

Результаты этих исследований позволяют педиатру, ведущему консультативный прием, наметить, индивидуальный выбор сроков и очередности проведения той или иной иммунизации и интервалов. Вакцинация должна предшествовать селективной подготовке, включающая углубленное обследование, активную санацию, диетотерапию. После прививки необходимо продолжить наблюдение за состоянием вакцинированного.

Опыт детских поликлинических объединений Москвы, Ленинграда и других городов показал, что при строгом соблюдении всех правил вакцинации и применении щадящих методов иммунизации можно привить подавляющее большинство детей, не нанося ущерба их здоровью. Так, после получения благоприятных результатов анамнестического, клинического и лабораторного обследования перед прививкой (АКДС или ДС) следует осуществить биологическую пробу Mande: 0,1 мл препарата, разведенного в 10 раз физиологическим раствором, вводят под кожу плеча. Если общая или очаговая реакция отсутствует, то на 5-й день после пробы делают соответствующую прививку и назначают антигистаминные препараты.

Исключение коклюшного компонента, обладающего высокой аллергенной активностью, из состава АКДС вакцины снижает число реакций аллергического характера и особенно показано для детей, имеющих в анамнезе аллергические проявления со стороны дыхательных органов. С этой же целью следует рекомендовать применение АДС анатоксина с уменьшенной дозировкой входящих в нее компонентов (5 ЛФ дифтерийного и 5 ЕС столбнячного анатоксина в прививочной дозе), так называемый анатоксин АДС для подростков.

Противокоревая иммунизация детей с измененной реактивностью проводится на фоне назначения гипосенсибилизирующих средств в течение 10—15 дней до и столько же после прививок. Важно строго соблюдать способ и дозировку введения вакцины и наблюдать за привитым в кабинете не менее 3 ч, а затем установить за ним ежедневное наблюдение с измерением температуры, поскольку возможны реакции общего и специфического характера на протяжении 1—2 нед после коревой, 4—5 нед — после БЦЖ.

Иммунизация живыми вакцинами с угнетением Т-системы иммунитета опасна развитием прогрессирующей инфекции с длительной персистенцией вируса в организме. Для успешной иммунизации детей необходимо учитывать исходный уровень антител [1].

Таким образом, консультативные кабинеты по иммунопрофилактике при наличии иммуноаллергологических исследований позволяют селективно решать тактику проведения профилактических прививок в спорных случаях, составлять индивидуальный план прививок, выборочно проверять качество иммунизации, а главное — не увеличивать без объективных оснований число детей с противопоказаниями к проведению профилактических прививок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колпачихин Ф. Б. Интраназальная ревакцинация против дифтерии детей школьного возраста. Автореф. канд. дисс., Казань, 1966.

Поступила 1 марта 1982 г.

УДК 616.981.49—036.2 (470.41)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ В ТАТАРСКОЙ АССР

*И. З. Мухутдинов, Д. А. Якобсон, О. М. Камитова, К. Д. Коксина,
Р. М. Булаева, А. М. Гадельшина, Л. В. Герасимова, З. М. Исмагилова,
Ф. Г. Андержанова, Э. П. Бочарова, В. У. Зиманова, Г. В. Данилина*

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии (директор — канд. мед. наук Т. А. Башкирев), Республиканская СЭС (главврач — Б. Л. Якобсон) МЗ ТАССР, СЭС (главврач — Н. В. Пигалова) г. Казани

Резюме. Охарактеризованы основные закономерности эпидемического процесса сальмонеллезов в Татарской АССР за 1960—1980 гг. На различных административных территориях эпидемический процесс сальмонеллезов имеет общие закономерности. Рост заболеваемости с 1976 г. обусловлен в основном внутрибольничным распространением болезни среди детей раннего возраста.

Ключевые слова: сальмонеллезы, эпидемиология, заболеваемость.

Библиография: 10 названий.

Сальмонеллезы в последние годы привлекают все большее внимание исследователей в нашей стране и за рубежом в связи с их широким распространением и, в отличие от других кишечных инфекций, повсеместным ростом заболеваемости [1, 4, 7, 8].

В США ежегодно регистрируется до 2 млн. случаев этого заболевания среди населения, экономический урон доходит до 300 млн. долларов. В ФРГ число заболеваний сальмонеллезом с 1965 по 1975 г. возросло в 5 раз [7], в СССР с 1962 по 1979 г.— более чем в 7 раз [5], в РСФСР с 1969 по 1978 г.— в 4,1 раза. При этом имеются основания, что фактическая заболеваемость гораздо выше регистрируемой.

