

Б. О. АНДЖЕЛЯН

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭТОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Показано, что эпидемиологически опасными должны считаться не только острые, но и хронические формы дизентерии, которые зачастую формируются у детей из числа дизентериеподобных заболеваний, имеющих легкое, атипичное течение.

Бактериальная дизентерия относится к числу часто встречаемых кишечных инфекционных заболеваний. Для этого заболевания характерна полиэтиология, вызываемая группой родственных дизентерийных возбудителей, таких как палочка Шига, Флекснера, Зонне и др.

В литературе имеется много исследований, посвященных бактериальной дизентерии, одного ее хроническая форма изучена недостаточно [1, 6, 16]. В связи с этим в настоящей работе дана клинико-эпидемиологическая характеристика хронической дизентерии у детей и показана ее роль в эпидемиологии этой инфекции.

Существует много теорий и предположений о причине развития хронической дизентерии. В настоящее время вопросы патогенеза, а также многие стороны клиники, терапии, эпидемиологии и профилактики хронической формы дизентерии недостаточно известны. В этом заключается одна из причин, не позволяющих более эффективно осуществлять лечебные и профилактические мероприятия при бактериальной дизентерии.

М. Е. Сухарева [18] считает, что переходу острой формы дизентерии в хроническую у детей способствуют возраст, поздние сроки госпитализации, нерациональная терапия, а также наличие таких характерных для детей заболеваний, как экссудативный диатез, рахит, глистная инвазия, гипотрофия. Л. В. Громашевский [14] наблюдал переход острой дизентерии в хроническую (в 5—10% случаев) при ослабленном иммунитете. В условиях юга особое значение придается солнечной радиации, способствующей снижению сопротивляемости организма, ослаблению желудочного барьера и проникновению инфекции в кишечный тракт [3, 12, 16]. По мнению И. Д. Ионина [15], хроническая дизентерия возникает чаще у тех лиц, которые имеют пониженную сопротивляемость слизистой оболочки толстого кишечника.

Ряд авторов [1, 6, 9, 12, 16] отмечают, что в формировании хронических форм дизентерии имеют значение индивидуальные особенности организма, его иммунобиологическая реактивность, обусловленная возрастом и состоянием организма, а также свойства возбудителя. По данным ряда авторов [9, 12, 16], частота перехода острой формы дизентерии в хроническую колеблется в пределах от 2 до 30%, а частота формирования хронической дизентерии у детей—от 1,3 до 5,3% [4, 17].

Известно, что хроническая дизентерия представляет собою один из главных источников рассеивания дизентерийной инфекции в окружающую среду [6]. Циркуляция дизентерийной инфекции во внешней среде поддерживается не столько за счет острых форм дизентерии, имеющих

короткую продолжительность, сколько хронических форм, характеризующихся длительным, затяжным течением болезни, с периодически повторяющимися обострениями.

Посевы испражнений детей, больных дизентерией, дают высокую высеваемость дизентерийных палочек не только в ранних, но и в поздних стадиях болезни. При этом число положительных результатов колеблется от 42 до 91% в зависимости от повторности исследования, а также характера стула и продолжительности болезни. Но у больных с хронической формой дизентерии выделение бактерий во внешнюю среду бывает непостоянным, к тому же возбудители обладают сравнительно меньшей вирулентностью [7, 9]. М. Е. Сухарева [18] подвергла бактериологическому анализу испражнения детей, перенесших в прошлом дизентерию, и выявила большой процент больных хронической дизентерией. При этом дизентерийные палочки в тот или иной период болезни обнаружены у 70% детей.

Эпидемиологически опасными должны считаться рецидивирующие формы хронической дизентерии, при которых клинические обострения чередуются с периодами клинического благополучия, имеющими длительность от нескольких недель до нескольких месяцев. По нашим данным [1], повторная заболеваемость дизентерией у детей встречается в 5,3—8% случаев, т. е. эти дети болеют хронической формой дизентерии. Жалобы на поносные заболевания с периодическим обострением и «затишьем» в прошлом указывают на наличие хронической формы болезни. В таких случаях изучение анамнестических данных с целью выявления рецидивирующих форм хронической дизентерии имеет важное значение.

Ряд авторов [10], обследуя больных хронической формой дизентерии в общежитиях, выяснили, что в общежитиях, где подобные больные не проживали, наблюдалось обычное сезонное повышение заболеваемости. И наоборот, при наличии таких больных рост заболеваемости дизентерией был в два раза выше, причем основную массу заболевших (66,7%) составляли дети до 3-летнего возраста. Примечательно, что у лиц, находящихся в контакте с подобными больными, при бактериологических исследованиях также были получены положительные результаты.

На протяжении 1983—1984 учебного года в некоторых школах г. Еревана нами обследовались 277 детей младшего школьного возраста. Среди прочих были выявлены хронические формы заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые у детей 6-летнего возраста составили 39,7, 7-летнего—39,6% [5].

Дизентерийное бактерионосительство среди детей дошкольных учреждений наблюдается чаще, чем случаи истинного заболевания дизентерией, а при 5-кратных бактериологических исследованиях испражнений у детей оно выявлено в 4,5% случаев [1]. Н. А. Гаспарян [12] на основании бактериологического исследования детей, больных хроническими формами заболеваний кишечника, дизентерийную природу установила в 28,7% случаев.

Бактерионосительство при дизентерии продолжает оставаться предметом изучения не только эпидемиологов и бактериологов, но и тера-

пептов-инфекционистов. При комплексном изучении длительно протекающего дизентерийного бактерионосительства во многих случаях также обнаруживается рецидивирующая дизентерия хронической формы с периодически повторяющимися, но незаметными обострениями болезни.

