

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИЗЕНТЕРИИ В КАЗАНИ

(1957—1962 гг.)

Е. И. Вайман, Н. А. Воздвиженский

Казанский НИИЭМГ и городская санитарно-эпидемиологическая станция

Организация рациональных мероприятий по борьбе с дизентерией требует постоянного изучения ее эпидемиологических особенностей. Такой анализ проводился институтом совместно с санэпидслужбой на протяжении ряда лет (с 1950 г.), что позволило внести некоторые изменения в тактику борьбы с этой инфекцией. Для дальнейшего выявления особенностей эпидемиологии дизентерии проведен углубленный анализ заболеваемости за 1957—1962 гг.

Комплексное проведение мероприятий по профилактике кишечных инфекций и борьбе с ними привело к снижению заболеваемости как дизентерией, так и всеми острыми кишечными заболеваниями. В 1962 г. показатель заболеваемости кишечными инфекциями (в том числе дизентерией) был самым низким за последние 10 лет. Показатель заболеваемости хронической дизентерией и удельный вес ее последовательно снижались до 1960 г. включительно. Некоторое повышение удельного веса хронической дизентерии, начавшееся с 1961 г., объясняется, с одной стороны, организацией углубленного обследования и госпитализацией так называемых здоровых бактерионосителей, среди которых в большинстве случаев выявлялись больные как острой, так и хронической дизентерией, с другой стороны — ликвидацией в 1961 г. специальных яслей для детей, больных хронической дизентерией, без организации этапного лечения таких больных.

Результаты изменения тактики в отношении бактерионосителей наглядно иллюстрируются тем, что в 1962 году было взято на учет в 12 раз меньше бактерионосителей, чем в 1958 году, хотя число людей, подвергавшихся бактериологическому обследованию, и высеваемость в 1958 г. были значительно меньше.

Значительную роль в борьбе с кишечными заболеваниями сыграли кабинеты кишечных инфекций, число которых в 1957 г. составляло 25 (из них 14 детских), а в 1962 г. — 32 (детских 15).

Кабинеты кишечных инфекций способствовали улучшению диагностики дизентерии, что привело к значительному изменению соотношения между дизентерией и суммой прочих острых кишечных заболеваний. В 1957—1962 гг. оно составляло 1:0,9—1:0,7 против 1:13,6 в 1952 г.

Из всех зарегистрированных по городу больных дизентерией кабинетами было выявлено до 45,9%.

Анализ заболеваемости дизентерией по возрастам показывает высокую пораженность детей, особенно в группе до 2 лет. Заболеваемость дизентерией детей превышала заболеваемость взрослого населения в 1957—1962 гг. в 2 раза, у детей до 2 лет она была выше в 1957 г. в 9,6, а в 1962 г. — в 12 раз.

Показатель заболеваемости дизентерией ясельных детей превышал показатель заболеваемости детей до 3 лет, не посещающих ясли, в 1957—1959 гг. — в 1,6 раза, в 1960—1962 гг. — в 3 раза.

С 1957 по 1961 г. заболеваемость дизентерией детей в яслях находилась на высоком уровне, но имела тенденцию к последовательному снижению. В 1962 г. заболеваемость резко возросла и была самой высокой за последние 6 лет.

Одной из причин роста дизентерии в яслях, помимо причин, уже отмечавшихся в предыдущие годы (несвоевременное выявление и изоляция детей с расстройствами стула, нарушения санитарно-дезинфекционного режима; переуплотненность и др.), является ликвидация в 1961 г. детских яслей для больных хронической дизентерией без организации этапного лечения таких больных. Детей, перенесших обострение хронической дизентерии, согласно приказу по Казанскому городскому отделу здравоохранения было разрешено допускать в детские учреждения через 2—3 месяца после выписки из стационара при условии соответствующего наблюдения за ними и бактериологического контроля. Фактически же наблюдение сводилось к проведению бактериологических анализов, а о характере стула судили по словам матери. В результате такого 2—3-месячного пребывания дома и несоблюдения режима состояние детей в ряде случаев ухудшалось, и, вернувшись в ясли, такие дети вскоре давали рецидивы и инфицировали других, следствием чего была высокая очаговость в детских яслях. Среднее число случаев на один ясли в 1961 г. — 10,6; в 1962 г. — 13,4; максимальное число случаев в одних яслях в 1962 г. — 48 (ясли № 16). Изучение домовой очаговости дизентерии показывает незначительное количество семейных и домовых очагов (в 1962 г. соответственно 1,02 и 1,18 случая на очаг).