Характерными чертами современного сальмонеллеза являются непрерывное увеличение числа циркулирующих серотипов возбудителей и широкий обмен ими между отдельными территориями, обширное распространение сальмонелл в окружающей среде, преимущественное поражение детей раннего возраста, рост внутрибольничного распространения инфекции.

Разработка правильной тактики борьбы с сальмонеллезной инфекцией невозможна без знания закономерностей эпидемического процесса на конкретной территории. Целью нашей работы было изучение эпидемиологических параметров сальмонеллезной инфекции в Татарской АССР.

Как и повсеместно, заболеваемость сальмонеллезом в Татарии увеличивается. До 1976 г. она имела небольшую тенденцию к росту. В 1976 г. произошел резкий скачок по сравнению с 1975 г., и заболеваемость возросла почти в 3 раза. В последующем тенденция к росту сохранялась, хотя в отдельные годы (1977, 1980) наблюдался некоторый спад заболеваемости.

До 1975 г. в республике не отмечалось летальных исходов от сальмонеллезом. В 1975—1980 гг. показатель летальности составлял от 0,3 до 1,8%. При этом в 1976 и 1977 гг. он был выше, чем в остальные годы. Все умершие от сальмонеллезом — дети первого года жизни, у которых заболевание протекало на фоне других соматических нарушений: острых респираторных заболеваний, пневмонии, сепсиса, врожденных аномалий и пр.

За весь период исследования городские жители болели чаще сельских в 2—7 раз. Одной из возможных причин этого различия является недостаточно полное выявление больных сальмонеллезом в сельских районах. Например, в 1967 г. в сельской местности было обнаружено всего трое таких больных. Динамика заболеваемости в обеих группах населения совпадала с динамикой общей заболеваемости сальмонеллезом. Во все годы регистрации болезни значительная часть больных (35—72%) выявлялась в Казани.

Произошли существенные изменения в возрастной структуре сальмонеллезом. До 1976 г. самой поражаемой группой были взрослые — на их долю приходилось 45—87% больных данной инфекцией. С 1976 г. резко увеличилось число детей, вовлеченных в эпидемический процесс и составивших в последующие годы 67—76% всех учтенных больных. Наиболее часто они подвергались заражению в первые два года жизни, при этом их доля среди больных детей достигала в отдельные годы 84%.

Анализ возрастной динамики заболеваемости сальмонеллезом позволил установить, что тенденция к возрастанию в 1975 г. наблюдалась во всех возрастных группах; исключением были дети до 2 лет. В 1976 г. произошел резкий подъем заболеваемости детей первых двух лет жизни, в последующие годы эта тенденция сохранялась. Среди детей 3—14 лет выраженного подъема в 1976 г. не отмечалось. Позднее заболеваемость в данной возрастной группе стала постепенно увеличиваться в основном за счет детей младших возрастов. В группе старше 14 лет она оставалась практически стабильной с 1976 г. Таким образом, можно отметить, что увеличение заболеваемости сальмонеллезом, наблюдавшееся с 1976 г., произошло за счет детей раннего возраста.

При анализе динамики заболеваемости установлено, что с 1966 по 1975 г. сальмонеллезами болели чаще (в отдельные годы в 4—8 раз) так называемые организованные дети, чем их неорганизованные сверстники. С 1976 г. на фоне общей активизации эпидемического процесса сальмонеллезы получили более широкое распространение среди неорганизованных детей, заболеваемость которых в 1976 г. возросла по сравнению с таковой в 1975 г. в 16,6 раза и в последующем имела тенденцию к увеличению. Среди организованных детей в эти же годы она оставалась в пределах обычных колебаний и была в 3—6 раз меньше заболеваемости сверстников, не посещающих дошкольные учреждения.

Анализируя этиологическую структуру сальмонеллезом, следует отметить, что на многих территориях СССР и за рубежом в последние годы преобладает *Salmonella typhimurium* [2, 3, 6, 9, 10]. В Татарии ее циркуляция наблюдалась во все годы регистрации сальмонеллезом. С 1976 г. сальмонеллы данного серотипа стали в республике доминирующими, обуславливая до 96% всех заболеваний. Из других серотипов наиболее часто выделяются *S. enteritidis*, *S. heidelberg*, *S. derby*, *S. dublin*, *S. invernensis*. Всего за период с 1960 по 1980 г. в Татарии отмечена циркуляция от 19 до 51 различных серотипов.

В Казани по эпидемиологическим показаниям ежегодно более половины больных распознается активно при бактериологических обследованиях с профилактической целью, а также при контрольных обследованиях переболевших во время диспансерного наблюдения и перед выпиской из стационара после перенесенного острого кишечного заболевания несальмонеллезной этиологии. Эти данные показывают, что при современных сальмонеллезах, как и при других острых кишечных заболеваниях, фактическая заболеваемость значительно выше регистрируемой.

