

Механизмы развития демиелинизации при отравлении хлорофосом, по-видимому, более сложны, чем вначале предполагали, считая это результатом блокады ложной холинэстеразы, принимающей особое участие в обмене миелинизированных структур. Так, многие другие мощные ингибиторы холинэстеразы подобных параличей не вызывают (А. Н. Девидсон, 1954).

2. М., 24 лет, поступила 27/X 1964 г. с диагнозом: токсический полиневрит. В августе 1964 г. с суицидальными целями выпила 4 стакана 3% раствора хлорофоса. Через 2,5—3 часа потеряла сознание на 15—20 мин. Наблюдалась рвота (после приема молока). Больная была доставлена в больницу, где ей было сделано промывание желудка, после чего вновь наступила потеря сознания на несколько часов. Придя в сознание, больная чувствовала себя удовлетворительно и на 4-й день заболевания начала самостоятельно ходить, отмечая лишь небольшое покачивание и тяжесть в ногах. Выписана из стационара на 7-й день и спустя 3 дня вышла на работу. С середины сентября больную стали беспокоить боли в дистальных отделах ног и парестезии в них. После проведения медикаментозного лечения (амбулаторно) почувствовала себя несколько лучше. В стационар поступила с жалобами на слабость и парестезии в ногах, затруднение ходьбы.

Общее состояние вполне удовлетворительное, АД 100/70. Со стороны сердца, легких и органов брюшной полости патологии не обнаружено. Анализы крови, мочи не выявили патологии.

Сглаженность носогубной складки справа, небольшая асимметрия в положении uvula. Объем движений в конечностях полный. Походка паретическая, с легким свисанием стоп. Снижена сила разгибателей стоп и тонус мышц в ногах, вибрационная чувствительность в дистальных отделах ног при сохранности других ее видов. Небольшое неравномерное повышение сухожильных рефлексов с рук, снижение левого коленного рефлекса, отсутствие ахилловых. Намечается атрофия мышц стоп (усиление свода стоп). Гипергидроз ладоней. После лечения (медикаментозное, ЛФК, физиотерапия) у больной уменьшились боли и слабость в ногах. Выписана на амбулаторное лечение через 24 дня по собственному желанию с явным улучшением.

Описанные случаи свидетельствуют о возможности развития полиневритических и энцефалопатических нарушений через несколько месяцев после благополучно закончившегося острого отравления однократным приемом хлорофоса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616—084—616—022.6

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НА СРЕДНЕМ ПОВОЛЖЬЕ

Т. А. Башкирев, В. А. Бойко и В. И. Речкин

Казанский НИИЭМГ

Краевые эпидемиологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом обусловлены ландшафтным разнообразием природных ее очагов. По Е. Н. Павловскому, изменчивость возбудителей природноочаговых заболеваний зависит от влияния факторов внешней среды, путей циркуляции, индивидуальных свойств переносчиков и человека. С этих позиций становятся понятными нозогеографические особенности и дальневосточного геморрагического нефрозо-нефрита, и эпидемической геморрагической лихорадки Кореи, и эпидемической нефропатии Скандинавии, и геморрагической лихорадки с почечным синдромом средней полосы СССР, хотя, несомненно, все эти заболевания являются вариантами одной и той же нозологической формы.

С 1952 по 1964 г. мы изучили на Среднем Поволжье 511 случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛ), из которых 376 относятся к таежной и 135—к лесостепной зонам. В клиническом отношении заболевание характеризуется в основном теми же симптомами, что и геморрагический нефрозо-нефрит Дальнего Востока. Инкубационный период длится от 9 до 29 дней, в среднем — 3 недели. Период клинических проявлений протекает по типу острой инфекции с генерализованными симптомами в начальной, лихорадочной фазе (высокая температура, ознобы, головная боль, общая слабость) и выступающим на первый план во второй, безлихорадочной фазе болезни геморрагическим диатезом, характерным поражением почек и других органов и систем. Однако явления геморрагического диатеза менее выражены, петехиальная сыпь наблюдается лишь у 5% заболевших, изменения крови ограничиваются умеренным лейкоцитозом, сдвиг лейкоформулы влево чаще лишь за счет палочкоядерных форм, относительно редко наблюдаются юные формы и клетки Тюрка. Сравнительно редко заболевание

осложняется азотемической уремией и спонтанным разрывом почек, а такое осложнение, как отек легких, которое не фигурирует в описании клиники дальневосточного нефрозо-нефрита, наблюдалось у 8 из 11 умерших. У 2% заболевших возникает пневмония. У 35% заболевание протекало в тяжелой форме, у 47% — в среднетяжелой и у 18% — в легкой. Летальность в среднем за все годы составила 2,1%.

