

чение: одним из антибиотиков в сочетании с химиопрепаратами (нитрофураны, сульфаниламиды и др.).

Первые две группы оказались идентичными по составу больных, в третьей группе было больше детей с осложненным течением или неблагоприятным преморбидным фоном.

Нормализация стула у детей 1-й группы наступала в среднем через $6,1 \pm 0,8$ дня, в том числе у детей до 3 лет — через $7,4 \pm 1,2$, у детей старше 3 лет — через $3,7 \pm 1,3$ дня.

У больных 2-й гр. длительность дисфункции кишечника с начала лечения составила $6,8 \pm 0,8$ дня, в том числе у детей раннего возраста — $7,9 \pm 1,3$, у старших — $5,6 \pm 1,4$ дня. При сравнении полученных данных в группах разница оказалась несущественной ($P > 0,5$).

У больных 3-й гр., получавших комбинированное лечение, длительность кишечной дисфункции была больше — в среднем $10,1 \pm 1,9$ дня, в том числе у детей до 3-летнего возраста — $11,2 \pm 2,5$, у старших — $8,3 \pm 3,1$ дня.

Повторное бактериовыделение одинаково часто наблюдалось как у детей, которых лечили только нитрофуранами, так и у леченных антибиотиками. Так, из 48 больных с повторным выделением возбудителя 15 получали только фуразолидон, остальные 33 — один антибиотик или комбинированное лечение. Мы считаем, что в связи с легкостью течения колиинфекции «Крым» у детей старше 3 лет и опасностью кишечной реинфекции в стационаре госпитализация этих детей нецелесообразна. Наши данные совпадают с рекомендациями МЗ СССР.

Отсутствие разницы в сроках нормализации стула и частоте повторного бактериовыделения в группах больных, леченных антибиотиками и только нитрофуранами, позволяет рекомендовать в легких случаях заболевания проводить лечение нитрофурановыми препаратами на фоне витамин-, фермент- и диетотерапии, что является более выгодным и с экономической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милованова Л. П., Бондаренко Б. И., Кубасов И. Г. и др. Журн. микробиол., 1974, 6.— 2. Новгородская Э. М., Семенова О. А., Арбузова В. А. Материалы конференции «Вопросы эпидемиологии и лабораторной диагностики инфекционных заболеваний». Л., 1967.— 3. Райзе Ф. Е. В сб. Острые кишечные инфекции. Труды ин-та им. Пастера. Л., 1973.

Поступила 24 апреля 1979 г.

УДК 614.47:616.915—053.2—036.2

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ

В. И. Качурец, Ф. Ф. Садеков, Ф. З. Шамсутдинова

Кафедра эпидемиологии (зав. — проф. В. И. Качурец) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Ленинградский НИИЭМ им. Пастера (зав. лабораторией — доктор мед. наук Д. А. Смородинов), городская санэпидстанция г. Казани (главрач — Н. В. Пигалова)

Реферат. В период массовой иммунизации заболеваемость корью снизилась в 8,1 раза, в период активной плановой вакцинации — в 15 раз по сравнению с допрививочным периодом. В последние годы произошло «повзросление» кори: увеличилась заболеваемость среди детей 10 лет и старше. В результате противокоревой иммунизации у основной массы детей (80,5%) вырабатывается иммунитет с концентрацией противокоревых антител в разведении 1:40 — 1:20. В то же время на напряженность прививочного иммунитета влияют факторы, связанные с нарушением техники иммунизации, возрастом прививаемых, сроком, прошедшим после вакцинации, качеством биопрепарата, перенесенными острыми заразными вирусными и кишечными заболеваниями в до- и послепрививочный период. Причиной подъема заболеваемости кори в 1974—1975 гг. явилась низкая иммунная прослойка, утрата поствакцинального противокорьевого иммунитета в течение 1—6 лет после вакцинации.