Большая часть заболеваний была отмечена в республике в виде спорадических случаев. Первая вспышка сальмонеллеза в Татарии была зафиксирована в 1969 г. В последующие годы удельный вес заболеваемости, связанной со вспышками, составлял от 1,2 до 18,4%. С 1976 г. произошли изменения в характере вспышек. Если раньше все регистрируемые в Татарской АССР групповые заболевания относились к пищевым токсикоинфекциям, то в последние годы ежегодно констатируются внутрибольничные вспышки сальмонеллезом в родовспомогательных учреждениях, детских, соматических и инфекционных больницах. Такие вспышки обычно возникали в осенне-зимний период, характеризовались растянутостью во времени, относительно небольшим числом больных. Источниками инфекции являлись, во-первых, дети — больные и бактериовыделители, поступившие в стационары с диагнозами: кишечная инфекция неясной этиологии, клиническая дизентерия, ОРЗ, пневмония, во-вторых, матери, находившиеся в больнице по уходу за больными детьми, и, наконец, бактериовыделители из числа обслуживающего персонала. Заболевания передавались контактно-бытовым путем. При этом источник инфекции часто было невозможно установить. Кроме вспышек и групповых заболеваний, сальмонеллез в больницах наблюдался в виде единичных случаев, связи между которыми выявить не удавалось. На внутрибольничный характер заражения указывало появление симптомов заболевания, высева возбудителя на 4—7-е сутки и в более поздние сроки после госпитализации больного в стационар по поводу соматической патологии при контрольном или диспансерном бактериологическом обследовании после перенесенного острого кишечного заболевания несальмонеллезной этиологии.

Особенно высок удельный вес внутрибольничного сальмонеллеза в крупных городах: Казани, Брежнев, Нижнекамске, Альметьевске, Зеленодольске. Так, в Казани с 1976 по 1980 г. внутрибольничные сальмонеллезы составляли от 19 до 41%, в Брежнев в 1979 г.—41%, в 1980 г.—33,8%. Самой поражаемой возрастной группой были дети: на их долю в эти годы приходилось 82—94% всех случаев внутрибольничного инфицирования, при этом 69—92% составляли дети первых двух лет жизни. Основными причинами внутрибольничных вспышек являлись отсутствие настороженности к заболеванию сальмонеллезом, недостаток в медицинском обслуживании больных и нарушения санитарно-противоэпидемического режима в стационарах различного профиля.

Как и в других регионах страны в Татарии при внутрибольничных сальмонеллезах выделялся так называемый госпитальный штамм *S. typhimurium*. Регистрировались также отдельные вспышки и случаи внутрибольничного инфицирования, вызванные *S. heidelberg*, *S. derby* и др.

Приведенные материалы показывают, что эпидемический процесс сальмонеллезом в Татарской АССР и на других административных территориях страны имеет общие закономерности развития. Рост заболеваемости в республике, наблюдавшийся в последние годы, произошел за счет увеличения внутрибольничной заболеваемости детей раннего возраста. Поэтому именно у них проблема сальмонеллезом является особенно актуальной, требует дальнейшего изучения и разработки эффективных профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбузова А. А. В кн.: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда эпидемиологов и микробиологов. М., 1978.—2. Иванова Л. М., Бершакова К. Г. Там же.—3. Канев Э. Ф. В кн.: Острые кишечные инфекции. Л., 1979.—4. Облапенко Г. П. Там же.—5. Покровский В. И., Килессо В. А., Ющук Н. Д., Сов. мед., 1981, 5.—6. Bloch M. a. o. Rev. Inst. invest. med., 1979, 8, 1.—7. Kelly W. R. J. Irish. Med. Assoc., 1979, 72, 31.—8. Le Minor L. Bull. Acad. nat. med., 1980, 164, 6.—9. Metz H., Lieb U., Zbl. Bakt. I. Abt. Orig., 1980, 1, B, 171, 2—3.—10. Yoshikawa T. T. a. o. West. J. Med., 1980, 132, 5.

Поступила 20 июня 1982 г.

УДК 616.936—036.2(470.41)

КРАЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МАЛЯРИИ

Д. Б. Яход, Л. И. Фоменкова, Н. А. Ахмедшин

Республиканская санэпидстанция МЗ ТАССР (главрач — Б. Л. Якобсон)

Реферат. В ТАССР за последние 3 года отмечены завозные случаи малярии. При медицинском обслуживании больных был допущен ряд ошибок, которые могли привести к возникновению местных случаев заболевания. С целью сохранения эпидемиологического благополучия в республике необходимо проводить полный комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Ключевые слова: малярия, эпидемиология.

Библиография: 7 названий.