

4. Г., 30 лет, поступила в стационар 6/II (выписана 19/II 1979 г.). За 10 дней до госпитализации появилась головная боль, субфебрильная температура, затем стала беспокоить боль в правом подреберье и в пояснице. Данные осмотра: гиперемия зева, увеличение шейных и затылочных лимфатических узлов, болезненность при пальпации в правом подреберье. Был поставлен диагноз аденовирусной инфекции, проведено лечение сульфадимезином и тетрациклином, желчегонными препаратами, витаминами.

5. Г., 15 лет, находилась в стационаре с 11/III по 19/III 1979 г. Заболевание связывает с употреблением овощного салата со сметаной. Появились боли в животе, тошнота, жидкий стул до 7 раз в сутки, повысилась температура до 39°. При осмотре отмечена болезненность по ходу толстого кишечника, особенно в области расширенной сигмовидной кишки. Патологических изменений слизистой кишечника при ректороманоскопии не обнаружено. Бактериологический анализ на выявление возбудителя дизентерии и РПГА с дизентерийным антигеном были отрицательными. Проведено лечение по поводу острого гастроэнтерита.

Во всех описанных наблюдениях возбудитель иерсиниоза был идентифицирован на 10—14-е сут. у 3 больных — серотипа 0:3 (биотип 4) и у 2 — серотипа 0:8 (биотип 1). Титр антител в сыворотке больных через 30—40 дней после бактериологического анализа в реакции НГА с убитыми культурами Иерсиния энтероколитика был от 1:100 до 1:320. Больных лечили в соответствии с поставленными им диагнозами: они получали дезинтоксикационные и стимулирующие средства, в некоторых случаях им назначали антибиотики и сульфаниламиды, к которым чувствителен возбудитель иерсиниоза. Все больные выписаны из стационара с удовлетворительным самочувствием, последующие бактериологические исследования на Иерсиния энтероколитика дали отрицательный результат.

Обнаружение случаев иерсиниоза в г. Астрахани доказывает необходимость пристального внимания врачей к этой инфекции. Заболевание, вызываемое Иерсиния энтероколитика, может встречаться и в других регионах. Вследствие малой изученности иерсиниоза и многообразия клинических симптомов важное значение в диагностике приобретают целенаправленные бактериологические исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В. С. Воен.-мед. журн., 1977, 5.— 2. Белова М. А. Журн. микробиол., 1968, 9.— 3. Ващенко Г. И. Проблемы особо опасных инфекций. Саратов, 1971, 4.— 4. Вишняков А. К. В кн.: Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. Владивосток, 1974.— 5. Корольюк А. М. Воен.-мед. журн. 1978, 6.— 6. Ющенко Г. В. В кн.: Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. Таллин, 1978.— 7. Ющенко Г. В., Гречищева Т. С. Мед. реф. журн., 1974, 12.— 8. Bercovier H. Med. Mal. Inf., 1976, 6, 10.— 9. Bilcova M., Tarabcsak M. a. o. Bratisl. lek. listy, 1973, 59, 4.— 10. Bliddal J., Kaliszana S. Acta med. scand., 1977, 201, 4.— 11. Botton Edvard J. CRC Crit. Rev. Microbiol., 1977, 2, 2.— 12. Mollaret H. H. Med. Mal. Inf., 1976, 6, 10.

Поступила 26 июня 1979 г.

УДК 616.935—084:614.79

## ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДИЗЕНТЕРИИ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ

В. А. Ефимов

Козловская центральная районная больница ЧАССР (главрач — Е. А. Ефремов)

**Реферат.** Обобщен опыт работы врача-инфекциониста в очагах кишечной инфекции. Благодаря более полному и своевременному выявлению больных и рациональной организации лечебно-профилактической работы достигнута значительное снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями, в частности дизентерией.

**Ключевые слова:** кабинет инфекционных заболеваний, дизентерия.

Одним из важных разделов работы кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) является организация раннего и полного выявления инфекционных больных. На селе в проведении этой работы оказывают помощь специалисты участковых больниц и фельдшерских пунктов.

