

КРАЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПРИРОДНООЧАГОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТАТАРСКОЙ АССР И ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С НИМИ

Заслуженный врач ТАССР И. Е. Алатырцева, Т. И. Черанова

Казанский НИИЭМГ и Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция

Одной из важнейших задач медицинской науки и практики здравоохранения является борьба с инфекционными заболеваниями, в том числе и с имеющими природную очаговость. Окончательная ликвидация отдельных природноочаговых инфекций — вполне реальная, научно обоснованная задача.

Двадцать лет тому назад академик Е. Н. Павловский впервые в мировой науке обосновал главные положения учения о природной очаговости болезней человека, перечень которых значительно расширился благодаря проведенным за последние годы большим научным исследованиям краевого значения.

Долины рек Волги и Камы делят территорию Татарской республики на основные физико-географические районы. Территория к западу от р. Волги называется Предволжьем, к востоку от р. Волги и к югу от р. Камы — Закамьем (лесостепная зона). К северо-востоку от Волги и к северу от Камы территория относится к бореально-лесной подобласти и называется Заволжьем.

Географическое положение республики создает предпосылки для локализации природноочаговых заболеваний, свойственных лесной и лесостепной зонам (клещевой энцефалит, геморрагическая лихорадка, туляремия, Ку-рикетсиоз, лептоспирозы и др.).

За последние годы на территории Татарской АССР развернулось широкое освоение полезных ископаемых, в большом масштабе ведутся геологоразведочные работы. Строятся мощные электростанции, прокладываются линии электропередач, газопроводов, и ведутся другие работы. В семилетнем плане предусмотрено дальнейшее развитие нефтяной и химической промышленности. Все это связано с большим перемещением людских контингентов в места, имеющие природноочаговые заболевания или еще недостаточно изученные эпидемиологически.

Задача нашего сообщения показать территориальное распространение природноочаговых заболеваний и дать краткую характеристику важнейших эпидемиологических особенностей этих инфекций и эффективности проводимых при них профилактических мероприятий. Перед органами здравоохранения поставлены большие задачи по оздоровлению внешней среды и окончательной ликвидации отдельных природноочаговых заболеваний — туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы.

Очаги *клещевого энцефалита* в ТАССР существовали еще с конца прошлого столетия, на что указывают наличие инвалидов I группы с остаточными явлениями после клещевого энцефалита и анализы исто-

рий болезни больных, поступавших в клинику нервных болезней Казанского медицинского института (С. В. Чуева). Начало изучения этого заболевания как природноочагового относится к 1949 г., когда Г. Л. Хасисом была установлена и расшифрована вспышка клещевого энцефалита в бывшем Ямашинском районе.

Природные очаги клещевого энцефалита расположены преимущественно в юго-восточной (Закамье) части ТАССР, лесостепной зоне, представленной главным образом широколиственными лесами, и в северной и северо-восточной частях Заволжья, южной таежной подзоне. Эти районы изобилуют клещами *Ixodes persulcatus*, которые являются основным резервуаром инфекции и переносчиком клещевого энцефалита (В. А. Бойко).

Впервые штаммы вируса клещевого энцефалита в очагах были выделены из крови рыжих полевков и лесных мышей Г. Х. Гильмановой, М. А. Вайнштейн и Г. Н. Лапшиной.

Комплексное изучение эпидемиологических особенностей природных очагов клещевого энцефалита в ТАССР, выявление новых очагов, организация кустовых научно-практических конференций усилили внимание врачей к клинике и профилактике клещевого энцефалита, в связи с чем улучшилась диагностика, организованы своевременная госпитализация и лечение. Все это привело к значительному снижению осложнений после клещевого энцефалита. Проведение мероприятий по борьбе с клещевым энцефалитом, широкая санитарно-просветительная работа среди местного населения позволили за последние 2—3 года значительно снизить заболеваемость. Оздоровление природных очагов, обеспечивающее дальнейшее снижение заболеваемости, должно быть направлено на проведение мероприятий по борьбе с переносчиком, расширение общей и специфической профилактики.

