

1939, 21. — 6. Он же и Лепская Р. И. Введение в клинику авитаминозов и гиповитаминозов. Казань, 1948. — 7. Петрункина А. М., Дмитриева С. А. и Силина А. С. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1957, 1. — 8. Печникова В. Н. Скрытая недостаточность тиамина у детей при разных условиях питания. Канд. дисс., Казань, 1949. — 9. Святкина К. А. Педиатрия, 1959, 10. — 10. Она же. К патогенезу рахита. Докт. дисс., М., 1955. — 11. Фридман Э. И. Тр. VI Всесоюзн. съезда детских врачей, 1948. — 12. Цимблер И. В., Биргер Е. С. и Эмдина Х. Л. Новости медицины, вып. VI, 1947. — 13. Цимблер И. В. Вопр. педиатр., М., 1951. — 14. Rāiha C. L. a. Forsander. Acta Paediatr., 1954, 43.

Поступила 1 февраля 1961 г.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКАРЛАТИНЫ В КАЗАНИ ЗА ПЕРИОД с 1940 по 1958 гг.

А. Р. Шагидуллина

Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского медицинского института и кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

В результате плановой, целенаправленной работы в нашей стране достигнуты огромные успехи по снижению заболеваемости, летальности и смертности от заразных болезней.

Скарлатина относится к числу тех заболеваний, которые за последние годы претерпели большие изменения.

Задачей данной работы является дать анализ заболеваемости скарлатиной в Казани за последние 38 лет, выявить эпидемиологические особенности за последние 18 лет и сопоставить клинику современной скарлатины с данными предыдущих лет.

Для выполнения поставленной задачи мы провели анализ клинического течения скарлатины с 1940 по 1958 гг. путем изучения 12 719 историй болезни скарлатинозных больных, госпитализированных в 1 инфекционной клинической больнице им. проф. А. Ф. Агафонова (главврач — Д. П. Петров) и использовали документальные данные по заболеваемости скарлатиной из городской синэпидстанции (главврач — А. Н. Крепышева).

Начиная с 1920 г., когда была начата регистрация заболеваемости скарлатиной, в Казани отмечено 5 подъемов эпидемиологической волны скарлатины с пиками в 1924—1930—1936—1947—1955 гг. (таблица 1).

Наибольший подъем заболеваемости скарлатиной отмечался в 1930 г. (114,7 на 10 000 населения). Таким образом, заболеваемость скарлатиной в Казани в этом году превышала общую заболеваемость по стране в 2,8 раза.

Д. И. Сафаров (1958), характеризуя заболеваемость скарлатиной по России, пишет: «После первой мировой войны отмечается заметное снижение скарлатины до 1923 г. После этого начинается новый подъем, заканчивающийся в 1930 г. Последующий подъем заболеваемости относится к 1937 г., вслед за которым вновь идет снижение. В первый же послевоенный год определился новый подъем заболеваемости скарлатиной, который продолжался и в 1946 году».

Приводимые данные показывают, что кривая заболеваемости скарлатиной в Казани в известной мере является отражением кривой заболеваемости скарлатиной в целом по стране. Заболеваемость в военные годы по Казани была самой низкой за последние 40 лет. В первый же послевоенный год определился новый подъем заболеваемости скарлатиной, который продолжался и в 1946 г. В 1946 г. по Советскому Союзу заболеваемость скарлатиной стала падать, а в Казани она оставалась еще



высокой (55,1 на 10 000 населения), и ее падение началось лишь в 1948 г. Движение заболеваемости скарлатиной в Казани за тридцатые годы давало основание ожидать очередной подъем в 1941—1942 гг. Однако этого не произошло. Объяснение, вероятно, можно найти в уменьшении рождаемости (связанной с особенностями военных лет), что повлекло за собой уменьшение детей ранних возрастов в общем составе населения. Это положение подтверждается данными О. А. Рикмана, который подчеркивает, что «сочетание измененной возрастной структуры населения с высоким процентом переболеваемости населения определило одномоментное для всех инфекций глубокое снижение заболеваемости со второй половины 1942 г., продолжавшееся в той или иной степени до конца военного периода». Видимо, этим и нужно объяснить удлинение до 11 лет интервала между 3 и 4 подъемами эпидемиологической волны скарлатины. При изучении кривой заболеваемости скарлатиной видно, что заболеваемость скарлатиной в Казани за последние годы все еще остается на значительном уровне и составляет 37,0 в 1957 г. и 39,0 — в 1958 г.

