

Из Казанской центральной малярийной станции (Зав. д-р М. С. Лифшица)
и из Кафедры инфекционных болезней Гос. ин-та для усовершенствов. врачей
(Завед. проф. А. Ф. Агафонов).

К эпидемиологии малярии в Татарской Республике за последние годы.

Д-ра М. С. Лифшица и д-ра А. Ф. Малининой.

Малярия в Татарской Республике после резкой вспышки в 1922—23 г. пошла в дальнейшем значительно на убыль и в последние годы дает показатели заболеваемости ниже довоенных. По данным Центр. малярийной станции количество зарегистрированных больных малярией на 10000 населения по отдельным годам следующее:

На 10000 населения.

Табл. № 1¹⁾.

Годы	АТССР	г. Казань	Районы
1913—14	324	—	—
1923	848	4333	668
1924	716	3513	568
1925	477	2233	392
1926	445	1933	335
1927	323	1556	228
1928	326	1709	223
1929	288,5	1366	195,4
1930	283,5	1164	202

Однако, несмотря на указанное снижение, заболеваемость малярией в ТР продолжает оставаться еще довольно высокой, превосходя таковую по РСФСР, Украине и Белоруссии и уступая лишь Закавказским и Средне-Азиатским республикам, что видно из следующей таблицы.

Показатели заболеваемости на 10000 населения (по Добрейцеру)¹⁾

Табл. № 2.

	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.
1. Закавказье	902,8	868,8	908,4	1044,0
2. Туркменистан	271	401	461	540,5
3. Узбекистан	285,3	232,6	255,5	336,9
4. РСФСР	319,7	243,7	195,8	165,4
5. Украина	160,4	130,7	92,5	58,0
6. Белоруссия	10,4	18,4	27,7	11,3

Из таблицы № 1 можно отметить также следующий факт, а именно, что кривая заболеваемости в ТР с 1927 г. стала более медленно спускаться и в последние два года держится почти на одном уровне. Это позволяет говорить о том, что малярия в ТР опять приняла харак-

¹⁾ Значительное расхождение в количестве заболеваний между гор. Казанью и селом объясняется преимущественно лучшей регистрацией маляриков в городе, поэтому надо считать, что показатели заболеваемости в районах ТР должны быть фактически больше указанных в табл. № 1.

тер эндемии с наклоном к временному стабильному количеству заболеваний. За это говорят также не только количественные, но и качественные показатели, т. е. состав зарегистрированных маляриков (см. табл. № 3).

Таблица № 3.

Форма заболевания	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.
Первичные	37,7%	30,5%	18,35%	13,4%	13,1%	9,3%	9,2%
Хроники	—	—	52,7%	62	65	81,5%	81,3%
Рецидивы	—	—	28,9%	24,6%	21,9%	9,2%	9,5%
Рецидивы и хроники	62,3%	64,5%	81,65%	86,6%	86,9%	90,7%	90,8%

Как показывает таблица № 3, количество первичных заболеваний, с каждым годом уменьшаясь, дает в последние два года почти одинаковые цифры—9,2—9,3% всех зарегистрированных больных. Если сопоставить количественные и качественные показатели, то видно, что они не идут строго параллельно. Количество больных на 10000 населения с 716 для ТР и с 3513 для г. Казани в 1924 г. упало соответственно до 291 и 1164 в 1930 г., т. е. уменьшилось в 2,5 и 3 раза, между тем как первичная заболеваемость упала с 37,7%, до 9,2% уменьшившись более чем в 4 раза.

Это несоответствие между снижением общего количества больных и первичной заболеваемостью объясняется увеличением группы рецидивирующих и хроников, причем подавляющее число составляют хроники, дающие в последние годы, по данным малярийного пункта, до 80% первичных обращений по малярии. Этот факт заслуживает того, чтобы на нем остановиться, тем более, что в последнее время на вопросе о хронической малярии заострено внимание многих наших маляриологов. Некоторые из них, справедливо отмечая ошибки врачей при диагностике хронической малярии, предлагают считать несомненными только те случаи, при которых обнаружены плазмодии в периферической крови. Против этого приходится возражать потому, что при хронической малярии часто в периферической крови паразитов бывает так мало, что большей частью при однократном лабораторном исследовании их не находят. Практически мы относили к хроникам все случаи с определенными объективными данными, хотя и без нахождения паразитов. Прав, конечно, проф. Кушев, говоря, что распознать хроническую малярию довольно трудно, особенно, если в крови нет паразитов.

