

ков В. П. В кн.: Актуальные вопросы обезболивания. Медгиз, 1957.— 30. Хамитов Х. С., Щербатенко С. И. Казанский мед. ж., 1963, 5.— 31. Benzer H., Blümel G., Lempert J., Muhar F. Wien. klin. Wschr., 1967, 79, 17, 305—308, 310—311.— 32. Bush G. H. Brit. J. Anaesth., 1961, 33, 454.— 33. Duchene-Maillard P., Tolvard I. Compt. rend. Soc. biol., 1965, 159, 3, 693—696.— 34. Foldes F. F. Anaesthesiology, 1955, 16, 11.— 35. Fremont-Smith K., Volwiler W., Wood P. A. J. lab. Clin. Med., 1952, 40.— 36. Churchill-Davidson H. C. Anaesthesiology, 1955, 16, 11.— 37. Heymans I. F., Heymans C. C. r. Soc. Biol., 1927, 96, 716—718.— 38. Hornykienytsch T. Z. Ges. inn. Med., 1947, 2.— 39. Иода Х. J. Physiol. Soc. Japan., 1960, 22, 3, 97—107.— 40. Mitolo G. R., De Langlade E. Minerva med., 1957, 48, 37, 1123—1136. LXXI, LXXII.— 41. Mirza A., Schneider Fr., Tulla E. Studii si cer cerari fiziol. Acad. RSR, 1965, 10, 6, 559—567.— 42. Mietkiewski E., Jankowska I. Acta physiol. pol., 1962, 13, 511.— 43. Mouch R. D. Stud. Cercet. Fiziol., 1967, 12, 333.— 44. Oliver G., Schäfer E. J. physiol. 1895, 5, 18, 230.— 45. Savini E. C., Pariente S. F., Maulin M. A. J. Physiol. (France), 1966, 58, 5, 616—617.— 46. Wiemer W. Arch. ges. Physiol., 1963, 276, 6, 568—578.— 47. Woolcock I., Macklem P. T., Hogg I. C., Wilson N. S. J. Appl. Physiol., 1969, 26, 6, 814—818.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.935

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ в г. КАЗАНИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 лет

Канд. мед. наук Е. И. Вайман

*Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
(директор — Т. А. Башкирев)*

За последние 20—30 лет в этиологии, клинике и эпидемиологии дизентерии произошли значительные изменения. Реже стала регистрироваться классическая форма заболевания. Стали преобладать легкие формы, появились случаи с затяжным, хроническим течением. Одновременно наступили изменения и эпидемиологического характера. Исчезли большие эпидемические вспышки, которые были характерны для дизентерии в прошлом. В настоящее время встречаются (при особых условиях) локализованные вспышки в отдельных коллективах.

В г. Казани, как и повсеместно, наблюдалось изменение этиологической структуры дизентерии. Наши материалы по этиологической характеристике дизентерии относятся к периоду, когда возбудитель дизентерии Григорьева—Шига почти исчез. Поэтому о дизентерии Григорьева—Шига в г. Казани мы можем судить только на основании литературных данных [2]. Как сообщают А. Б. Шалман (1944) и А. Е. Резник (1946), еще до 1944 г. удельный вес дизентерии Григорьева—Шига был довольно высоким — он составлял 21,4—23,3%. В 1946—1948 гг. единственными представителями дизентерийных бактерий, выделяемых в г. Казани, были палочки Флекснера [1]. В 1949—1955 гг. шигеллы Флекснера еще преобладали. В 1956 г. прежде ничтожный удельный вес дизентерии Зонне составил 17,5%, начиная с 1959 г. он быстро нарастал. Уже в 1963 г. отмечалось преобладание дизентерии Зонне (64,2%), в то время как удельный вес дизентерии Флекснера снизился до 35,5%. В 1965—1969 гг. бактерии Зонне являлись возбудителем заболеваний в 84,1—93,1%. Изменение микробного пейзажа сочеталось с изменением и серотипов в пределах одного и того же вида. На данном этапе еще нельзя считать окончательно установленной причину, лежащую в основе смены видового и типового состава возбудителей дизентерии. Однако к числу ведущих факторов, обусловивших почти полное исчезновение дизентерии Григорьева—Шига, следует отнести изменение иммунологического состояния населения, связанное с более полноценным иммунитетом к возбудителю этого вида, меньшую устойчивость последнего к химиотерапевтическим препаратам и к воздействию внешней среды.

В связи с изменением этиологической структуры непрерывно менялось клиническое течение и эпидемиологические особенности дизентерии. Смягчилась клиническая картина дизентерии. За последние 20 лет стали преобладать легкие формы дизентерии, удельный вес которых возрос особенно сильно в 1955 г. Если в 1953 г. легкие случаи наблюдались в 53,0%, а тяжелые в 17%, то в 1955 г.—соответственно в 83,9 и 3,6%.

