

1945 թ. Ա. Ալիքսանյանը ընտրվել է ԽՍՀՄ բժշկ. գիտ. ակադեմիայի Թղթակից-անդամ, իսկ 1960 թ.՝ իսկական անդամ: 1955 թ. նրան շնորհվել է «Գիտության վաստակավոր գործիչ» կոչումը: Իր հակահամաճարակային ասպարեզում կատարած բարեխիղճ, անբասիր և արդյունավետ աշխատանքի համար նա արժանացել է կառավարական բազմաթիվ պարգևների՝ շքանշանների, մեդալների և պատվոգրերի:

Ա. Ալիքսանյանի խելքը, մեծ սերը դեպի մարդը և աշխատանքը, կազմակերպչական բացառիկ ունակությունները, էնտուզիազմը՝ մասնավորապես նրա էրուզիցիան դիտության ասպարեզում և գործնական աշխատանքում, մշտական ձգտումը հարցերի կոլեկտիվ լուծման, պահանջկոտությունը և ճշտագահությունը իր ու շրջապատի նկատմամբ, հետևողականությունը՝ իր նպատակների մեջ, սերը դեպի երիտասարդ սերունդը և իր ժողովուրդը արժանի են ընդօրինակման և, նրա թողած ժառանգությունը պետք է փոխանցվի սերունդից-սերունդ:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱԳԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ՄԱՆՐԷԱԲԱՆՆԵՐԻ, ՀԱՄԱՀԱՐԱԿԱՐԱՆՆԵՐԻ ԵՎ ՄԱԿԱՐՈՒԾԱԲԱՆՆԵՐԻ ՀԱՅԿԿԱՆ
ԳԻՏԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ա. Բ. ԱԼԻՔՍԱՆՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ՀԱՄԱՀԱՐԱԿԱՐԱՆՈՒԹՅԱՆ, ՎԻՐՈՒԾԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԲՅՇԿԱԿԱՆ ՄԱԿԱՐՈՒԾԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅԿԿԱՆ ԳԻՏԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՆ:

УДК 616.9—02

Г. Б. Гукасян, Г. В. Ющенко, С. Ш. Рожнова, Т. С. Хачатрян,
К. Л. Мамиконян, А. В. Цаканян, Г. Ж. Ханджян

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АРМЕНИИ

Одним из ведущих направлений исследований, проводимых со дня основания Армянского института эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии им. А. Б. Алексаняна, является изучение кишечных инфекций, которые занимали первое место в краевой патологии республики. Так как структура кишечных инфекций в различные периоды подвергалась изменениям, соответственно изменялось и направление исследований. Так, с 30 по 60-е гг. ведущими были тифо-паратифозные инфекции. Наряду с ними определенное место занимали дизентерия и диспепсии различного характера. Начиная с 1960 г. отмечалось постепенное и последовательное снижение тифо-паратифозных инфекций, удельный вес которых в настоящее время в группе кишечных инфекций незначителен. С 1970 г. в Армении началась сальмонеллезная инфекция, которая в других регионах Союза была обнаружена еще в 1960 г. Заболеваемость сальмонеллезом в последующие годы заняла ведущее место в группе кишечных инфекций и до 1980 г. характеризовалась внутрибольничными вспышками (больше 50% годовой заболеваемости), поражением детей в возрасте до одного года (82—93%), отсутствием сезонности, превалированием контактно-бытового пути передачи, циркуляцией в

основном 32-го фаготипа. В подавляющем большинстве случаев заболевания были обусловлены *S. typhimurium* (96%). За последние десятилетия характер эпидемического процесса изменился: резко уменьшается число внутрибольничных вспышек; стирается разница между «госпитальными» и «негоспитальными» штаммами; превалируют спорадические случаи заболевания; большей частью поражаются дети раннего возраста, наряду с *S. typhimurium* появились также другие серовары, в основном циркулирует фаготип 25. Данный период характеризуется развитием резистентных форм *S. typhimurium*. В отличие от других регионов этот процесс в нашей республике протекает весьма интенсивно. В настоящее время изученные штаммы относятся к 7 сероварам, причем 96,9% составляют *S. typhimurium*.

