

диспансерный учет в поликлинике нередко проходил довольно большой срок. Так, из 385 больных 45 впервые обратились в поликлинику с перерывом в полгода и более после установления диагноза. Характерно, что именно эти больные впоследствии давали худшие результаты при лечении, что видно из таблицы.

Взятие на учет	Результаты лечения					
	зрительные функции			офтальмотонус		
	улучшение	без изменений	ухудшение	улучшение	без изменений	ухудшение
Своевременное . . .	5% (21)	84% (275)	11% (44)	11,8% (140)	81,2% (276)	7,0 (24)
Несвоевременное .	—	84,5% (38)	15,5% (7)	11% (5)	71% (32)	18% (8)

Примечание. В скобках указано абсолютное число наблюдений.

Сроки взятия на диспансеризацию сокращались из года в год. Так, если в 1965 г. лица, взятые под наблюдение с опозданием на полгода и более после выписки из стационара, составили 20% всех больных, то в 1967 г. их было 15,8%, в 1969 г. — 7,5%.

Механическое ориентирование врача только на диагноз стационара без учета объективных данных в момент взятия больного на диспансерный учет затрудняет правильную оценку динамики течения заболевания. У 96% больных данные при обращении в поликлинику не сходились с диагнозом стационара. При смене лечащего врача это может привести к неправильной тактике лечения. Мы считаем необходимым, чтобы окулист поликлиники при взятии больного на диспансерный учет выставлял и собственный диагноз, основанный на исследовании больного.

В группе больных, находившихся под регулярным наблюдением, зрительные функции улучшились у 11,5%, остались без изменения у 82,8%, ухудшились у 5,7%. тогда как в группе осматриваемых нерегулярно — соответственно у 9; 54 и 37%. Обнаруженные изменения были статистически достоверны. Отсюда следует, что регулярность наблюдения является важной предпосылкой сохранения зрительных функций у больных глаукомой. Врач обязан принимать все меры к обеспечению систематического наблюдения за больными. Очень важно, чтобы необходимость регулярных посещений поликлиники понимал и сам больной.

Из 385 больных глаукомой повышение АД наблюдалось у 246 (64%). В группе лиц того же возраста (40 лет и старше), взятых в качестве контроля, повышение АД отмечалось у 643 из 5080 обследованных (12,7%).

Мы не ставили своей целью выяснение патогенетических механизмов связи между офтальмотонусом и АД, но сам факт частого повышения АД у глаукоматозных больных заставляет подумать об организации поликлинического курирования этих больных одновременно окулистом и терапевтом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.988.23 — 616.097

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К ПОЛИОВИРУСАМ И НОСИТЕЛЬСТВО ИХ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

В. М. Ключникова, З. И. Клименко, К. Ш. Жиганшина

*Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция ТАССР
(главврач — Б. Л. Якобсон)*

Результаты многочисленных исследований, проведенных в СССР и за рубежом, свидетельствуют об иммуногенности и эпидемиологической эффективности живой противополиомиелитной вакцины. Однако систематические наблюдения за напряженностью иммунитета у населения к полиовирусам необходимо продолжать, так как они позволяют выявлять недостатки в проведении массовых кампаний иммунизации на местах.

Для контроля за иммунологическим состоянием детского населения в отношении полиомиелита на протяжении ряда лет (1964—1969) проводилось серологическое исследование сывороток крови детей в г. Казани и отдельных районах республики на наличие вируснейтрализующих антител к полиовирусам I, II, III типов. Это было тем более целесообразно, что на фоне эпидемиологического благополучия по полиомиелиту в Татарской республике продолжают регистрироваться отдельные случаи заболеваний, клинически сходных с полиомиелитом. Основное наблюдение за состоянием иммунитета вели в группе детей от 2 месяцев до 5 лет, среди которых чаще регистрируются заболевания полиомиелитной и неясной этиологии.

Всего обследовано 710 детей, из которых 515 были в возрасте до 5 лет. В отдельные годы мы изучали сыворотки крови детей и других возрастных групп: 5—7, 8—10, 11—15 лет. В 1966 г. обследование здоровых детей не осуществлялось в связи с тем, что с марта 1965 г. по июль—август 1966 г. прививки против полиомиелита в республике не проводились.

