

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ  
ДЕКАБРЬ  
1971  
6

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.935—616—02—616—036.2

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИЗЕНТЕРИИ В ТАТАРСКОЙ АССР

Канд. мед. наук И. З. Мухутдинов, К. Д. Коксина, Р. М. Булаева

*Кафедра эпидемиологии (зав.—проф. В. И. Качурец) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и республиканская СЭС Минздрава ТАССР (главврач — Б. Л. Якобсон)*

В Татарской АССР за последние 10 лет заболеваемость острыми кишечными инфекциями снижена в 2,3 раза, в том числе дизентерией — на 11,2%.

В городах показатели заболеваемости дизентерией в 4 раза выше, чем на селе. Объясняется это большей скученностью, большим контактом городского населения, особенно детей, через организованные коллективы и недостатками в санитарном благоустройстве. Следует также иметь в виду, что в городах заболеваемость выявляется и учитывается полнее, чем в сельской местности. В 1960 г. в городах на один случай дизентерии приходилось 1,2 прочих кишечных заболеваний, а в сельской местности — 3,9, т. е. выявление заболеваний дизентерией в сельской местности в 3,2 раза ниже, чем в городах.

Важнейшей особенностью дизентерии последних 10 лет является резкое изменение ее этиологической структуры (рис. 2). В 1960 г. ведущая роль принадлежала шигеллам Флекснера (59,7%). В 1961 г. процент заболеваний, вызванных ими, составлял 52,7, а в 1963 г. он снизился до 31,0. Удельный вес дизентерии, обусловленной бактериями Зонне, с каждым годом повышался. В 1960 г. заболевания дизентерией Зонне составляли 24,5%, в 1963 г. — 53,1%, и с этого года бактерии Зонне стали ведущими в этиологии дизентерии республики. При подъеме заболеваемости (1966 и 1969 гг.) удельный вес шигелл Зонне был в пределах 85%, а в более благополучные годы снижался. Изменения в этиологической структуре сопровождались увеличением удельного веса дизентерии в сумме острых кишечных заболеваний и значительным повышением уровня бактериологического подтверждения дизентерии — с 25,4% в 1960 г. до 48,6% в 1969 г. Увеличение процента бактериологически подтвержденной дизентерии и рост дизентерии по отдельным годам (1963, 1966, 1969) находились в прямом соответствии с преобладанием в этиологической структуре дизентерии шигелл Зонне.

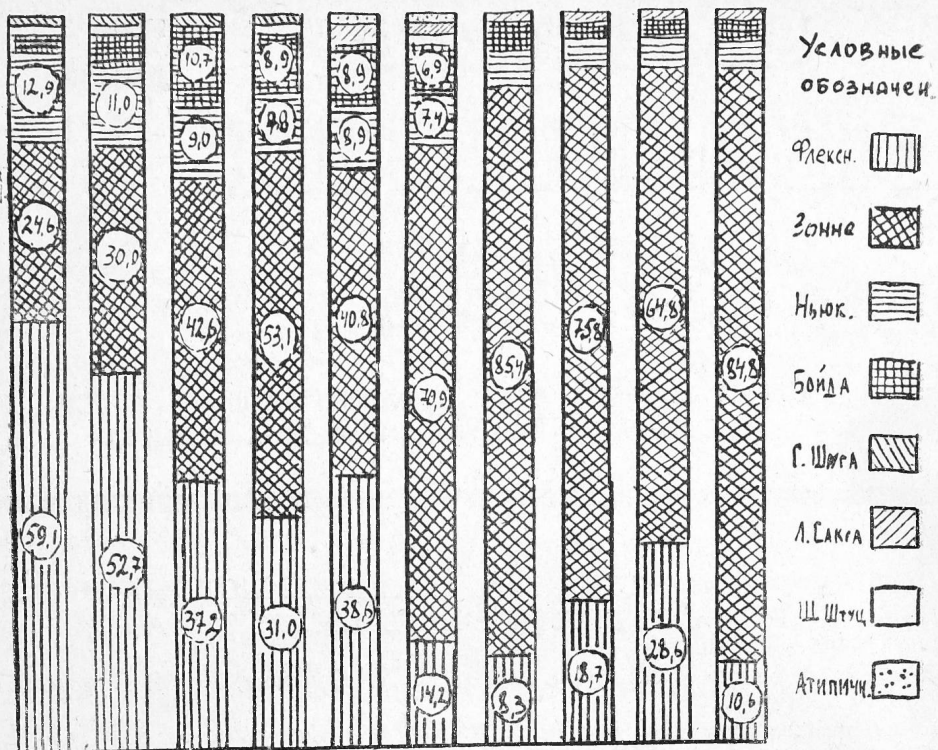


Рис. 1. Этиологическая структура дизентерии по видам шигелл.