Чувствительность грамотрицательных микроорганизмов определялась к 15 рекомендованным СЭВ антибиотикам. В период с 1986 по 1991 г. нами изучалась чувствительность 1040 штаммов сальмонелл. Доминирующим сероваром была *S. typhimurium*. Наибольшей резистентностью к действию антибиотиков характеризовались штаммы сальмонелл, относящиеся к ведущим сероварам возбудителей, а среди них, в первую очередь, *S. typhimurium*. Установлено, что основная часть штаммов сальмонелл (95,2%) устойчива к действию канамицина, ампициллина (93,4%), карбенициллина (93,5%), левомицетина (88,6%), неомицина (91,3%), стрептомицина (95,1%), тетрациклина (91,9%), невигамона (80,4%), кефзола (48,6%), гентамицина (45,8%) и полимиксина (43,8%). Сальмонеллы оказались чувствительными к амикацину (96,9%), рифампицину (81,7%) и тобрамицину (74,6%) (табл. 1). Наши предыдущие данные свидетельствуют, что резистентные штаммы встречаются преимущественно среди микроорганизмов, выделенных у детей раннего возраста (в нашем регионе процент их составляет более 90%), они характерны для регионов с высокой заболеваемостью (республика считается регионом высокого поражения) и в случае превалирования в данной местности какого-либо серотипа (у нас превалирует серотип *S. typhimurium*—96%). Результаты, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о высокой резистентности циркулирующих штаммов сальмонелл в Армении по сравнению с другими регионами. Об этом же говорят данные о полирезистентности штаммов (табл. 2). Из изученных 95,6% штаммов сальмонелл проявили устойчивость к 5 и более антибиотикам, из коих 47,9% были резистентными к 10 антибиотикам и более. Надо полагать, что широкое использование антибиотиков в медицине и народном хозяйстве ведет к формированию клонов возбудителей сальмонеллезов, характеризующихся высокой степенью резистентности к ним. Это является плохим прогностическим признаком, так как увеличение доли резистентных штаммов среди определенных сероваров сальмонелл может привести к возрастанию этиологической значимости таких микроорганизмов. Широкая распространенность микроорганизмов, устойчивых к действию антибиотиков, приводит к изменению эпидемического процесса, в частности, к увеличению роли человека как источника инфекции, что очень важно для разработки рациональной тактики и стратегии к применению антибиотиков.

Таблица 1

Устойчивость штаммов *S. typhimurium* к антибиотикам

Годы	Кол-ч. штаммов	Антибиотики													
		амикацин	тобрамицин	рифампицин	полимиксин	гентамицин	кефзол	невиграмон	левомицетин	канамицин	ампициллин	стрептомицин	карбенициллин	неомицин	тетрациклин
1986—1990	абс.	32	264	190	456	477	506	836	922	948	971	939	973	950	956
	%	3,1	25,4	18,3	43,8	45,8	48,6	80,3	88,6	91,2	93,4	95,1	93,5	91,3	91,9

Таблица 2

Полирезистентность штаммов *S. typhimurium* к антибиотикам

Годы	Кол-ч. штаммов	Число антибиотиков										Всего штаммов
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 и более	
1986—1990	абс.	16	12	19	16	17	62	122	270	230	260	1024
	%	1,6	1,2	1,8	1,6	1,7	6,1	11,9	26,4	22,5	25,4	

С 1980 г. в структуре кишечных инфекций одно из ведущих мест занимают этиологически нерасшифрованные случаи, удельный вес которых, возрастая из года в год, в настоящее время достигает 55—60%. В качестве этиологических агентов все большее значение приобретают малоизученные возбудители, к числу которых относятся иерсинии. В основном иерсиниозная инфекция проявляется в гастроэнтероколитической форме. Однако встречаются случаи иерсиниозных артропатий, гепатитов, менингитов, аппендицитов и др. [3, 9, 15, 17, 18, 20]. В нашей стране удельный вес иерсиниоза в группе кишечных инфекций колеблется в пределах 1,6—9,9% [1, 2, 4, 5, 7, 8]. Имеющиеся в литературе данные об инфекциях, вызываемых иерсиниями, касаются регионов с холодным и влажным климатом. Распространенность указанных заболеваний в зоне с сухим и жарким климатом в литературе освещена недостаточно.

