

Б. О. АНДЖЕЛЯН

НЕКОТОРЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПОНОСНЫХ (ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ И ДИЗЕНТЕРИЕПОДОБНЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ

Детские поносы часто протекают по типу энтеритов, энтероколитов, либо напоминают диспепсию и поэтому обычно рассматриваются как заболевания неинфекционной природы. Однако многочисленные исследования путем клинико-бактериологического и патологоанатомического изучения доказывают инфекционный характер таких поносов. Важно, что дизентерия в этиологии детских поносов играет большую роль. Заболевание дизентерией может выражаться далеко не одинаково и зависит от индивидуальной реактивности.

Под нашим наблюдением находились дети и обслуживающий персонал трех здоровых детских коллективов (детские ясли, детский сад, детский дом дошкольного возраста). Следует отметить, что детские ясли и детский сад находились в одном помещении, но с отдельным входом и хозяйством. Бактериологические посева производились на месте для получения точных ответов и сразу же доставлялись в лабораторию. Среди обслуживающего персонала бактериологические исследования во всех случаях дали отрицательный результат.

В течение ряда последних лет дизентерийная инфекция больше поражает детей, чем взрослых. Следует отметить, что у детей нередко удается обнаружить микробы дизентерии независимо от того, болели ли они в прошлом дизентерией или нет. Обнаружение дизентерийных микробов у этих детей толковалось как носительство дизентерийной инфекции.

Из 185 исследованных детей только у 9 были обнаружены микробы дизентерии; из них 3 были из детских ясель, 2—из детского сада, 4—из детского дома.

Многими исследователями и нами доказано, что результаты бактериологических исследований в значительной степени зависят от их кратности. При многократных исследованиях удается обнаружить микробы дизентерии. Первыми двумя исследованиями выделяются возбудители дизентерии гораздо меньше, чем при 4—5-и 6-кратном исследовании.

Путем тщательного опроса родителей и изучения историй развития детей выясняется, что у большинства детей с положительными результатами в анамнезе значатся желудочно-кишечные заболевания, в том числе и дизентерия.

Ребенок Т. А., 6 лет, из детского сада. При первом же бактериологическом исследовании обнаружены микробы дизентерии группы Флекснера, агглютинировавшиеся в

высоком титре (1 : 1600). У ребенка была дисфункция кишечника, стул неустойчивый, жидкий, но без примесей патологических элементов. Температура субфебрильная. Бактериологические исследования, произведенные на дому среди всех членов семьи, дали отрицательный результат; в анамнезе желудочно-кишечные заболевания отрицались. Родители указали, что у ребенка за несколько месяцев до обследования был понос, который прошел незаметно.

Ребенок К. А., 1 год, из детских ясель. Троекратно подвергался бактериологическим исследованиям; во всех случаях получены отрицательные результаты; микробы дизентерии не обнаружены. Через несколько месяцев ребенок заболел дизентерией тяжелой формы и был госпитализирован.

После выздоровления, на основании трех отрицательных бактериологических исследований, был выписан и возвращен в ясли. Возбудители дизентерии в стационаре не были выявлены; диагноз был установлен на основании клинических проявлений. В результате наших частых исследований в кале был обнаружен микроб дизентерии группы Флекснера, а также некоторое выпадение прямой кишки, что является столь характерным при хронических и затяжных формах дизентерии. Ребенок снова был направлен на стационарное лечение.

Ребенок С. В., 3 года, из детского дома. Болела дизентерией и лечилась в стационаре, где многократные бактериологические исследования давали отрицательный результат.

Нами произведенные бактериологические исследования выявили дизентерийные микробы группы Флекснера. Это рассматривалось как носительство, и ребенок был переведен в изолятор, где проводился комплекс противодизентерийных мероприятий. Стул время от времени становился неустойчивым. В дальнейшем, несмотря на многократные исследования, были получены отрицательные результаты.

Работами ряда авторов показано, что характер стула не имеет особого значения для обнаружения в нем дизентерийной палочки. По данным литературы, дизентерийная палочка была выделена при нормальном стуле почти в половине случаев. Длительное носительство дизентерийной инфекции немыслимо без явлений затишья на короткое или длительное время. Практические врачи же обычно не обращают внимания на кратковременно наблюдаемый жидкий стул.

Надо полагать, что когда в течение длительного времени при периодически повторяющихся кишечных расстройствах даже изредка обнаруживаются дизентерийные микробы, то все равно это принимается за носительство или хроническую дизентерию. Эпидемическое значение этих двух форм заражения неодинаково; также неодинаковы мероприятия, которые должны приниматься в отношении их.