Несомненный интерес представляет анализ сезонного распределения заболеваемости скарлатиной. Так, в мае — июне наблюдается минимум заболеваемости, подъем начинается с августа и достигает максимума в сентябре — октябре. Заболеваемость в ноябре держится на одном уровне, и снижение ее начинается с декабря — января.

Причина осеннего подъема заболеваемости дискутируется, причем одни связывают это с влиянием метеорологических факторов на состояние носоглотки, другие — с изменяющимися условиями контакта вследствие начала школьных занятий.

А. Н. Крепышева объясняет сезонный подъем скарлатины в Казани в осеннее время изменением форм общения детей. По ее данным, в летние месяцы школьники составляли 7—12% всех заболевших, а в сентябре — октябре на эту группу детей приходилось 36—40% общего числа зарегистрированных больных.

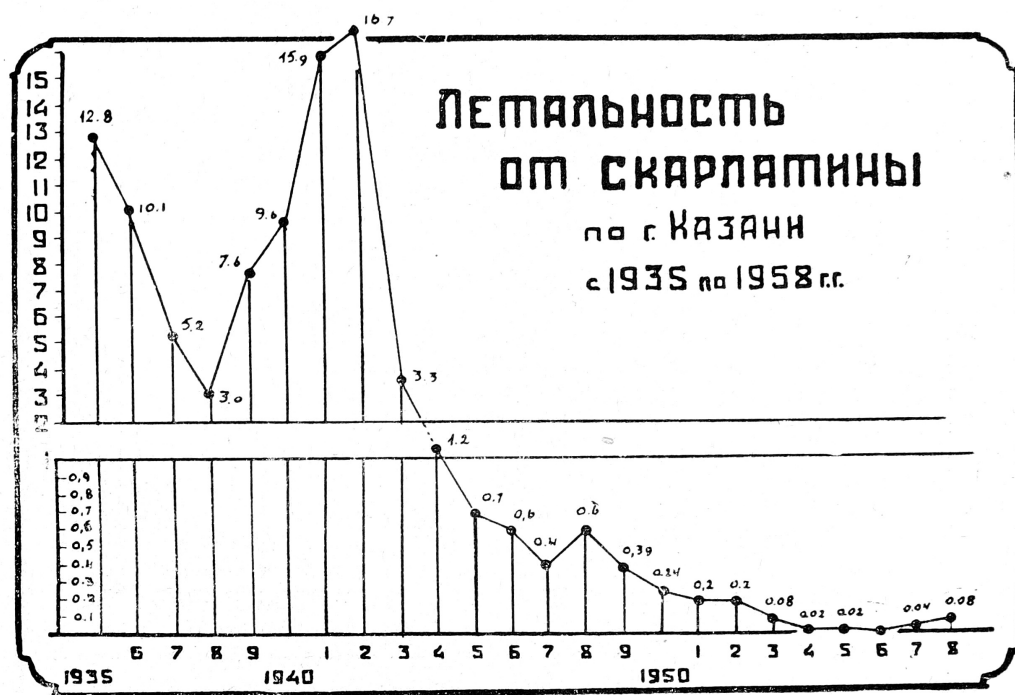
При анализе возрастного состава больных скарлатиной установлено, что наибольшая заболеваемость падает на возраст от 2 до 9 лет. В годы войны наибольшая заболеваемость приходилась на возраст от 5 до 7 лет (35—40%). В последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости в возрасте от 7 до 9 лет (20%, вместо 6—8% в военные годы).

