

Мы обращали особое внимание на улучшение диспансерного наблюдения. Начиная с 1962 г. объем диспансерного обслуживания был расширен. В очагах мы обследовали не только инвазированных, но и контактных лиц (методом опроса и лабораторных анализов). Дегельминтизацию осуществляли общезвестными средствами. Большую роль сыграли временные дневные полустационары, развернутые на базе поликлиник, а также выделенные для этой цели койки в крупных стационарах. В результате процент дегельминтизированных из года в год увеличивался. Из числа состоящих на учете больных было дегельминтизировано в 1951 г.— 80, в 1955 г.— 88,3, в 1960 г.— 83, в 1965 г.— 97%.

Начиная с 1960 г. на мясокомбинате была введена система маркировки убойного скота, усилен ветеринарный контроль за экспертизой по ходу технологического процесса, улучшен процесс стерилизации финнозного мяса.

С 1960 г. одно из ведущих мест в патологии населения г. Казани занимает дифиллоботриоз, что обусловлено изменением водного бассейна Казанки и Волги. Пораженность широким лентецом в 1951 г. составляла 0,009, в 1955 г.— 0,01, в 1960 г.— 0,07, в 1965 г.— 0,1%. Высокая заболеваемость дифиллоботриозом в городе поддерживается постоянным загрязнением открытых водоемов. Не обеспечено строительство специального причала для сбора сточной-фекальных масс в районе нефтебазы. Население зачастую употребляет свежую рыбу местного улова без надлежащего обезвреживания.

Начиная с 1964 г. наметилась тенденция к снижению дифиллоботриоза. Процент дегельминтизации в 1965 г. достиг 95.

Наряду со снижением видовой заболеваемости гельминтозами отмечается также снижение общей. Так, общая пораженность населения среди обследованных в 1951 г. составляла 26, в 1955 г. 16,5, в 1960 г. 7,8, в 1965 г. 3,5%.

В последние годы значительно повысилась ответственность за проведение гельминтологических мероприятий в лечебных учреждениях. Ежегодно на семинарах, организуемых республиканской и городской санэпидстанциями на базе клиник мединститута и ГИДУВа, обучается значительное число врачей разных профессий: терапевтов, инфекционистов, педиатров, врачей школьных и дошкольных учреждений, родильных домов и женских консультаций.

Проводятся семинары для педагогов начальных классов и биологов школ с методической разработкой уроков по теме: «Паразитические черви человека».

УДК 616.995.122.21

ОПИСТОРХОЗ В СЕЛАХ КУЙБЫШЕВСКОГО И АЛЕКСЕЕВСКОГО РАЙОНОВ ТАССР

Р. И. Хамидуллин, В. С. Любина и Д. А. Лаврентьева

Кафедра терапии № 2 (зав. — проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра общей биологии (зав. — проф. В. В. Изосимов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Республиканская СЭС (главврач — Б. Л. Якобсон)

За последние годы в сельских районах ТАССР, прилегающих к Каме и Волге, были обнаружены больные описторхозом (Р. И. Хамидуллин, 1960, 1961, 1962, 1965). Однако ввиду трудности определения описторхоза у людей при специальных копрологических обследованиях на гельминты медицинскими работниками районов обычно это заболевание не диагностируется.

По данным Республиканской СЭС, в 1965 г. ни в Алексеевском, ни в Куйбышевском районах описторхоз не выявлен. Исследования, проведенные нами в 1965 г. в прибрежных селах Куйбышевского района (Подиваново, Ржавец, Пичкасы, Измери), показали, что около 80% жителей этих сел страдают заболеваниями желчевыделительной системы. В селе Полянка из 199 амбулаторных больных у 70 был диагностирован описторхоз. При обследовании 244 школьников этого же села описторхоз был обнаружен у 121. В селе Балымеры описторхоз найден у 26 из 34 обследованных взрослых жителей и у 16 из 46 школьников.

В июне — июле 1965 г. в Куйбышевской районной больнице была исследована желчь 159 больных, страдающих воспалительными заболеваниями желчевыделительной системы, из них у 137 в желчи были обнаружены яйца описторхиса, у 2 — яйца трихостронгилид и у 1 — личинки угрицы кишечной.

В прибрежных селах Алексеевского района в июле — августе 1966 г. также были выявлены больные с заболеваниями желчевыделительной системы. Так, в селе Остолопово симптомы поражения желчевыделительной системы имелись у 30% из 186 осмотренных, в Лебяжье — у 41% из 188, в Курналях — у 49% из 188, в Саканах — у 33% из 96, в Лебедино — у 15% из 353, в пос. Ивановском — у 25%, в Березовой Гриве и Городках — у 21% из 175. В стационаре Алексеевской районной больницы больным с заболеваниями желчевыделительной системы были проведены дуоденальные зондирования. Результаты представлены в таблице.

