

При монтаже металлической лестницы сломалась цементная площадка, и пострадавший упал вниз с 9-метровой высоты, получив закрытый перелом костей таза. В этом случае была предложена металлическая окантовка цементных площадок, что также учтено администрацией.

В деле борьбы с травматизмом, наряду с профилактическими мерами, существенное место занимает предупреждение осложнений при уже полученном повреждении. Значительная роль в этом отношении принадлежит первой помощи, которая должна быть максимально приближена к местам работ. В нефтяной промышленности бригады рабочих находятся на больших расстояниях от ближайшего медпункта, и рассчитывать на немедленное оказание медицинской помощи не приходится. Полезную роль в этом отношении играют санпосты, созданные на буровых вышках, скважинах, в цехах из числа рабочих. Обучением и организацией этих санпостов занимались врачи-травматологи совместно с цеховыми врачами. К 1960 г. создано 154 санпоста с общим количеством обученных рабочих в 525 чел. По санпостам распространены составленная сотрудниками травматологического отделения краткая инструкция по оказанию первой помощи, а также схема эвакуации пострадавших. Последние мероприятия значительно снизили процент осложнений при производственном травматизме.

Существенное значение имеет и лекционная работа с тематикой профилактики производственного травматизма и оказания первой помощи пострадавшим.

Проведенная работа не замедлила дать свои благоприятные результаты. Производственный травматизм значительно снизился как по числу случаев, так и по числу дней нетрудоспособности на 100 работающих.

В заключение необходимо отметить, что существенную помощь в проведенной работе оказали инструктивно-методические материалы Казанского института ортопедии и травматологии.

Поступила 10 июня 1960 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОЛИОМИЕЛИТНОЙ УБИТОЙ ВАКЦИНОЙ ПО МАТЕРИАЛАМ г. КАЗАНИ

Канд. мед. наук А. Н. Крепышева, Е. И. Попова

Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. А. Э. Озол) Казанского медицинского института и Городская санэпидстанция

Исследования по активной иммунизации против полиомиелита начаты около пятидесяти лет назад. За этот период предложено и испытано несколько типов убитых вакцин. Так, Краузе (1910 г.) предложил для активной иммунизации фенолвакцину, Броди и Парк (1936 г.) — формолвакцину, Кальмет (1937 г.) — касторовокислую вакцину и другие. Однако эти вакцины не оправдали надежды и оказались неэффективными (М. П. Чумаков и др., К. А. Винокуров, А. Пейп, Д. С. Футер и др.).

Лишь в 1953 г. на основе современных успехов вирусологии Сёлк разработал технологию приготовления эффективной полнотипажной формолвакцины, содержащей убитый вирус полиомиелита. Эта вакцина при испытании во всех странах света позволила в 4 и более раз снизить паралитические, бульбарные и летальные случаи полиомиелита (В. М. Жданов, М. М. Лысковцев, М. П. Чумаков).

В Казани прививки аналогичной убитой вакциной, изготовленной Московским научно-исследовательским институтом препаратов против полиомиелита, были проведены в 1958—59 гг.

Первая группа детей в возрасте от 1 до 7 лет была вакцинирована в период 15/V—15/VII-58 г. и получила две инъекции вакцины по 1 мл с интервалом 3—4 недели.

Через 6—7 месяцев, то есть в январе-феврале 1959 г., эти дети были подвергнуты ревакцинации.

Всего были привиты троекратно (2 раза вакцинированы и 1 раз ревакцинированы)— 27 498 детей, то есть 33% от общего числа детей в возрасте от 1 до 7 лет.

В апреле-июне 1959 г. мы имели возможность охватить прививками еще 42 703 ребенка. Эти дети вакцинированы по новой схеме и получили две инъекции по 1 и 0,5 мл с интервалом 3—4 недели. В этот раз вакцинации подвергались дети начиная с 9 месяцев и до 7 лет. Привитая группа детей составила 47,5% к общему числу детей этого возраста.

Таким образом, среди 89 796 детей города в возрасте от 9 месяцев до 7 лет в 1959 году 2 или 3 инъекции вакцины получил 70 201 ребенок, то есть 78,2% общего числа детей этого возраста.

Иммунная прослойка во всех возрастных группах, за исключением детей в возрасте от 9 месяцев до 1 года, была более или менее равномерной с колебаниями по отдельным возрастам от 75,4 до 83,2%, при среднем показателе 78,2%.