На территории ТАССР и прилегающих автономных республик и областей с 1952 г. начали регистрироваться заболевания *геморрагической лихорадкой с почечным синдромом*.

В лесостепной зоне зарегистрировано небольшое число заболеваний в Алькеевском, Набережно-Челнинском, Чистопольском, Альметьевском районах. Большинство же заболеваний отмечено в Агрызском, Зеленодольском, Высокогорском, Столбищенском, Лаишевском районах. Обнаруженные в этих районах природные очаги геморрагической лихорадки в ландшафтно-географическом отношении приурочены к станциям южной таежной подзоны.

В Кизнерском — Удмуртской АССР, Агрызском, Высокогорском — ТАССР, Ронгинском и Моркинском районах — Марийской АССР В. А. Бойко изучена фауна мелких лесных млекопитающих. Она представлена большим разнообразием видов из семейства мышевидных и отряда насекомоядных. В численном отношении доминируют рыжие и красные полевки.

Эктопаразитокomплекс отловленных зверьков представлен иксодовыми, гамазовыми, краснотелковыми клещами и блохами. Среди всех эктопаразитов наиболее многочисленными оказались личинки краснотелковых клещей.

Результаты зоопаразитологических исследований и эпидемиологические наблюдения позволили характеризовать заболевания геморрагической лихорадкой на Среднем Поволжье как проявление зооноза. Резервуаром этой инфекции в природных очагах, по-видимому, являются мышевидные грызуны, в частности рыжие и красные полевки.

Факторами передачи инфекции человеку могут быть инфицированные выделениями грызунов почва, лесная подстилка, пыль, поваленные деревья, хворост, сухая трава, солома и прочее. Пылевой путь передачи наиболее вероятен при земляных и лесозаготовительных работах, а

также в условиях неблагоустроенного жилья при осенне-зимнем скоплении в нем грызунов (Башкирев, Бойко).

С 1952 г. по 1960 г. в очагах указанных районов зарегистрировано 230 заболеваний геморрагической лихорадкой. Эти заболевания имели характер небольших групповых вспышек или были спорадическими. Наибольшее число заболеваний приходилось на летне-осенний сезон, но групповые вспышки и спорадические заболевания наблюдались и зимой. Заболевания клинически относились к геморрагической лихорадке с почечным синдромом (Башкирев).

Основой профилактики этого заболевания являются мероприятия по истреблению грызунов в очагах геморрагической лихорадки. Для выявления природных очагов большое значение имеет ознакомление практических врачей с диагностикой и клиникой геморрагической лихорадки.

Энзоотичные по *туляремии* районы расположены в северо-восточной части республики в поймах рек Камы, Вятки и Белой. Наибольшая заболеваемость людей туляремией регистрировалась в Актанышском, Бондюжском, Мензелинском, Красноборском районах, что, видимо, связано с наличием в них большой площади пойменных угодий, заселенных одним из основных источников туляремии — водяной полевкой. Наблюдалась небольшая заболеваемость в Набережно-Челнинском и Елабужском районах, в остальных районах регистрировались единичные заболевания.

Годы высокой заболеваемости людей туляремией совпадают с годами высокой численности водяной полевки и интенсивным промыслом на нее. Есть некоторые основания считать, что очаги туляремии довольно старые. Местное население указывает на характерное заболевание — типичное для бубонной формы туляремии. Это совпадало с увеличением численности водяной полевки в 1928—30—32 годы.

Наибольшая заболеваемость наблюдалась в 1949 г. Вспышка охватила 480 человек и была связана с промыслом на водяную полевку (ловля, заготовка шкур).

В 1950 г. заболело 149 человек, из них 17 — в бывшем Калининском районе, где вспышка носила характер трансмиссивной. Она возникла в августе во время второго сенокоса.

В 1949—1950 гг. стали проводить массовые прививки против туляремии. Было привито 264 000 человек в районах, расположенных вдоль рек Белой и Камы, после чего в 1951—1955 гг. заболеваемость туляремией не регистрировалась.

В 1956 г. заболело 2 человека, в 1957 г. — один. С 1958 г. заболеваемости в республике нет, хотя в 1958—1959 гг. в Елабужском районе из органов полевки выделены культуры туляремийной палочки, что указывает на активность природных очагов туляремии.

Один из наиболее эффективных методов профилактики туляремии — профилактическая вакцинация. Необходимо тщательное проведение плановой вакцинации и своевременной ревакцинации среди населения, проживающего в природных очагах туляремии.

Обязательны научно-эпидемиологическое и эпизоотическое обследование и активное выявление природных очагов туляремии с последующим проведением комплекса мероприятий по их оздоровлению: истребление грызунов, в том числе поощрение развития промысла на водяную полевку, агротехнические и мелиоративные работы (борьба с комарами) и др.

Есть все основания считать, что в ближайшие 5 лет в республике будет окончательно ликвидирована туляремия.

За последние 13 лет заболеваемость *сибирской язвой* среди людей регистрировалась во всех районах республики, за исключением Аль-

метьевского, Бугульминского, Ютазинского, Мамадышского, Верхне-Услонского, Агрызского, Елабужского.

Начиная с 1955 г. заболеваемость сибирской язвой снижается.

Заболеваемость среди животных регистрировалась во всех районах республики.

Основной причиной заражения животных сибирской язвой является загрязнение почвы спорами сибироязвенной палочки. Загрязнение почвы происходит вследствие вынужденного забоя животных в разных местах (на пастбищах, дворах) и неудовлетворительного состояния скотомогильников.

Наибольшая заболеваемость среди животных встречается в засушливые годы, когда животные при поедании травы чаще соприкасаются с почвой, чем при высоких сочных кормах.

Заболеваемость сибирской язвой среди людей находится в тесной зависимости от заболеваемости животных. В 88% источником инфекции являются больные животные, заражение происходит при непосредственном контакте во время забоя больных животных. Лишь в 12% заражение происходило при контакте с кожсырьем и почвой.

Для предупреждения возникновения заболеваний людей сибирской язвой необходим комплекс ветеринарно-санитарных мероприятий:

1. Поголовный своевременный охват животных прививками от сибирской язвы во всех районах республики; проведение прививок среди населения по эпидпоказаниям и среди лиц, связанных с меховой, кожевенной и шерстеобрабатывающей промышленностью.

2. Прекращение забоя большого скота без ветеринарного надзора. Для этого, помимо разъяснительной работы среди населения, следует использовать привлечение нарушителей к ответственности.

3. Запрещение продажи мяса и субпродуктов без знаков ветеринарно-санитарного контроля.

4. Осуществлять строгий ветеринарно-санитарный контроль за пунктами формирования и следования животных гуртами и за скотопрогонными трактами.

5. Строго выполнять ветеринарные санитарные правила на забойных пунктах и мясокомбинатах.

6. Обрабатывать кожевенное сырье, завозимое из-за границы, только на оборудованных в санитарном отношении предприятиях, имеющих дезинфекционные камеры для кожевенного сырья и дезинфекционные установки для обеззараживания сточных вод.

7. Систематически контролировать уничтожение павших от сибирской язвы животных и содержание скотомогильников.

Лептоспирозные заболевания среди людей установлены в Казани и в Чистопольском, Зеленодольском, Алексеевском, Бавлинском, Рыбно-Слободском, Сабинском и среди домашних животных — в Тактанышском, Верхне-Услонском, Кукморском, Пестречинском, Камско-Устьинском и других районах.

Выявление и подробное изучение этиологической структуры этих заболеваний проведены доцентом З. Х. Каримовой (1949—1959).

В районах ТАССР (Чистопольском и др.) встречается безжелтушный лептоспироз типа водной лихорадки. Заражение людей этой формой происходит при купании в стоячих водоемах и при уходе за больными животными.

Основными источниками лептоспирозной инфекции в Казани являются крысы и собаки.

Пути передачи — вода и загрязненные мочой и испражнениями крыс пищевые продукты.

