

вом в лечении травматических иридоциклитов и может с успехом применяться в тех случаях, когда другие методы борьбы с этими тяжелыми процессами оказываются неэффективными.

Кафедра глазных болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 24/VI 1988 г.

Ն. Դ. ԳՋԳԶԻԱՆ, Ս. Մ. ՄՈՒՐԱԴԻԱՆ, Մ. Վ. ԻՍԱՅԱՆ, Ա. Ե. ՄԱԿԱՐԻԱՆ

ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ԻՐԻԴՈՑԻԿԼԻՏԵՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍՈՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ինդոմետացինի և պիրոգենալի կիրառմամբ կոմպլեքսային բուժման կուրս ստացող հիվանդների կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ այն մեծ հաջողությամբ կարելի է կիրառել տրավմատիկ իրիդոցիկլիտով տառապող հիվանդներին բուժման համար, այն դեպքերում, երբ բուժման այլ եղանակներն արդյունք չեն տալիս:

N. D. GZGZIAN, S. M. MOURADIAN, M. V. ISAYAN, A. Ye. MAKARIAN
THE COMPLEX TREATMENT OF TRAUMATIC IRIDOCYCLITIS

For the treatment of traumatic iridocyclitis it is suggested to use additionally pyrogenal (intramuscularly), dexason (parabulbary) and Indometacin (per os). This complex method has a stable therapeutic effect.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Богданович Ю. И., Панамирович Г. С. В кн.: Пирогенал. М., 1965, с. 254.
2. Копцовская Р. С. Там же, с. 273.
3. Пацких Е. В. Вестн. офтальмол., 1961, 4, с. 65.
4. Пацких Е. В. В кн.: Пирогенал. М., 1965, с. 265.
5. Хвойницкий А. И. Вестн. офтальмол., 1969, 4, с. 80.

УДК 616.935(47.925)

С. М. АГАДЖАНИЯ, Л. М. МХИТАРЯН

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ В АРМЯНСКОЙ ССР

Представлена характеристика некоторых клинко-эпидемиологических особенностей острой дизентерии у взрослых в АрмССР. Обнаружена изменчивость этиологической структуры дизентерии с тенденцией к снижению удельного веса серотипа Флекснера 1b и повышению высвеемости более вирулентных серотипов 2a и 6. Выявленная закономерность объясняет возрастающую в последние годы тяжесть клинического течения дизентерии.

Неослабевающий интерес к изучению шигеллёзов связан с отсутствием стойких положительных результатов в борьбе за снижение заболеваемости [7] и их доминированием в этиологической структуре острых кишечных инфекций [4]. В условиях Армянской ССР клинко-эпидемиологические особенности дизентерии изучены недостаточно. Это приводит к тому, что реализация профилактических мероприятий проводится без оперативного выявления основных детерми-

пант эпидемиологического процесса и носит преимущественно эмпирический характер.

Вместе с тем изменчивость этиологической структуры [2, 4], взаимосвязь клинической картины с путями передачи инфекции и, особенно, серотипом возбудителей армянской популяции представляются вполне закономерными [1, 3, 6, 11].

Целью данной работы явилось изучение некоторых клинико-эпидемиологических особенностей дизентерии у взрослых с учетом серологической принадлежности шигелл.

Под наблюдением находилось 107 больных с бактериологически подтвержденной острой дизентерией в возрасте от 14 до 70 лет (мужчин—460, женщин—547), госпитализированных в I инфекционной клинической больнице г. Еревана в период с 1984 по 1987 г.

Установлено отчетливое нарастание с возрастом частоты тяжелых форм болезни. Удельный вес больных старше 55 лет с тяжелым течением дизентерии (нередко с сопутствующей патологией) более чем втрое превышал аналогичный показатель у больных более молодого возраста.

