

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ В РЕЖИМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МВД И НБ РА

Г.А.Агаян

*/НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии им.  
А.Б.Алексяна/  
375009 Ереван, ул. Г. Кочара, 21а*

*Ключевые слова:* инфекция, шигеллез, дизентерия, этиологическая структура, эпидемический процесс

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в РА находится на высоком уровне [3,9]. Однако преобладающая часть их до сих пор остается нерасшифрованной, и поэтому вопрос диагностики и лечения этих инфекций является актуальной проблемой в инфекционной патологии [1,4,6,8,9].

С начала 90-х гг. в России, в частности в Санкт-Петербурге, наблюдается рост заболеваемости дизентерией с изменением ее этиологической структуры (увеличился удельный вес Флекснера — в 1993 г. — 48,9%, в 1994 г. — 70,3% всех случаев дизентерии), что сопровождается увеличением смертности [2,5,7]. Изменения эпидемического процесса в основном связаны с резким ухудшением социально-бытовых условий и снижением уровня жизни населения. В этом аспекте изучение характера эпидемического процесса и клинического течения в закрытых коллективах представляет определенный интерес.

Цель исследования заключалась в выяснении влияния условий режимных учреждений на течение острой дизентерии и выявлении характерных особенностей клинического течения.

### Материал и методы

В основу работы легли официальные статистические данные о заболеваемости ОКИ и шигеллезами в стационарах МВД и НБ РА за период 1986–1998 гг.

Изучено клиническое течение дизентерии у 300 больных, находившихся на лечении в стационарах и изоляторах режимных учреждений за период с 1992 по 1997 г. Наблюдение за больными наряду с традиционным клинико-лабораторным обследованием включало динамический бактериологический контроль. Все смертные случаи подвергались вскрытию.

## Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы, в наиболее благоприятные в отношении заболеваемости острой дизентерией годы (1993, 1994, 1997) был зарегистрирован всего 71 больной. Легкая форма за этот период отмечалась у 28,2% больных, средней тяжести – у 50,7% и тяжелая – у 21,1% больных. В противоположность этому в 1992, 1995 и 1996 гг. наблюдался резкий подъем заболеваемости острой дизентерией у 229 больных (76,3%), где на долю легкой формы болезни приходилось 98 больных (42,7%), средней тяжести – 96 (42%) и тяжелой – 35 (15,3%).

Таблица

Течение острой бактериальной дизентерии за 1992–1997 гг.

Год	Число больных	Степень тяжести течения болезни					
		легкая		средняя		тяжелая	
		п	%	п	%	п	%
1992	48	14	29.2	32	66.6	2	4.2
1993	21	10	47.6	10	47.6	1	4.8
1994	27	8	29.7	14	51.8	5	18.5
1995	57	34	59.7	16	28.0	7	12.3
1996	124	50	40.3	48	38.8	26	20.9
1997	23	2	8.7	12	52.3	9	39.0
Всего	300	118	39.3	132	44.0	50	16.7

Таким образом, наиболее неблагоприятные годы заболеваемости дизентерией были 1992, 1995 и, особенно, 1996 гг. Только в 1996 г. отмечалась эпидемическая вспышка острой дизентерии, охватившая 124 человека (41,3%) из общего числа (300 больных), где на долю легкой формы приходилось 50 человек (40,3%), среднетяжелой – 48 (38,8%) и тяжелой формы – 26 больных (20,9%), что значительно больше, чем в другие отдельно взятые годы.

В основе тяжести клинического течения острой дизентерии, по нашим данным, лежит ряд причин. Наблюдения показывают, что на клиническое течение дизентерии влияли неблагоприятные бытовые условия, среди которых важным фактором является скученность заключенных в местах несения срока наказания, что способствует распространению инфекционных заболеваний, в частности острой дизентерии.

Должное внимание необходимо обратить и на фактор питания в режимных учреждениях. Необходимо учесть, что дизентерийный процесс способствует глубокому нарушению питания и физиологического про-

цесса пищеварения, что приводит к расстройству всех видов обмена веществ. При этом повышаются процессы диссимиляции, что в условиях интоксикации при острой дизентерии требует больших энергетических затрат.

На фоне же предшествовавшего истощения (учитывая характер питания в режимных учреждениях) происходит более тяжелое нарушение защитных функций организма, в связи с чем дизентерийный процесс приобретает более тяжелое и затяжное течение.

С нарастанием относительного числа среднетяжелых и тяжелых форм наблюдается повышение числа больных с дистрофическими явлениями. Наибольшее количество таких больных было в 1996 г.

Другим отличительным моментом, влияющим на течение острой дизентерии, по нашим данным, является позднее поступление больных в стационар и соответственно позднее начало лечения.

Изучение инкубационного периода острой дизентерии представляет большой интерес как для понимания ее развития, так и для ранней диагностики и лечения. Установлено, что различные проявления острой дизентерии влияют на продолжительность инкубационного периода, который, по данным литературы и нашим наблюдениям, составляет от одного до шести дней (в среднем 2–4 дня). При дизентерии типа Зонне (8,1%) инкубационный период был более коротким. На продолжительность инкубационного периода влияли также характер индивидуальной реакции больного и состояние организма в момент заражения, что отчетливо проявлялось при одновременном заражении группы заключенных от одного источника.

