

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

выявлению больных, чаще всего при активном бактериологическом обследовании населения по эпидемическим показаниям и с профилактической целью. Однако эта особенность дизентерии недостаточно учитывается при проведении комплекса лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении указанного контингента. Больных легкой формой дизентерии и так называемых здоровых бактериовыделителей обычно госпитализируют (хотя и поздно) и лечат с применением антибиотиков широкого спектра действия по рекомендованным схемам. Ставшее почти обязательным, хотя нередко и необоснованно, применение антибиотиков в качестве меры обезвреживания источников инфекции сплошь и рядом не только не дает желаемого эффекта, но приводит к удлинению сроков клинического выздоровления, учащению случаев длительного бактериовыделения, возникновению рецидивов, а при длительном применении — к дисбактериозу и лекарственной аллергии, а также к значительным экономическим издержкам. В связи с этим становится все более очевидной целесообразность пересмотра схем и организации лечения больных дизентерией [2, 4]. Клинические наблюдения дают основание считать необходимым максимальное ограничение применения антибиотиков широкого спектра действия, назначение антибактериальных средств больным острой дизентерией только при наличии абсолютных клинических показаний [1, 4]. Лечение больных дизентерией (взрослых и детей) химиопрепаратами оказалось более эффективным, чем терапия антибиотиками, что выразилось, например, в более быстром очищении организма от возбудителя [3]. Имеются также наблюдения, свидетельствующие, что лечение детей (в основном 3—7 лет) с легкой формой дизентерии без применения антибактериальных препаратов вполне эффективно [5]. Этиотропная терапия не рекомендуется при позднем выявлении больных и при отсутствии длительного бактериовыделения [4]. Вместе с тем в литературе мы не встретили работ по изучению эпидемиологической роли реконвалесцентов дизентерии, леченных разными способами. В связи с изложенным нами в течение 1974—1976 гг. проведено сравнительное изучение клинико-эпидемиологической эффективности и экономической целесообразности разных методов лечения детей раннего возраста, больных легкой формой дизентерии Зонне и госпитализированных в инфекционный стационар. Клинические наблюдения проводились сотрудниками кафедры инфекционных болезней Казанского ГИДУВа и врачами казанской городской клинической инфекционной больницы № 1 под руководством проф. Д. К. Башировой.

Под специальное наблюдение были взяты дети до 3 лет, переболевшие легкой формой дизентерии Зонне (423 чел.), которые по примененным способам лечения были разделены на 3 группы. Больные 1-й группы (200) получали сульфаниламидные препараты или производные нитрофуранов и хинолинового ряда (фуразолидон, энтероцептол, интестопан, фгалазол и др.); больных 2-й группы (118) лечили антибиотиками (тетрациклином, мономицином, эритромицином); больным 3-й группы (105) было проведено комбинированное лечение антибиотиками в сочетании с указанными выше химиопрепаратами.

Эпидемиологическую эффективность лечения больных химиопрепаратами, антибиотиками или их комбинацией изучали путем сопоставления сроков клинического выздоровления и бактериологического очищения организма с частотой заражения обшавшихся с реконвалесцентом лиц в очаге.

Обязательным условием организации работы являлись преемственность и непрерывность клинико-эпидемиологического наблюдения за больными (переболевшими) во время нахождения их в стационаре и после выписки. Наблюдение за очагом (им условно считали семью) после возвращения ребенка из больницы проводили в течение 6 мес. В первые 3 мес очаг посещали по два, в последующие 3 мес — по одному разу в месяц. Первое обследование очага (в течение 15 дней после выписки, но не ранее 7 дней) проводил врач-эпидемиолог, в дальнейшем — помощник эпидемиолога. Перед каждым выходом в очаг собирали сведения о регистрации больных острыми кишечными заболеваниями в очаге и состоянии реконвалесцента (по данным районной санитарно-эпидемиологической станции и детской поликлиники). Посещение очага каждый раз сопровождалось бактериологическим обследованием реконвалесцента, окружающих его лиц, а в некоторых очагах при первом посещении — исследованием мывов с предметов окружающей обстановки. При повторном выделении возбудителя у переболевшего и для исключения нового заражения, а также для установления роли реконвалесцентов в заражении окружающих использовали результаты определения ферментативного типа шигелл. Учитывали только случаи совпадения ферментативного типа первично и повторно выделенных культур.