Ключевые слова: корь, иммунитет, заболеваемость.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Одним из важных достижений советского здравоохранения в деле борьбы с детскими инфекциями является резкое снижение заболеваемости и смертности от кори. Вакцинация против кори привела к изменению основных закономерностей эпидемического

процесса при ней [3, 4]. В целом по стране заболеваемость корью в 1975 г. снизилась в 7—6,2 раза по сравнению с допрививочным периодом. Однако на отдельных территориях после нескольких лет снижения она вновь стала увеличиваться. Так, в 1971 г. в Узбекской ССР она возросла в 3 раза, в Молдавии — в 9 раз, в Армянской ССР — в 15 раз и продолжала увеличиваться к 1972 г. При этом заболевали не только непривитые коревой вакциной дети, но и привитые (от 0,06 до 17,8%) [1, 5, 6].

В литературе недостаточно освещен вопрос о причинах заболеваемости среди привитых живой коревой вакциной, а имеющиеся данные о влиянии различных факторов на напряженность поствакцинального противокоревого иммунитета противоречивы. В связи с этим мы поставили задачу изучить причины заболеваемости кори привитых, выяснить влияние некоторых факторов на длительность и напряженность поствакцинального противокоревого иммунитета.

По первичным документам городской СЭС и собственным наблюдениям нами проанализирована заболеваемость корью за 1968—1977 гг., в том числе и среди привитых детей. Иммунный статус привитых определен у 700 детей по реакции торможения гемагглютинации микрометодом при помощи микротитратора Такачи, в присутствии 4—1 АЕ коревого гемагглютинирующего антигена [2].

За период специфической иммунизации в г. Казани было привито свыше 927 600 детей. В приводимой ниже таблице представлена зависимость заболеваемости корью от охвата профилактическими прививками.

Активная иммунизация коревыми вакцинами в период массовой вакцинации снизила заболеваемость в целом по городу в 8,1 раза. Переход к плановой активной иммунизации привел к дальнейшему резкому снижению показателей заболеваемости корью до 74,9 на 100 тыс. вместо 1124,4 на 100 тыс. населения в допрививочный период. В период плановой иммунизации охвачено профилактическими прививками восприимчивых к кори детей в 2,6 раза больше, чем в период массовой.

Заболеваемость снизилась во всех возрастных группах, наиболее отчетливо в возрасте 1—9 лет (30,8 на 1000 детей вместо 545,6 на 1000 детей в допрививочный период).

В период плановой иммунизации отмечается «повзросление» кори. При снижении числа случаев заболеваний корью в младших возрастных группах показатель заболеваемости корью среди детей 10 лет и старше вырос до 4,7 на 1000 вместо 2,7 на 1000 детей допрививочного периода. Увеличился и удельный вес больных этой возрастной группы до 29,4% вместо 2,2% допрививочного периода. Среди заболевших зарегистрированы случаи заболевания ранее привитых детей.

За период специфической иммунизации заболеваемость корью привитых по отношению к общему числу охваченных вакцинацией составила 0,2%, что значительно ниже заболеваемости непривитых детей (2,0 на 1000 привитых детей при 41,3 на 1000 непривитых).

Основные показатели заболеваемости корью в г. Казани

Периоды	Привито де-тей, тыс.		Заболевае-мость		Заболеваемость корью по возрастам						Смерт-ность на 100 тыс.
	всего	за год	на 10 тыс. насе-ле-ния	сниж.	до 1 года		1—9 лет		10 лет и старше		
					на 1000 детей	%	на 1000 детей	%	на 1000 детей	%	
Допрививочный (1963—1967 гг.)	—	—	1124,4	—	30,7	4,6	545,6	93,2	2,7	2,2	0,2
Массовой иммуни-зации (1968—1972 гг.)	251965	50393	137,9	8,1	4,7	4,8	72,7	87,9	1,3	7,3	—
Плановой иммуни-зации (1973—1977 гг.)	665636	133127	74,9	15,6	1,5	2,8	30,8	67,8	4,7	29,4	—

На фоне высокой иммунной прослойки (92,2—94,1%) вновь проявляются эпидемические закономерности, характеризовавшие корь в допрививочном периоде (периодичность, сезонность, очаговость и т. д.). Так, в 1975 г. заболеваемость корью увеличилась в 31,2 раза по сравнению с 1973 г., оставаясь в 8,8—2,1 раза ниже

заболеваемости допрививочного периода. Характеризуясь зимней сезонностью, заболеваемость корью детей в детских дошкольных учреждениях и школах достигла очаговости в 30—70 чел. В этих коллективах охват прививками против кори, как правило, не превышал 20—40%. Удельный вес привитых в общей массе заболевших в 1975 г. составил 83,7%.