Нами обнаружена умеренно выраженная сезонность дизентерии в отличие от высокого индекса сезонности в ряде регионов страны [9, 10]. Лишь 40% общего числа госпитализированных приходилось на август-сентябрь и 60%—на июль-октябрь. При сравнении шигеллезов Флекснера, Ньюкасла и Зонне сезонных сдвигов, а также заметных различий в индексе сезонности ($0,9 \pm 1,3$) при отдельных нозологических формах болезни не было обнаружено.

В результате эпидобследования установить источник инфекции в абсолютном большинстве случаев не удалось. Аналогичные данные приводятся в литературе [4, 6] и отражают общую тенденцию в масштабах страны. Крайне редко поступали больные из одного очага. Можно с уверенностью констатировать, что заболеваемость дизентерией в республике приняла спорадический характер, утратив некогда присущую ей высокую очаговость.

По сводным данным за 4 года в 84% случаев заболевание вызывали возбудители Флекснера, реже Зонне (14,7%) и другие виды шигелл (1,3%). Примечательно, что удельный вес подвида Флекснера (69%) значительно преобладал над подвидами Ньюкасла и Бойда. Заболевание, как правило, начиналось остро с болей в животе и поноса (71%), реже боль сочеталась с рвотой (14%). Лишь у 15% больных удалось установить наличие кратковременной продромы с общинфекционной симптоматикой. Характер стула и спонтанных болей, их частота и длительность соответствовали описанным в литературе [4, 5]. Лихорадка наблюдалась у $35,2 \pm 2,9\%$ больных. Как правило, температура повышалась с первого дня болезни, а длительность лихорадки не превышала трех дней. Болезненность при пальпации живота выявлялась в $90,1 \pm 1,3\%$ случаев, чаще в левой подвздошной

области и диффузно. Довольно часто (60%) обнаруживалась болезненность и, особенно, уплотнение сигмовидной кишки. Со значительным постоянством у больных имела место рвота (30%), причем в 25% случаев—не чаще 1—2 раза в сутки в течение двух дней.

Соотношение частоты синдромов поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта варьировало при разных вариантах течения болезни. Чаще отмечался колитический синдром (50—70%), реже—энтеритический (20—40%) и гастритический (6—10%). В последние годы, особенно в период сезонного подъема заболеваемости, в масштабе республики заметно увеличилось число больных колитического варианта тяжелого течения острой дизентерии, что может быть обусловлено изменением этиологической структуры болезни. Сопоставление с предшествующими годами обнаруживает отчетливую сероконверсию на уровне подвида и подтипа с тенденцией к снижению удельного веса серотипа Флекснера 1в и повышению высеваемости серотипов 2а и 6 (Ньюкасл). Так, по данным нашей больницы, среди госпитализированных в 1987 г. дизентерия Флекснера 1а составила 0% против 3% в 1984 г., 1в—соответственно 5 и 6%, 2а—56 и 2%, 2в—1 и 4%, 3с—3 и 0%, 4а—0,3 и 0,2%, Ньюкасла—19 и 5% Бойда—2,7 и 5,8%, Зонне—13 и 15%.

Для сравнения выраженности клинических проявлений дизентерии Флекснера 1в, 2а и 6 были сформированы три группы по 30 больных в каждой в возрасте 20—40 лет с одинаковым исходным клиническим статусом среднетяжелого течения колитического варианта. Группы были сопоставимы по половозрастному признаку, срокам госпитализации (1—3 дни болезни), длительности и составу лечения (стол № 4, регидрон, фуразолидон, фестал, метилурацил, поливитамины в общепринятых дозах) [5]. В группах Флекснера 2а и 6 признаки интоксикации и дистального гемоколита сохранялись сравнительно дольше. Так, нормализация действия кишечника в первые 3 дня болезни отмечалась у $61,1 \pm 2,8\%$ больных дизентерией Флекснера 1в, что значительно превышает этот показатель в группе Флекснера 2а— $44,6 \pm 2,0\%$ ($p < 0,01$) и Ньюкасла— $54,3 \pm 2,7\%$ ($p < 0,05$). Аналогичные соотношения обнаруживались и через 6 дней, соответственно составляя $83,5 \pm 1,9\%$, $73,1 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$) и $71,4 \pm 2,0\%$ ($p < 0,05$). Достоверными были различия в динамике исчезновения схваткообразных болей в животе, пальпаторной болезненности и уплотнения сигмы. Ректороманоскопически изменения слизистой в виде катарально-фолликулярного и катарально-геморрагического проктосигмоидита обнаруживались в разгаре дизентерии Флекснера 1в в $58,1 \pm 4,5\%$ случаев, при серотипах Флекснера 2а и Ньюкасла—соответственно в $72,3 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$) и $68,6 \pm 5,2\%$ ($p > 0,05$).

