

свинцовой зоны. Оказалось, что население свинцовой зоны лишь с одним хлебом (500 г) может получить такое же количество свинца, какое население Татарии получает из всего суточного рациона (0,35 мг), суммарный же приход можно считать равным не менее 0,7 мг.

Естественно предположить, что повышение содержания свинца в пище может отразиться на состоянии здоровья населения зоны свинцовых рудников. В условиях экспедиционной работы мы могли воспользоваться только данными амбулатории в одном из селений. Были разработаны 333 амбулаторных карточки за 7 месяцев 1957 г. У 21,5% обращающихся за врачебной помощью были симптомы поражения нервной системы. Предъявлялись жалобы на головные боли, общую слабость, недомогание, боли в области сердца, боли в мышцах, суставах, схваткообразные боли в животе с неопределенной локализацией и т. д., в связи с чем ставились диагнозы: миалгия, ишиалгия, артралгия, цефалгия.

У 5 человек была исследована кровь на содержание свинца (10 анализов), и были получены следующие цифры: 0,03; 0,048; 0,054; 0,0725 и 0,095 мг%, то есть у 4 выше обычной концентрации — 0,03 мг%.

ЛИТЕРАТУРА

1. А ко п д ж а н я н В. И. Изв. Ереванского мед. ин-та и мед. общества Армении, 1937.— 2. А р х а н г е л ь с к а я И. Н. Тез. докл. научн. сессии санит.-гиг. ин-тов и кафедр гигиены медицинских ин-тов РСФСР, 1953. — 3. Б о г л е в с к а я Н. М. Материалы по вопросам гигиены труда и клиники профессиональных болезней. 1957, сб. 7.— 4. К а м ч а т н о в В. П. Сб. научн. работ Казанского мед. ин-та, 1957, вып. 1. Гигиена.— 5. К о в а л ь с к и й В. В. Новые направления и задачи биологической химии сельскохозяйственных животных в связи с изучением биогеохимических провинций. 1957. Поступила 19 января 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИФТЕРИЕЙ В ТАТАРСКОЙ АССР

Л. И. Федоренко

Из Республиканской сан-эпидстанции (главврач — И. З. Мухутдинов) и кафедры эпидемиологии (зав.— проф. А. Э. Озол) Казанского медицинского института

Работа передовых медицинских учреждений свидетельствует о том, что дифтерию можно ликвидировать как массовое заболевание в ближайшие три—четыре года. Это подтверждается опытом Ленинграда, где заболеваемость дифтерией в 1957 г. составляла 0,4 на 10 000 населения, а за 1958 г.— 0,1.

Решающими моментами в ликвидации дифтерии в Ленинграде явились организация четкого учета детей, подлежащих прививкам, со дня рождения до 12-летнего возраста включительно, введение единой системы учета прививок по форме № 63, систематическое повышение квалификации медицинского персонала; строгий врачебный контроль за качеством проведения профилактических прививок всем детям с показаниями; проведение ряда мероприятий по улучшению питания и вскармливанию детей; организация диагностических стационаров.

О возможности ликвидации дифтерии свидетельствуют и зарубежные литературные данные. Так, Рамон (Франция)¹ пишет о ликвидации заболеваемости дифтерией в больших городах ряда стран мира в результате систематически и правильно проводимых противодифтерийных прививок.

Для успешной борьбы с дифтерией, как и с любой другой инфекцией, необходимо изучить эпидемиологические особенности республики

¹ Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммун., 1956, 6.

или города, что способствует выявлению эпидемиологических закономерностей, отражающих конкретную обстановку, уровень профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В настоящем сообщении приведены материалы о заболеваемости дифтерией в Татарской АССР за 18 лет (1940—1958 годы), с более подробным анализом заболеваемости за последние 8 лет, который может послужить основой для разработки мероприятий по ликвидации массовой заболеваемости дифтерией в ближайшие годы.