Заболеваемость по возрастам (в процентах) за последние годы представлена следующим образом:

Годы	0—1 г.	2—3 г.	4—6 л.	7—9 л.	10—14 л.	15 и выше
1957 г.	8,4	25,9	36,3	19,4	8	2
1958 г.	8,8	27,5	39,7	18,9	4	1,1

Летальность от скарлатины в Казани за 25 лет представлена в таблице 2.

Таблица 2



Как видно из таблицы, летальность в Казани за 1941—1942 гг. была наиболее высокой. Военные годы внесли резкие изменения в высоту летальности. Они были типичны для всех городов Советского Союза, а также ряда зарубежных стран. В Казани мы наблюдали увеличение летальности с 7,6 в 1939 г. до 16,7 в 1942 г. Причина такой высокой летальности от скарлатины в годы войны лежит, очевидно, в изменившемся состоянии макроорганизма. В первые годы войны уход за детьми, их питание, общие условия быта резко изменились, что нашло отражение в естественной резистентности макроорганизма и в повышении летальности.

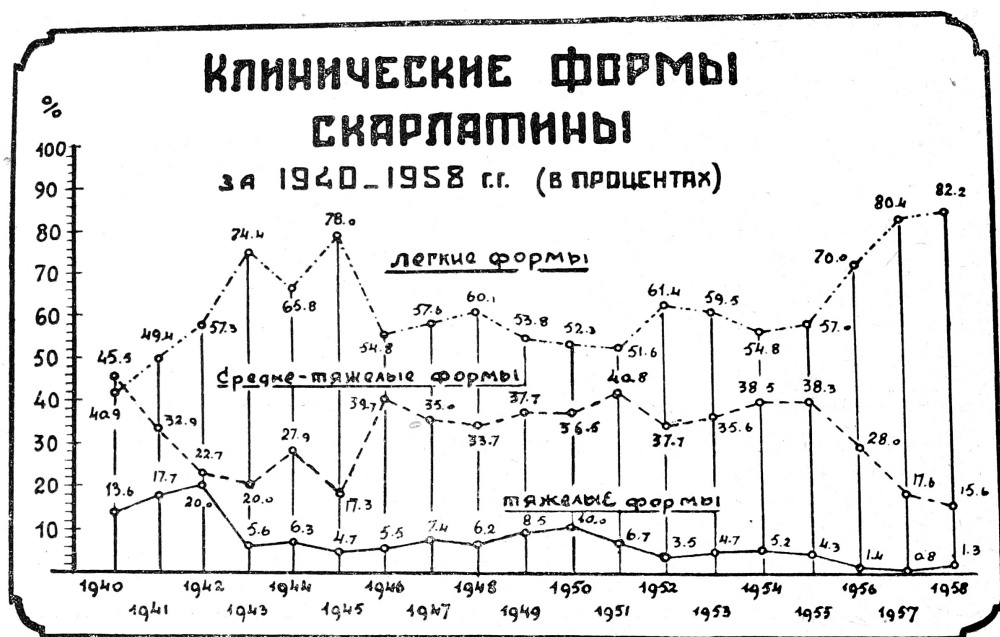
Для сравнения летальности от скарлатины в Казани с другими городами мы сопоставили наши данные с данными О. А. Рикмана:

Города	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Казань . .	9,6	15,9	16,7	3,3	1,2	0,7
Ленинград	3,0	—	—	1,2	0,3	0,2
Москва . .	2,1	2,5	7,8	6,0	2,7	1,0
Тбилиси . .	2,8	2,7	3,9	0,3	1,0	1,3
Алма-Ата	4,4	3,9	4,9	1,0	0,6	—
Баку . . .	0,3	3,9	7,0	2,6	0,3	1,1

За последние годы летальность от скарлатины в Казани закономерно уменьшилась и к 1956 г. равнялась нулю, но в 1957—1958 гг. соответствовала 0,04% и 0,08%. Смертность при скарлатине в Казани за 17 лет снизилась в 80—90 раз.