Как правило, для острой дизентерии внезапное острое начало на фоне "полного здоровья" считается наиболее типичным. Об этом свидетельствует и наш материал (88%). Все же у многих больных при тщательном опросе удается выявить, что выраженным болезненным проявлениям нередко предшествовали симптомы неспецифического характера: угнетение психики, раздражительность, слабость, анорексия, головная боль, плохой сон, тяжесть и слабые боли в нижней части живота, озноб, иногда некоторое повышение температуры. Несмотря на специфичность, это свидетельствует о первых проявлениях интоксикации, которые мы наблюдали в 18% случаев. И все же мы не склонны утверждать о наличии продромального периода при острой бактериальной дизентерии. Клинический анализ показывает, что острое внезапное начало дизентерии свойственно дизентерии Зонне.

В типичных случаях проявление дизентерии является результатом различной степени выраженности общей интоксикации, лихорадки и глубины поражения дистального отдела толстой кишки. Тип и продолжительность лихорадки являются важным показателем установления степени тяжести клинического течения болезни.

Одним из основных проявлений дизентерии являлись сильные боли в области сигмы, носящие характер тенезмов, которые можно объяснить,

по всей вероятности, нервно-психическим состоянием больных, находящихся в условиях режимных учреждений.

Стул у больных был учащенным (до 10–15 раз в сутки) со слизью и прожилками крови. Патологоанатомические изменения при ректороманоскопии характеризовались резкими эрозивно-язвенными поражениями.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют заключить, что в режимных учреждениях закрытого типа отягощающими факторами, влияющими на течение острой дизентерии, являются, во-первых, скученность заключенных, во-вторых, недостаточное питание, приводящее к более выраженным нарушениям защитных функций организма с последующим развитием тяжелого и затяжного течения болезни, и, в-третьих, позднее поступление больных в стационар.

Итак, специфические условия режимных учреждений закрытого типа МВД и НБ РА отрицательно влияют на течение и исход острой бактериальной дизентерии, что требует коренных изменений лечебно-профилактических мероприятий.

*Поступила 08.01.99*

**ՍՈՒՐ ԳԻՉԵՆՏԵՐԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ՀՀ ՆԳ  
ԵՎ ԱԱ ՌԵԺԻՄԱՅԻՆ ՀԻՄՆԱՐԿՆԵՐՈՒՄ**

**Գ.Ա.Աղայան**

Հետազոտությունները ընդգրկում են 1992-1997թթ.: Գիտարկմանը ենթարկվել են սուր դիզենտերիայով 300 հիվանդ: Պարզվել է, որ 1993, 1994 և 1997 թթ. հիվանդացությունը սուր դիզենտերիայով եղել է ցածր, իսկ 1992, 1995 և 1996թթ. նկատվել է հիվանդացության կարուկ բարձրացում, որի ընթացքում հիվանդների զգալի մասի մոտ (57,3%) հիվանդությունը ընթացել է համեմատաբար ծանր: Հիվանդների 88%-ի մոտ հիվանդությունը սկսել է սուր ձևով, ուժեղ կարող ցավերով սիգմայաձև աղու շրջանում: Կղանքը եղել է լորձալիճ և արյունալիճ:

**THE CLINICAL DESCRIPTION OF DYSENTERY BASED ON THE INVESTIGATIONS  
MADE AT THE INSTITUTIONS OF MINISTRY OF HOME AFFAIRS  
AND NATIONAL SECURITY OF RA**

**G.A.Aghayan**

The investigations were conducted within 1992-1997 period.

300 patients with acute dysentery were examined. It was revealed that in 1993, 1994, 1997 acute cases were less than in 1992, 1995, 1996, when the increase of morbidity level was observed, and the prevailing majority of people (57,3%) suffered with very serious forms of the disease.

The disease started in a very acute form in 88% of cases with hard, sharp pains in the sigmoid flexure.

The feces were bloody and mucilaginous.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Балунова Е.А., Касаткина Т.Н., Крамов С.И.* Материалы межд. сипозиума, посвященные году Пастера. СПб., 1995, с. 50.
2. *Бродов Л.Е., Ющук Н.Д., Малеев В.В.* Журнал эпидемиологии и инфекционных болезней, 1997, 4, с. 4.
3. *Гукасян Г.Б., Ющенко Г.В., Рожнова С.Ш. и др.* Журнал экспер. и клин. мед. НАН Армении, 1992, т. XXXII, 2, с. 113.
4. *Журкин А.Т., Ставицкая Е.Л., Шкварок Ю.М.* Материалы межд. симпозиума, посвященные году Пастера. СПб. 1995, с. 57.
5. *Журкин А.Т., Ставицкая Е.Л.* Журнал эпидемиологии и инфекционных болезней, 1997, 3, с. 34.
6. *Солодовников Ю.П., Лыткина И.Н., Филатов Н.Н., Иваненко А.В., Зайцев Б.Е.* Журнал микробиологии, 1997, I, с. 31.
7. *Шувалова Е.П., Беляева Т.В., Осипова Г.И.* Журнал эпидемиологии и инфекционных болезней, 1997, 6, с. 18.
8. *Шувалова Е.П., Осипова Г.И., Кроткова М.Р.* Там же, 1997, I, с. 44.
9. *Khachatryan T.S., Gookasian G.B., Schanjian G.J., Aleksanian Ju.T.* New Aspects in Hepatology and Gastroenterology. Tbilisi, 1998.