Аналогичные данные приводят И. И. Елкин, Ю. П. Солодовников (1968).

Большая устойчивость во внешней среде микробов Зонне и их свойство длительно сохранять жизнеспособность и размножаться в различных пищевых продуктах [1, 4] привели к увеличению пищевого фактора.

В Татарской АССР до 1965 г. установленным путем передачи дизентерии был только контактно-бытовой. С 1965 по 1969 г. от 6,0 до 14,5% приходилось на пищевой путь передачи, причем ведущую роль сыграли молоко и молочные продукты. Исследования В. В. Алексеенко (1968) показали, что на Украине на пищевой путь в 1966 г. приходилось 52% случаев дизентерии с установленным механизмом передачи.

О наличии объективных предпосылок для интенсификации молочного механизма передачи свидетельствует и то, что в нашей республике, как и в целом по стране, потребление молочных продуктов населением значительно возросло; в 1965 г. оно составило 42,5 кг на человека, в 1969 г. — 67 кг, в 1970 г. — 75,9 кг.

Общеизвестно, что в распространении дизентерии имеет значение и водный фактор. Действие этого фактора находится в прямой зависимости от коммунального благоустройства. В нашей республике коммунальное благоустройство улучшается из года в год. Однако на динамике снижения заболеваемости дизентерией это не отразилось. На водный путь в 1961 г. приходилось 1,1%, а в 1968 г. — 1,8% случаев дизентерии с выявленным механизмом передачи.

По нашему мнению, только в связи с невыявлением пищевого и водного механизма передачи в эпидемиологии дизентерии контактно-бытовой путь продолжает считаться преобладающим. В 1960 г. контактно-бытовой путь передачи в ТАССР составлял 100%, а в 1969 г. — 85% случаев с установленным механизмом передачи.

В 85% заболевания дизентерией, зарегистрированные при групповых заболеваниях за 10 лет, были вызваны шигеллами Зонне, в 12% — шигеллами Флекснера и в 3% — Бойда и Ньюкестль.

Эпидемиологами на местах групповые заболевания не всегда обнаруживаются. Например, в г. Чистополе групповые заболевания в отдельных детских учреждениях были просмотрены и выявлены лишь тогда, когда возникли в нескольких детских учреждениях.

Из числа заболевших при групповых заболеваниях взрослые составили 9,4%, дети — 90,6% (87,3% от этого числа — дети дошкольных учреждений, 1,9% — неорганизованные дети и 10,8% — школьники).

Основными причинами, определяющими развитие групповых заболеваний в дошкольных учреждениях, является преобладание легких, стертых форм заболеваний, вызванных возбудителем Зонне, и, как следствие этого, несвоевременное выявление и изоляция больных, а также неполная обращаемость за медицинской помощью работников детских учреждений, больных острыми кишечными заболеваниями.

При анализе помесячного распределения заболеваний дизентерией за период с 1950 по 1969 г. констатирована сезонность подъемов, наиболее резко выраженная в 1950—1959 гг., причем подъем начинался в июне и достигал максимума в августе, а в октябре заболеваемость резко снижалась. За последнее десятилетие (1960—1969 гг.) сезонный подъем несколько сгладился. Подъем начинался в июле, достигал максимума в августе — сентябре, а снижение происходило в ноябре (рис. 2).