В ландшафтно-эпидемиологическом отношении на Среднем Поволжье выделяются два типа (или две формы) природных очагов ГЛ.

1. **Таежные очаги** обнаружены в сплошных лесах, типичных для южной таежной подзоны, которые сохранились на территориях Марийской, Удмуртской, северной части Татарской, юго-западной части Чувашской АССР. Леса девственные, с исходными елово-пихтовой и елово-осиновой ассоциациями, местами встречается береза, липа, дуб и другие породы. Почвы чаще песчаные или подзолистые, повышенной увлажненности, с богатой лесной подстилкой и густым травостоем.

2. Очаги лесостепной зоны выявляются в островных широколиственных и мелколиственных лесах различной протяженности на территориях восточной части Татарии, Ульяновской и Куйбышевской областей. Древесные ярусы сформированы липой, дубом, осиной, вязом, кленом, ильмом, березой и другими породами. Второй древесный ярус образован обычно кленом с примесью липы, вязом, ильмом. Подлесок развит хорошо, наиболее типичны лещина, бересклет, жимолость. Обильный травяной покров, богатый видами, почвы чаще подзолистые. Для ландшафта таежных очагов и очагов островных лесов характерно сочетание возвышенного и низменного рельефов с большим числом балок и оврагов. На территориях таежных очагов часты заболоченные участки, реже встречаются ручьи и лесные озера. В целом местность Волжско-Камского края пересечена большим количеством крупных и мелких рек, впадающих в Средневожское водохранилище.

В таежных и островных очагах фауна мелких млекопитающих представлена большим количеством видов из семейств хомякообразных, мышеобразных и отряда насекомых. Однако в численном отношении доминируют полевки рода *Cletrionomys*. В таежных очагах 56% всех отловленных зверьков составляла рыжая полевка и 21,8% — красная; в островных на долю первой приходилось 57%, а вторая встречалась не везде и лишь в единичных экземплярах. Эти зверьки являются источником заражения людей геморрагической лихорадкой на Среднем Поволжье, что подтверждается непосредственными наблюдениями в очагах, а также случаями лабораторных заражений [1, 3, 5]. Абсолютное большинство заболеваний связано с пребыванием людей в лесных массивах. Исключая таежные поселки лесозаготовителей, мы не встретили доказанных случаев заражения в черте населенных пунктов. Это можно объяснить строгой приуроченностью к лесным массивам носителей инфекции — красных и рыжих полевок. Динамика численности и экологические особенности этих видов грызунов обуславливают степень эпидемиологической опасности той или иной территории.

На Среднем Поволжье как в таежной, так и в лесостепной зонах заболевали главным образом лесозаготовители и рабочие новостроек. В таежных очагах в 74,6% заболевания носили групповой характер.

В лесостепных очагах заболевания в 81% были спорадическими, групповые наблюдались редко.

За все годы наблюдений в таежной и лесостепной зонах среди заболевших зарегистрировано лишь 9 женщин и 5 детей. Это подчеркивает профессионально-производственный характер заболеваний ГЛ. Назрела необходимость рассматривать заболевания ГЛ среди лесозаготовителей, рабочих новостроек, нефтяников и др. как проявление профессиональной вредности с обязательным проведением профилактических мероприятий не только органами здравоохранения, но и ведомственными организациями.

Анализ показывает, что заражение ГЛ возможно в любое время года. Однако в отличие от Ярославской, Калининской, Тульской областей и других эндемических территорий, где это заболевание имеет осенне-зимнюю сезонность, на Среднем Поволжье пик заболевания (78,6%) приходится на летне-осеннее время. Суммарное число заболеваний по очагам таежной зоны и лесостепи за 13 лет помесечно показано в табл. 1.

Таблица 1

Очаги	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
Таежные	10	18	8	3	36	30	76	71	45	44	20	15	376
Лесостепные	5	3	3	1	2	8	27	24	18	22	17	5	135
Итого	15	21	11	4	38	38	103	95	63	66	37	20	511

Летне-осенняя сезонность заболеваний объясняется прежде всего сроками пребывания определенных контингентов на эндемических территориях, условиями их размещения, труда и быта, а также особенностями очагов инфекции.