Вируснейтрализующие антитела в сыворотках крови выявляли в реакции нейтрализации с применением клеточных культур тканей почек обезьян и перевиваемых клеток амниона человека. Реакцию ставили методом цветной пробы с использованием эталонных штаммов полиовирусов I, II, III типов. Сбор сывороток крови у детей проводили через 1,5—2 месяца после вакцинации.

Исследование сывороток показало, что в результате иммунизации полиомиелитной вакциной удалось достичь развития вируснейтрализующих антител к трем типам полиовируса у большинства обследованных детей. Среди детей в возрасте 1—4 лет, получивших вакцину 3 и более раз, антитела ко всем трем типам вируса полиомиелита имели: в 1964 г.—94,6%, в 1967 г.—97,0%, в 1969 г.—75,0%. Процент детей, у которых антитела к I, II, III типам отсутствовали («трижды серонегативные» дети), в данной возрастной группе составил: в 1964 г.—1,0, в 1967 г.—5,0; в 1968—1969 гг. «негативных» детей не было выявлено. Исключением является 1965 г., когда процент детей с полным набором противополиомиелитных антител был равен 15,1, а процент «трижды серонегативных» возрос до 25,8. Такое положение не было случайным, а явилось следствием нарушения сроков вакцинации и ревакцинации в республике в 1965—1966 гг. Можно предположить, что в 1966 г. процент серонегативных детей младшего возраста, которые остались непривитыми или своевременно не были ревакцинированы, увеличился. Отсутствие иммунизации в течение полутора лет, вероятно, привело к исчезновению вакцинных и оживлению «диких» штаммов полиовируса среди населения. Эти два фактора не могли не повлиять на состояние заболеваемости полиомиелитом, которая в 1966 г. возросла в 5 раз по сравнению с 1965 г. Начавшие в III и IV кварталах 1966 г. вакцинация и ревакцинация детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет (возрастной состав иммунизируемых был расширен) улучшили состояние гуморального иммунитета, о чем свидетельствуют исследования сывороток детей в возрасте 1—4 лет, проведенные в 1967 г. Анализ данных возрастного распределения антител выявил худшие показатели образования антител у детей до 1 года, привитых 1—2 раза. У детей до 1 года процент сывороток, содержащих антитела к трем типам полиовируса, был наиболее низким (43,4) и, наоборот, процент «негативных» сывороток был наиболее высоким (26,2). У детей в возрасте 5—7 лет, неоднократно иммунизированных, были наилучшие показатели: в сыворотках 82,6% детей были выявлены антитела к трем типам полиовируса, 4,7% детей были «негативными». Обращает на себя внимание значительный дефицит антител у детей в возрасте 8—10 лет, часть из которых не получала прививок в течение 2 и более лет. В сыворотках детей 11—15 лет антитела ко всем трем типам полиовируса были выявлены в 72,0%, и 4,4% сывороток не содержали антител к полиовирусам.

В 1967 г. в республике в соответствии с приказом МЗ СССР за № 990 от 28/XII 1966 г. была начата иммунизация детей I и 9-х классов, что улучшило состояние гуморального иммунитета детей старших возрастных групп. В 1964 г. у детей 8—10 лет, не получавших прививок в течение нескольких лет, было выявлено 34,6% сывороток с отсутствием антител к трем типам полиовируса, в 1968—1969 гг. после проведенной ревакцинации процент «негативных» сывороток снизился до 16,4. В 1964 г. процент детей с полным набором полиомиелитных антител был равен 37,9, в 1968—1969 гг. увеличился до 76,3.

Оценивая иммуногенную эффективность каждого серотипа вакцины против полиомиелита, отметим, что во всех возрастных группах наиболее высокий процент положительных реакций был выявлен ко II типу полиовируса. М. К. Ворошилова, основываясь на работах, проведенных у нас и за рубежом по изучению иммунологической эффективности живой противополиомиелитной вакцины, высказала мнение, что в условиях массового носительства кишечных вирусов вакцинный штамм II типа оказался наиболее способным преодолевать интерференцию энтеровирусов и, в свою очередь, подавлять вакцинные вирусы I и III типов. По материалам наших исследований, более высокая иммунологическая эффективность II типа полиовируса в составе поливалентной живой вакцины установлена не только по удельному весу лиц, у которых после прививки появились антитела, но и по более высокому уровню нейтрализующих антител. Изучение возрастного распределения антител показало, что выработка антител к I и III типам была менее активной особенно у детей до года, о чем свидетельствуют титры антител, которые были самыми низкими (средние геометрические титры к I, II, III