Такое же клиническое течение заболевания отмечается и в последующие годы. Например, в 1969 г. легкие случаи составили 83,7%, тяжелые — 1,2%. Смягчение клинического течения дизентерии вызвано сменой возбудителей вида Григорьева — Шига вначале течения Флекснера, а затем Зонне; последние, как известно, вызывают более легкие формы заболевания. Сыграло роль и непрерывное улучшение материально-бытовых условий жизни населения и прогресс в лечении. Увеличение удельного веса легких форм к 1955 г. связано с разветвлянием к этому времени сети кабинетов кишечных инфекций, улучшивших выявление легких и стертых форм дизентерии.

Заболеваемость дизентерией в г. Казани подвергалась большим колебаниям. Годы высокой заболеваемости (1921, 1936, 1954) сменялись периодами относительного ее снижения. Можно выделить период, когда заболеваемость характеризовалась непрерывным ростом — 1946—1954 гг. С 1955 г. наблюдается снижение заболеваемости с относительными подъемами в 1957, 1959, 1963 и 1966 гг. Однако хотя заболеваемость дизентерией 1966 г. считалась высокой, она все же в 2 раза была ниже заболеваемости 1954 г. Падение заболеваемости дизентерией происходило на фоне общего падения заболеваемости кишечными инфекциями. В 1969 г. заболеваемость как всеми кишечными инфекциями, так и дизентерией была несколько выше, чем в 1968 г., но соответственно на 26,7 и 29,6% ниже, чем в 1966 г., и в 4 раза ниже, чем в 1954 г. Удельный вес дизентерии в сумме кишечных инфекций ежегодно повышался и в 1966—1969 гг. достиг 69,7—72,6%, что почти в 2 раза выше удельного веса дизентерии в 1953 г. Высокий удельный вес дизентерии в сумме кишечных инфекций в городе может быть объяснен главным образом улучшением качества диагностики.

В 1954 г. в Казани начала проводиться регистрация хронической дизентерии. В 1954—1955 гг. заболеваемость хронической дизентерией было высокой, но уже с 1956 г. происходит ее снижение. В 1969 г. показатель заболеваемости хронической дизентерией был в 25 раз меньше, чем в 1954 г. Наряду с этим изменяется и удельный вес хронической дизентерии. В начале этого периода он был довольно высоким, затем стал снижаться. Если в 1954 г. удельный вес хронической дизентерии по отношению к острой равнялся 13,6%, то в 1964—1969 гг. — 1,4—1,6%. Такое снижение заболеваемости хронической дизентерией обусловлено рядом факторов, в том числе сменой возбудителей дизентерии вида Флекснер на вид Зонне, при котором, как известно, реже отмечается переход в хроническую форму, а также состоянием мер борьбы с этой инфекцией в период, когда проводилось наблюдение за переболевшим (диспансеризация).

Регистрация бактерионосителей дизентерии в г. Казани была недостаточно точной. В 1957—1961 гг. ежегодно регистрировалось в среднем 12,0% бактерионосителей. Начиная с 1962 г. отмечалось уменьшение этого числа. В 1964—1969 гг. процент выявленных бактерионосителей от числа всех учтенных больных дизентерией равнялся 2,1—3,3.

Частота заболеваемости дизентерией в различных возрастных группах была неодинаковой. Ввиду отсутствия сведений о возрастном составе населения мы провели определение сравнительной частоты вовлечения в эпидемический процесс различных возрастных групп при помощи коэффициента относительной интенсивности (Д. Х. Фомин, 1965). Такая разработка показала, что наибольшее число больных приходилось на группу детей в возрасте до 2 лет, где преобладали дети до 1 года, наименьшее — на возрастную группу 7—19 лет.

В возрастной группе 20—49 лет относительно большое число больных дизентерией регистрировалось в течение всего анализируемого периода. Исключение составляют военные и первые послевоенные годы. Такая же зависимость прослеживается в возрастной группе 60 лет и старше. В военные и послевоенные годы заболеваемость находилась на низком уровне, в последующие же годы наблюдался ее рост.

Интересно отметить, что даже в 1964 г. (в год с наиболее низкой заболеваемостью) дети в возрасте до 2 лет болели в 4 раза чаще, чем дети 2—6 лет, в 18 раз чаще, чем дети 7—14 лет, и в 7,5 раза чаще, чем в среднем все возрастные группы, вместе взятые.

Неодинаковая частота вовлечения различных возрастных групп отражает неодинаковый характер эпидемического процесса. В частности, более высокая заболеваемость детей от 0 до 6 лет находит свое объяснение в том, что эти контингенты в большем проценте представлены организованными коллективами, где пищевой фактор, характерный для дизентерии Зонне, имеет гораздо большее значение, чем среди неорганизованных детей. В г. Казани дети, посещающие детские учреждения, в последние годы болели в 2,2—3,3 раза чаще, чем дети, не посещающие их.