Анализ клинического течения скарлатины производился по материалам 1 инфекционной клинической больницы им. проф. А. Ф. Агафонова, где осуществлялась госпитализация основной части скарлатинозных больных по городу.

Таблица 3



Клиническая характеристика скарлатины представлена на таблице 3. Из таблицы видно, что за 18 лет изменилось процентное соотношение форм заболевания скарлатиной. Если в 1940—42 гг. более половины больных давали средне-тяжелые и тяжелые формы, а течение их было преимущественно осложненное с преобладанием токсико-септических форм, то за последние годы (1955—58 гг.), особенно с момента раздельной госпитализации больных, скарлатина дает легкое неосложненное течение. В 1941—42 гг. тяжелые формы скарлатины составляли 17,7—20%, в последние годы — лишь 0,8—1,3%.

Процент средне-тяжелых форм скарлатины на протяжении ряда лет оставался стабильным и составлял 34—40. В последние годы удельный вес средне-тяжелых форм снизился до 17,6—15,6%. Процент легких форм скарлатины в последние годы достиг 80,4—82,2 (в 1957—58 гг.).

При изучении клиники скарлатины ясно видно, что произошли изменения не только в соотношении форм скарлатины, изменилось и клиническое течение каждой формы. Так, клиника токсических форм скарлатины претерпела за эти годы большие изменения. Еще в сороковых годах токсический синдром был резко выражен. Больные нередко находились в бессознательном состоянии по 3—5 суток, острый ангинозный период заболевания длился 8—12 дней, последующее течение было тяжелым за счет присоединявшихся септических осложнений (отиты, лимфадениты, аденофлегмоны и т. д.), лихорадочное состояние длилось 20—35 дней, иногда и больше. В 1940 г. в 1 инфекционной больнице им. проф. Агафонова из 38 больных токсической и токсико-септической формами скарлатины умерли 21, а в 1953—55 гг. из 45—50 больных с этими же формами умер один больной.

Заслуживает внимания тот факт, что смертельные исходы наблюдались даже при средне-тяжелых формах скарлатины. Так, в 1940 г. из 180 больных средне-тяжелой формой скарлатины умерли 10 человек. Начиная с 1952 г., не наблюдается ни одного случая смерти от средне-тяжелых форм скарлатины.

Причиной летальных исходов в сороковых годах в основном были септические состояния (в 1940 г. из 34 умерших 19 имели гнойные осложнения), на втором месте стоит выраженный токсикоз (из 34 — 10) и на третьем — уремия (из 34 — 5).

Показателем тяжести любого заболевания являются его осложнения. С 1956 г. без осложнений скарлатина протекает у 74—88% больных, в то время как до 1955 г. неосложненных случаев было 30—40%. При скарлатине характер осложнений за последние годы претерпел громадные изменения. Анализ патогенетического течения скарлатины свидетельствует о преобладании в сороковых годах септического компонента. Так, в 1940—41 гг. количество лимфаденитов доходило до 42%, гнойных отитов — до 17—18%, аденофлегмоны встретились в 2,8%, мастоидиты — в 2,5%.

Начиная с 1954 г., гнойные лимфадениты встречаются лишь в единичных случаях, гнойные отиты составляют в 1950—55 гг. всего 0,5—1,5%. Осложнений в виде мастоидитов и аденофлегмон, по материалам клиники, за последние годы не встречалось. Начиная с 1953 г., удельный вес аллергических осложнений также прогрессивно уменьшается. В 1940—41 гг. нефрозо-нефриты встречались в 15—20,3%, причем нередко сопровождалась уремией. В 1956—57 гг. нефрозо-нефриты составили только 0,5—1,0%. Синовиты с 3% в 1940 г. уменьшились до 0,3% в 1956 г. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у скарлатинозных больных — «скарлатинное сердце» — за весь изучаемый период встречаются приблизительно одинаково часто. Частота пневмоний у скарлатинозных больных доходила до 11,9% в 1940 г., а в 1957 г. пневмония отмечена лишь у 0,1%.

