

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ЯНВАРЬ
ФЕВРАЛЬ
1974
1

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.915:614.47

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В ТАТАРСКОЙ АССР

*Доц. И. З. Мухутдинов, Х. Г. Сайдашева, Л. И. Федоренко,
А. Н. Крепышева*

(Казань)

Заболеваемость корью в Татарской АССР, как и в других областях и республиках, занимала одно из первых мест в инфекционной патологии детского возраста. Применявшиеся до последних лет меры борьбы с корью, основной из которых являлась массовая пассивная иммунизация противокоревым гаммаглобулином, привели к уменьшению тяжести заболевания среди привитых и к снижению летальности. Однако из-за кратковременного защитного действия гаммаглобулина существенного уменьшения заболеваемости корью не удавалось добиться.

С 1967 г. для иммунизации против кори в Советском Союзе применялись два типа живых коревых вакцин: Ленинград-16 (Ленинградского ИЭМ им. Пастера и Московского НИИ вирусных препаратов) и вакцина из штамма ЭШЧ (Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР).

Массовая иммунизация против кори вакциной ЭШЧ началась в г. Казани с июня 1968 г., в районах и других городах республики — в I квартале 1969 г. С конца 1970 г. перешли на иммунизацию против кори вакциной Л-16. По Татарской АССР за 1968—1972 гг. вакцинами ЭШЧ и Л-16 привито 267 308 детей (вакциной ЭШЧ — 190 991 человек) из 307 811 подлежащих вакцинации. Охват прививками составлял по ТАССР 86,8%, по г. Казани — 89,6%.

Важными показателями эпидемиологической эффективности прививок против кори являются степень снижения общей заболеваемости и изменение основных закономерностей эпидемического процесса.

Анализ заболеваемости корью в Татарской республике за 1959—1972 гг. показал, что в допрививочный период (1959—1968 гг.) заболеваемость была высокой. Особенно большой она была в 1964 г. (в ТАССР — 1569, в г. Казани — 2176 на 100 тыс. населения). Наименьшая заболеваемость отмечалась в 1963 г. (в ТАССР — 459,0, в г. Каза-

ни — 158,0 на 100 тыс. населения). В период проведения массовой иммунизации против кори заболеваемость ею резко снизилась, составив в 1969 г. по республике 256,6 и по г. Казани 34,5 на 100 тыс. населения; в 1970 г. — соответственно 105,0 и 6,9; в 1971 г. — 256,0 и 53,9; в 1972 г. — 31,1 и 7,8.

В 1972 г. заболеваемость корью по Татарской республике снизилась по сравнению с предыдущим годом в 8,2 раза, а по сравнению с 1968 г. (начало иммунизации) — в 27,3 раза.

На рост заболеваемости корью в 1971 г. в республике и в особенности в Казани оказали влияние перебои в снабжении живой коревой вакциной Л-16 с января по декабрь 1970 г.

В допрививочный период интенсивные показатели заболеваемости корью в г. Казани были выше, чем в сельской местности, за исключением 1965 и 1967 гг. В результате широкого охвата детей вакцинацией (с июня 1968 г.) показатели заболеваемости в г. Казани резко уменьшились по сравнению с заболеваемостью в сельской местности: в 1968 г. — в 1,2 раза, в 1969 г. — в 10,4, в 1970 г. — в 13 раз, в 1971 и 1972 гг. — в 4,3 раза.

Годовая динамика заболеваемости в допрививочный период характеризовалась выраженной цикличностью подъемов и спадов. Продолжительность интервалов между подъемами определялась динамикой накопления восприимчивых контингентов и степенью их общения. Периодические подъемы заболеваемости отмечались через 2—3 года в районах и 1—2 года в городах республики.

Эпидемиологическая эффективность массовых прививок оказалась весьма выраженной. Наряду с общим снижением уровня заболеваемости корью в г. Казани и в целом по республике изменилась и периодичность эпидемических волн. Так, очередная волна кори в 1969 г. не последовала. Заболеваемость корью в г. Казани стала резко снижаться с сентября 1968 г., а в районах и городах республики (кроме Казани) — с мая 1969 г.

