6 из 8 трупов больных, погибших на 3—4-й дни болезни, у 8 % погибших от 5 до 10 дня болезни; у хронических больных бактерии дизентерии во внутренних органах были обнаружены в 25%. Считает, что инвазия здесь наступила при жизни больного.

В прениях по докладам проф. М. Киреев отмечает, что в применении сыворотки мы имеем специфический метод терапии дизентерии. Желательно освободить сыворотку от излишнего балластного белка.

Выделенные комиссии по заслушанным докладам выработали резолюции, принятые в заключительном пленарном заседании конференции.

Г. Я. Синай.