

7. Мелконян М. М., Мелик-Агаева Е. А., Мхитарян В. Г. Ж. Экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1986, 4, с. 322.
8. Плацер З., Видлакова Т., Кужела Л. Чехословацкое мед. обозр., 1970, 16, 1, с. 30.
9. Boyer P. D. J. Amer. Chem. Soc., 1954, 76, 17, 4331.
10. Rattner B. A., Michael S. D., Altland P. D. J. Appl. Physiol.: Respir., Environ. and Exercise Physiol., 1983, 55, 5, 1408.
11. Wolf U., Shwille P. O., Engelhart W. Res. Exp. Med., 1981, 179, 3, 229.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М. А. АЛЕКСАНИЯН, Г. Б. ГУКАСЯН, В. Д. ОГАНЕСОВА,
Т. С. ХАЧАТРЯН, Н. Г. БУДАГЯН

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Распространение внутрибольничных сальмонеллезов большинство авторов связывают с появлением особой биологической разновидности штамма *S. typhimurium*, характеризующейся, в первую очередь, устойчивостью к антибиотикам [1—4,7].

Очаги сальмонеллезов чаще всего возникают в детских соматических стационарах. Этот факт позволил предположить, что в соматические отделения госпитализируются больные, проходящие под другими диагнозами. Подтверждением этому послужили данные изучения анамнезов более чем 8 тысяч больных сальмонеллезом детей. Около 62% из них поступали в инфекционную клинику из соматических стационаров, причем 76% находились в соматических отделениях более 3 дней. Полиморфизм клинического течения сальмонеллезной инфекции и частота стертых форм затрудняют ее диагностику и в связи с этим своевременную изоляцию больных.

Исходя из этого, с целью выявления больных со скрытыми, недиагностированными формами сальмонеллеза, поступающих в соматические стационары, были разработаны методические подходы, позволяющие отделить так называемую группу повышенного риска. В первую очередь, в нее вошли больные с диагнозами: пневмония, острое респираторное заболевание, острая респираторно-вирусная инфекция и селсис с кишечным синдромом. При отборе группы повышенного риска учитывались также: перенесенные ранее заболевания и кишечные расстройства, пребывание в стационарах различного профиля до поступления в соматический стационар, наличие дисфункций желудочно-кишечного тракта среди контактных лиц.

Наиболее эффективным мероприятием для предупреждения внутрибольничного распространения сальмонеллеза в соматических стационарах является недопущение больных с этой инфекцией в стационар или их своевременная изоляция при выяснении диагноза в провизорном госпитале. Ряд авторов [5, 6] предлагают изолировать вновь поступающих больных и переводить их в профильное отделение только после трехкратных бактериологических обследований с отрицательным результатом.

Для успешного решения поставленной задачи особенно важна своевременная диагностика. До настоящего времени единственным методом диагностики сальмонеллезной инфекции является бактериологический. Однако общепринятое микробиологическое исследование предусматривает затрату значительного времени на выделение и идентификацию возбудителя. Поскольку причиной внутрибольничной инфекции может быть запоздавшая информация о результатах бактериологического исследования, то становится очевидным, что в повседневной эпидемиологической практике (при профилактике внутрибольничных инфекций) такая система идентификации должна быть дополнена методами ранней диагностики. Эти методы, в первую очередь, иммунологические (выявление антигенов), по сравнению с бактериологическим занимают меньше времени, а положительный результат исследования дает все основания для организации противоэпидемических мероприятий.

НИИ эпидемиологии, вирусологии
и медицинской паразитологии
им. А. Б. Александряна

Поступила 20/XII 1986 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Килессо В. А., Воротынцева Н. В., Выдрин Е. И. и др. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней. Саратов, 1976, с. 15.
2. Рожнова С. Ш. Автореф. дис. канд. М., 1979.
3. Покровский В. И., Рише Х., Килессо В. А. и др. Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1982, 12, с. 60.
4. Котова А. Л. Автореф. дис. докт. М., 1982.
5. Малвешвили Л. И. Методические рекомендации, Тбилиси, 1981, с. III.
6. Мартсон М. А. I Всесоюзный съезд инфекционистов (диагностика, патогенез, лечение и профилактика острых кишечных инфекций и вирусного гепатита. Тез. докл.). Киев, 1979, с. 71.
7. Rowe B., Frost J. A., Threlfall E. J., Ward E. R. Lancet, 1980, 8177, 1070.

К. Г. КУТОЯН, Э. С. ОВАКИМЯН

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ ПО БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Рвота беременных—сложный клинический синдром раннего токсикоза беременных, для которого характерным являются пищеварительные расстройства, нередко приводящие к нарушению обмена веществ, электролитного баланса, дегидратации и обеднению углеводами, нарушению КЩР вследствие потери хлоридов. За счет обеднения печени гликогеном усиливается распад жиров с накоплением в крови продуктов их распада. Развивается метаболический ацидоз в сочетании с гипокальциемией.

Степень тяжести рвоты беременных характеризуется изменением температуры тела, снижением веса, АД, пульса, ацетонурией. Одним из основных показателей является частота рвоты.