

выявлено при обследовании в связи с поступлением на работу, некоторые — при тщательном обследовании лиц, контактных с больными брюшным тифом и дизентерией, а также переболевших брюшным тифом за последние 5 лет. У 17 больных в анамнезе был «грипп» с лихорадкой до 9 дней, после которого у них стала выделяться брюшнотифозная палочка. По-видимому, эти лица перенесли брюшной тиф в легкой форме.

Длительность носительства от 4 месяцев до года была у 4 чел., от года до трех лет — у 9, от 3 до 5 лет — у 14, от 6 до 17 лет — у 24 чел. У 8 носителей определить длительность выделения возбудителя не удалось. У 14 бактерионосителей был выявлен холецистит и гепатохолецистит, у 12 — протозойные (амебиаз и лямблиоз) и глистные заболевания кишечника, у 9 — ревмокардит и др. заболевания.

40 чел. были носителями палочки брюшного тифа, 7 — палочки паратифа А, 12 — паратифа В.

Санация бактерионосителей проводилась комплексным методом. Первоначально назначали антибиотики в течение 5 дней. Применяли колимицин по 0,2 4 раза в день, мицерин по 200 000 ед. 2—3 раза в день (то и другое в 2—3 цикла). Одновременно делали дуоденальное зондирование с введением через зонд 10 мл 25% раствора солянокислой магнезии, суточной дозы антибиотиков и брюшнотифозного бактериофага (предварительно выделенную культуру исследовали на лизис к применяемому фагу). Зондирование повторяли через разные сроки, в зависимости от переносимости больным данной процедуры.

В 1961 г. первый цикл санации мы проводили с применением преднизолона (один день по 0,005 3 раза), левомицетина (по 0,5 6 раз), окситетрациклина (по 100 000 2 раза внутримышечно) в течение 5—7 дней по методу, предложенному проф. Ермольевой. Последующие два цикла проводили колимицином или мицерином с периодическим зондированием. В пятидневные перерывы между циклами антибиотикотерапии назначали брюшнотифозный бактериофаг по 50 мл натощак. При наличии сопутствующих заболеваний проводили комбинированное лечение.

Если носитель все же продолжал выделять возбудителя, лечение продолжалось с применением аутовакцины и общеукрепляющих средств (переливание крови и плазмы, витамины, глюкоза и др.).

Аутовакцину вначале приготавливали на кафедре микробиологии Астраханского медицинского института (проф. Б. И. Курочкин), а затем в лаборатории кафедры инфекционных болезней. 1 мл вакцины содержал 500 млн. микробных тел. Введение вакцины мы начинали с 0,25 мл и доводили до 1—1,5 мл с 1—2-дневным интервалом. У некоторых носителей была выраженная общая реакция: озноб, температура 38—39° в течение 6—8 часов, головная боль. Санация с применением аутовакцины была проведена 12 носителям, из них у 8 получен положительный результат. К сожалению, не всем стойким носителям можно применять этот метод.

Из 59 носителей у 6 не удалось получить даже кратковременного эффекта. 53 носителя были выписаны с отрицательными исследованиями желчи, фекалий и мочи.

Последующие наблюдения проводились в срок от одного до 4 лет. За этот период снято с учета 11 носителей (9 — брюшного тифа, 2 — паратифа В). Большинство из них освободилось от возбудителя через 4—6 месяцев после санации. С учета снимали после двухлетнего наблюдения, 10—15-кратных отрицательных бактериологических исследований фекалий и мочи (у некоторых и желчи) и серологических исследований на реакцию Ви-агглютинации (реакцию Ви-гемагглютинации стали применять лишь с конца 1962 г.). В основном положительные результаты были получены у носителей с длительностью наблюдения выделения возбудителя от 3 до 5 лет, лишь трое носителей выделяли более 6 лет. 15 чел. остались стойкими носителями (12 — палочки брюшного тифа, одна — паратифа А, две — паратифа В). 33 бактерионосителя находятся еще под наблюдением. Некоторые лица из этой группы продолжают выделять возбудителя, но длительность периода выделения у них значительно сократилась, а светлые промежутки удлинились до 6 месяцев, одного года и более, в то время как до лечения получалась чистая культура при каждом посеве.

При санации комплексным методом с применением антибиотиков в сочетании с аутовакциной достигнуты лучшие результаты, чем при применении одних антибиотиков. Трудней поддаются санации носители возбудителей паратифозной группы заболеваний, особенно паратифа А.

УДК 616.931—614.47

А. А. Немтышкин (Чистополь). Из опыта прививок против дифтерии в Чистопольском районе

В борьбе с дифтерией в г. Чистополе и Чистопольском районе в последние годы достигнуты значительные успехи. Если в 1951 г. заболеваемость на 10 000 населения составляла 24,0, то в 1965 г. она снизилась до 0,07. С 1957 г. не зарегистрировано ни одного случая заболеваемости дифтерией в детских яслях, с 1959 г. — и в детских садах, а с 1960 г. — и в школах.