Анализ помесячного распределения заболеваемости острыми кишечными инфекциями, включая дизентерию, показывает уменьшение сезонных подъемов. На долю трех месяцев (июль—сентябрь) приходилось в 1954 г. 66,7%, в 1957 г. — 55,1%, в 1961 г. — 41,6%, в 1962 г. — 33,9% от общего числа заболеваний дизентерией за год.

Наиболее распространены в Казани дизентерии Флекснера, Ньюкестля, Бойда-Новгородской, Зонне. С 1956 г. отмечается резкий рост дизентерии Зонне, составившей в 1956 г. 17,5%, в 1957 г. — 35,9%, а в 1962 г. — 53,6% всех случаев бактериологически подтвержденной дизентерии. Изменение в сторону повышения удельного веса дизентерии Зонне послужило причиной увеличения числа легких форм заболеваний. В 1957—1962 гг. легкие формы дизентерии регистрировались в 70—74%, тяжелые — в 8,3—8,5% случаев. За последние годы наблюдается и значительное снижение летальности при дизентерии. Так, среди детей до двух лет летальность в 1962 г. по сравнению с 1957 г. снизилась в 4 раза (0,91% и 3,8%), среди взрослых она практически сведена к нулю.

С организацией кабинетов кишечных инфекций широко внедряется в практику диспансерный метод обслуживания больных острыми кишечными заболеваниями и хронической дизентерией. Это способствовало более полному выявлению больных дизентерией, их излечению и обезвреживанию источников инфекции.

Эпидемиологические и клинические наблюдения с бактериологическим контролем за реконвалесцентами острой дизентерии и лицами, находившимися в их окружении, проведенные Казанским НИИЭМГ в течение ряда лет, показали возможность сокращения срока диспансеризации переболевших острой дизентерией до 3 месяцев (вместо 1 года для детей и полугода для взрослых, предусмотренных действующими инструкциями). Обоснованность такого срока подтверждена положительным результатом опыта работы кабинетов кишечных инфекций Казани за последние 5 лет, начиная с 1958 г., а также показателем заболеваемости дизентерией (Вайман, Кузьмина и др., 1961, 1963 гг.). Сокращение срока диспансерного наблюдения дает возможность высвободить работников участковой сети и кабинета кишечных инфекций для увеличения объема и улучшения качества профилактической работы. Это тем более важно в связи с реорганизацией кабинетов кишечных инфекций в кабинеты инфекционных заболеваний.

Противоэпидемические мероприятия по борьбе с острыми кишечными заболеваниями в Казани дали следующие результаты:

За последние годы улучшились выявление и учет всех острых кишечных заболеваний и диагностика среди них дизентерии, удельный вес которой в сумме острых кишечных заболеваний составил в 1957—1962 гг. от 50 до 59% против 46% в 1956 г.

Повысился процент госпитализации больных дизентерией (90—91% в 1960—1962 гг. против 84% в 1957—1959 гг.), госпитализация проводится в более ранние сроки (в первые 3 дня заболевания госпитализировано в 1957—62 гг. 50—65% больных против 44—52% в 1954—1956 гг.).

Расширилась провизорная госпитализация больных кишечными заболеваниями (1961 — 23,5%; 1962 г. — 31,6% против 15% в 1956—57 гг., а у детей в 1961 г. — 43,4%, 1962 г. — 53,6%). Однако госпитализация пока еще лимитируется недостаточным коечным фондом и все еще находится по сравнению с другими городами на низком уровне.

Значительно увеличилось число обследованных в очагах (7—9 в 1957—62 гг. и 0,4 в 1953 г. на один очаг).

Улучшилось качество противорецидивного лечения и лечения больных хронической дизентерией, шире стали применяться общеукрепляющие средства.

Изменилась врачебная тактика в отношении лиц, ранее трактовавшихся как здоровые бактерионосители. Широкая госпитализация этих лиц и их тщательное обследование позволяют выявлять и принимать соответствующие меры в отношении больных острой и хронической дизентерией.