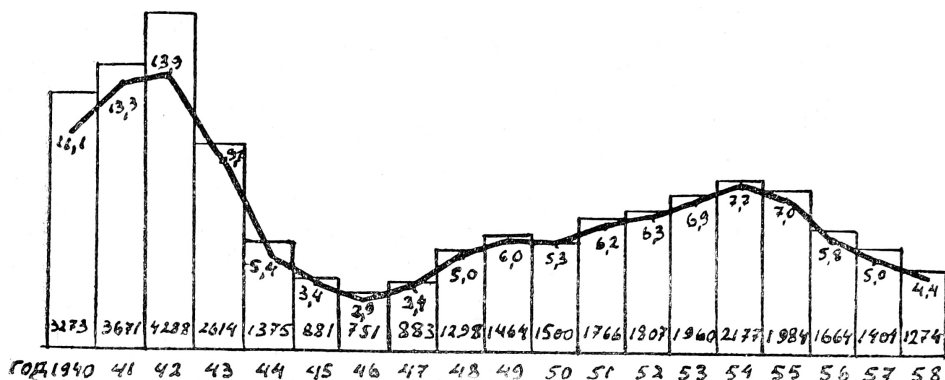


Рис. 1.

Наибольшая заболеваемость наблюдалась в 1942 г., когда она достигла 13,9 на 10 000 населения за год (рис. 1) наименьшая — в 1946 г. (2,9 на 10 000 населения за год). Далее идет новая волна подъема заболеваемости дифтерией, и к 1954 г. заболеваемость почти достигает уровня 1943 г., а в последние 4 года опять отмечается заметное снижение заболеваемости. Следует подчеркнуть, что подъем 1954 г. почти в два раза меньше максимума 1942 г.

Подъем заболеваемости в 1942 г. можно объяснить массовой эвакуацией детей в годы Отечественной войны, большей плотностью детского населения, и, следовательно, возможностью большего числа контактов; это усугублялось тем, что ТАССР в то время была неблагополучна по заболеваемости дифтерией, не было достаточной иммунной прослойки среди детского контингента. В дальнейшем, в связи с организацией профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также со снижением рождаемости в военные годы, заболеваемость дифтерией снижается. Начиная приблизительно с 1948 г., особенно с 1951 по 1954 гг., отмечается новый подъем заболеваемости дифтерией.

Это заставило медицинских работников пересмотреть планы проведения профилактических мероприятий и усилить внимание к вопросам специфической профилактики дифтерии. С 1954 г. началось проведение массовых организованных профилактических прививок против дифтерии в Казани, в районах ТАССР это мероприятие начато с 1955 г. В некоторых районах и в Казани проводились прививки по эпидпоказаниям.

В результате этого заболеваемость дифтерией в 1958 г., по сравнению с 1940 г., по всей ТАССР снизилась в 2,5 раза, по г. Казани — в 9 раз, по сравнению с 1950 г. по ТАССР — в 1,2 раза, по г. Казани — в 4 раза. За последние 4 года по ТАССР и в Казани наблюдается последовательное снижение заболеваемости.

Татарская республика по заболеваемости дифтерией в целом по РСФСР в 1956 г. занимала 40 место, в 1957 г. — 24 место из 73 АССР, краев и областей. Следовательно, снижение заболеваемости дифтерией в ТАССР до сего времени еще нельзя признать удовлетворительным (показатель 4,4 на 10 000 нас.).

При средних показателях заболеваемости нашей республики 4,4 в

1958 г. следует указать на наиболее неблагоприятные по дифтерии города и районы республики (на 10 000 нас.), такие, как: Бугульма — 41,6; Зеленодольск — 15,0; Буинский р-н — 13,5 и некоторые другие, дающие показатель от 12 до 5. На эти города и районы приходится 61,5% всех заболеваний, зарегистрированных в ТАССР.

В 20 районах республики показатели колеблются от 0,1 до 4,0 на 10 000 населения.

В 11 районах показатели невысокие: от 0,2 до 0,8 на 10 000 населения (Б. Тарханский, Кузнечихинский, Первомайский и др.), 12 районов свободны от заболеваемости (Биллярский, Шереметьевский, Красноборский и др.).

Главные врачи указанных 12 районов, свободных от заболеваемости, могли бы уже сегодня заявить, что они выполнили задачу ликвидации дифтерии. Однако, отсутствие дифтерии в этих районах не является отражением правильной профилактической работы, о чем свидетельствует низкая иммунная прослойка против дифтерии среди детского населения данных районов.

В этих районах может случиться то, что было в Первомайском районе в 1956 г., когда там возникла крупная вспышка (93 случая), хотя до этого в течение 15 лет ни одного случая дифтерии не было зарегистрировано. Именно отсутствием достаточно высокой иммунной прослойки объясняется неравномерность распределения заболеваемости по районам республики. В таких условиях дифтерия переходит из района в район и обуславливает возникновение эпидемических вспышек.

