

лесозаготовителей чаще всего поражаются 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 обнаружился 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

ОЧАГОВЫЕ 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.

Во многих детских учреждениях в течение 3 лет были зарегистрированы только единичные случаи эпидемического гепатита.

«Пораженность» детских учреждений характеризует распространение эпидемического процесса «вширь». Зависимость эпидемического процесса от внутренних особенностей коллективов в значительной степени проявляется в формировании очагов с повторными заболеваниями.

Удельный вес очагов с одним заболеванием высок во всех детских учреждениях (62—67%). Однако очаги со множественными заболеваниями, несмотря на их меньшее количество, в большей степени определяют заболеваемость детей. В очагах с числом заболеваний более 2 зарегистрировано 65% общего количества заболеваний в детских учреждениях.

Среднее число случаев в одном очаге эпидемического гепатита в разные месяцы года изменяется незначительно. Существенность этих колебаний статистически не подтверждается (метод χ^2).

Очаги, возникавшие в детских учреждениях, в большинстве случаев существовали дольше одного месяца. Из общего числа очагов с числом заболеваний более двух длительнее одного месяца существовало 67,6% в детских яслях, 74,9% в детских садах и 79,0% в школах. Высокий удельный вес очагов с одним заболеванием, по нашему мнению, не подтверждает предположения о возможности распространения эпидемического гепатита воздушно-капельным путем. Ограниченность размеров очагов при значительной длительности существования более свойственна контактно-бытовой передаче заразного начала.

Крупные очаги с числом случаев более пяти за 1962—1964 гг. в детских яслях наблюдались в 10%, в детских садах — в 7,5% и в школах — в 5,5% от общего числа очагов. Из них только семь крупных очагов (8,6%) развились в течение одного месяца. Поэтому предположение о пищевом и водном пути распространения эпидемического гепатита в детских учреждениях Казани не имело обоснований.

Одной из причин, приводящих к формированию очагов с повторными заболеваниями, является поздняя изоляция больных из детских учреждений. По данным регистрации 1963 г., в 1-й день заболевания эпидемическим гепатитом направлялись к врачу из яслей 14,9% заболевших, из детских садов — 15,8% и из школ — 10,8%. Однако в это число включены многие дети с наличием желтухи, что исключает, конечно, признание госпитализации в ранние сроки. На 4—10-й день заболевания направлено к врачу соответственно 51,5; 43,9 и 59% заболевших. Эти дети явно составили группу поздно изолированных.

ГИГИЕНА И САНИТАРИЯ

УДК 613.471/472

О ЗАГРЯЗНЕНИИ ОТКРЫТЫХ ВОДОЕМОВ НЕФТЕПРОДУКТАМИ

Ю. Н. Почкин и О. А. Массино

*Кафедра гигиены (зав. — доц. Л. Н. Крепкогорский) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Интенсивно развивающаяся нефтедобывающая и нефтеперерабатывающая промышленность Татарии, Башкирии и Пермской области является основным источником загрязнения поверхностных водоемов Татарии нефтепродуктами. В большей степени это сказывается на санитарном состоянии Нижней Камы, в которую несут свои воды Средняя Кама, р. Белая, малые реки Татарии — Иж, Ик, Тойма, Степной Зай, Шешма. Большая часть нефтедобывающих и нефтеперерабатывающих предприятий, расположенных на участке водосборного бассейна Нижней Камы, находится на значительном расстоянии от г. Набережные Челны — первого пункта хозяйственно-питьевого водопользования. Это расстояние обеспечивает 200—500-часовой пробег воды от места сброса сточных вод до интересующего нас створа Н. Камы. Поэтому в условиях Н. Камы нефтяное загрязнение следует рассматривать как давнее.

Загрязнение водоемов нефтью и нефтепродуктами вызывает ухудшение вкуса и запаха воды, чем и обусловлено нормирование их в воде водоемов [1]. Экспериментально установлено, что при внесении в воду нефти или нефтепродуктов повышается БПК [4, 6, 7, 10]. Это же подтверждается данными наблюдений на водоемах, загрязняемых сточными водами нефтеперерабатывающих заводов. По данным Я. Н. Аскаровой (1952), повышение БПК и окисляемости воды р. Белой ниже места сброса сточных вод нефтеперерабатывающего завода объясняется загрязнением водоема нефтесточной водой. Прямая связь увеличения БПК воды р. Волги с загрязнением речной воды нефтепродуктами устанавливается также данными других исследователей [8, 9].