Как отмечено выше, в клинике скарлатины за последние годы преобладают легкие формы заболевания (80,4—82,2%).

Известно, что легкое течение современной скарлатины, количество осложнений, их тяжесть зависят не только от слабо выраженного начального синдрома, но не в меньшей мере зависят от условий госпитализации и величины перекрестной инфекции. С увеличением количества легких форм срок госпитализации скарлатинозных больных стал последовательно сокращаться.

В 1 инфекционной клинической больнице Казани начиная со второй половины 1950 г. скарлатинозные реконвалесценты стали выписываться на 30-й день болезни, с 1952 г. срок госпитализации был сокращен до 21 дня. Дальнейшее снижение тяжести течения скарлатины, более гладкое течение и быстрее выздоровление позволили сократить сроки госпитализации до 14—16 дней.

Приказом министра здравоохранения № 273 от 9/VII-56 г. предусмотрено сокращение сроков госпитализации скарлатинозных больных до 10 дней и отменена обязательная госпитализация. Исходя из данного приказа, с 1957 г. количество скарлатинозных больных, оставленных для лечения на дому, по Казани прогрессивно увеличивается. Так, в 1955 г. дома переболели 11,8%, в 1956 г. — 26,2%, в 1957 г. — 55% и в 1958 г. — 74,5% больных скарлатиной.

Если в предыдущие годы количество легких форм колебалось в пределах 50—60%, то с 1956 г., когда часть больных уже оставалась на дому, сразу достигло 70—82%.

ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость скарлатиной в Казани за 1940—58 гг. явно отражает закон периодичности эпидемий с максимальными подъемами через каждые 6 лет, исключение составляют годы войны, когда интервал между подъемами был удлинен.

2. Несмотря на значительное снижение, заболеваемость скарлатиной за последние годы остается довольно значительной: 37,0—39,0 на 10 000 населения (1957—58 гг.).

3. Отмечается ясно выраженная сезонность с максимумом заболеваемости в сентябре — октябре.

4. Летальность от скарлатины за последние 18 лет снизилась с 15,9—16,7 в 1941—42 гг. до 0,04—0,08 в 1957—58 гг. (в 417 раз). Смертность за эти же годы снизилась в 80—90 раз.

5. Ведущей формой скарлатины последних лет являются легкие формы, удельный вес которых составляет 80,4—82,2%. Средне-тяжелые формы встречаются в 17,6—15,6%, тяжелые — в 0,8—1,3% (1957—58 гг.).

6. Резкое снижение произошло в количестве и характере осложнений. До 1950 г. неосложненных случаев скарлатины было 30—40%, в 1958 г. без осложнений скарлатина протекала у 88% больных.

7. Новые методы госпитализации скарлатинозных больных и внедрение современных принципов профилактического лечения антибиотиками сыграли, несомненно, положительную роль в течении скарлатины последних лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крепышева А. Н. Тез. докл. научн. конф. Казанского научно-иссл. ин-та эпидемиол. и гиг., 1956. — 2. Рикман О. А. Журн. микроб., эпид. и иммун., 1948, 3.

Поступила 6 июня 1960 г.

ДВА СЛУЧАЯ ТЯЖЕЛОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН

Х. Ф. Лукманова и К. Г. Шаймарданова

Медсанчасть «Бавлынефть» (главврач — Т. И. Покровская) и Бавлинская райбольница (главврач — Р. Х. Галеева)

Нам пришлось наблюдать два тяжелых случая анафилактической реакции на пенициллин при проникновении его частиц через дыхательные пути. Один из случаев окончился летально. В другом — в результате длительной десенсибилизирующей терапии — удалось практически значительно ослабить чувствительность организма к данному антибиотику.