Поставленная Министерством здравоохранения РСФСР и ТАССР задача ликвидации заболеваемости дифтерией требует от руководителей органов и учреждений здравоохранения большой четкости в работе, исчерпывающего учета детей от рождения до 12 лет, врачебного контроля за качеством противодифтерийных прививок, повышения ответственности медицинского работника за порученное ему дело.

Рассматривая заболеваемость дифтерией в ТАССР по месяцам в 1953—58 гг. (рис. 2), видно, что наибольшая заболеваемость, как правило, приходится на осенне-зимний период.

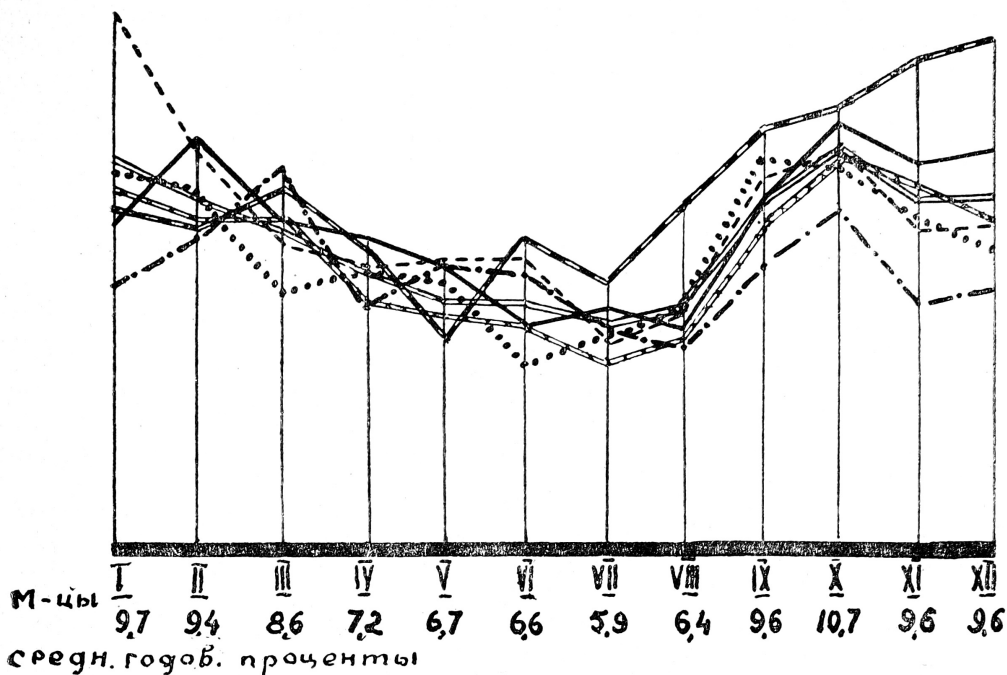
За последние 3 года отмечается снижение заболеваемости почти во всех возрастных группах.

Исключение составляют дети в возрасте 10—14 лет, где при малых интенсивных показателях все же отмечается некоторое повышение заболеваемости за последние годы. Это объясняется неполным охватом отдаленными ревакцинациями более старших детей в ряде районов республики.

На протяжении последних 8 лет заболеваемость среди неорганизованных детей была выше, чем среди организованных. Эта разница до 1954 г. была выраженной (почти в 2 раза), в последующие три года она стала незначительной, а в 1958 г. несколько больше (на 4%) болели организованные дети.

Сроки диагностики и госпитализации больных дифтерией являются важным показателем осведомленности широких масс населения об этом заболевании, а в ряде случаев характеризуют квалификацию медицинских работников в отношении диагностики дифтерии. За последние 8 лет преобладающее число больных (72—76%) было госпитализировано в первые 3 дня. Таким образом, до сих пор $\frac{1}{4}$ всех больных дифтерией госпитализируется несвоевременно — на 4 день болезни и позже.