Прививочная кампания проводилась на высоком организационном уровне. Население было оповещено о введении нового вида прививок по радио, через печать и путем лекций и бесед по детским учреждениям, поликлиникам и домоуправлениям.

Широкая разъяснительная работа среди населения обеспечила своевременную и полную явку детей на прививочные пункты, что дало возможность охватить в сравнительно короткий срок (2—2,5 месяца) двукратными прививками до 40 000 детей.

По всем детским поликлиникам заблаговременно был проведен тщательный учет детского населения, составлены прививочные списки и намечены конкретные планы проведения прививок по каждому врачебному участку. В поликлиниках были намечены места для прививочного пункта, а в отдаленных участках развертывались временные прививочные пункты.

Прививки проводились участковым медперсоналом, в помощь которому за счет эпидемического фонда были созданы в 1958 г. 17, а в 1959 г.— 20 временных прививочных отрядов в составе врача и двух медсестер в каждом.

Весь медперсонал, занятый на проведении прививок, прошел соответствующий инструктаж и точно выполнял порученную работу.

Учет прививок осуществлялся по единой, разработанной Горсанэпидстанцией схеме, а впоследствии данные о проведенных прививках заносились в общую картотеку по форме № 63.

Наряду с работой по организации прививок в городе, проводились мероприятия по укреплению участковой медицинской сети. Проведено дальнейшее разукрупнение врачебных участков; количество детей на одном участке достигло 800—1000. Во всех детских поликлиниках введены должности медсестер по учету прививок и ведению картотеки. Все это значительно улучшило качество медицинского обслуживания детей и постановку прививочного дела.

Оценка эпидемиологической эффективности прививок против полиомиелита проводилась нами на основании учета заболеваемости среди привитых и непривитых детей.

Среди 42 703 двукратно привитых детей на протяжении 8—9 месяцев заболели 12 человек, в том числе до месяца после второй инъекции

заболели 3, спустя месяц — 1, спустя 2 мес. — 3, через 3 мес. — 1, через 4 мес. — 3 и через 7 мес. — 1.

Среди 27 498 детей, подвергнутых ревакцинации, на протяжении 10—11 месяцев наблюдения заболели 6 детей, в том числе через 3, 6 и 7 месяцев после последней инъекции заболело по 2 ребенка.

Среди 19 595 непривитых детей этого же возраста заболели за этот период 27 детей.

Коэффициент заболеваемости среди всех привитых против полиомиелита детей равняется 0,26 на 1000, а среди непривитых — 1,38. Таким образом, заболеваемость среди привитых детей во всех возрастных группах оказалась значительно ниже, чем среди непривитых.

Наиболее значительное снижение заболеваемости отмечается в трех возрастных группах: в возрасте одного года, 3 и 4 лет. Коэффициент заболеваемости на 1000 детей в возрасте 1 года у привитых равен 0,54, а у непривитых — 4,38; в возрасте же 3 и 4 лет он у привитых снизился соответственно в 9 и 7,3 раза.

Несмотря на значительное снижение заболеваемости полиомиелитом привитых детей младшего возраста, все же дети до 3 лет дают относительно наиболее высокую заболеваемость как среди привитых, так и среди непривитых. При среднем показателе заболеваемости детей в возрасте от 9 месяцев до 7 лет, равном 0,26 на 1000 у привитых детей, в возрасте от 1 до 3 лет этот показатель выражался цифрой 0,37, а у непривитых детей он оказался соответственно равным 1,38 и 2,64.

Иммунная прослойка оказала свое влияние и на состояние заболеваемости отдельных детских групп. Так, сравнивая заболеваемость организованных и неорганизованных групп детского населения в 1959 г. с прошедшим 1958 г., мы видим, что наиболее интенсивное снижение отмечается в группе посещающих ясли, где коэффициент заболеваемости на 1 000 с 2,9 был снижен до 0,6 (то есть в 4,8 раза), тогда как среди неорганизованных детей этого возраста отмечалось его небольшое снижение — в 1959 г. в 1,5, а в 1958 г. — в 1,9 раза.

Такое более значительное снижение заболеваемости среди посещающих ясли обусловлено более полным охватом этих детей прививками в яслях.