Так называемые здоровые носители дизентерийных микробов в подавляющем большинстве случаев являются больными дизентерией. Здоровые носители эпидемиологически меньше опасны, чем больные, и тем не менее они должны рассматриваться как возможный источник инфекции и стать объектом наблюдения санитарно-эпидемиологических организаций.

Результаты наших наблюдений говорят о том, что с помощью тщательных бактериологических исследований дизентерия выделяется и из группы диспепсий. Известно, что легкие формы бактериальной дизентерии нередко протекают весьма атипично; при этом клинические проявления бывают настолько неясно выражены, что в практике они часто оши-

бочно принимаются за вульгарные поносные заболевания (разные диспепсии и другие кишечные «невинные» заболевания). В этом заключается одна из причин большого процента ошибочных диагнозов, т. е. несовпадений диагнозов с клиническими.

Все это говорит за то, что в вопросе диагностики дизентерийных и дизентериеподобных заболеваний в каждом отдельном случае требуется индивидуальный подход с учетом клинического полиморфизма и лабораторных данных, что, на наш взгляд, очень важно для правильной организации лечебных и эпидемиологических мероприятий.

Кафедра эпидемиологии
Ереванского медицинского института
Армянский педагогический институт
им. Х. Абовяна

Поступило 28/XII 1964 г.

Բ. Հ. ԱՆՋԵԼՅԱՆ

ԴԻՉԵՆՏԵՐԻԱՅԻՆ ԵՎ ԴԻՉԵՆՏԵՐԻԱՆՄԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՍԱՀՄԱՆՎԱԾ ՄԻ ՔԱՆԻ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Բակտերիային դիզենտերիան մանկական լուծերի էթիոլոգիայում կարևոր դեր է խաղում: Մեր դիտարկման տակ են գտնվել առողջ մանկական երեք հիմնարկների (մսուր, մանկապարտեզ և նախադպրոցական հասակի մանկատուն) երեխաներն ու սպասարկող անձնակազմը: Սպասարկող անձնակազմի շրջանում կատարված բակտերիոլոգիական բոլոր քննությունները տվել են բացասական արդյունք, մինչդեռ հետազոտված 185 երեխայից միայն 9-ի մոտ են հայտնաբերվել դիզենտերիային մանրէներ: Հարուցիչների տեսակային պատկանելիությունը որոշելու համար անցկացված քննությունները պարզեցին, որ նրանց 88,9% -ը Ֆլեքսների տիպի է, իսկ 11,1% -ը՝ Ջոննե տիպի:

Ծնողներին մանրակրկիտ հարց ու փորձի ենթարկելու և երեխաների զարգացման պատմությունները ուսումնասիրելու միջոցով պարզվեց, որ դրական արդյունք տված երեխաների մեծամասնության անամնեզում նշվում են ստամոքսա-աղիքային հիվանդություններ, ընդ որում նաև դիզենտերիա:

Այսպես կոչվող դիզենտերիային առողջ պարազիտակիրները, ճնշող մեծամասնությամբ, հանդիսանում են դիզենտերիայով հիվանդներ և այս տեսակետից, նրանց էպիդեմիոլոգիական նշանակությունը որպես վարակի աղբյուր ոչնչով չի դիջում բացահայտ հիվանդներին, ուստի նրանք պետք է գտնվեն սանէպիդ կայանների հսկողության ներքո:

Երևանի մանկական հիվանդանոցներից մեկին վերաբերող մեր սեփական դիտողությունները ցույց են տվել, որ ստամոքսա-աղիքային սուր խանգարումների որոշակի մասը իրենից ներկայացնում է դիզենտերիայի ատիպիկ ձևեր: Այսպես, օրինակ, կղանքի բակտերիոլոգիական բազմակի քննության նյութերով տարբեր բնույթի դիսպեպսիաներից 4,4—29,8% -ը լաբորատոր եղանակներով ճանաչվել է որպես դիզենտերիա:

Այսպիսով, դիզենտերիային և դիզենտերիանման հիվանդությունների ախտորոշման ժամանակ պետք է հաշվի առնել ոչ միայն կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական տվյալները, այլև լաբորատոր հետազոտության արդյունքները, քանի որ ճիշտ և ժամանակին ախտորոշումը ունի ոչ միայն բուժական, այլև խոշոր էպիդեմիոլոգիական նշանակություն: