

териологическом обследовании выделяется дифтерийная палочка с явно выраженными токсигенными свойствами. Своевременное введение противодифтерийной сыворотки дает быстрый положительный эффект и предупреждает развитие осложненных форм дифтерии.

При аденовирусных ложно-фибринозных конъюнктивитах начало заболевания, как правило, острое, температура в пределах 39°. Поражению глаз предшествуют катаральные явления. Нежные пленки на слизистой век появляются на 5—6 дни заболевания. Отек век мягкой консистенции, менее выражен. Кожные покровы век бледно-розового цвета. Глаз открывается легко и свободно. Пленки нежные, располагаются поверхностно, легко отделяются от слизистой. Бактериологическое обследование на дифтерию дает отрицательный результат. Введение противодифтерийной сыворотки не эффективно.

Все больные, находящиеся под нашим наблюдением, были неоднократно обследованы на дифтерию. У всех получен отрицательный результат.

При аденовирусных инфекциях антибиотикотерапия не эффективна. Положительно влияют противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты.

Профилактика аденовирусных инфекций заключается в соблюдении норм личной и общественной гигиены, борьбе со скученностью в детских коллективах и выполнении комплекса мероприятий противоэпидемического порядка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусарская И. Л., Дудкина К. А., Масленникова Л. К. и Епифанова К. И. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1962, 4.—2. Дрейзин Р. С., Жданов В. М. *ЖМЭИ*, 1959, 5.—3. Дрейзин Р. С., Трувис Н. Л., Пашкевич Г. С., Перваченко С. В., Витенбиндер Е. А., Лихторович С. А. *В кн. Пробл. гриппа и острых респират. забол. Тез. докл. М., 1959.*—4. Дрейзин Р. С., Жукова Е. К., Князева Л. Д. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1960, 3.—5. Носов С. Д., Лодадо К. С., Кузьминская Г. Я. и др. *Педиатрия*, 1961, 4.—6. Чешик Г. С. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1962, 2.

Поступила 3 сентября 1963 г.

ПОЛИОМИЕЛИТ И ЕГО ДИАГНОСТИКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ¹

Асс. Д. К. Баширова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и инфекционная больница г. Казани (главврач — З. С. Тавлинова)

В настоящее время благодаря массовому, систематическому проведению профилактических прививок советская медицина добилась огромных успехов в борьбе с полиомиелитом. М. Я. Никитин (1961) указывает, что заболеваемость полиомиелитом только за один год, с 1959 по 1960 гг., снизилась на 46,6%.

По мере общего сокращения заболеваемости полиомиелитом существенно изменились его клинические проявления. В настоящее время полиомиелит почти никогда не оставляет тяжелых, необратимых параличей, превращающих детей в калек.

За последние годы чаще отмечается атипичное или стертое течение полиомиелита, в силу чего диагностика полиомиелита стала представлять значительные трудности, тем более, что описаны паралитические формы полиомиелитоподобных заболеваний, вызываемых энтеровирусами (М. П. Чумаков, 1961).

С 1958 по 1959 гг. среди детей Казани стала проводиться вакцинация убитыми возбудителями полиомиелита. Уже в 1959 г., по сравнению с 1957 г., число больных

¹ Доложено на заседании межобластного Комитета по борьбе с полиомиелитом и научной клинической конференции — сентябрь — октябрь 1962 г.

полиомиелитом уменьшилось более, чем в 2 раза. Тяжелое течение болезни было у 51,25% больных. Летальность снизилась до 3%.

Клиническая картина болезни у привитых против полиомиелита была такой же, как у непривитых. Наиболее тяжелые проявления полиомиелита отмечались у детей, заболевших через 11 дней или 1—3 месяца после последней прививки. Однако летальность у привитых была в 2,5 раза ниже, чем у непривитых.

С 1960 г. начался период массовых прививок живой ослабленной вакциной. Заболеваемость полиомиелитом еще более снизилась. Изменилась клиническая картина болезни.