Во время периодических подъемов заболеваемости корью отмечаются сезонные колебания. В городах и районах республики резкий сезонный подъем кори начинался обычно в октябре и достигал максимума в зимне-весенний период. Снижение наступало в летние месяцы. В результате проведения вакцинации против кори была создана иммунная прослойка среди детского населения, что, несомненно, оказало действие на ход эпидемического процесса. На фоне общего снижения заболеваемости корью сгладились сезонные подъемы. Изменилось помесачное распределение заболеваемости корью в сторону удлинения периодов благополучия. В г. Казани в 1968—1972 гг. не было осенне-зимнего и зимне-весеннего подъема заболеваемости корью, а в республике в 1969 г. отсутствовал осенне-зимний подъем. Однако наблюдался рост заболеваемости корью в республике с конца лета 1970 г. и с мая по июль 1972 г. (первый — за счет вспышек кори в Нижнекамском, Кукморском, Сармановском районах, второй — в Арском, Бугульминском и Набережно-Челнинском), что объясняется проведением прививок в неполном объеме.

Изменился возрастной состав заболевших корью. Уменьшились показатели заболеваемости корью (на 1000 детей) по возрастным группам: в 1969 г. (по сравнению с 1967 г.) заболеваемость детей в возрасте 1—2 лет снизилась в 3,7 раза, 3—6 лет — в 3 раза, в 1970 г. — соответственно в 5,5 и 8,5 раза, в 1971 г. — в 3 и 2,7 раза, в 1972 г. — в 25 и 28 раз.

В допрививочный период заболеваемость корью в организованных детских коллективах была значительно выше, чем среди детей, не посещающих детские учреждения: в 1967 г. показатель заболеваемости в детских яслях был 175,2 на 1000 детей, в детских садах — 48,4, в детских

комбинатах — 40,2, в школах — 8,5, у детей, не посещавших детские дошкольные учреждения, — 31,2. После проведения массовых прививок произошло значительное снижение заболеваемости корью у детей, посещающих детские учреждения: в 1969 г. показатель заболеваемости в детских яслях был 27,8 на 1000 детей, в детских садах — 12,2, детских комбинатах — 1,1, в школах — 3,6 и у детей, не посещавших детские дошкольные учреждения, — 12,8 (снижение соответственно в 6,4; 4; 36,5; в 2,4 и в 2,4 раза).

Таким образом, создание иммунной прослойки путем охвата вакцинацией до 86,8% детей, подлежащих иммунизации, привело к значительному снижению заболеваемости и изменению закономерностей эпидемического процесса при кори.

Ликвидация кори как массового заболевания с помощью живой коревой вакцины — вполне реальная практическая задача при обеспечении своевременной иммунизации восприимчивых к кори детей (не менее 95%).

Поступила 11 июня 1973 г.

ДИСКУССИЯ

АТЕРОСКЛЕРОЗ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

УДК 616.13—004.6:616—071

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Проф. Б. В. Ильинский

II терапевтическая кафедра (зав. — проф. Б. В. Ильинский) Ленинградского ГИДУВа

Вряд ли в настоящее время есть необходимость доказывать, что атеросклероз представляет собою не местное поражение артерий той или иной области, а общее заболевание организма, притом длительное время протекающее скрытно. Поэтому и ранняя диагностика его должна основываться не на определении местных сосудистых изменений (возникновение их свидетельствует о наступившем уже клиническом периоде атеросклероза), а на обнаружении тех обменных и сосудистых нарушений, с которыми связано само развитие этого заболевания. Между тем почти во всех имеющихся в литературе сообщениях о ранней диагностике атеросклероза речь ведется о выявлении местных сосудистых изменений. В подобных случаях следовало бы говорить о ранней диагностике не атеросклероза как общего заболевания, а его осложнений (часто весьма грозных и имеющих большую давность — до 20 лет и более по данным патологоанатомов). Действительно ранней диагностикой атеросклероза может считаться лишь распознавание его в доклиническом, скрыто протекающем периоде.

Редакция «Казанского медицинского журнала», поставив перед клиницистами вопрос «о возможностях ранней диагностики этого заболевания», очевидно, имеет в виду распознавание именно этого латентно протекающего атеросклеротического процесса. По моему убеждению, возможность диагностики доклинического периода атеросклероза в настоящее время становится реальной. Более того, она доступна не только хорошо оснащенным клиникам, но и врачам, работающим в любых медицинских учреждениях, где могут быть проведены некоторые несложные и легко выполнимые исследования. Эта диагностика должна основываться на сочетании целенаправленно собранного анамнеза и обычного клинического обследования с применением вполне осуществи-