Этих результатов удалось добиться благодаря улучшению прививочного дела, проведению полного комплекса санитарно-профилактических мероприятий и улучшению лечебной работы.

Вся работа по предупреждению заболеваемости дифтерией строится на основании единого комплексного плана санэпидстанции и детской больницы. Изучение состояния иммунитета среди детей в разрезе врачебных участков г. Чистополя (по прививочной документации) на 1/1 1966 г. показало следующее: охвачено детей, подлежащих прививкам, 99%; в состоянии иммунитета — 89,9%; непривитых детей по медицинским показаниям — 1%. По Чистопольскому району процент охвата детей прививками равен 99,65, в состоянии иммунитета — 88,4%, непривитых детей (включая медотводы) — 0,35%.

С 1959 г. 2 раза в год проводится переучет подлежащих прививке детских контингентов. О вновь прибывающих еженедельно запрашиваются данные в паспортном столе города и из роддомов. Прививочная документация по городу представлена карточкой.

Ежемесячно в детской консультации заслушиваются отчеты педиатров о состоянии прививочного дела на участке. На базе центральной районной больницы, детского объединения, санэпидстанции проводятся занятия по повышению квалификации среднего медперсонала.

Безусловно, ликвидацию дифтерии как массового заболевания можно объяснить повышением уровня иммунитета у детского населения, что подтверждается нами путем постановки реакции Шика у детей различных возрастных групп.

В 1964 г. в городе и районе нами поставлено 4014 реакций Шика, из них положительных оказалось 1,6%.

Из 60 детей, положительно реагирующих на токсины Шика, у 38 в анамнезе имелись перенесенные инфекционные заболевания, снижающие напряженность иммунитета.

В 1965 г. в населенных пунктах района поставлено 4095 реакций Шика, причем выявлено положительно реагирующих детей 4,9%. Это произошло вследствие нарушений правил прививок в 3 населенных пунктах, где прививки пришлось проводить заново всем детям до 12 лет.

Как показал опыт, для ликвидации дифтерии необходимы: полный охват детского населения прививками с учетом миграции (через детские консультации и на ФАП) с предварительным и последующим наблюдением за детьми; раннее выявление и госпитализация подозрительных на дифтерию детей; борьба с бактерионосительством.

Большую роль в ликвидации дифтерии играет методическая помощь педиатрической и санэпидслужб.

Учитывая важное значение реакции Шика как метода контроля за состоянием напряженности иммунитета, необходимо систематически проводить ее среди детского населения.

УДК 616.831.9—092

М. А. Калашникова и А. А. Сорокин (Волжск, Мар. АССР). Лечение гнойных менингитов большими дозами пенициллина

В 1961—1963 гг. мы лечили комплексным методом (антибиотиками, сульфаниламидами в обычных дозах) 5 детей с гнойным менингитом. Эффект был хороший, особенно при легкой форме, но длительно держался субфебрилитет и не санировалась спинномозговая жидкость. Продолжительность пребывания на койке колебалась от одного до двух месяцев.

В 1964 г. лечение 5 больных с гнойным менингитом проводили по предложению неврологической детской клиники ЦИУ — большими дозами пенициллина (по 200—300 тыс. ед. на 1 кг веса ребенка в сутки). Суточную дозу мы вводили равными частями внутримышечно через 3 часа. Курс лечения длился 7 дней, затем мы исследовали спинномозговую жидкость. При цитозе менее 30 клеток и содержании белка 0,33% отменяли пенициллин, при большем цитозе и белке давали его в таких же дозах еще 7 дней. Затем снова исследовали спинномозговую жидкость. Если она оказывалась санированной, то лечение заканчивалось. При недостаточном санировании спинномозговой жидкости через две недели лечения пенициллин заменяли антибиотиками тетрациклинового ряда.

Лихорадка исчезала на 3—4-й день, улучшалось состояние, появлялся аппетит, быстро сглаживались и исчезали менингеальные симптомы. Пребывание на койке сокращалось в легких случаях до 2, в тяжелых — до 4 недель.

Нами было применено такое лечение у больного с тромбозом кавернозного синуса, осложненного гнойным менингитом, и у больного с сепсисом. Оба больных выздоровели.

УДК 616.8—616.988.21—614.47

А. Д. Дробинский, М. Ф. Росташев, В. Я. Батейко и В. М. Костецкая (Запорожье). Поражение нервной системы после антирабических прививок

При антирабических прививках наблюдались церебральные параличи и менингоэнцефалиты, менингоэнцефаломиелиты, радикуломиелиты, ганглиорадикулоневриты, полиневриты, невриты.