Анализ причин возникновения коревой инфекции у вакцинированных детей мы провели на основании клинических наблюдений за 506 больными корью (возраст — от 1 года до 15 лет), привитыми живой коревой вакциной в 1968—1975 гг. Среди них были дети, как посещающие детские дошкольные учреждения (43,0%) и школы (45,2%), так и не посещающие их.

Корь у привитых протекала в основном в легкой и среднетяжелой форме, со слабой и укороченной температурной реакцией. Осложнения отмечались в 27,1%, преимущественно в виде ларингитов и отитов.

79,1% больных корью привитых детей были вакцинированы за 1—7 лет до заболевания. 23,8% обследованных детей заболели корью на первом году после иммунизации коревой вакциной, что свидетельствует об их рефрактерности либо ранней утрате противокорьевого иммунитета.

Более половины обследованных детей, привитых в возрасте до 12 мес и в 1 год, заболели корью в первые 2 года, а привитые в более старших возрастах — через 6 лет после вакцинации ($54,9 \pm 4,9\%$ и $40,0 \pm 6,0\%$ соответственно).

Серологическое изучение напряженности поствакцинального иммунитета показало, что истинная иммунная прослойка при кори на 14—15% ниже определяемой по медицинской документации.

У большинства привитых детей (80,5%) противокоревой поствакцинальный иммунитет вырабатывается напряженным, с титром противокоревых антител в разведении 1:40—1:20.

Привитые против кори дети сохраняют противокоревые антитела в течение 6—7 лет, однако уже через 5 лет концентрация защитных антител несколько снижается, к этому же сроку происходит двукратное увеличение количества серонегативных детей ($P < 0,05$).

Дети, привитые в возрасте до 1 года и старше, одинаково отвечают сероконверсией на коревую прививку. Однако у детей, привитых в возрасте старше 1 года, формируется значительно более напряженный поствакцинальный иммунитет, чем у привитых до 1 года ($P < 0,001$).

Низкая заболеваемость корью среди детей в возрасте до 1 года (1,5 вместо 30,7 на 1000 детей допрививочного периода), отсутствие летальности в этой возрастной группе, замедленное формирование прививочного иммунитета, случаи заболеваемости корью детей, привитых до 12-месячного возраста, свидетельствуют о необходимости пересмотра сроков вакцинации этих детей.

Сокращение интервала между коревой, АКДС и оспенной иммунизацией до 15 дней—1 мес приводит к 5—6-кратному увеличению серонегативных детей и к 3-кратному снижению напряженности прививочного иммунитета ($P < 0,05$). Введение полиомиелитной вакцины с промежутком в 6—12 дней не отражается на напряженности поствакцинального противокорьевого иммунитета.

Сравнительно высокий процент серонегативных лиц среди привитых определяется либо качеством иммунизации, либо недостаточной иммуногенностью отдельных серий вакцины. Так, серии 392 и 537, выпущенные в 1971 г., не приводят к формированию противокоревых антител в $38 \pm 6,8\%$ и $12,0 \pm 6,4\%$ соответственно ($P < 0,01$).

При проведении прививок в III и особенно IV кварталах года в прививочных кабинетах ДЛПО вырабатывался более напряженный титр противокоревых антител, а число серонегативных детей было меньше, чем в результате проведения прививок в детских учреждениях в зимне-весенний период ($P < 0,02$).

Выработка противокоревых антител обратно пропорциональна количеству перенесенных острых заразных и соматических заболеваний ($P < 0,001$). Особенно отрицательно сказывается на напряженности корьевого иммунитета ОРВИ, гепатит, дизентерия. В контингентах детей, неоднократно перенесших ОРВИ за 1—6 мес до вакцинации, не только в 2,5 раза больше серонегативных, чем в контрольной группе, но и отмечается формирование в 2 раза менее напряженного прививочного иммунитета ($P < 0,01$).