Следует отметить, что в наши дни дизентерия отличается большим разнообразием клинических проявлений, начиная от выраженных форм до самых легких. У детей наблюдается значительное количество атипичных, стертых форм дизентерии [2, 4, 5, 13], которые нередко ошибочно принимаются за невинные поносные заболевания, «вульгарные» детские поносы, различные диспепсии, а также колиты и энтероколиты. Конечно, не все поносные заболевания имеют дизентерийное происхождение. Однако при комплексных клинико-эпидемиологических и бактериологических исследованиях выясняется, что определенная их часть все же имеет дизентерийную этиологию. М. И. Блинова [8] при обследовании детей с затяжными рецидивирующими поносами положительные результаты обнаружила в 10—20% случаев.

Эпидемиологически опасными должны считаться не только выраженные формы болезни, но и атипично протекающие стертые формы с неразвернутым кишечным синдромом. Наряду с этим следует указать, что хронические колиты и энтероколиты в большинстве случаев также представляют собой затяжную форму хронической бактериальной дизентерии, являясь резервуаром дизентерийной инфекции. Результаты исследований А. С. Бендерской и некоторых других авторов [7, 16] показали, что у таких больных дизентерийные микробы выделяются в 40%, а у больных с острыми формами колита—в 30% случаев.

М. К. Войно-Ясенецкая [11] при обследовании 110 трупов лиц, умерших от хронического колита, и 31 трупа детей в возрасте до 3 лет, умерших от хронического колита и диспепсии, в 69,1% случаев обнаружила дизентерийные палочки.

Таким образом, хроническая форма бактериальной дизентерии должна рассматриваться как особая нозологическая форма заболевания. Хронические поносные заболевания у детей с периодически повторяющимися рецидивами болезни, а также хронические колиты и энтероколиты в большинстве случаев представляют собой хроническую форму бактериальной дизентерии. Раннее обнаружение хронических и особенно рецидивирующих форм дизентерии является главнейшей мерой профилактики в борьбе с бактериальной дизентерией.

Курс гигиены детей и подростков
Армпединститута им. Х. Абовяна.

Поступила 22/X 1986 г.

Ք. Հ. ԱՆՁԵԼՅԱՆ

ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ԽՐՈՆԻԿ ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ԱՅԴ ԻՆՅԵԿՑԻԱՅԻ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱՅԻՄ

Զգագող բնույթի մանկական լուծերը մածմասամբ հանդիսանում են որպես բակտերիալ դիզենտերիայի խրոնիկական ձևեր ոչ արտահայտված աղիքային սինդրոմի առկայությամբ:

Ստացված տվյալների համաձայն խրոնիկ դիզենտերիան երեխաների մոտ կազմում է 5,3—8%: Հաճախ այն մնալով բժիշկների ուշադրությունից դուրս, ժամանակին չէ հայտնաբերվում: Դրա հետևանքով ձևավորվում են դիզենտերիայի ինֆեկցիայի նոր աղբյուրներ, որոնք տարածում են դիզենտերիայի մանրէներ-հարուցիչները արտաքին միջավայրում:

B. O. ANJELIAN

THE ROLE OF CHRONIC DYSENTERY IN EPIDEMIOLOGY OF THIS INFECTION IN CHILDREN

It is shown that the chronic forms of dysentery parallel with the acute ones must be counted epidemiologically dangerous, as in children they often may be formed by a number of dysentery-like diseases with light and atypical course.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Анджелян Б. О. Дисс. канд. Ереван, 1953.
2. Анджелян Б. О. Арохчапутюн МЗ Арм ССР, 1981, 5, с. 15.
3. Анджелян Б. О. Здоровье, 1982, 8, с. 12.
4. Анджелян Б. О. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм ССР, 1984, 4, с. 386.
5. Анджелян Б. О. В сб. научн. трудов кафедры школьной гигиены МГПИ им. В. И. Ленина. М., 1987.
6. Бароян О. В. Актуальные вопросы современной эпидемиологии. Ереван, 1981.
7. Бендерская А. С. Педиатрия, 1949, 3, с. 71.
8. Блинова М. И. Педиатрия, 1957, 4, с. 85.
9. Бодня И. А., Герчиков А. Д., Мазурин А. В. и др. Хронические заболевания кишечника у детей. Ташкент, 1986.
10. Бурова Т. В., Яхнина Н. А., Шатров И. И., Мордвинова Н. Б., Кузнецова Н. С. Педиатрия, 1961, 5, с. 70.
11. Войно-Ясенецкая М. К. ЖМЭИ, 1940, 7, с. 88.
12. Гаспарян Н. А. Дисс. канд. Ереван, 1951.
13. Григорян А. Д. Педиатрия, 1962, 4, с. 39.
14. Громяшевский Л. В. Механизмы передачи инфекции. Киев, 1958.
15. Ионин И. Д. Педиатрия, 1935, 4, с. 52.
16. Манвелян Р. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика дизентерии. Ереван, 1960.
17. Неустроева И. П., Ключко К. Н., Коршунов М. Ф. В кн.: Руководство по инфекционным болезням у детей (под ред. С. Д. Носова). М., 1980, с. 426.
18. Сухарева М. Е. Педиатрия, 1951, 5, с. 11.

Р Е Ф Е Р А Т Ы

УДК 613.955+616.8—053.2

С. А. АСЛАНЯН

ВРЕМЯ РЕАКЦИИ НА СВЕТОВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ У ДЕТЕЙ ШЕСТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА г. ЕРЕВАНА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ

Приводятся результаты исследования функционального состояния центральной нервной системы по времени реакции (ВР) на световой раздражитель у 404 детей шестилетнего возраста, обучающихся при раз-