С 1960 по 1962 гг. мы наблюдали 76 больных полиомиелитом. В 1960 г. — 45, в 1961 г. — 18, и в 1962 г. — 13 человек.

По сравнению с 1957 г., годом наивысшего подъема заболеваемости полиомиелитом в Казани, в 1962 г. больных стало в 15 раз меньше, поступивших с подозрением на полиомиелит стало меньше почти в 9 раз.

Согласно литературным данным, несколько изменилась сезонность полиомиелита, но по нашим материалам она не так четко выражена, как это было в 1957—1959 гг. В 1960—62 гг. наибольшее поступление больных было не в августе—сентябре, как ранее, а в июне—июле.

За последние три года больных с тяжелой картиной болезни было 22,2% (в 1957 г. 80%) и умер лишь один больной.

Среди наших больных были дети (42), вакцинированные или ревакцинированные живой ослабленной вакциной.

У большинства (у 31) привитых заболевание наступило через 3—6 месяцев после получения прививок и лишь у 11 человек — через 7—14 месяцев.

Как правило, привитые, заболевшие полиомиелитом дети были ослабленными, страдали другими заболеваниями (гельминтоз, диатез, рахит и др.) или перенесли ранее тяжелые инфекции. Вероятно, их можно отнести, в число 17—18% детей (О. В. Бароян, М. П. Чумаков), неспособных к выработке достаточно напряженного иммунитета.

Как среди привитых, так и непривитых основной клинической формой болезни по-прежнему оставалась спинальная форма (63,8%) и понтинная (33%).

В клинической картине полиомиелита наблюдаемых больных были выявлены некоторые особенности. Болезнь у них развивалась остро, но начальная стадия у большинства больных была выражена нечетко.

Типичные для препаралитической стадии полиомиелита общинфекционные и общеневрологические симптомы были отмечены у 29 больных из 76.

Типичное начало болезни было чаще у непривитых (19), чем у привитых (10). У остальных больных первоначальные проявления полиомиелита либо отсутствовали, либо определялись слабо.

Обычно наблюдались незначительные нарушения самочувствия, субфебрильная температура 1—2 дня и легкие катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Иногда же родители отмечали незначительный насморк, кашель без повышения температуры и нарушения самочувствия ребенка. В отдельных случаях даже подобные симптомы отсутствовали и болезнь начиналась с парезов. Это свойственно было больше детям привитым (19 чел.), чем непривитым (5 чел.).

Атипичное начало заболевания полиомиелитом наблюдалось у наших больных в 2,5 раза чаще, чем типичное, и преимущественно у привитых.

Проявление полиомиелита в паралитической стадии у больных со спинальной формой также изменилось. Такие неврологические симптомы, как болевой синдром, вздрагивание, рвота, потливость и др., более чем у половины больных отсутствовали или были выражены слабо.

Двигательные расстройства у больных начинались внезапно, но у большинства (у 30 из 40) они носили локализованный характер, типа вялых монопарезов. При сохранении объема движений отмечались некоторое снижение силы мышц и быстрая истощаемость сухожильных рефлексов. Эти легкие двигательные нарушения проявлялись либо в неуверенной походке ребенка, либо в легкой, мало заметной хромоте. Родители замечали хромоту у ребенка лишь при беге или при падении.

Наблюдались больные, у которых парезы носили преходящий характер и исчезали через 2—5 дней с момента появления. Однако и у таких больных, особенно при позднем поступлении в стационар, наблюдались нежелательные последствия. При своевременном поступлении и лечении исходы болезни были обычно благоприятные.

В 1957 г. благоприятный исход болезни, клиническое выздоровление или значительное улучшение были отмечены в 33,7%, за последние три года — в 54%. У привитых против полиомиелита в 2 раза чаще наблюдали благоприятный исход, чем у непривитых (у 27 и у 14).

За 3 года лишь у одного больного (в 1960 г.) было злокачественное течение с расстройством дыхания. Больной умер. За последние 2 года подобных больных уже не было.

