

Соц. здравоохранение, соц. и проф. гигиена, профпатология.

О МЕТОДИКЕ БОРЬБЫ С ЭНТЕРОТРОПНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

А. Л. Либов.

Вопросы актуальности и сравнительной ценности тех или иных противоэпидемических мероприятий являются принципиально важными, так как, неправильно интерпретированные, они могут дезориентировать врача в его практической деятельности и в некоторых случаях нанести серьезный вред делу противоэпидемической борьбы.

Целью настоящей работы является ответ на вопрос, поставленный С. В. Коломойцевым¹⁾, о сравнительной ценности двух противоэпидемических мероприятий: предохранительных прививок против брюшного тифа и дизентерии и обследования работников общественного питания на бациллоношение.

Одним из важнейших в эпидемиологическом смысле мероприятий являются противоэпидемические прививки. Начиная с первых опытов иммунизации Пфейфера и Колле (1896) в Германии, Райта в Англии (1897) не прекращаются поиски наиболее совершенного метода. Предохраняющее действие иммунизации является далеко не абсолютным и носит временный характер (до одного года при парентеральном введении вакцины), но накопленные факты с достаточной убедительностью говорят, что вакцинация против брюшного тифа является действительным средством для резкого снижения заболеваемости и смертности.

Основываясь на моих клинических наблюдениях о превалировании рудиментарных форм среди привитых при паратифе В и на экспериментальных данных Каневской, Васильевой и Гуламова о наличии одинакового процента носителей среди привитых и непривитых, Коломойцев ставит вопрос о целесообразности вакцинации работников пищевой промышленности и общественного питания, считая, что привитые представляют большую опасность с эпидемиологической точки зрения (как лица, часто дающие рудиментарные формы заболевания). Коломойцев так формулирует свой первый вывод: «не должно ли тифозно-паратифозные и противодизентерийные прививки работникам-пищевикам производить не в первую очередь, как это делается сейчас, а в последнюю».

Так как брюшнотифозные прививки обычно проводятся в сжатые сроки, в межэпидемический период, то «последняя очередь» представляет разницу в несколько декад или даже дней, ничего

¹⁾ Каз. мед. журн., № 3, 1936.

не изменяя в принципе. Этой «последней очередью» автор маскирует в выводе свою мысль, совершенно отчетливо выраженную в тексте, что с эпидемиологической точки зрения прививок производить пищеводам не следует.

Мы же, со своей стороны, считаем необходимым стать на противоположную точку зрения. «Иммунитет,—утверждает Коломойцев—получающийся в результате прививок, является лишь невосприимчивостью к болезни, но ни в коей мере не невосприимчивостью к тому или иному возбудителю». Но сама по себе прививка отнюдь не является фактором, способствующим увеличению числа носителей.

По недавно опубликованным данным В. А. Штригера, при обследовании 1640 пищеводам выяснилось, что носительство среди привитых наблюдается в 3,9%, а среди непривитых—в 4,2%. Кроме того, с эпидемиологической точки зрения представляется важным еще один факт, опубликованный в цитированной Коломойцевым моей работе. Среди переболевших паратифом В длительными бацилловыделителями (более 2 месяцев) осталось непривитых 13%, а привитых же только 5%, т. е. на моем материале прививка способствовала уменьшению процента длительного бацилловыделения среди переболевших. Поповская, Равикович и Староверова при обследовании 8591 работника общественного питания нашли 158 бацилловыделителей. Из них только 9 оказались длительными, 7 из них были выявлены по эпидемическим показаниям, и именно, они (длительные бацилловыделители. А. Л.) были источником вспышки.

Исходя из того положения, что однократное бацилловыделение дает значительно меньше шансов для возникновения эпидемической вспышки, а процент длительных бацилловыделителей даже среди реконвалесцентов (т. е. группы, дающей наибольший процент бацилловыделителей) из числа привитых, как показали мои наблюдения, меньше, следует настаивать на первоочередном и поголовном охвате прививкой всех работников пищевых профессий.

Уже тот факт, что привитые значительно реже заболевают, уменьшит несомненно опасность возникновения инфекции среди пищеводам и, следовательно, среди всех лиц, имеющих контакт с ними.

Рудиментарные случаи часто встречаются при паратифе В, но при брюшном тифе клиническая картина во всяком случае настолько выражена, что заболевающие пищеводам в большинстве случаев не могут ускользнуть от врачебного контроля, поэтому опасность появления нераспознанных рудиментарных случаев преувеличена.

С. В. Коломойцев ставит во главу угла противоэпидемических мероприятий обследование пищеводам на бациллоносительство. Присоединяясь к автору в той части его работы, где он считает необходимым улучшить методику исследования на бациллоносительство, мы хотим отметить, что на современном уровне наших знаний трудно говорить о возможности поголовного вылавливания бациллоносителей.

Американские военные лаборатории по данным Ф. Бернгофа, проведя 35376 исследований фекалий и 23511 исследований мочи, нашли брюшнотифозную палочку только в двух (! А. Л.) случаях. По данным А. А. Смэрдинцева, каждый обнаруженный бациллоноситель обошелся лабораторной сети в 15.000 рублей, причем на 70.000 исследований Гартоха среди пищевиков было выявлено 1,5% бациллоносителей.

Даже при условии, если отбросить эти поучительные данные, нельзя забывать о таких случаях, как случай Botticher'a, где подозрительная на бацилловыделение женщина обследовалась 41 раз в течение 4 лет (через месяц) безрезультатно, и, после ее смерти, из ее желчного пузыря была выделена чистая культура брюшнотифозной палочки.

Крайне интересными являются также наблюдения Беньяша, обследовавшего 28253 человек, причем процент бацилловыделения у переболевших колебался в зависимости от давности заболевания в пределах от 0,15 до 4,86, а у неболевших не превышал 0,08. К. И. Сучкова и Е. Н. Горкин нашли типичные палочки тифозно-паратифозной группы в 4,28%, а среди переболевших в 19,4%.

Эти данные позволяют считать бациллоносительство среди неболевших явлением случайным и признавать в эпидемиологическом смысле гораздо более опасной группу реконвалесцентов, среди которых наблюдаются 70—80% бацилловыделителей, в 3—5% дающих длительное бацилловыделение.

Это отнюдь не значит, что мы отрицаем необходимость исследований на бациллоносительство среди пищевиков. Мы только считаем их очень мало эффективными и отводим им подобающее их значению место в ряду других мероприятий, во всяком случае не считая их краеугольным камнем противоэпидемической борьбы.

Необходимо также указать на тот факт, что во многих случаях имеется носительство не типичных штаммов, а т. н. вариантов, часто встречающихся у реконвалесцентов и в эпидемические периоды; их эпидемиологическое значение еще недостаточно выяснено, но их необходимо иметь в виду в качестве возможного источника инфекции.

Выводы: 1. Уменьшение заболеваемости и смертности среди привитых заставляет нас признать необходимым проведение противобрюшнотифозно - паратифозной и противодизентерийной вакцинации пищевикам в первую очередь, как имеющим контакт с резервуаром вируса (сырое мясо, рыба, овощи, фрукты).

2. При обследовании на бациллоносительство вылавливаются далеко не все бацилловыделители, а лишь те, которые выделяют возбудителя в момент взятия фекалий.

3. Отводя исследованию на бациллоносительство среди пищевиков должное место в ряду остальных противоэпидемических мероприятий, мы считаем необходимым дальнейшее усовершенствование методики лабораторного исследования и подчеркиваем частоту бацилловыделения среди вновь поступающих пищевиков, а также лиц, переболевших энтеротропными инфекциями.