При изменении многих характерных особенностей дизентерии за последние десятилетия сезонность ее распространения сохраняется. За последние 30 лет отмечалась выраженная летне-осенняя сезонность: наименьшее число заболеваний приходилось на январь — март, наибольшее — на июль — сентябрь, а в последние годы (примерно с 1957) — и на октябрь. Сезонность сохранялась независимо от того, была ли заболеваемость дизентерией на низком или на высоком уровне, однако в различные годы выраженность сезонных подъемов все же неодинакова. За последние годы отмечалось некоторое «сглаживание» сезонного подъема, особенно в 1964 г. Если в 1946 г. среднесуточное число заболеваний дизентерией в III квартале было в 31,6 раза больше, чем

в I квартале, то уже в 1960—1969 гг. индекс сезонности был только в пределах 1,5—4,5.

За последние 22 года неуклонно снижалась летальность от дизентерии. С 1959 г. летальность в г. Казани ниже единицы.

Изменение клинических и эпидемиологических особенностей дизентерии вызвало необходимость разработки новых организационных форм борьбы с этой болезнью. Такой новой формой явилось диспансерное обслуживание переболевших дизентерией. Практически диспансеризация как метод борьбы с дизентерией за последние 20 лет нашла свое осуществление в организации кабинетов инфекционных заболеваний (кабинеты кишечных инфекций), которые уже с первых этапов своей деятельности проводили диспансерное обслуживание переболевших дизентерией.

В связи с недостаточной разработанностью средств специфической профилактики и лечения дизентерии, характером механизма ее распространения, в особенности при преобладании в ее этиологии бактерий Зонне (устойчивых во внешней среде), необходимо и в настоящее время проводить прежде всего организационные мероприятия. В первую очередь к этому относится диспансеризация, исчерпывающее выявление и обезвреживание источников инфекции и меры по повышению санитарной культуры населения.

ВЫВОДЫ

1. За последние 30 лет отмечены значительные изменения в этиологии дизентерии, выразившиеся в полном исчезновении бактерий Григорьева—Шига и замене их бактериями Флекснера, а в последующие годы—преобладании бактерий Зонне.

2. Изменение этиологии дизентерии, проследившее на фоне непрерывного улучшения материально-бытовых условий жизни населения и прогресса в лечении, повлекло за собой значительное смягчение клинического течения этого заболевания.

3. Заболеваемость дизентерией подвергалась большим колебаниям. Годы высокой заболеваемости (1921, 1936, 1954) сменялись периодами ее относительного снижения. Можно выделить период, когда заболеваемость характеризовалась непрерывным ростом (1946—1954 гг.). С 1955 г. наблюдается снижение заболеваемости с относительными подъемами в 1957, 1959, 1963 и 1966 гг. Однако каждый последующий подъем был ниже предыдущего (за исключением подъема 1966 г., который был несколько выше, чем в 1963 г.).

4. Наиболее высокая заболеваемость отмечена в возрастной группе до 2 лет, где преобладали дети до года.

5. Отмечающееся за последние годы преобладание трудно диагностируемых легких, стертых форм и так называемого здорового бактерионосительства, а также частота перехода острой дизентерии в хроническую вызвали необходимость изменения тактических приемов борьбы с этой болезнью. Вполне оправдавшей себя организационной формой борьбы с дизентерией на современном этапе является диспансерное обслуживание переболевших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликова Е. Н. Тр. конф. ин-тов эпидемиол. и микробиол. по пробл. изменчивости микробов. Горький, 1949.— 2. Куликова Е. Н., Григорьева Н. Г. В кн.: Материалы научн. сессии ин-тов эпидемиол. и микробиол. РСФСР, посвящ. 50-летию Казанского НИИЭМ. Казань, 1953.— 3. Резник А. Е. Тр. Казанского мед. ин-та, 1946, в. II.— 4. Фомин Д. Х. ЖМЭИ, 1965, 9.— 5. Шалман А. Б. Тр. Казанского мед. ин-та, 1944, в. I.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 615.053.2

ПЕРВЫЕ КАЗАНСКИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛИ-ПЕДИАТРЫ

Канд. мед. наук Р. М. Шакирзянова

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доц. М. В. Федорова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Киршиова

В развитие отечественной педиатрии значительную лепту внесли казанские ученые-педиатры профессора Н. А. Толмачев, П. М. Аргутинский-Долгоруков, В. К. Меньшиков, А. Ф. Агафонов, Е. М. Лепский, Е. Н. Короваев и другие.