Исходя из этого, нами за период с 1984 по 1990 г. обследованы 2052 человека, в том числе 1151 больной острыми кишечными инфекциями (ОКИ) и 901 здоровый. Больные, обследовавшиеся на иерсиниоз, были условно разделены на две группы: больные I группы с ОКИ обследовались без учета клинической симптоматики, II группа больных с ОКИ—с учетом клинических проявлений, характерных для иерсиниозной инфекции. Если в I группе иерсиниоз был установлен у 5,1% обследованных, то во II—у 21% больных. Особого внимания заслуживает обнаружение иерсиний более чем в 11% случаев у больных с подозрением на периодическую болезнь, что для краевой патологии очень важно. Учитывая, что нередко иерсиниозная инфекция проявляется в суставной патологии [6, 13, 16, 17, 22, 23], нами были обследованы больные с реактивным моно- и полиартритами и синдромом Рейтера. Процент обнаружения иерсиниоза среди этой группы больных был достаточно высок (34,5%).

При выяснении сезонности заболеваний иерсиниозом и ОКИ неустановленной этиологии были отмечены существенные различия: в заболеваемости иерсиниозом была выявлена выраженная зимне-весенняя сезонность, а нерасшифрованными ОКИ—летне-осенняя. Отчетливые различия были установлены также при распределении выявленных заболеваний иерсиниозом и ОКИ неустановленной этиологии в возрастном аспекте. Максимальное число заболеваний иерсиниозом регистрировалось у больных от 20 до 39 лет, а нерасшифрованными ОКИ—до 2 лет.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что в группе ОКИ иерсиниоз является отдельной нозологической единицей с самостоятельными параметрами эпидемиологической характеристики.

С целью выяснения источников инфекции и факторов их передачи было проведено обследование Советашенской и Лусакертской птицефабрик. Обследованы органы битой птицы (50): кишечник, легкие, желчный пузырь, печень, почки. В 28,8% проб выделены *I. enterocolitica*, в 9,5% проб—*I. pseudotuberculosis*. Максимальное коли-

чество штаммов из выделенных (87,5%) обнаружено в желчном пузыре. Выяснение факторов передачи инфекции осуществлялось путем изучения эпидемиологического анализа больных и бактериологического обследования предполагаемых продуктов питания, способствовавших передаче инфекции (овощи, фрукты, молоко). Из анамнеза больных установлено, что 7,1% детей и 6,7% взрослых связывали заболевание с употреблением некипяченого молока; 32,1% детей и 21,3% взрослых—с употреблением овощей, фруктов и приготовленных из них салатов и соков. При бактериологическом обследовании длительно хранящихся овощей и фруктов было установлено нарастание обсемененности иерсиниями по мере срока хранения с 0,8% осенью до 6,1% зимой и до 16,1%—весной, что и определяет зимне-весеннюю сезонность заболеваемости иерсиниозом. Выявлен также высокий процент обсемененности иерсиниями (10,5%) летних овощей и зелени, за счет которых и поддерживается определенный уровень заболеваемости иерсиниозом в летний период года. Наиболее инфицированными из овощей длительного хранения были репчатый лук (12,2%) и свекла (10,9%); из овощей летней заготовки—летний редис (18,6%) и свежие огурцы (15,7%). Бактериологическое обследование молока проводилось на всех этапах его получения, технологической переработки до готового к реализации. Обсемененность иерсиниями в исследованных пробах сырого молока составила 5,2% и молочного порошка—5,7%. Несмотря на пастеризацию молока, частота находок возбудителя уменьшалась незначительно и составляла 3,1% в расфасованном в тару молоке. Таким образом, проведенные исследования позволили установить инфицированность возбудителями иерсиниозов тех продуктов, на которые часто указывают больные в анамнезе, и сделать предположение о потенциальной эпидемиологической опасности обследованных продуктов.