В целях совершенствования системы выявления и предупреждения инфекционных заболеваний нами составлена и внедрена в практическую работу врача-инфекциониста КИЗ карта учета наблюдений за общавшимися в очаге инфекции. Она стала применяться с 1974 г. для изучения дизентерийной инфекции. Заполняют карту местные

медицинские работники на основании обследования лиц, бывших в тесном общении с дизентерийным больным. Наблюдение за очагом инфекции ведется в течение 7 дней со времени последнего общения с больным и одновременно в очаге организуется соответствующая санитарно-просветительная работа.

Заболевших выявляют путем тщательного опроса о состоянии здоровья обследуемых лиц. На карте делают отметку о результатах осмотра стула (о характере и кратности его), а также кожно-аллергической пробы Суверкалова. Подозрительных на заболевание дизентерией направляют с картой к врачу-инфекционисту КИЗ, который дополнительно проводит у них ректороманоскопию и назначает анализ крови на определение специфических геммаглобулинов.

Введение карты позволило врачу КИЗ систематизировать и стандартизировать учет по наблюдению за очагом инфекции, способствовало более раннему и полному выявлению дизентерийных больных в сельской местности.

Положительный опыт работы врача КИЗ сказался на улучшении диагностики дизентерии, более точной дифференциации с другими острыми кишечными инфекциями.

За счет активного выявления в первую очередь «скрытых» источников инфекции произошло снижение удельного веса вспышечного характера заболеваемости дизентерией.

Раннее выявление и своевременно начатое лечение изменили клиническую характеристику дизентерии. Так, за 1974—1977 гг. частота тяжелых форм заболевания уменьшилась в 3,7 раза; в 1977 г. у 76,8% больных дизентерией были легкие и субклинические ее формы, хотя этиологическая структура за эти годы оставалась почти неизменной: дизентерия Флекснера составила 41,5%, дизентерия Зонне — 58,5%.

Значительно снизилось количество семейных вспышек дизентерии. В 1977 г. только в 22,7% очагов дизентерия носила характер семейной вспышки, во всех других случаях «семейные очаги» ограничивались первичным заболеванием, что является прямым следствием положительного опыта работы медицинских работников сел по предупреждению этого заболевания. Начиная с 1974 г. в районе заболеваемость острыми кишечными инфекциями, в том числе и дизентерией, имеет тенденцию к снижению, и ее показатели в 2—3 раза ниже среднереспубликанских для сельской местности.

**Примечание редакции:** Образец «Карты учета наблюдений за общавшимися в очаге инфекционных заболеваний» можно запросить у автора по адресу: 429430 г. Козловка, центральная районная больница.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.935—053.3

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ

*Д. А. Якобсон, И. Л. Шаханина, А. Н. Хайрутдинова,  
Р. М. Булаева, Н. А. Воздвиженский, М. Н. Пименова*

*Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии,  
Республиканская и Казанская городская санитарно-эпидемиологические станции  
Татарской АССР*

**Реферат.** Проведены сравнительные клинико-эпидемиологические наблюдения в семейных очагах за 423 детьми, переболевшими легкой формой дизентерии Зонне и леченными в инфекционном стационаре химиопрепаратами (1-я группа), антибиотиками (2-я группа) или их сочетанием (3-я группа). Установлено, что сроки полного клинического выздоровления и бактериологического очищения организма (длительность наблюдения — 6 мес) существенно не различались при разных видах лечения. Переболевшие в 99,3% не представляли эпидемиологической опасности для окружающих лиц. Обоснована возможность ограничения антибиотиков и экономическая целесообразность применения химиопрепаратов для лечения наблюдаемой категории больных.

**Ключевые слова:** дизентерия у детей, эпидемиология, лечение, экономическая эффективность.

**Библиография:** 5 названий.

Характерными особенностями эпидемического процесса дизентерии в современных условиях являются наибольшая заболеваемость детей до 2 лет и преобладание легких форм болезни: их удельный вес у детей колеблется от 62,7 до 83,7% [2]. Легкое течение болезни затрудняет диагностику и приводит, как правило, к позднему