

# ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЗДАНИЯ КАРАНТИННЫХ ГРУПП В БОРЬБЕ С ДИЗЕНТЕРИЕЙ В ДЕТСКИХ КОМБИНАТАХ<sup>1</sup>

*Ф. Ф. Габбасов, Н. В. Пигалова*

*Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. А. Г. Хисамутдинов) Казанского ГИДУВа  
им. В. И. Ленина, Нижнекамская санэпидстанция (главрач — Н. В. Пигалова)*

**Реферат.** Обобщены материалы изучения в течение 3 лет эффективности приема детей через карантинные группы во вновь открываемых и действующих детских комбинатах. В 1974—1975 гг. выявляемость больных дизентерией во вновь открываемых комбинатах составила 1,2%. Карантинизация вновь поступающих и длительно отсутствовавших детей является малоэффективной формой работы в борьбе с дизентерией в детских комбинатах.

**Ключевые слова:** дизентерия, карантин.

**Библиография:** 7 названий.

Не выявленные больные дизентерией дети с легким и субклиническим течением заболевания (скрытые источники возбудителя инфекции), попав в детские коллективы, представляют потенциальную опасность — при соответствующих обстоятельствах они могут обусловить заражение окружающих лиц [4]. Повсеместно практикуемое амбулаторное обследование детей перед поступлением в детские учреждения недостаточно эффективно [5, 6]. В последние годы стала практиковаться новая форма выявления больных дизентерией детей — наблюдение за вновь поступающими и длительно отсутствовавшими детьми в так называемых карантинных группах [1—3, 7].

Нами изучена эффективность нескольких вариантов организации карантинизации вновь поступающих и длительно (5 дней и более) отсутствовавших детей в условиях новостроящегося г. Нижнекамска. Карантинные группы организовывались во вновь открываемых детских комбинатах (каждый рассчитан на 280 детей), т. е. при комплектовании нового коллектива в целом детском учреждении. При направлении ребенка в коллектив педиатры разъясняли родителям значение приема детей через карантинные группы. Готовность детских комбинатов к приему детей проверяли врачи-эпидемиологи. Под карантинную группу выделяли помещения 2—3 ясельных групп комбината. Для обслуживания детей в карантинных группах привлекали опытных медицинских сестер и младший персонал. Принимали в карантинные группы одновременно по 10—15 детей. В действующих комбинатах создавали временные карантинные группы в период комплектования новых групп (август—сентябрь, т. е. в период наибольшего подъема заболеваемости дизентерией). Ввиду экономической нецелесообразности сокращения в действующих учреждениях числа групп в наших условиях, для карантинной группы отводили одно из помещений освобождаемых групп. Обслуживание детей осуществлял персонал этой группы под контролем врача-педиатра и старшей медицинской сестры.

В карантинных группах вновь открываемых комбинатов, а также при комплектовании новых групп клиническое наблюдение за детьми с 2-кратным ежедневным измерением температуры (утром и вечером), осмотром стула и 1—2-кратным бактериологическим анализом длилось 7 дней.

Для приема вновь поступающих и длительно отсутствовавших детей в остальное время года под карантинную группу отводили одну медицинскую комнату с 4—6 койками и наблюдение за детьми проводили в течение 1—2 дней с обязательной регистрацией в специальном журнале общего состояния здоровья ребенка, данных измерения температуры, характера стула. Дальнейшее наблюдение за состоянием здоровья ребенка проводилось в основной группе. Материал для бактериологических исследований брали на дому, до поступления ребенка в карантинную группу. Для работы в группе привлекали патронажную медицинскую сестру и коридорную няню.

<sup>1</sup> Статья публикуется в порядке обсуждения (прим. ред.).

При выявлении в карантинных группах больного или ребенка с подозрением на кишечную инфекцию последующие противоэпидемические мероприятия намечались в соответствии с инструкцией, предусмотренной приказом МЗ СССР. Качество их осуществления, поддержание в карантинных группах необходимого санитарно-дезинфекционного режима проверялись врачами-эпидемиологами и их помощниками. Результаты проверки обсуждались на совещаниях работников детских комбинатов.

Большое внимание было уделено подготовке персонала для работы в карантинных группах. Во вновь открываемых комбинатах врачами-эпидемиологами проводилось дифференцированное гигиеническое обучение персонала по 18-часовой программе с последующим принятием зачета и отметкой в санитарной книжке. За три года обучено 416 сотрудников.

В 1974—1975 гг., когда отмечался подъем заболеваемости дизентерией по городу, во вновь открываемые детские комбинаты через карантинные группы было принято 1760 детей, среди которых выявлен 21 больной дизентерией (1,2%) и 6 (0,3%) больных другими кишечными заболеваниями. В 1976 г., когда заболеваемость дизентерией детей, не посещающих комбинаты, снизилась в 1,9 раза по сравнению с 1975 г., через карантинные группы было принято 404 ребенка, среди которых не было выявлено ни одного больного.

В действующие комбинаты в период комплектования новых групп в сезон наибольшего подъема заболеваемости дизентерией через карантинные группы было принято 2963 ребенка, среди которых больных дизентерией оказалось 36 (1,2%) и другими кишечными заболеваниями — 3 (0,1%). Через карантинные группы с 1—2-дневным пребыванием в течение 3 лет прошло 20 314 детей. Больных дизентерией среди них было выявлено 25 (0,12%), другими кишечными заболеваниями — 10 (0,05%).

В комбинатах, где проводилась карантинизация детей, удельный вес дизентерии, зарегистрированной в августе—сентябре 1974—1976 гг., составил  $33,8 \pm 2,7\%$ , в комбинатах, где эта работа не проводилась, —  $40,0 \pm 3,5\%$ . Функционирование карантинных групп не оказало существенного влияния и на годовые показатели заболеваемости дизентерией: заболеваемость на 1000 детей в 1974—1976 гг. в комбинатах, где были организованы карантинные группы, составила  $21,3 \pm 1,2$ , в учреждениях, где не было создано таких групп, —  $23,2 \pm 1,6$ .

Таким образом, прием детей в комбинаты через карантинные группы как в сезон наибольшего подъема заболеваемости дизентерией, так и в течение всего года не оказал существенного влияния на снижение заболеваемости дизентерией в этих учреждениях и в целом по городу. Низкая выявляемость больных дизентерией и другими кишечными заболеваниями в карантинных группах указывает на нецелесообразность выделения на целый год группового помещения в каждом детском комбинате и дополнительных штатов. На наш взгляд, карантинизацию вновь поступающих и длительно отсутствовавших детей можно заменить тщательным наблюдением за клиническим проявлением кишечного заболевания у детей в первую неделю пребывания их в физиологических группах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бычковский В. Н., Алексеенко С. У. В кн.: Сб. тр. Крымского мед. ин-та. Симферополь, 1970.—2. Ванаг А. К. Педиатрия, 1968, 6.—3. Иванова М. А., Макаревич И. К. и др. Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. Горький, 1971.—4. Погорельская С. А., Белова Т. Н. и др. Тез. докл. III Всеросс. съезда ЭМИ. М., 1972.—5. Попова И. Т. Вопр. инфекц. патол. Омск, 1968.—6. Райхштат Г. Н., Лейкина Р. Ф. и др. ЖМЭИ, 1963, 9.—7. Роздобудько Н. А., Лисичкин В. В. В кн.: Материалы VIII Укр. съезда ЭМИ. Киев, 1969.

Поступила 28 сентября 1978 г.