типам соответствовали 2,36; 3,7; 2,2). Уровень антител возрастал от младшей возрастной группы к старшей, наиболее высоким он был у детей 5—7 лет (средние геометрические титры 4,5; 6,5; 4,4). У детей 8—10 лет, которые длительное время не получали вакцины, отмечается некоторое снижение уровня титра антител (средние геометрические титры 3,6; 4,2; 3,1 соответственно каждому серотипу полиовируса). У детей 11—15 лет титры были равны 4,7; 6,6; 3,6. Результаты наших исследований согласуются с данными других авторов, которые также отмечают отставание формирования иммунитета у детей младшего возраста к полиовирусу I типа. Работами как отечественных, так и зарубежных исследователей было доказано, что по сравнению с более старшими детьми у детей младшего возраста труднее получить выраженную иммунологическую реакцию, в связи с этим своевременная ревакцинация в этой возрастной группе приобретает особенно важное значение.

Для правильной оценки эпидемической ситуации и контроля за циркуляцией «диких» штаммов полиовирусов мы проводили, наряду с серологическим, и вирусологическое обследование здоровых детей, детей, находившихся в контакте с больными полиомиелитом, и при подозрении на полиомиелит. За 1967—1969 гг. обследовано 611 детей, из которых 467 были из детских коллективов г. Казани и 144 — из сельской местности. Вирус полиомиелита был выделен у 1,0% городских детей и у 21,5% сельских. При дифференциальном изучении выделенных штаммов по Т-маркирующему признаку по предварительным данным 5 штаммов отнесены к «диким», 10 — к вакцинным; изучение 21 штамма продолжается. Чаще встречались полиовирусы II и III типов. Вирусологическое обследование выявило широкую циркуляцию среди здоровых детей неполомиелитных вирусов из группы ЕСНО, Коксаки А и Б, аденовирусов. По г. Казани процент носителей указанных вирусов составил 26,3, в районах республики — 12,5.

ВЫВОДЫ

1. Существует четкая зависимость уровня гуморального иммунитета от кратности и своевременности проведения прививок, а также и от возраста детей.

2. Нарушение цикла иммунизации детей противополиомиелитной вакциной приводит к увеличению прослойки восприимчивых к полиовирусу детей и росту заболеваемости полиомиелитом.

3. Низкий уровень гуморального иммунитета детей младшего возраста указывает на необходимость своевременного проведения прививок против полиомиелита с полным охватом ими детей данного возраста.

4. I тип полиовируса наиболее патогенен и является частым этиологическим фактором возникновения клинически выраженных форм полиомиелита. Низкая иммуногенность I типа вакцинного штамма вируса дает основание ставить вопрос о дополнительной ревакцинации детей младшего возраста моновакциной I типа.

5. Снижение уровня гуморального иммунитета в более старших возрастных группах подтверждает обоснованность ревакцинаций учащихся I и 9-х классов.

6. Циркуляция полиовирусов среди детей г. Казани находится на низком уровне. В то же время выделение «диких» штаммов полиовирусов от здоровых детей, проживающих в сельской местности, а также длительная циркуляция вакцинных штаммов (спустя 3 месяца после проведения прививок) свидетельствуют, что в ряде районов республики не соблюдается основной принцип пероральных прививок — массовость и одномоментность их проведения, на что органам здравоохранения надо обратить самое серьезное внимание.

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

УДК 616.12—009.7—616—057

СИНДРОМ КАРДИАЛЬГИИ У РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВ СИНТЕТИЧЕСКОГО ЭТИЛОВОГО СПИРТА И ПОЛИЭТИЛЕНА

Н. Н. Душина, А. Х. Каримова, В. А. Суханова

Уфимский НИИ гигиены и профессиональных заболеваний

Ранее проводившееся изучение состояния здоровья рабочих производств синтетического этилового спирта и полиэтилена показало неблагоприятное влияние условий труда (воздействия непредельных углеводов, в основном этилена, в концентрации, превышающей ПДК в 2—5—10 раз, средне- и высокочастотного шума и нервно-эмоционального напряжения) на нервную, сердечно-сосудистую системы и некоторые пока-