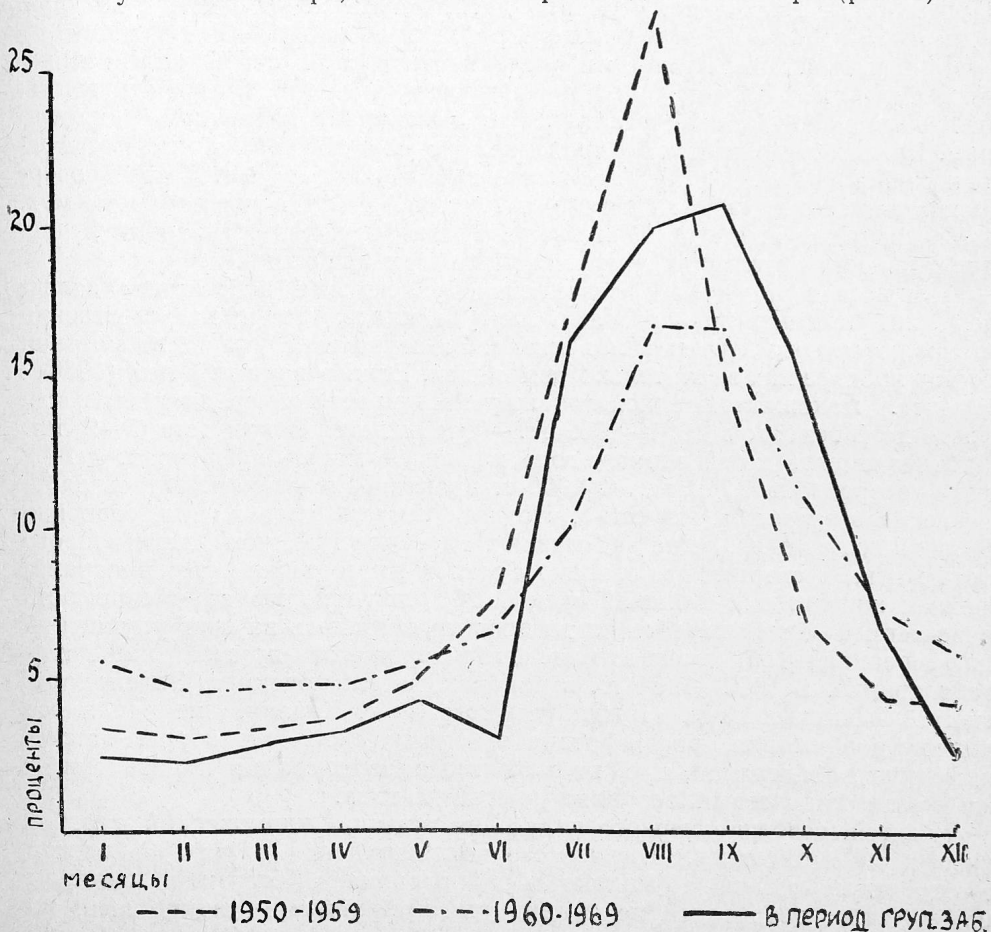


Рис. 2. Заболеваемость дизентерией в ТАССР по месяцам с 1950 по 1969 г. и в период групповых заболеваний 1960—1969 гг. (в процентах).



Если в 1950—1959 гг. на июль — сентябрь приходилось 59,9% заболеваний с пиком в августе, то в 1960—1969 гг. — 48,7% общей заболеваемости с пиком в августе или сентябре. В суммарной сезонной кривой за 1950—1959 гг. количество заболеваний в августе превысило минимум в феврале в 8,8 раза, а в аналогичной кривой за 1960—1969 гг. — в 3,7 раза. В 1950—1959 гг. пик заболеваемости в каждом отдельно взятом году приходился на август. В следующем десятилетии пик в августе наблюдался только в 1960, 1961, 1962 и 1966 гг., а в остальные годы был в сентябре. Смещение пика заболеваемости в последние годы (1963—1969) с августа на сентябрь также обусловлено, по-видимому, преобладанием дизентерии Зонне. Об этом свидетельствует материал помесячного распределения в г. Казани за 4 года (1966—1969) заболеваний дизентерией по видам возбудителя: дизентерия Зонне максимально регистрировалась в сентябре (21,4%), а Флекснера — в августе. На ход сезонного подъема заболеваемости дизентерией может влиять снижение сопротивляемости организма в условиях высокой температуры воздуха, изменение условий питания, частое потребление невымытых сырых фруктов и овощей, а также изменение питьевого режима.

При групповых заболеваниях сезонная кривая идет параллельно сезонному подъему общей заболеваемости с пиком в сентябре (20,7%); 56,7% общего числа зарегистрированных случаев при групповых заболеваниях приходится на июль—август—сентябрь.

На рост заболеваний дизентерией в июле — августе влияет и купание. При купании население, особенно дети, заглатывают воду, с которой возможно попадание возбудителей различных кишечных инфекций.

Чтобы выяснить, влияет ли численность мух на сезонную динамику дизентерии, в г. Казани был проведен учет их на контрольных пунктах; полученные данные сопоставлялись с динамикой дизентерии по месяцам. Во все изученные годы численность мух нарастала в июле—августе и снижалась в сентябре. Динамика заболеваемости в г. Казани совершенно не соответствовала ходу нарастания и спада численности мух, что, однако, не является обоснованием для отрицания их роли в распространении дизентерии и других кишечных инфекций.