Не исключая возможности ошибок и в нашей амбулатории при Ц. маляр. станции, можно поэтому допустить, что % хроников несколько ниже вышеуказанного. Однако от этого динамика хронической малярии существенно не меняется и мы имеем несомненно относительный ее рост в течение всего периода угасания нынешней эпидемии малярии. Мы подчеркиваем именно только относительный рост, т. е. при снижении общего количества малярийных больных, уменьшение числа хроников, хуже поддающихся излечению, идет медленнее других форм, благодаря чему остающиеся от каждого предыдущего года хроники в следующем составляют уж больший удельный вес. Что касается рецидивов, то они, как и первичные, дают постепенное снижение.

В последние же два года мы имеем неизменившиеся соотношения между указанными 3 формами, что, по видимому, объясняется преимуще-

ственно относительным постоянством первичных заболеваний малярией за эти года. Все вышеизложенное является схематичным и относится лишь к только что пережитой эпидемии малярии в ТР. В дальнейшем при быстро прогрессирующем у нас улучшении медицинского дела и социально-бытовых условий трудящихся на почве бурно развивающегося социалистического строительства следует ожидать как абсолютного снижения общей заболеваемости, так и относительного уменьшения хроников благодаря уменьшению числа неизлеченных случаев малярии.

Мы заострили внимание на этом вопросе потому, что он имеет не только теоретический, но и практический интерес, сигнализируя о том, что с вопросом борьбы с малярией у нас неблагополучно и что необходима реорганизация наших мероприятий для достижения максимальной эффективности, к чему мы вернемся в конце статьи при практических выводах.

Наряду с только что отмеченным изменением соотношения клинических форм малярии, мы имеем, как показывает таблица № 4, сопутствующее уменьшение степени насыщенности периферической крови малярийным вирусом благодаря значительному увеличению % хронических форм.

Табл. № 4.

	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.
Число (%) всех положительных анализов крови	38,0%	38,3%	—	19%	14,6%	11,4%	10,9%
% соотношение форм по видам паразитов							
<i>M. tertiana</i>	80%	57,5%	72,2%	29,8%	65,6%	54,4%	62,2%
<i>M. tropica</i>	16%	37,9%	18,8%	62,5%	23,1%	30,1%	19%
<i>M. quartana</i>	0,3%	0,05%	2,5%	4,8%	7,2%	11,6%	16%

Как видно из этой таблицы, число положительных анализов крови с 38% в 1924 г. падает до 10,9% в 1930 г., факт весьма существенный в эпидемиологическом отношении, дающий нам основание акцентировать некоторые вопросы по борьбе с малярией в ТР, о чем речь будет ниже. Касаясь отдельных форм по видам паразитов, нужно отметить, что трехдневная форма, несмотря на колебания по отдельным годам, в общем остается у нас преобладающей и дающей максимум заболеваний в весенне-летние месяцы. Четырехдневная форма, ежегодно нарастая, достигает в 1930 г. 16% всех положительных анализов крови, факт заслуживающий внимания и требующий дальнейшего изучения.

Несколько следует остановиться на тропической форме. Последняя, как видно из таблицы № 4, при отсутствии в общем тенденции к повышению, дает, однако, по некоторым годам скачки, из них особенно резкий в 1927 г., когда *M. tropica* значительно превышала трехдневную форму. Резкое увеличение тропической формы было отмечено в 1927 г. и во всем Поволжье. На 3-м Поволжском Малярийном Съезде в Самаре одним из нас (Л и ф ш и ц) было высказано предположение об известной связи между подъемами *M. tropica* и метеорологическими факторами, главным образом температурой. Сопоставляя теперь кривые движения малярии по ТР с 1924 по 1930 г. с метеорологическими данными, мы могли установить лишь известное совпадение увеличения тропической формы с соответствующими повышениями температуры. Так, подъемы

заболеваемости тропич. малярией были в 1925 и 1927 годах и частично в 1929 г. Если же взять как максимальную, так и среднюю температуру за июнь, июль и август м-цы соответствующих лет, то как раз на эти годы падает значительное повышение температуры по сравнению с другими годами. Причем нужно отметить, что перед увеличением тропики подъему температуры сопутствует среднее или даже малое количество осадков в последние летние месяцы. Повидимому, количество осадков при значительной заболоченности в ТР не играет доминирующей роли, а жаркое лето благоприятствует увеличению тропической формы, подразумевая под этим, главным образом лучшее развитие вируса тропики внутри комара, что является, конечно, только одним из факторов сложного механизма распространения тропической формы. Поэтому на основании наших наблюдений можно говорить лишь только о некоторой связи между подъемами тропики и температурной кривой.