Населенный пункт	Число проведенных исследований желчи	Число выявленных больных описторхозом
Алексеевское	36	34
Лебедино	22	22
Остолопово	19	17
Пос. Ивановский	4	4
Балакчино	4	4
Сухие Курналы	4	4
Языково и др. населенные пункты, удаленные от реки Камы до 50 км	48	40
В с е г о	137	125

Необходимо отметить, что больные выявлены не только в прибрежных, но и в глубинных селах, удаленных от р. Камы до 50 км. У многих больных описторхозом ошибочно были диагностированы: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, реже холецистит. Они многократно обращались в фельдшерские пункты, райбольницы, но не получали действенной помощи из-за несведомленности персонала об описторхозе и почти полного отсутствия лабораторного исследования желчи.

У 55 больных описторхозом (16 мужчин и 39 женщин) проводилось как микроскопическое, так и бактериологическое исследование желчи¹. Перед зондированием больные ополаскивали ротовую полость 2% раствором соды. Порции дуоденального содержимого мы брали отдельно в стерильные пробирки и высевали на среды Эндо, Плоскерева, солевой, сахарный агар и др. с целью обнаружения различных бактерий, чистые культуры которых в дальнейшем идентифицировали пересевами на «пестрый ряд» углеводов, кровяной агар, постановкой реакций на лецитиназу, плазмокоагуляцию (патогенные стафилококки) и т. д. и серологических реакций с соответствующими агглютинирующими сыворотками.

У 3 из 55 больных описторхозом все 3 порции дуоденального содержимого были стерильны. У 5 больных не обнаружены бактерии в порции А, у 2 больных — в порции В, у 4 — в порции С. Наиболее часто высевались бактерии в порции А (как у мужчин, так и у женщин), реже — в порциях В и С.

Из дуоденального содержимого больных описторхозом были высеяны: золотистый стафилококк — у 2, белый стафилококк — у 8, энтерококк — у 3, грамотрицательная палочковидная флора — у 17, грамположительная палочковидная флора — у 9, грибки типа кандиды — у 3, стафилококки и грамположительная палочковидная флора — у 4, стафилококки и грамотрицательная палочковидная флора — у 6 больных. Видового различия бактерий порций А, В, С не наблюдалось.

Большинство больных жаловалось на боли в эпигастрии, в правом, иногда левом подреберье, тошноту, головокружение, слабость, понижение аппетита, быструю утомляемость. Из желчи у этих больных была выделена грамотрицательная или грамположительная палочка, сочетание стафилококка с грамположительной или грамотрицательной палочковидной флорой. У этих же больных были более выражены субктеричность склер и слизистой твердого неба (в 59%), положительный френикус-феномен (в 69%), симптом Ортнера (в 62%), увеличение печени (в 13%), гипотония (в 34%).

Заражение описторхозом большинства больных происходило при употреблении высушенной рыбы семейства карповых (лещ, язь). Во всех прибрежных селах рыба является одним из самых распространенных продуктов питания в течение всего года (во многих селах имеются специализированные рыболовецкие бригады).

В стационарах Алексеевской и Куйбышевской больниц 100 больным, страдающим описторхозом, было проведено лечение хлосилом и гексахлорэтаном в дозе от 16,0 до 30,0 г на курс. Лечение привело к выраженному уменьшению болезненных проявлений, а у ряда больных — к клиническому выздоровлению с исчезновением яиц описторхиса из желчи. После этого у некоторых больных была повторно бактериологически исследована желчь, изменений в бактериальной флоре не было обнаружено.

Выделенные из дуоденального содержимого бактерии оказались чувствительными к антибиотикам — левомицетину, колимицину, мицерину, тетрациклину и т. д.

ВЫВОДЫ

1. Среди сельского населения прибрежной полосы в Алексеевском и Куйбышевском районах ТАССР выявлена значительная зараженность описторхозом, связанная с употреблением малосольной рыбы семейства карповых (лещ, язь). Не исключена возможность аналогичного распространения описторхоза в других прибрежных районах ТАССР.

¹ Микробиологические исследования проводились на кафедре микробиологии Казанского ветеринарного института (зав. — проф. Х. Х. Абдуллин).