С этих позиций с учетом основных положений «теории соответствия» [6] и весьма высокой вирулентности шигелл Флекснера 2а и 6 [4, 8] становится вполне объяснимым учащение колитического варианта, более тяжелого течения болезни и отсутствие эффекта от мероприятий, направленных против источника инфекции на фоне ак-

тивации в республике массовых путей ее передачи и прежде всего водных путей.

Кафедры эпидемиологии
Ереванского ИУВ и
инфекционных болезней Ереванского
медицинского института

Поступила 13/VI 1988 г.

Ս. Մ. ԱՂԱՋԱՆՅԱՆ, Լ. Մ. ՄԽԻՏԱՐՅԱՆ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԽՍՀ-ՈՒՄ ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Սուր դիզենտերիայի որոշ կլինիկական և համաճարակագիտական առանձնահատկություններ են ուսումնասիրված 107 մեծահասակ հիվանդների մոտ:

Հայտնաբերված է դիզենտերիայի 2a ֆլեքսների և Նյուքասլի տեսակարար կշռի բարձրացում, իսկ շիգելոզ 1b ֆլեքսների իջեցում:

Հայտնաբերված է փոխկապակցվածություն կլինիկական պատկերի արտահայտվածություն և շիգելաների սերոլոգիական պատկանելության միջև:

Վերջին տարիներում դիզենտերիայի ծանրացած ընթացքը դիտվում է որպես հիվանդության էթիոլոգիական կառուցվածքի փոփոխության հետևանք:

S. M. AGHAJANIAN, L. M. MKHITARIAN

ON THE PROBLEM OF DYSENTERY MORBIDITY IN ARMENIAN SSR

Some clinical-epidemiologic features of acute dysentery were studied in 107 adults.

The tendency to the number of Flexner 2a's and Newcastle's dysentery increasing and Flexner 1b's dysentery lowering is found out.

The interrelation between the clinical symptomatics and serological strains of shigellae is well established. The severity of dysentery for the past year is due to the variability of the etiological structure of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Жамерицев С. С. Военно-мед. журн., 1972, 5, с. 46.
2. Қарымова С. Х., Запарий С. П. В кн.: Второй Всесоюзный съезд инфекционистов. Ташкент, 1985, с. 108.
3. Машикаримов Б. Д. Мед. ж. Узбекистана, 1975, 10, с. 49.
4. Покровский В. И. Дизентерия. Рига, 1979.
5. Покровский В. И., Машинлов В. П., Ющук Н. Д. и др. Методические указания по клинике, диагностике и лечению взрослых больных дизентерией. М., 1978.
6. Солодовников Ю. П. В кн.: Актуальные вопросы профилактики острых кишечных заболеваний. Таллин, 1986, с. 10.
7. Солодовников Ю. П., Марков В. Ю., Нестерова В. Б. и др. Там же, с. 14.
8. Ужинова Е. П., Воронина Н. А., Шурашова Г. А. и др. В кн.: Второй Всесоюзный съезд инфекционистов. Ташкент, 1985, с. 130.
9. Хожаяв А. Х., Усманов М. К., Глинянова Л. М. Там же, с. 134.
10. Эльвест М. М. А. В кн.: Актуальные вопросы профилактики острых кишечных заболеваний. Таллин, 1985, с. 51.
11. Ющук Н. Д., Шалыгина Н. Б., Машинлов В. П. Сов. мед., 1975, 10, с. 119.