В доложенном нами ранее материале по изучению эпидемиологической эффективности прививок констатируется, что, по предварительным данным, эти прививки вызвали снижение заболеваемости во втором полугодии 1958 г. Последующая работа по созданию невосприимчивости к полиомиелиту среди детей города привела к дальнейшему снижению заболеваемости. Число случаев полиомиелита за 1959 г. составило 54% к случаям заболеваний за 1958 г.

Помесячное распределение заболеваемости как до прививок, так и после прививочной кампании осталось без изменения, и по-прежнему на III квартал года приходится наибольшее число заболевших.

	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.	Всего
1955	—	—	—	—	1	—	—	2	5	11	5	4	28
1956	2	5	—	1	3	3	3	3	2	1	1	—	29
1957	1	1	4	3	3	9	16	34	42	35	8	6	162
1958	6	2	2	4	7	17	19	13	9	9	5	4	94
1959	—	2	3	3	3	4	10	12	7	4	—	3	51

Летальные исходы среди детей старше 9 месяцев были в двух случаях, все умершие не были вакцинированы против полиомиелита. Среди непривитых летальность составила 7,4%.

ВЫВОДЫ:

1. Создание в Казани достаточно высокой иммунной к полиомиелиту прослойки среди детей в возрасте от 9 месяцев до 7 лет (78%) оказало благоприятное влияние на движение заболеваемости этой инфекцией: со второй половины 1958 г. и до настоящего времени заболеваемость продолжает снижаться, достигнув в 1959 г. 51 случая, то есть 0,74 на 10 000 населения, против аналогичного показателя 1958 г. — 1,44.

2. Заболеваемость среди двукратно и троекратно привитых против полиомиелита детей оказалась в 5,3 раза ниже заболеваемости непривитых (соответственно 0,26 и 1,38 на 1000 детей). Вакцинированные и ревакцинированные дети имели одинаковые показатели заболеваемости.

3. При общем снижении заболеваемости среди детей от 9 месяцев до 7 лет у детей в возрасте 1 года, 3 и 4 лет отмечено наиболее заметное снижение: в 8,1—9,1—7,3 раза, при среднем показателе 5,3 раза.

4. Среди детей, не привитых против полиомиелита и заболевших, летальность составила 7,4%. Среди привитых детей, заболевших этой инфекцией, летальных исходов не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винокуров К. А. Эпидемический полиомиелит. Медгиз, 1957.— 2. Жданов В. М. Педиатрия, 1960, 6.— 3. Лысковцев М. М. ЖМЭИ, 1959, 10.— 4. Пейп А. Полиомиелит. Медгиз, 1957.— 5. Футер Д. С. Острый полиомиелит. Медгиз, 1958.— 6. Чумаков М. П. Педиатрия, 1960, 6.— 7. Чумаков М. П., Присман И. М., Зацепин Т. С. Полиомиелит — детский спинномозговой паралич. Медгиз, 1953.

Поступила 28 января 1960 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

К ОТКРЫТИЮ К. С. ДЯКОНОВЫМ СООТНОШЕНИЯ ЛЕЦИТИНА И ХОЛИНА

Канд. мед. наук В. Е. Анисимов

(Казань)

Имя доктора медицины Константина Сергеевича Дьяконова мало знакомо широкому врачебному кругу. Между тем, им впервые установлен факт, что в состав лецитина входит в качестве неотъемлемого компонента холин.

В. С. Гулевич писал в связи с этим: «Но как ни много интереса представлял холин, еще большее значение в биологической химии приобрело это соединение, когда Дьяконов показал в 1867 г., что полученный им из яичного желтка, а затем из мозга лецитин дает при кипячении с баритовой водой в числе других продуктов разложения холин, или, как его называет автор, нейрин, в виде которого при этой реакции выделяется весь азот лецитина» и далее: «Открытие Дьяконовым отношения, существующего между холином и лецитином, составляет, бесспорно, один из важнейших фактов в истории холина, так как с этих пор холин уже не является принадлежностью каких-либо отдельных частей организма, но оказывается входящим в состав лецитина, соединения, относящегося к группе необходимых составных частей всякой жизнеспособной клетки»¹.

К. С. Дьяконов родился в 1839 г. В 1859 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета.

Годы его обучения в университете были периодом бурного развития физиологии

¹ В. С. Гулевич. Избранные труды, М., 1954.