2. В дуоденальном содержимом больных описторхозными ангиохолециститами, холеститами часто обнаруживается разнообразная бактериальная флора, которая, возможно, оказывает влияние на течение основного заболевания. Поэтому при описторхозе помимо специфического лечения необходимо проводить терапию антибиотиками.

3. Следует в широких масштабах развернуть диагностическую (дуоденальные зондирования с последующей микроскопией желчи), лечебную и санитарно-просветительную работу среди населения прибрежных районов с целью профилактики, выявления и лечения заболеваний описторхозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хамидуллин Р. И. Казанский мед. ж., 1960, 3; Описторхоз и борьба с ним. Методическое письмо, 1961; Описторхоз в Чусовском районе Пермской обл. и некоторых районах ТАССР и вопросы его экспериментальной терапии. Автореф. канд. дисс., Казань, 1962.— 2. Хамидуллин Р. И., Мухаметов Р. Ю. Мат. научн. конф. Всесоюзного общества гельминтологов. Москва, 1965, декабрь, часть 4; Мат. IV Поволжск. конф. терапевтов. Казань, 1966.

УДК 613.163.9

ПОТЕРИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ РАДИАЦИИ СОЛНЦА В РАЗЛИЧНЫХ ПУНКТАХ г. СВЕРДЛОВСКА

Р. Г. Амирханова

Свердловский медицинский институт

Наблюдения за интенсивностью ультрафиолетовой радиации мы проводили шавелевокислым методом (по З. П. Куличковой и Бойко). Так как окна квартир, поверхности тела человека при его движении по улицам представляют систему различно ориентированных вертикальных поверхностей, мы измеряли суммарную (прямую и рассеянную) ультрафиолетовую радиацию на вертикальную поверхность. Кварцевая пробирка, установленная вертикально, позволяет учитывать ультрафиолетовые лучи при любом передвижении солнца по небосводу в течение дня. Пробирки выставляли на крыши одноэтажных зданий или на специальные подставки на высоте 2,5—3 м от поверхности земли. Наблюдения за ультрафиолетовой радиацией вели в 6 районах города с различной степенью загрязненности атмосферного воздуха и в одном пункте за городом.

В черте города были выбраны: 3 жилых района с относительно малым количеством промышленных предприятий; два фабрично-заводских района со значительно большим загрязнением воздуха (к востоку от Верх-Исетского металлургического завода); шестой точкой был пригородный район с более чистым воздухом (контрольный); седьмая точка была выбрана в 38 км к юго-востоку от города, для нее характерно отсутствие источников загрязнения атмосферного воздуха и обилие зеленых насаждений.

Наблюдения проводили в июле, сентябре и октябре от 18 до 22 дней в каждой точке. Кварцевые пробирки со шавелевой кислотой, выставленные одновременно во всех описанных 6 точках, экспонировались в течение всей светлой части суток, почти от восхода до захода солнца; это позволяло определить суммарное количество ультрафиолетовой радиации. Общая длительность экспозиции кварцевых пробирок по отдельным точкам составляла 257—299 часов. В одной из городских и в загородной точках проводились одновременные наблюдения в течение 6 дней, суммарная экспозиция равнялась 102 часам. Мы учитывали общую облачность и форму облаков, а также скорость и направление ветра. Чтобы исключить влияние резко меняющейся облачности на интенсивность ультрафиолетовой радиации в различных точках города, работу вели в малооблачные дни (при облачности не более 3—4 баллов) и в дни со сплошной облачностью. Во время дождя наблюдений не проводили. Одновременные измерения в одном из городских и загородных пунктах осуществляли при облачности, не превышающей 2—3 баллов. Определяли количество разложившейся шавелевой кислоты в $мг/см^2$ за каждый день и сумму за все дни наблюдений и выводили среднюю величину за один день по каждой точке.

Наибольшие потери ультрафиолетовой радиации были отмечены в промышленном районе. В жилом районе самой чистой оказалась территория метеостанции. Эта точка в половине случаев дала наиболее высокий уровень ультрафиолетовой радиации. Показания этой условно чистой точки мы приняли за 100% и по отношению к ней выводили проценты потерь ультрафиолетовой радиации в других пунктах города. Потери ультрафиолетовой радиации в точке на расстоянии 100 м от завода оказались наибольшими: в среднем 24,5%, в отдельных случаях — 53%. В точке, расположенной на расстоянии 300 м от завода, среднее число потерь несколько ниже (23%), но примерно в одной трети случаев, при ветрах, преимущественно западных и северных, потери ультрафиолета в этой точке выше, чем в ближайшей к заводу. Изменение метеорологических условий (направление и скорость ветра), как показывают наблюдения, может сдвигать мак-