

ния с перифокальной воспалительной реакцией; в редких случаях в перихолангитической зоне отмечаются очаги абсцедирования.

Гистологическая картина при дикроцелиозе характеризуется выраженной пролиферацией эпителия протоков с образованием папилломатозных и аденоматозных структур, отличающихся высокой активностью щелочной фосфатазы и содержащих большое количество кислых мукополисахаридов. В перипортальной ткани преобладает пролиферативная реакция гистиоцитов, лимфоцитов, эозинофилов. Важно подчеркнуть, что дикроцелиоз и фасциолез независимо от интенсивности инвазии сопровождаются выраженными иммунологическими клеточными реакциями. В регионарных лимфоузлах увеличиваются зародышевые зоны фолликулов, утолщается корковый слой, повышается митотическая активность ретикулярных, лимфоидных и плазмочитарных клеток. В мозговом слое лимфоузлов, перипортальной соединительной ткани печени и стенках внутрипеченочных холангиол отмечается выраженная лимфобластная трансформация лимфоцитов, отличающихся высокой пиронинофильностью цитоплазмы.

Следует подчеркнуть, что все гельминтозы печени, особенно в ранние сроки инвазии, сопровождаются заметными иммунологическими клеточными реакциями как в самой печени, так и в регионарных лимфоузлах и соединительной ткани. По-видимому, гормональные препараты, снижая лимфобластную трансформацию лимфоцитов, значительно изменяют структурную патологию печени при данных гельминтозах.

Наряду с лимфоплазмочитарной и эозинофильной инфильтрацией стенок холангиол и перихолангитической соединительной ткани при фасциолезе и дикроцелиозе постоянно отмечается выраженная пролиферативная реакция эпителия желчных протоков, которая появляется до внедрения в просвет желчных путей половозрелых гельминтов, способных вызывать травматическое повреждение эпителия. Очевидно, что пролиферация эпителия протоков является не столько выражением регенеративных процессов, сколько составным компонентом паразитарного пролиферативного холангита без признаков нагноения. Гнойно-деструктивные изменения в протоках характерны для осложненного холангита, развивающегося на фоне бактериальной инфекции.

По-видимому, ведущее место в патогенезе структурных поражений печени человека и животных при гельминтозах занимают иммунопатологические процессы, развивающиеся в условиях аллергизации организма на паразитарный антиген.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев И. П. Сб. тр. ин-та усовершенствования врачей в Казани. Казань, 1933, т. 3. — 2. Волох Ю. А. Эхинококкоз человека, опыт изучения, активного выявления больных и организации борьбы с этой инвазией в Киргизской ССР. Автореф. докт. дисс., Алма-Ата, 1958. — 3. Дейнека И. Я. Эхинококкоз человека. Медицина, М., 1968. — 4. Дудкевич Г. А. Эхинококковая болезнь. Ярославль, 1958. — 5. Кадыров И. Г. В кн.: Материалы по борьбе со злокачественными опухолями. Уфа, 1953. — 6. Протасова А. Ф. Мед. паразитол., 1965, 2. — 7. Шныренкова О. В. Тр. Казанского мед. ин-та. Казань, 1938, в. 3.

Поступила 19 апреля 1977 г.

УДК 616—036.2

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАРТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ф. Ф. Габбасов, Н. В. Пигалова

Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина, Нижнекамская городская санэпидстанция

Реферат. Отмечены недостатки действующей карты эпидемиологического обследования очага кишечного инфекционного заболевания, сделана попытка усовершенствовать отдельные ее разделы. Использование усовершенствованной карты способствовало большей выявляемости источника возбудителя дизентерии в последние годы.

В связи с изменением клиники современной дизентерии, более легким ее течением выявление источника возбудителя инфекции, установление путей передачи и связей между отдельными очагами требуют от эпидемиолога значительно больших усилий. В этих условиях несомненное практическое значение имело бы усовершенствование действующей карты эпидемиологического обследования очага кишечного инфекционного заболевания, на что указывают многие практические врачи-эпидемиологи [1—3].

Карта эпидемиологического обследования, являясь по существу единственным рабочим документом эпидемиолога, должна служить для сбора такой информации, которая обеспечила бы возможность проводить полноценный эпидемиологический анализ и целенаправленную работу. Между тем даже самое тщательное заполнение всех пунктов существующей карты эпидемиологического обследования не дает требуемых сведений. Для высокой информативности необходима прежде всего четкая формулировка вопросов. Общая формулировка часто приводит к игнорированию частных пунктов, из которых можно было бы почерпнуть важные указания об эпидемиологических связях между отдельными очагами. Кроме того, свободное изложение ответов на неконкретные вопросы чрезвычайно затрудняет извлечение из карт эпидемиологического обследования нужных данных, особенно в разделах «дополнительные сведения», «заключение по эпидемиологическому обследованию», «источник и оценка мероприятий».

Учитывая отмеченные недостатки существующей карты эпидемиологического обследования, мы попытались усовершенствовать некоторые ее разделы. Разработанная нами карта эпидемиологического обследования очагов кишечного инфекционного заболевания включает 7 разделов: общая часть, сведения об очаге, возможные условия заражения через пищевые и другие факторы, дополнительные сведения, мероприятия в очаге, заключение по эпидемиологическому обследованию, даты и результаты повторных посещений очага. В основу усовершенствованной карты была взята существующая форма.