При проведении сероэпидемиологических исследований были выявлены специфические гуморальные противоиерсиниозные антитела у 7,9% детей и 12,9% взрослых. В популяции здоровых людей преобладают лица, имеющие антитела к *Iersinia enterocolitica* серовара 09 (66,7%). Штаммы *Iersinia enterocolitica*, выделенные от больных (93), из продуктов питания (110), с предметов окружающей среды (34), по морфологическим и биохимическим свойствам были типичными представителями этого рода. Они относились к пяти сероварам (09, 03, 05.27, 08 и 06.30) и четырем биоварам с преобладающей значимостью возбудителей серовара 09 (55,9%) и биовара 2 (53,6%). Все штаммы были резистенты к препаратам пенициллинового ряда и абсолютное большинство—к некоторым цефалоспориновым антибиотикам.

Другой группой нерасшифрованных ОКИ являются кампилобактериозы. Исследования, проведенные в разных странах, доказали роль кампилобактерий как одного из основных этиологических агентов диарей пищевого и водного происхождения [11, 19, 21]. Получены неоспоримые доказательства, что кампилобактерии являются причиной определенной части ОКИ. Частота выделения кампилобактерий от

больных с диарейным синдромом варьирует в широких пределах—от 3 до 15% [10, 12, 14].

Исследования, проведенные в Республике Армения, показали широкую циркуляцию возбудителей кампилобактериозов. Впервые в республике среди больных ОКИ неустановленной этиологии бактериологический диагноз «кампилобактериоз» был подтвержден у 2,7% больных. С целью определения роли носителей как возможных источников кампилобактериозной инфекции обследован здоровый контингент детских садов г. Еревана, а также детей детского дома «Норк». Носительство кампилобактерий было выявлено в 2,5 и 4,1% случаев соответственно.

Наряду с обследованием больных с целью выявления и определения степени циркуляции возбудителей во внешней среде обследованы внутренние органы битой птицы с птицефабрик республики, убойных животных мясокомбината г. Еревана, домашних голубей и новорожденных поросят свиноводческого комплекса «Даларик». Обсемененность кампилобактериями была установлена у битой птицы в 35—60%, во внутренних органах убойных свиней—в 11% случаев, высокий процент носительства был выявлен у голубей—59 и новорожденных поросят—47. Приведенные данные бактериологических исследований свидетельствуют о широкой циркуляции кампилобактерий среди сельскохозяйственных животных, птиц, в частности голубей. Высокая обсемененность животных и птиц представляет большую опасность для заражения людей. Низкий процент обнаружения кампилобактерий у больных ОКИ неустановленной этиологии, на наш взгляд, объясняется неполным охватом больных и неучетом характерных для кампилобактериозов клинических проявлений. Выяснение закономерностей эпидемического процесса инфекций, вызываемых микроорганизмами рода *Campylobacter*, позволит определить их удельный вес в группе ОКИ невыясненной этиологии, способствуя более полному выявлению больных, повышению эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий и организации эффективной борьбы с этой малонизученной инфекцией.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости последовательного, разностороннего и глубокого изучения малоизученных диарейных заболеваний.

Армянский НИИ эпидемиологии, вирусологии
и медицинской паразитологии им. А. Б. Алексаяна

Поступила 27 VI 1991 г.

Գ. Ք. Դավթալյան, Գ. Վ. Յուշեճկո, Ս. Շ. Ռոժնովա, Տ. Ս. Խաչատրյան,
Ք. Լ. Մամիկոնյան, Ա. Վ. Ցախանյան, Գ. Ժ. Խաչոյան

ԴԻԱԲԵԱՑԻՆ ԶԻՎԱՆԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

1970 թ. ի վեր Հայաստանում տեղի է ունեցել սալմոնելոզներով հիվանդացության բարձրացում: Վերջին տարիների ընթացքում նկատվում է սալմոնելաների կայունության խիստ բարձրացում հակաբիոտիկների նկատմամբ, որը փոխել է էպիդեմիկ պրոցեսի բնույթը: Վերջին տասնամյակում տեղի է