Заражение людей происходит через предметы внешней среды, загрязненные выделениями грызунов (почва, лесная подстилка, древесный мусор, солома, пыль и др.). Среди

лесозаготовителей чаще всего поражались вальщики леса, чекировщики хлыстов, лица, работавшие на расчистке леса и уборке лесной подстилки; среди рабочих новостроек — шоферы, бульдозеристы, землекопы, лица, участвующие в расчистке леса; среди колхозников — возчики соломы. Эти трудовые процессы сопряжены с пылеобразованием, что позволяет считать реальным респираторный путь заражения. Это согласуется с сообщениями ряда авторов о лабораторных вспышках ГЛ [3]. Вместе с тем у лесорубов и землекопов нельзя исключить перкутанный путь заражения, а также внедрение вируса через слизистые глаз, рта, носоглотки. Для предположения о трансмиссивном и алиментарном путях заражения мы не обнаружили данных. Однако значение кровососущих членистоногих в эпизоотологии ГЛ не вызывает сомнений. На наш взгляд, требуется дальнейшее изучение не только гамазовых клещей, но и иксодовых, которые играют большую роль в передаче геморрагических лихорадок (*D. pictus* при омской ГЛ, *Hyalomma rufipes* при южных ГЛ). Особого внимания заслуживает специфический паразит мелких млекопитающих — клещ *Ixodes trianguliceps*, который обнаруживался нами на грызунах во всех очагах ГЛ на Среднем Поволжье.

Эпидемиологические особенности этого заболевания в таежных и лесостепных очагах необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий. Из апробированных нами наиболее рациональные следующие.

а. В таежных очагах: создание защитной зоны вокруг поселков, стоянок и палаток путем расчистки местности на глубину 100—200 м с закладкой долговременных затравленных точек, препятствующих проникновению грызунов на жилую территорию или в жилье человека. Обязательно ношение спецодежды лицами, работающими на территории очага.

б. В осгровных очагах лесостепной зоны: тотальное истребление грызунов и приведение леса в парковое состояние.

в. В сопряженных очагах ГЛ и клещевого энцефалита: однократное авиаопыление территории препаратом ДДТ с одновременным истреблением грызунов. Это позволяет одновременно оздоравливать очаги двух инфекций с меньшими затратами средств и времени.

Привлечение к проведению оздоровительных мероприятий в очагах ГЛ ведомственных и общественных организаций играет большую роль. При этом нельзя обойтись без плановой санитарно-просветительной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башкирев Т. А., Бойко В. А. Казанский мед. ж., 1959, 5. — 2. Башкирев Т. А. Клиника и эпидемиология геморрагической лихорадки с почечным синдромом на Среднем Поволжье. Автореф. канд. дисс., 1963, Казань. — 3. Кулагин С. М., Федорова Н. И. и Кетиладзе Е. С. ЖМЭИ, 1962, 10. — 4. Павловский Е. Н. Воен.-мед. журн., 1954, 3. — 5. Соломин Н. Н. Там же, 1957, 7.

УДК 616.36—002—036.92—616—053.2

ОЧАГОВОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КАЗАНИ

Е. Б. Захарова

Кафедра эпидемиологии (зав. — проф. Н. Н. Спасский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и городская СЭС Казани (главрач — А. Н. Крепышева)

По литературным данным эпидемический гепатит встречается чаще у детей, посещающих детские учреждения. В Казани в 1954—1963 гг. заболеваемость эпидемическим гепатитом детей в яслях была в 4—8 раз выше, чем детей того же возраста, не посещающих ясли, в детских садах — в 2,2 раза выше, чем среди неорганизованных детей 3—6 лет.

В течение 1962—1964 гг. процент пораженных эпидемическим гепатитом детских яслей колебался от 48 до 77, детских садов — от 56 до 71,3, школ — от 67 до 75. Обращает на себя внимание высокая пораженность школ при значительно более низкой заболеваемости школьников, чем детей дошкольного возраста. В 1962 г. детские ясли были широко поражены в январе, феврале, ноябре, декабре, в 1963 г. — в октябре (25%), ноябре и декабре, в 1964 г. — в январе (32%), феврале, марте, апреле и декабре.

Увеличение числа пораженных детских садов начиналось в сентябре (в 2—6 раз по сравнению с августом). В 1962 и 1963 гг. наибольшее число детских садов, пораженных эпидемическим гепатитом, было в январе, октябре, ноябре, декабре. В 1964 г. высокая пораженность детских садов держалась с января до апреля и с сентября по декабрь. Число пораженных школ резко увеличивается уже в августе — сентябре.