Источником инфекции в районах республики являются больные сельскохозяйственные животные (крупный рогатый скот, свиньи, лоша-

ди). Например, в колхозе «Авангард» Зеленодольского района источником лептоспироза у людей оказались больные свиньи. Инфекция распространилась путем непосредственного контакта людей с больными животными и через воду озера, где мыли свиней. Воду из этого озера использовали для бытовых целей, купания и водопоя животных. В этом же колхозе выявлена заболеваемость и среди лошадей. От больных людей, свиней и лошадей, а также из воды озера были выделены лептоспиры одного и того же серологического типа.

Задачами органов здравоохранения в борьбе с лептоспирозом являются, прежде всего, повышение квалификации врачей в диагностике данного заболевания, дальнейшее совершенствование лабораторной диагностики лептоспироза среди людей и животных, а также организация профилактических и противоэпидемических мероприятий (проведение прививок среди населения и животных, дератизационные мероприятия в населенных пунктах).

Лихорадка-Ку в Татарской АССР впервые обнаружена в 1955 г. в Агрызской железнодорожной больнице. В 1956 г. расшифрована выделением риккетсий Бернета от больных (Газизова и др.) вспышка этого заболевания в Ленинском районе Казани. За 4 года выявлено и подтверждено серологически более 100 заболеваний лихорадкой-Ку.

Основным источником заражения людей лихорадкой-Ку является крупный и мелкий рогатый скот. Возбудитель выделяется в окружающую среду с молоком, испражнениями, мочой, плацентой и околоплодной жидкостью. При серологическом обследовании двух стад (из пригородов Казани) установлена пораженность крупного рогатого скота в 11%. При серологическом обследовании рабочих мясокомбината выявлено 46% людей, положительно реагирующих на Ку-антиген по РСК, причем наиболее пораженными оказались рабочие убойного, субпродуктового и кишечного цехов.

Массовое серологическое обследование крупного рогатого скота из районов ТАССР позволило установить распространенность этого заболевания по ряду районов (Куйбышевский, Нурлат-Октябрьский, Пестрчинский, Арский, Лаишевский, Дубязский, Столбищенский и др.).

Проведенные исследования показывают, что Ку-лихорадка имеет определенное значение для краевой патологии Татарии, и выдвигают необходимость выявления природных очагов этой инфекции. Основной задачей медицинских работников является мобилизация внимания на клиническом выявлении Ку-лихорадки среди лиц, по роду своей профессиональной работы подвергающихся опасности заражения этой инфекцией. Дальнейшее изучение Ку-риккетсиоза постоянно требует активного участия ветеринарных и медицинских работников республики, поскольку при этой инфекции, как при бруцеллезе, вопросы эпидемиологии тесно связаны с эпизоотологией.

Важнейшими задачами в области здравоохранения по решениям XXII съезда КПСС являются широкое развитие профилактических мероприятий, снижение и ликвидация отдельных инфекционных заболеваний. Успехи современной науки в области теоретических и методических основ борьбы с отдельными природноочаговыми инфекциями позволяют ставить вопрос о резком снижении одних и окончательной ликвидации других заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алатырцева И. Е. и Ковалев В. М. Тр. Казанского НИИЭМГ, 1959, в. 4, Казань.
2. Башкирев Т. А. и Бойко В. А. Казанский мед. ж., 1960, 5.
3. Башкирев Т. А. Казанский мед. ж., 1961, 6.
4. Бойко В. А. Уч. записки КГУ, 1955, т. 115, кн. 7; Тр. Казанского НИИЭМГ, 1959, в. 4; X совещание по паразит. проблемам, 1959, в. 1, Л.
5. Бойко В. А., Сметанина М. А. Тез. докл. итог.

конф. Казанского НИИЭМГ, 1961. — 6. Вайнштейн М. А., Газизова Г. Р. ЖМЭИ, 1958, 9. — 7. Газизова Г. Р. и др. Тр. Казанского НИИЭМГ, 1959, в. 4. — 8. Гильманова Г. Х., Бойко В. А., Степанов К. Д. Материалы межобл. научн. конф. в Красноярске, 1958. — 9. Гильманова Г. Х., Бойко В. А. и др. Автореф. объедин. VII сессии Ин-та полиомиелита АМН СССР и Белорусского ИЭМГ, 1962. — 10. Гильманова Г. Х. с соавт. Тр. Казанского НИИЭМГ, 1959, в. 4. — 11. Гончарова М. Н. и Тихвинская М. В. Тр. Казанского НИИЭМГ, 1959, в. 4. — 12. Каримова З. Х. Сб. научн. тр. Казанского мед. ин-та, 1959; Тр. КНИИЭМГ, 1959, в. 4. — 13. Хасис Г. Л. Итоговая научн. конф. Казанской НИИВС (автореферат); Сов. мед., 1955.