С своевременной диагностикой связаны и сроки введения больным противодифтерийной сыворотки. К сожалению, сыворотка во многих случаях вводится не в момент выявления больного на дому, а лишь спустя несколько часов (иногда до суток) — в больнице; в последние 8 лет лишь $\frac{1}{3}$ всех больных сыворотка введена на дому, а остальные



Условные обозначения:

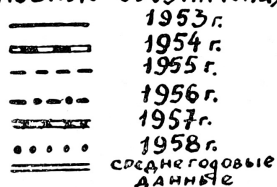


Рис. 2.

²/₃ больных получили сыворотку с опозданием, в условиях стационара.

Летальность при дифтерии в 1955 г. снизилась, по сравнению с 1951 г., почти в 2 раза. С 1956 по 1958 гг. она несколько повышается, достигая 4,4%. В некоторых районах регистрировалась высокая летальность. Так, в Дрожжановском районе в 1956 г. — 17,0%, в Н.-Челнинском районе в 1958 г. из 15 больных умерли 6, К.-Юлдузском — из 14 — 6, К.-Устьинском — из 17 — 3.

Различные показатели летальности в городах и районах ТАССР объясняются некачественным медицинским обслуживанием дифтерийных больных — несвоевременностью госпитализации, запоздалым лечением и т. д., а также некачественным проведением противодифтерийной иммунизации.

Как известно, создание прочного специфического иммунитета является одной из основных мер борьбы с дифтерией.

Однако, многие главврачи районов, их заместители по санэпидвопросам, районные педиатры и участковые врачи ТАССР до сих пор не уделяют должного внимания активной иммунизации против дифтерии, и вопрос о прививках не является предметом их постоянного контроля.

Между тем, ликвидация дифтерии зависит, в первую очередь, от правильной постановки прививочного дела.

Прививки должны проводиться планоно, систематически, с соблюдением указанных в инструкции интервалов, независимо от времени года.

Одновременно следует подчеркнуть, что активная иммунизация является одним из эффективных средств борьбы против дифтерийного бактерионосительства, особенно вирулентного.

Для эффективности прививок важно и качество анатоксина, в частности, правильное его хранение. Заведующие фельдшерскими пунктами иногда хранят анатоксин в помещении при комнатной температуре, что снижает качество анатоксина, а отсюда и эффективность прививок.

Отсутствие иммунной прослойки среди детского контингента, а также позднее выявление и госпитализация явились причинами возникновения вспышек дифтерии в ряде районов ТАССР.

Вспышки были в следующих пунктах: Пестречинском районе — 105 случаев в 1951 г. и 76 случаев в 1952 г., Шугуровском районе — 50 случаев в 1954 г. и т. д.

Эпидемиологами Республиканской сан-эпидстанции Минздрава ТАССР при выезде было установлено, что болели, как правило, непривитые или неправильно привитые дети, и иммунная прослойка до вспышек равнялась от 0 до 30—40%.

Изучение данных по этим вспышкам показывает, что они могли бы быть предотвращены при своевременном проведении комплекса противоэпидемических мероприятий, в особенности при правильном плановом проведении противодифтерийных прививок с преемственностью документации по прививкам на фельдшерских пунктах.

ВЫВОДЫ:

1. Заболеваемость дифтерией в ТАССР, несмотря на некоторое снижение, в последние годы остается еще значительной (4,4 на 10 000 нас.).

2. В ТАССР наиболее поражаема дифтерией возрастная группа от 1 до 6 лет включительно.

3. Заболеваемость дифтерией за 1951—57 гг. среди организованных детей была меньше, чем среди неорганизованных; в 1958 г. болели несколько больше (на 4%) организованные дети.

4. Диагностика и госпитализация дифтерийных больных в большинстве случаев осуществляется в течение первых трех дней от начала заболевания. Однако, 25% всех больных госпитализируются лишь на четвертые сутки и позже от начала заболевания.

5. Сроки введения противодифтерийной сыворотки совпадают со сроками госпитализации.

6. Летальность от дифтерии за последние 3 года остается высокой и стабильной (4,4%).

7. Изучение вспышек показывает, что главными их причинами являются:

а) отсутствие должной иммунной прослойки среди детского контингента в результате неплановой, плохой постановки прививочного дела,

б) поздние выявление и госпитализация дифтерийных больных.

8. Заболеваемость дифтерией в ТАССР может быть ликвидирована в ближайшие годы при проведении всего комплекса мероприятий по борьбе с дифтерией и ее профилактике, в первую очередь, при правильной и четкой постановке прививочного дела.

Поступила 26 февраля 1959 г.