У 25 больных была диагностирована понтинная форма полиомиелита с изолированным поражением ядра лицевого нерва. Все больные были в возрасте до 5 лет.

Клиническая картина паралитической стадии болезни у них имела те же черты, что и у подобных больных в предыдущие годы.

В лабораторной диагностике полиомиелита большое место занимало исследование ликвора больных. В 1957 г. патологический ликвор с клеточно-белковой диссоциацией был найден у 72,7%, а в 1960—62 гг. лишь у 37,5%, т. е. в 2 раза реже. Это еще раз подчеркивает большую легкость инфекционного процесса при полиомиелите в последние годы и трудность диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бароян О. В. Опыт вакцинации против полиомиелита в РСФСР. М., 1959.
2. Баширова Д. К. Казанский мед. ж., 1960, 3. — 3. Никитин М. Я. ЖМЭИ, 1961, 8. — 4. Материалы VI научной сессии Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР, 1961. — 5. Материалы симпозиума по полиомиелиту. Ленинград, 1962.

Поступила 21 февраля 1963 г.

К ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВСПЫШЕК ГРИППА 1961 и 1962 гг. в КАЗАНИ¹

Канд. мед. наук Г. И. Гедзе, Н. М. Булатов, А. С. Гиворг

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены (директор — канд. мед. наук И. Е. Алатырцева) и городская сан.-эпид. станция (главврач — А. Г. Наумова)

В период осенней волны пандемии 1957 г. в Казани вирус гриппа типа А₂ обусловил почти 100% всех лабораторно подтвержденных случаев гриппа; в относительно благополучном по заболеваемости острыми респираторными инфекциями 1958 г. — 80%; во время зимней эпидемии 1959 г. — 74%, после этой эпидемии — во II половине 1959 г., в 1960 и в начале 1961 г. — 71%, во время эпидемических вспышек 1961 и 1962 гг. — почти 100%.

Пандемия «азиатского» гриппа несколько нарушила установившуюся за последнее время закономерность ежегодного повторения гриппозных вспышек. После зимней эпидемии 1959 г., которую многие авторы считают третьей волной пандемии, в течение двух с лишним лет уровень гриппа и других острых респираторных заболеваний в известной мере стабилизировался, однако был несколько выше заболеваемости предпандемических лет. После двухлетнего относительного эпидемиологического благополучия (март 1959 — апрель 1961 гг.) в Казани на протяжении сравнительно небольшого отрезка времени (8—9 месяцев) возникли 2 эпидемические вспышки гриппа, вызванные вирусом гриппа типа А₂. Первая вспышка началась в последних числах апреля 1961 г. и закончилась к началу июня. Вторая вспышка возникла с первых чисел января 1962 г. и продолжалась около 6 недель.

Эпидемическая вспышка гриппа в мае 1961 г. имела весьма ограниченные размеры и протекала в основном в виде спорадических случаев, а также небольших семейных и квартирных вспышек и групповых заболеваний в школах-интернатах и общежитиях с незначительным охватом членов пораженных коллективов (не более 5—10%). Число зарегистрированных в мае 1961 г. случаев гриппа и других острых респираторных заболеваний в 3—4 раза превысило заболеваемость этих месяцев 1958, 1959 и 1960 гг. и было в 3,5 раза выше минимальной заболеваемости этого года (в июле).

С первых чисел января 1962 г. в Казани возникла новая вспышка гриппа, значительно более интенсивная. Число зарегистрированных случаев гриппа и острых катаров верхних дыхательных путей в январе 1962 г. в 5,6 раза превысило уровень этих заболеваний в январе 1961 г. и в 3,6 раза — уровень заболеваний в мае 1961 г. Среднесуточная заболеваемость гриппом и острыми катарами верхних дыхательных путей по данным регистрации в январе 1962 г. приближалась к этой величине в октябре 1957 г. и в феврале 1959 г. составила 3058 (против 3326 в октябре 1957 и

¹ Доложено на конф. по координации научных исследований по проблемам «Грипп» и «Кишечные инфекции», Ленинград, апрель 1962 г.