При исследовании заболеваемости дизентерией в возрастном аспекте (в интенсивных показателях) мы убедились, что преимущественно поражаются дети первых 2 лет жизни. За изученный период возрастной состав заболевших значительно изменился. Если в первые 5 лет (1960—1964 гг.) максимальные показатели регистрировались среди детей в возрасте до 1 года, то в 1964—1969 гг. — среди детей в возрасте 1—2 лет. Заболеваемость детей первого года жизни снизилась в 1,5 раза, а 1—2 лет — возросла в 1,7 раза. С 1960 г. практически не изменилась заболеваемость взрослых. Известно, что дети первого года жизни, особенно первого полугодия, реже заболевают дизентерией, чем дети второго года жизни и старше, что связано с малой их подвижностью и ограниченным контактом с внешней средой. Мы считаем, что заболеваемость дизентерией детей первого года жизни снизилась за счет улучшения дифференциальной диагностики дизентерии от других кишечных заболеваний. В 1960—1964 гг. в районах, за исключением Зеленодольского, Альметьевского, Бугульминского и г. Казани, не уделялось должного внимания расшифровке этиологической структуры острых кишечных заболеваний, т. е. не выявлялись заболевания колиэнтеритами и сальмонеллезам, особенно у детей до года.

У детей, особенно первого полугодия жизни, клинический диагноз дизентерии без бактериологического подтверждения далеко не всегда соответствует истинной этиологии заболевания. Колитный синдром может быть обусловлен не только дизентерийными микробами, но и сальмонеллами, которые имеют наибольшее распространение именно среди детей раннего возраста. Наряду с указанным, снижение числа зарегистрированных случаев дизентерии в этой возрастной группе

произошло, по-видимому, и за счет уточнения статистической разработки. До 1965 г., особенно в 1960—1963 гг., большинство санэпидстанций республики в возрастную группу до года включало детей в возрасте 1 года. Рост заболеваемости среди детей 1—2 лет, по нашему мнению, связан с увеличением числа детей, посещающих дошкольные учреждения. Число детей, посещающих ясли, за последние 5 лет возросло в 2 раза. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, заражаются реже. В организованных коллективах несвоевременно выявляются заболевания дизентерией Зонне, больные длительно остаются в коллективах. В результате этого заболеваемость в дошкольных учреждениях в 1969 г. возросла по сравнению с 1964 г. в 2 раза.

Выявление источников инфекции при дизентерии в целом по ТАССР колеблется в пределах 30—40%.

За последние годы значительно возрос удельный вес больных острой дизентерией как источников инфекции за счет снижения удельного веса больных хронической дизентерией и реконвалесцентов. Удельный вес больных острой дизентерией (в числе выявленных источников инфекции) в 1960 г. был равен 59,7%, в 1964 г. — 75,2%. Больные хронической дизентерией составляли соответственно 6,8 и 14%, реконвалесценты — 17,4 и 10,8%. Заражения от больных острой дизентерией зарегистрированы в 87,6% в 1965 г. и в 91,7% в 1969 г., заражение от больных хронической дизентерией — соответственно в 3,5 и 1,3%, от реконвалесцентов — в 8,9 и 5,1%<sup>1</sup>.

Такое снижение роли больных хронической дизентерией и реконвалесцентов в передаче инфекции объясняется преобладанием в этиологической структуре дизентерии с 1965 г. шигелл Зонне, которые вызывают легкие формы дизентерии с легким поражением слизистой кишечника, дают меньше хронических форм, в связи с чем наступает более быстрое клиническое и микробное выздоровление.

В годы преобладания дизентерии Зонне и применения современных методов лечения летальность снизилась в 14 раз.

Изменение этиологической структуры и связанное с этим изменение основных эпидемиологических особенностей современной дизентерии должны повсеместно учитываться при организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на резкое снижение заболеваемости этой инфекцией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко В. В. Республиканский сборник, Киев, 1959; Мат. Всесоюз. конф. и расширенного пленума ВОЭЛМИ им. И. И. Мечникова по проблеме кишечных инфекций. М., 1968.—2. Елкин И. И. и Солодовников Ю. Н. Там же.—3. Крашенинников О. А. Там же.—4. Парфенова К. Т. и Фоменко О. О. Там же.

УДК 616—004—616.13—004.6

## О СКЛЕРОЗАХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ОРГАНОВ И АРТЕРИЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ<sup>2</sup>

Проф. Г. Г. Непряхин

*ЦНИЛ Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова*

У человека внутриутробно из мезенхимы возникает и развивается соединительная ткань, мягкие и плотные разновидности которой

<sup>1</sup> Транзитные носители зарегистрированы в качестве источников заражения в 1960 г. в 16,1% и в 1969 г. — в 1,9%.

<sup>2</sup> Доложено 8/IV 1971 г. на заседании общества патологоанатомов г. Казани.