С апреля 1957 г., когда была организована городская дезинфекционная станция, значительно улучшились организация и контроль дезинфекционных мероприятий в городе. Введены одномоментная госпитализация больных и заключительная дезинфекция в очаге.

Важным мероприятием явилось разукрупнение врачебных участков, количество которых увеличилось со 145 в 1956 г. до 390. Вопрос о санитарной очистке города радикально не разрешен. Некоторое снижение острых кишечных заболеваний и в том числе дизентерии вызвано в основном улучшением качества медицинского обслуживания населения и противоэпидемических мероприятий.

Важнейшими задачами в дальнейшем снижении острых кишечных заболеваний являются:

1. Четкое выполнение всего комплекса мероприятий по борьбе с дизентерией и, в частности, немедленная и полная госпитализация больных кишечными расстройствами и бактерионосителей.

2. Выделение коечного фонда для дальнейшего расширения провизорной госпитализации больных острыми кишечными заболеваниями, особенно детей, и полной госпитализации больных дизентерией.

3. Улучшение диспансерного обслуживания больных дизентерией и прочими кишечными заболеваниями.

4. Организация этапного лечения дизентерии, для чего необходимо открыть санаторий для детей, больных хронической дизентерией, и отделения для реконвалесцентов острой дизентерии, в первую очередь для детей из детских учреждений.

5. Организация кабинетов инфекционных заболеваний во всех лечебно-профилактических учреждениях города и укомплектование их штатами в зависимости от объема работы.

6. Улучшение бактериологической диагностики кишечных заболеваний, выявление колиэнтеритов, салмонеллезов и др.

7. Привлечение санитарного актива к усиленной борьбе с острыми кишечными заболеваниями.

8. Проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий на микрорайонах.

9. Радикальное улучшение санитарной очистки города для дальнейшего снижения кишечных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайман Е. И., Кузьмина Ю. Т., Кавалерчик М. И., Крутова Л. О., Блинова Л. Л., Айзатуллова Ф. Г. Тез. докл. 1-го Всеросс. съезда врачей эпид., микроб. и инфекц., Казань, 1961. — 2. Вайман Е. И., Кузьмина Ю. Т. и др. Тез. докл. Межобластного науч.-практ. совещ. по вопр. борьбы с острыми кишечными инфекциями. Новосибирск, 1963.

Поступила 1 августа 1963 г.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА АДЕНОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Н. П. Кудрявцева, В. И. Качурец, В. М. Ключникова

Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева) и вирусологическая лаборатория Республиканской СЭС (главрач — И. З. Мухутдинов)

В связи с быстрым развитием вирусологии опубликованы новые клинико-эпидемиологические данные о гриппоподобных заболеваниях, обусловленных аденовирусами. Эти заболевания практически врачами часто расцениваются как грипп, катар верхних дыхательных путей, трахеобронхит, пневмония, а при поверхностных некрозах или ограниченных наложениях на слизистых оболочках верхних дыхательных путей или на конъюнктиве нередко ошибочно принимаются за дифтерию.

Вирусологические исследования позволяют расшифровать эту сборную группу болезней, сходных с гриппом или дифтерией.

Аденовирусы открыты в Америке в лаборатории Побиера, Роу, Хьюбнер, Гильмор в 1953—1954 гг. Термин «аденовирусы» был принят на совещании в Нью-Йорке в 1956 г.¹

В настоящее время известно уже 28 серотипов аденовирусов, выделенных из организма человека и обезьян. Наибольшее значение в патологии человека имеют III, IV, VII, VIII серотипы аденовирусов; I, II, V и VI типы относятся к латентным, они выделяются в основном из миндалин и аденоидов у детей.

В Советском Союзе аденовирусные заболевания начали изучаться в 1956 г. в Институте вирусологии АМН СССР под руководством академика В. М. Жданова. Первые локальные вспышки среди организованных групп детей описаны в Москве. По клинической картине это были в основном острые респираторные заболевания дыхательных путей, пленчатые конъюнктивиты и атипичные вирусные пневмонии. Аденовирусная природа заболеваний доказана выделением возбудителя из носогло-

¹ См. обзор проф. Н. Н. Спасского. Казанский мед. ж., 1958, 6 (Ред.).