Для определения размера экономических затрат на лечение указанной категории больных была проведена выкопировка данных из историй болезни на специально

разработанную форму по трем выделенным группам больных. Получены сведения о всех примененных для лечения каждого больного препаратах: их дозе и длительности применения. В отношении каждого случая дизентерии определялось общее количество препарата и его стоимость. Затраты на лечение одного больного дизентерией подсчитывали суммированием стоимости по каждому препарату. Фактическую стоимость препарата на один койко-день вычисляли путем деления общей стоимости на число койко-дней.

Все 3 группы обследованных были равноценны по возрастному составу больных, срокам выявления и госпитализации, клиническому течению болезни, характеру благоустройства и санитарному состоянию жилищ. Основную часть составляли дети в возрасте одного года (41,4%) и двух лет (49,6%). Большинство больных (76,9%) было выявлено активно при бактериологическом обследовании по эпидемическим показателям (56,3%) и с профилактической целью (20,6%). При тщательном обследовании в стационаре у 54,3% детей не было обнаружено клинических проявлений болезни. В изолированных благоустроенных квартирах проживало 63,2% детей, в индивидуальных домах — 11,9%, в квартирах с водопроводом — 73,1%, с канализацией — 69,6%. Но обеспеченность жилой площадью в большей части очагов была недостаточной. Для получения фактических данных, хотя бы косвенно характеризующих уровень санитарной культуры проживающих в очаге, в 148 очагах было исследовано 1110 смывов с предметов обихода, окружающей обстановки, с рук переболевших и ухаживающих за ними лиц. В 91 очаге (61,5%) было обнаружено фекальное загрязнение этих предметов.

При обследовании переболевших после выписки из стационара бактериологическое очищение организма констатировано у 95,1%. Лишь у 21 ребенка (4,9%) повторно были выделены шигеллы того же ферментативного типа, что и в процессе болезни: у 16 больных (3,8%) — на первом месяце диспансерного наблюдения, у 2 (0,5%) — на втором; у 2 реконвалесцентов (0,5%) отмечалось двукратное выделение шигелл — у одного на 1-м и 2-м, у другого — на 2-м и 3-м месяцах наблюдения; у 11 пациентов были те или иные клинические проявления болезни при поступлении в стационар, у 9 — сопутствующие заболевания, у 8 — повторные выделения возбудителя в стационаре до или после лечения. Лишь у 1 ребенка повторное выделение шигелл сопровождалось клиническими проявлениями болезни, и ребенок был снова госпитализирован.

Сравнительный анализ эффективности разных способов лечения показал, что основные клинические критерии выздоровления (сроки нормализации стула, прекращение бактериовыделения) и длительность пребывания больных в стационаре не зависели от вида лечения. Дальнейшие наблюдения за очагами подтвердили одинаковую эпидемиологическую эффективность всех трех способов лечения больных и обезвреживания их как источников инфекции. Показатели повторного выделения возбудителя при разных видах лечения не имели существенных различий, хотя и проявили тенденцию к большей частоте при лечении антибиотиками и комбинированной терапии. Так, повторное выделение шигелл Зонне в 1-й группе переболевших наблюдалось у 5 чел. ($2,5 \pm 1,1\%$), во 2-й — у 7 ($5,9 \pm 2,2\%$) и в 3-й — у 9 ($8,6 \pm 2,7\%$), разница показателей незначительна ($P > 0,05$). При лечении химиопрепаратами бактериовыделение отмечалось только в течение первого месяца после выписки из стационара. В группе леченных антибиотиками у 6 из 7 детей бактериовыделение отмечалось на 1-м и у одного на 4-м месяце наблюдения. При комбинированном лечении выздоровление и бактериологическое очищение организма шли медленнее — 5 детей (4,8%) продолжали выделять возбудителя болезни на 1-м и 2 (1,9%) — на 2-м месяце; у 2 детей наблюдалось двукратное выделение шигелл, сопровождавшееся у одного из них клиническими проявлениями болезни.

Переболевшие дети в 99,3% не представляли эпидемиологической опасности. Лишь 3 реконвалесцента (2 из 1-й и 1 из 2-й групп) послужили источником инфекции для родителей, заболевания которых были зарегистрированы на 1-м (2 чел.) и 2-м (1 чел.) месяцах после выписки детей. От них были выделены шигеллы Зонне того же ферментативного типа, что и от детей. Повторный высеив шигелл отмечался только у одного ребенка (на 5-й день после возвращения из стационара). Но совокупность полученных данных позволила считать этих детей источником инфекции для заболевших родителей.