Поступила 23 августа 1963 г.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ЮГО-ВОСТОЧНОЙ ЧАСТИ ТАТАРСКОЙ АССР

Л. В. Дановский

Ленинградская горбольница (главврач — М. М. Газымов).
Научный руководитель — проф. О. С. Радбиль

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (геморрагический нефрозо-нефрит) — острое вирусное инфекционное заболевание с природной очаговостью.

На территории Татарской АССР такие заболевания были зарегистрированы в Агрызском и Высокогорском районах, расположенных к северу от Камы (Т. А. Башкирев, В. А. Бойко), и в районах около устья Камы — в Чистопольском и Камско-Устьинском (А. А. Иванов). Зоопаразитологическое изучение очагов позволяет считать рыжих и красных полевок хранителями вируса данного заболевания (Т. А. Башкирев, В. А. Бойко). С 1960 г. заболевания геморрагической лихорадкой с почечным синдромом нами наблюдаются в юго-восточной части ТАССР, являющейся районом нефтяной промышленности. Разведка и освоение нефтяных площадей неизбежно приводят к тесному контакту человека с природой в самые различные времена года. Восточное Закамье, расположенное к югу от Камы, с запада ограничено долиной Шешмы, левого притока Камы, на востоке граничит с Башкирской АССР и на юге — с Куйбышевской областью. Здесь много лесов, в основном широколиственных, преобладают береза, липа, дуб; много осинников. Здесь с 1960 г. по 1962 г. нами наблюдались 5 больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом. Возраст больных — от 22 до 32 лет, все мужчины. Есть основание предполагать, что приведенные цифры не отражают истинного количества таких заболеваний, так как в больницу направлялись лишь тяжелые больные; при легких же и стертых формах больные, по видимому, проходили под другими диагнозами и лечились амбулаторно.

Впервые это заболевание диагностировано нами в августе 1960 г. у больного З., 22 лет, проживающего в Ленингорске и работающего по капитальному ремонту скважин. Заражение вероятнее всего произошло в окрестностях с. Ямаши (бывший Ново-Шешминский район), где больной работал в лесу на заготовке дров (Казанский мед. ж., 1961, 4).

В 1961 г. таких заболеваний мы не наблюдали. В 1962 г. повсеместно отмечалась повышенная численность лесных мышевидных грызунов и с июня по декабрь мы зарегистрировали уже 4 больных геморрагической лихорадкой.

Инкубационный период равнялся 2—3 неделям. Заболевания начинались остро. Температура поднималась до 38—40°, держалась на высоких цифрах 6—7 дней, у одного — до 10 дней. Кратковременно на коже и слизистых при тщательном осмотре находили мелкую петехиальную сыпь. У трех больных были довольно массивные кровоизлияния в склеры. У одного было желудочное кровотечение. Больные жаловались на головные боли, боли в пояснице и в животе; иногда были тошнота, рвота. Один жаловался на снижение зрения. У всех был резко положительный симптом Пастернацкого. В моче определялся белок, в осадке — свежие эритроциты, клетки почечного эпителия. Отмечены нейтрофильный лейкоцитоз, клетки Тюрка; высокие цифры мочевины крови. В разгаре болезни была олигурия, которая в стадии реконвалесценции сменялась длительной гипополизурией.

Больные поступали из различных участков Ленинградского района.

Б., 24 лет, колхозник, заболел 23/VI 1962 г., поступил 28/VI. До заболевания около месяца жил и работал в лесу на заготовке дров за д. Тукмак, расположенной в северной части Ленинградского района на границе с Альметьевским районом (Ста-