Таким образом, у основной массы привитых детей вырабатывается иммунитет достаточной длительности и напряженности. Длительность и напряженность противокорьевого иммунитета определяются многими факторами, наиболее важными из которых являются возраст прививаемого контингента, срок, прошедший после вакцина-

ции, соблюдение интервала между разнородными прививками, качество и техника иммунизации, иммуногенная активность препарата, а также перенесенные инфекционные и соматические заболевания.

Низкая заболеваемость корью детей в возрасте до 1 года (1,5 на 1000 детей против 30,7 в допрививочном периоде), отсутствие летальности, замедленное формирование напряженности прививочного иммунитета, случаи заболеваемости привитых данного возраста свидетельствуют о необходимости пересмотра срока вакцинации этих детей. Дети, привитые противокоревой вакциной в возрасте до 1 года, чаще теряют защитные антитела через 1—2 года после иммунизации, привитые в более старших возрастах утрачивают их спустя 5—6 лет. Необходимо строго выдерживать интервал между коревой, АКДС и натурально-оспенной вакцинацией (не менее 2 мес). У детей, неоднократно перенесших ОРВЗ, нецелесообразно проводить коревую вакцинацию на сроках до 6 мес. после последнего случая заболевания. Истинная иммунная прослойка против кори значительно ниже определяемой по медицинской документации—80,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болотовский В. М., Тамм О. В., Геликман Б. Г. и др. Журн. микробиол., 1978, 6.— 2. Колчурина А. А., Семенькова Л. И. Тр. ин-та им. Пастера. Л., 1965, т. XXVIII.— 3. Садеков Ф. Ф., Качурец В. И., Жиганшина К. М. Казанский мед. ж., 1974, 5.— 4. Трубина Л. М., Яковенко З. Ф. и др. В кн.: Эпидемиология и профилактика вирусных инфекций. Киев, 1975.— 5. Ульямов А. Г., Шайханова З. Т., Козлова Н. А. В кн.: Материалы научно-практ. конф. «Специфическая профилактика кори». Л., 1970.— 6. Шикина Е. С., Смородинова И. П., Зубов А. К., Петрова Т. А. В кн.: Профилактическая вакцинация и ее влияние на детский организм. Л., 1975.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.921.5—08—039.71—053.4

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОНОРСКОГО ПРОТИВОГРИППОЗНОГО ГАММА-ГЛОБУЛИНА И ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

И. Л. Калугин, А. В. Аронова, Л. К. Брюханова, В. А. Данилин, Г. Г. Целищев

Кафедра детских инфекций (зав.— проф. Л. К. Брюханова), кафедра профессиональных заболеваний (зав.— проф. В. А. Данилин) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова и областная санитарно-эпидемиологическая станция (главврач — А. М. Спиридонов)

Реферат. Изучение эпидемиологической эффективности внутримышечного введения противогриппозного донорского гамма-глобулина детям с целью профилактики в период сезонного подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в январе—феврале 1976 и 1977 гг. в детских дошкольных коллективах г. Тольятти показало, что коэффициент эпидемиологической защиты достигает 1,67—2,47. Интраназальное применение интерферона в условиях массовой профилактики детям 3—7 лет в дозе, рекомендуемой инструкцией, а также в удвоенной концентрации эффекта не дало.

Ключевые слова: грипп, ОРВИ, противогриппозный гамма-глобулин, лейкоцитарный интерферон, профилактика.

1 таблица. Библиография: 10 названий.

Профилактика острых респираторных вирусных инфекций является одной из важнейших проблем в педиатрии в связи с высоким уровнем заболеваемости данными инфекциями и частотой осложнений. До настоящего времени нет достаточно эффективных мер, которые могли бы влиять на эпидемиологическую ситуацию и воздействовать на характер течения этих заболеваний. Многими авторами показана высокая эффективность донорского противогриппозного гамма-глобулина, превентивное действие которого определяется качеством и количеством содержащихся в нем антител против вирусов гриппа, а также выбором дозы [4, 7].

Внимание специалистов, особенно в последние годы, привлекает к себе с клинических и эпидемиологических позиций и другой препарат—человеческий лейкоци-