

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

А. Г. Хисамутдинов, Ф. Б. Колпачихин, В. Е. Григорьев,  
Л. И. Хромова, Ф. Ф. Габбасов

Кафедра эпидемиологии (зав.—проф. А. Г. Хисамутдинов) Казанского института  
совершенствования врачей имени В. И. Ленина

Изучена эпидемиология дизентерии в двух городах региона Средней Волги, которые характеризуются необычно быстрым развитием промышленности и интенсивной миграцией населения. Несмотря на то, что развитие этих городов происходило в разное время, особенности эпидемиологии дизентерии в них позволяют выделить достаточно типичные общие характеристики эпидемического процесса, свойственные указанной инфекции. При изучении многолетней заболеваемости дизентерией не отмечается заметной ее периодичности при наличии резких колебаний уровня заболеваемости в разные годы. По отдельным территориям городов заболевания дизентерией распределяются неравномерно. Заболеваемость превалирует в микрорайонах, отстающих по показателям санитарно-коммунального благоустройства (очистка, канализация, водоснабжение), в частности она превышает в 1,3—2,7 раза среднегодовой показатель и в 3,0—3,5 раза выше, чем в благоустроенных кварталах городов.

Распределение заболеваний дизентерией в 1960—1969 гг. по месяцам характеризовалось наличием двух подъемов — весеннего (март—май) и наиболее выраженного — летне-осеннего. Весенний подъем заболеваемости был обусловлен в некоторой степени шигеллами Флекснера, которые вызывали заболевание в 1,3 раза чаще, чем другие виды возбудителей дизентерии ( $P < 0,001$ ). Позднее (1970—1981 гг.) произошло «сглаживание», а затем и полное исчезновение весеннего подъема. Уровень заболеваемости дизентерией начинает подниматься в июне и достигает максимума в сентябре — октябре. Летне-осенний подъем заболеваемости, как правило, обуславливается шигеллами Зонне, и на этот период приходится в среднем до 64,5% годовой заболеваемости. Анализ помесечной динамики заболеваемости показал, что одной из причин ее высокого уровня в летне-осенний период является значительное ухудшение качества пищевых продуктов, воды, санитарного состояния пищевых объектов, что приводит к активизации пищевого и водного факторов передачи возбудителей инфекции. Ухудшение санитарно-гигиенического состояния пищевых объектов подтверждается увеличением положительных результатов исследования смывов на кишечную палочку с 10 до 25%.

Источниками возбудителей инфекции в течение ряда лет были больные со стертой формой дизентерии (94,5%), с затяжной и хронической формами (3,0%) и бактерионосители (1,2%).

В этиологической структуре дизентерии за последние 15—20 лет произошли довольно резкие сдвиги, но наблюдались они в значительно поздние сроки, чем на других территориях страны. Так, если в европейской части СССР еще к середине 60-х годов почти повсеместно вырос удельный вес шигелл Зонне и отмечено параллельное снижение данного показателя при дизентерии Флекснера (3,4%), то в изучаемых нами городах эти изменения произошли лишь в начале 70-х годов. Вместе с тем констатированы как единичные, так и множественные очаги дизентерии, обусловленные шигеллами Флекснера. Сдвиги в этиологической структуре дизентерии сопровождалась изменениями и ее эпидемиологических особенностей.

Обследование очагов дизентерии и расследование вспышек показали, что ведущая роль в распространении возбудителей инфекции принадлежит больным с легкими и стертыми формами заболевания, которые не всегда своевременно выявляются и вызывают эпидемиологическое неблагополучие, особенно в дошкольных детских учреждениях.

В изучаемых городах, как и повсеместно, установлено увеличение удельного веса заболеваний, вызванных шигеллами Зонне, что чаще совпадает с активизацией пищевого фактора передачи (молоко, молочные продукты и др.).

Сезонный подъем заболеваемости определяется преимущественно заболеваемостью детей, посещающих дошкольные учреждения, удельный вес которых в общем числе

заболевших составляет в среднем 46,2%, причем в возрасте до 3 лет заболевают в 1,9—3,4 раза ( $P < 0,01$ ) чаще, чем от 3 до 7 лет, и в 8,6—12,4 раза ( $P < 0,01$ ) чаще, чем от 7 до 14 лет. В течение всех лет развернутого строительства городов частота заболеваний в дошкольных учреждениях была выше, чем у «неорганизованных» детей: у посещающих ясли — в 3,5—5,7 раза, детские сады — в 1,8—3,6 раза. В последние годы уровень заболеваемости «организованных» детей превышает средний общегородской показатель лишь в 2,9 раза, тогда как у «неорганизованных» — в 8,9 раза.

В связи с недостаточной эффективностью общепринятых мероприятий по борьбе с дизентерией и высоким уровнем заболеваемости ею в детских коллективах, нами были внедрены дополнительные профилактические мероприятия. В целях предупреждения заноса инфекции в детские учреждения была предпринята попытка оценить эффективность организации карантинизации вновь поступивших и длительно отсутствовавших (5 дней и более) детей. Функционирование карантинных групп не сопровождалось существенным влиянием на годовые показатели заболеваемости детей дизентерией. Карантинизация в целом неделесообразна, и ее можно заменить тщательным наблюдением за клиническим проявлением кишечного заболевания у детей в первую неделю пребывания их в физиологических группах.

В детских яслях и ясельных группах детских комбинатов было проведено сезонное профилактическое фагирование детей и персонала адаптированным дизентерийным бактериофагом с пективным покрытием. Препарат применялся в наиболее неблагоприятных по дизентерии учреждениях в течение всего летне-осеннего периода. Среди получавших фаг 2085 детей и сотрудников детских учреждений уровень заболеваемости дизентерией был в 3,3 раза ниже, чем в детских коллективах, где фагирование не проводилось ( $P < 0,001$ ).

В результате анализа эпидемиологической обстановки в детских дошкольных учреждениях и уровня санитарно-гигиенических знаний обслуживающего персонала установлено, что обычно проводимая санитарно-просветительная работа существенно не влияет на состояние санитарно-эпидемиологического режима в данных коллективах. Это обстоятельство обусловило необходимость разработки специальных учебных планов и программ дифференцированного гигиенического обучения различных категорий работников детских дошкольных учреждений. Такая форма обучения, осуществляемая в течение трех лет в 7 детских комбинатах, способствовала значительному улучшению их санитарно-гигиенического состояния и снижению уровня заболеваемости в 1,8 раза ( $P < 0,01$ ). Представленные данные заслуживают, на наш взгляд, внимания органов здравоохранения при разработке и проведении комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с дизентерией и прежде всего в организованных детских учреждениях.

Поступила 5 ноября 1984 г.

## РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.728.3—007.274—009.12—089.222

### ЛЕЧЕНИЕ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР И АНКИЛОЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА АППАРАТОМ ДИСТРАКЦИОННО-КОНТРАКЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ

*В. С. Муругов*

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.— проф. А. Л. Латышов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Недостаточная эффективность общепринятых консервативных методов устранения стойких сгибабельных контрактур коленного сустава вынуждает в процессе лечения переходить от одного метода к другому вплоть до применения операций, связанных с резекцией костей. Однако резекция участков костей, укорачивающая конечность, нефизиологична и не может удовлетворить ни хирурга, ни больного. Лечение сгибабельных контрактур должно, по-видимому, основываться на щадящем и бескровном удлинении всех укороченных мягких тканей. Опыт удлинения нижних конечностей показывает, что удлинение мягких тканей без нарушения их функционально-физио-