Попытаемся теперь в свете вышесказанного указать направление дальнейшей противомалырийной работы в ТР, полагая при этом, что снижение заболеваемости должно не ослаблять, а наоборот усилить наше внимание к борьбе с малярией, чтобы добиться ее искоренения.

Как известно, борьба с малярией ведется в 2-х направлениях: с одной стороны, с передатчиком малярийного вируса — комаром, а с другой — с самим вирусом в человеческом организме.

В первом направлении определенные результаты сможем получить от правильного и энергичного проведения в жизнь сан-минимума по борьбе с малярией. Но это не решает целиком вопроса. Благодаря, главным образом, ежегодным разливам рек Татарская республика имеет значительную заболоченность. Площадь водоемов одного только гор. Казани и его окрестностей достигает до 3 милл. кв. метров, значительная часть которой заражена личинками анофелеса. Поэтому для радикальной борьбы с комаром необходимы, конечно, крупные гидротехнические и мелиоративные работы. Проведение последних, однако, требует значительных денежных затрат и мыслимо поэтому лишь в плановом порядке, рассчитанном на более или менее продолжительный период. К сожалению, этому уделялось у нас практически до сих пор мало внимания. Необходимо ТНКС добиться включения хозорганами ассигнований в сметном порядке для оздоровления в первую очередь промышленных центров (Казань, Паратский затон, Бондюжский завод, с. Васильево) и крупных совхозов и колхозов в наиболее пораженных районах ТР.

Значительные результаты получены в отношении борьбы с вирусом малярии в организме человека, борьбы, имеющей значение и лечебного, и профилактического мероприятия. Достигнутые успехи в области снижения малярии и известного укрепления здравоохранения на базе роста социалистической экономики создали перспективы дальнейшей более активной и успешной работы в этом направлении. Методы работы необходимо только видоизменить. До сих пор существовал самотек в отношении лечения маляриков. Сейчас становится реальной задачей диспансеризации маляриков в промышленных центрах, как г. Казань, где вводится общая диспансеризация. Следует при этом только отметить, что особенное внимание нужно будет уделить строгому учету всех паразитоносителей, как источнику заражения, для последующего систематического наблюдения. Эта задача облегчается тем, что % паразитоносителей, как было уже

указано выше, теперь сравнительно не велик. В тех промышленных и районных центрах, где еще нет общей диспансеризации, и в крупных колхозах и совхозах наиболее пораженных районов необходимо пока ввести исследование крови у маляриков с обязательным взятием на учет паразитоносителей и острых маляриков для последующего систематического лечения.

Сравнительно небольшой % паразитоносителей, как сказано выше, и значительное общее снижение заболеваемости делают вышеуказанную задачу вполне выполнимой не только в городе, но и на селе. Поэтому находим своевременным акцентировать внимание на этом вопросе, считая, что правильно поставленный учет и лечение маляриков являются существеннейшим условием дальнейшей успешной борьбы с малярией в ТР.

Учитывая, однако, менее развитую медицинскую сеть в районах, необходимо с 1932 г. приступить к развертыванию в них противомаларийных учреждений, имеющих преимущественно постоянный характер (маларийные пункты, станции), возлагая на них также руководство всей профилактической работой по малярии на селе.

Излишне, пожалуй, говорить о том, что нельзя ограничиться одной лечебной хинизацией в борьбе с малярийным вирусом. Опыт противоречивой хинизации на крупных предприятиях г. Казани в 1931 г. дал ощутительные результаты, как в отношении снижения заболеваемости, так и уменьшения дней нетрудоспособности.

В заключении нужно сказать, что на пути к осуществлению задачи — искоренения веками существовавшей в нашем крае малярии стоят большие трудности, но можно быть уверенным, что при внимании нашей общественности к этому вопросу они будут преодолены. Залогом служат наши успехи на общем фронте социалистического строительства.

Из клиники кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского института. Врид. директора ст. ассистент Б. С. Биккенин.

Сифилис в Граховском районе Удмуртской области.

(Данные обследования венпункта).

Д-ра Г. Г. Кондратьева.

Среди задач, стоящих перед советским здравоохранением в период развернутого социалистического наступления по всему фронту, немалое место занимает и борьба с венерическими заболеваниями.

В этом отношении поголовные, массовые обследования населения и в настоящее время являются одним из способов выявления размеров и характера распространения сифилиса в деревне, а также планомерного и успешного оздоровления пораженных очагов. Здесь мы считаем нужным поделиться опытом нашей обследовательской работы в Граховском ересе (районе) Удмуртской автономной области летом текущего года.

Граховский ерос географически занимает самую южную часть Удмуртской области и с юга граничит с Тат. А. С. С. Р. Ерос имеет в своем составе всего