В усовершенствованной карте эпидемиологического обследования первый ее раздел содержит вопросы паспортной части и данные эпидемиологического опроса. Включен дополнительный раздел — «Возможные условия заражения через пищевые продукты и другие факторы», где необходимо ответить на 6 основных вопросов. Конкретизированы вопросы в разделе «Мероприятия в очаге». Однородные вопросы внесены в специальные таблицы. Например, дата настоящего заболевания, место первичного обращения, первоначальный диагноз, дата направления в больницу, дата и место госпитализации, дата установления окончательного диагноза отражены в одной горизонтальной таблице, что удобно для заполнения и проведения анализа. В пункте 3 раздела «Возможные условия заражения через пищевые продукты и другие факторы» для внесения ответов на вопрос «Какие продукты употреблял больной в течение последних 5—7 дней и место их приобретения» в виде горизонтальной таблицы приведен перечень продуктов, наиболее опасных в эпидемиологическом отношении. Сведения об источнике возбудителя инфекции в разделе «Заключение по эпидемиологическому обследованию» (больной острой формой заболевания, реконвалесцент, бактерионоситель, больной хронической формой заболевания, источник не установлен) внесены в другую горизонтальную таблицу, как и в подразделе «Сведения о путях передачи инфекции».

Усовершенствованная карта была использована для эпидемиологического обследования очагов дизентерии в 1973—1975 гг. Применение этой карты способствовало улучшению выявляемости источника возбудителя инфекции. По сравнению с 1972 г. в 1973 г. выявляемость источника по г. Нижнекамску повысилась на 9,0%, в 1974 г. — на 11,3%, в 1975 г. — на 7,9%. Постепенно снизился удельный вес эпидемического процесса бытового типа: в 1973 г. — на 9,6%, в 1974 г. — на 13,6%, в 1975 г. — на 19,1%. Соответственно в 1,8 раза увеличился показатель участия в эпидемическом процессе пищевого фактора передачи. Возросло выявление случаев заболевания, связанных с употреблением воды (3,4% в 1973 г. и 8,9% в 1975 г.). Выявляемость источника возбудителя инфекции по детским комбинатам улучшилась в последние годы на 15%. Таким образом, благодаря усовершенствованию карты

эпидемиологического обследования было достигнуто повышение качества работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Н. И. В кн.: Эпидемиология и клиника инфекционных болезней. М., 1970. — 2. Тер-Карапетян А. З. ЖМЭИ, 1969, 2.—3. Зарубин Г. П. Санэпидстанция на современном этапе. Медицина, М., 1975.

Поступила 15 марта 1977 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.7—082.003(—202)

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ СЕЛА И ЕЕ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Ф. Г. Григорьев, Н. А. Алексеев

Канашская центральная районная больница в с. Шихазаны Чувашской АССР (главрач — заслуж. врач РСФСР и Чувашской АССР канд. мед. наук Ф. Г. Григорьев)

Реферат. Опыт реабилитации больных, перенесших травмы, показывает, что при правильной организации работы и в условиях сельской местности может быть достигнута высокая экономическая, социальная и медицинская эффективность. Установлено, что 70% больных после выписки из травматологического стационара нуждаются в реабилитации. Определен норматив—0,54 койки на 1000 населения при развертывании реабилитационных больниц (отделений) для больных, перенесших травмы.

В последние десятилетия повсеместно наблюдается рост травматизма на селе [1]. Это негативное явление связано с урбанизацией села, оснащением сельскохозяйственного производства большим количеством техники, автомобилизацией сельского населения.

Мы не нашли в литературе работ, посвященных вопросам реабилитации пострадавших от травм в условиях сельских больниц. Поэтому мы полагаем, что наш опыт может представить интерес для врачей, работающих в сельской местности.

Реабилитация больных травматологического профиля организована нами на базе Ямашевской участковой больницы, расположенной в 12 км от центральной районной больницы. Эти две больницы связывает асфальтированная шоссеиная дорога, функционирующая круглогодично, время проезда в один конец занимает не более 20 минут. Ямашевская участковая больница для реабилитации избрана не случайно. В связи с расширением близко расположенной к ней ЦРБ до 400, а затем до 500 коек нуждаемость в участковой больнице стала отпадать: население обращается за специализированной врачебной помощью в условиях стационара в ЦРБ, из-за чего койки в участковой больнице стали использоваться нерационально и не по назначению. Поэтому было принято решение перепрофилировать стационар этой участковой больницы в реабилитационный центр по стационарному типу; амбулатория и аптека оставлены в прежнем виде. Необходимость перепрофилирования Ямашевской участковой больницы в реабилитационную диктовалась и ростом сельскохозяйственного травматизма, увеличением временной потери трудоспособности и недостатком людских ресурсов для своевременного выполнения работ в сельскохозяйственном производстве. Следовательно, реабилитация больных с поражением опорно-двигательного аппарата решает одновременно и экономические, и со-