Анализ экономических затрат показал, что средняя стоимость лечения одного больного химиопрепаратами составила 1 р. 50 коп. и оказалась почти в 2 раза меньше, чем средняя стоимость лечения антибиотиками (2 р. 69 коп.) и антибиотиками в сочетании с химиопрепаратами (2 р. 93 коп.). Средние затраты на препараты на

1 койко-день составили в 1-й группе лечившихся 8,9 коп., во 2-й — 15,1 коп., в 3-й — 17,9 коп.

Таким образом, данные эпидемиологических наблюдений и экономических расчетов обосновывают возможность ограниченного применения антибиотиков для лечения детей раннего возраста, больных легкой формой дизентерии Зонне, и целесообразность применения в этих целях химиопрепаратов, в частности фуразолидона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аладжалова Н. Ю., Розенштейн Ф. Е., Циркин Г. С. В кн.: Внебольничная помощь инфекционным больным и вопросы лечения инфекционных больных. Саратов, 1973.—2. Библибин А. Ф., Щетинина И. Н. Там же.—3. Богданов И. Л. В кн.: Кишечные инфекции. Киев, 1972.—4. Машилов В. П., Ющук Н. Д., Туманов Ф. А. Там же.—5. Мошич П. С., Дищук И. И., Виденко А. И. Там же.

Поступила 24 октября 1979 г.

УДК 616.935—039.35:612.017.1

КЛЕТОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА ПРИ ПОВТОРНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

А. А. Сорокин, Д. К. Баширова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д. К. Баширова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучено состояние клеточного иммунного ответа в реакции специфической и неспецифической трансформации лимфоцитов *in vitro* при повторной дизентерии (1-я группа обследованных — 30 чел.), первичной дизентерии (2-я гр. — 54 чел.) и через 3—6 мес после болезни (3-я гр. — 32 чел.). У заболевших дизентерией повторно на первой неделе болезни трансформация лимфоцитов на дизентерийную лечебную вакцину была достоверно выше, чем у первично болеющих, при этом степень специфической трансформации клеток зависела от срока реинфекции. У заболевших повторно через 1—3 года она была выше, чем у заболевших через 4 и более лет ($P < 0,05$). При реинфекции через 1—3 года клеточный иммунный ответ развивается по вторичному иммунологическому типу, при реинфекции через 4 года и позднее — по первичному. Изучение гуморального иммунного ответа в РПГА показало, что у всех повторно болеющих он развивается по первичному иммунному ответу. Общий постдизентерийный гуморальный иммунитет исчезает быстрее, чем клеточный.

Ключевые слова: дизентерия, иммунитет.

2 таблицы. Библиография: 6 названий.

Ряд авторов, изучавших эпидемиологию, сроки и частоту повторного заболевания, а также сохранность специфических гемагглютининов, полагают, что постдизентерийный иммунитет сохраняется не более 2 лет [4, 5]. Нами ранее [1 а, б] было показано, что средний титр гемагглютининов становится ниже диагностического уже через 6 мес. после острой бактериологически подтвержденной дизентерии. При этом активность дизентеринчувствительных лимфоцитов (ДЧЛ) в реакции бласттрансформации лимфоцитов (БТЛ) сохраняется на том уровне, на каком она была при выздоровлении больных. Это позволило высказать предположение о значимости клеточного иммунного ответа по типу клеточной гиперчувствительности замедленного типа в иммуногенезе дизентерии.

В связи с этим представляло интерес изучение состояния активности ДЧЛ при повторной дизентерии. Исследования проведены у 30 взрослых больных с реинфекцией через 1—4 и более лет после острой дизентерии. При повторной дизентерии у 16 лиц были выделены шигеллы Зонне и у 14 — Флекснера. Вид возбудителя, вызвавшего первичное заболевание дизентерией, достоверно установить не удалось. У 18 чел. повторная дизентерия имела типичную, легкую форму и у 12 — средне-тяжелую.

Больные получали комплексное лечение, включавшее диету, антибактериальные средства, витамины.

О проявлении гиперчувствительности замедленного типа мы судили по способности лимфоцитов крови больных к бласттрансформации при стимуляции *in vitro* дизентерином в дозе 0,25 к. ед. на 3 мл культуральной среды. В качестве стимулятора использовали также дизентерийную лечебную вакцину (ДЛВ) в дозе 25 млн. микробных тел Флекснера и 12,5 млн. микробных тел Зонне на 1 мл культуральной взвеси