տանեցել նաև իերսինիոզներով հիվանդացության զգալի բարձրացում, որի հայտնաբերման տոկոսը դիարեային հիվանդների մոտ հասնում է 21-ի: Դիարեային հիվանդությունների մեջ ուրույն տեղ են գրավում նաև կամպիլոբակտերիոզները, որոնք բավականին տարածված են նաև գյուղատնտեսական կենդանիների (11—60 %) մոտ և որոնք պոտենցիալ վտանգ են ներկայացնում մարդկանց վարակման համար:

G. B. Ghoukassian, G. V. Yushchenko, S. Sh. Rozhnova, T. S. Khachatryan,
K. L. Mamikonian, A. V. Tsakanian, G. Zh. Khanjian

Epidemiology of Diarrheous Diseases in Armenia

Since 1970 in Armenia it has been observed the increase of salmonellosis incidence as well as acute rise of salmonella's resistance to antibiotics. During the past 10 years the increase of the incidence of enteritoses has been observed which makes 21% of patients with diarrheas of unknown etiology. Among diarrheous diseases a definite role belongs to campilobacteries, which are wide-spread in agricultural animals and fowl, which is a potential danger for our population.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Безрукова Л. С., Степинов В. М., Алманиазова К. К. и др. В кн.: Иерсиниоз: микробиология, эпидемиология, клиника, патогенез, иммунология (Тр. Всес. научно-практич. конф.). Владивосток, 1986, с. 105.
2. Маткаримов Б. Д., Аглямова В. Г. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии, микробиологии, иммунологии кишечных инфекционных заболеваний (мат IV съезда гигиенистов, санитарных врачей, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Узбекистана). Ташкент, 1980, с. 252.
3. Покровская Н. Я., Ющенко Г. В., Райнер М. А. и др. Там же, с. 264.
4. Сакаль Н. И., Грищенко Р. И., Кушко Л. М. и др. Врач. дело, 1980, 6, с. 13.
5. Сакварелидзе Л. А., Нерсесов В. А., Велиджанишвили И. Г. и др. В кн.: Иерсиниоз: микробиология, эпидемиология, клиника, патогенез, иммунология (Тр. Всес. научно-практич. конф.). Владивосток, 1986, с. 132.
6. Сидельникова С. М., Агабабова Э. Р., Ивлева Л. В. Тер. архив., 1983, 6, с. 77.
7. Шестаков В. И., Пак И. К., Колесникова В. В. и др. В кн.: Психрофильность патогенных микроорганизмов. Новосибирск, 1986, с. 73.
8. Ющенко Г. В., Некрасова Л. И. В кн.: Актуальные вопросы инфекционной патологии, I. Саратов, 1981, с. 54.
9. Anxolabehere F., Fausqueur B., Proust I. Méd. et malad. infec., 1983, 13, 2, 90.
10. Blazer M. et al. Ann. Intern. Med., 1979, 91, 2, 179.
11. Blazer M. I., Taylor D. N., Feldman R. A. Epidemiol. Rev., 1983, 5, 157.
12. Butzler I et al. J. Pediatr., 1973, 82, 3, 493.
13. Cazalis P., Lambert T., Gineste J. Méd. et malad. Infec., 1979, 9, 5, 329.
14. Delorme L. et al. Med. Malad. Infect., 1979, 9, 12, 675.
15. Dubois A., Gervais C., Arich Ch. et al. Nouv. Presse med., 1982, 11, 21, 1619.
16. Dupond Y. Z., Semon C., Yehl-Robert M. et al. Rev. Méd. interne, 1983, 4, 2, 165.
17. Dutra A. M., Hofer E. 1 Bacteriologia. Rev. microbiol., 1985, 16, 4, 260.
18. Fukushima H., I o I., Saito K. et al., Microbiol. and Immunol., 1981, 25, 1, 71.
19. Karmał M. A., Fleming P. C. J. Pediatr., 1979, 94, 527.
20. Laaberki-Jeanjean M. F., Laaberki A. Méd. et malad. infec., 1979, 9, 7, 419.
21. Lauwers S., De Boeck M., Butzler I. P. Lancet, 1973, 1, 604.
22. Medicis P., Dreyfus P., Mollaret H. H. Rev. rheum., 1984, 51, 7—8, 381.
23. Williams G. E., Calin A., Gospe S. R. et al. West J. Med., 1980, 132, 6, 535.