

Организованы 83 санитарных поста, оснащенных аптечками первой помощи, которые находятся в бригадах, на молочнотоварных фермах, в мастерских. В состав санитарных постов вошли активисты Красного Креста, подготовленные по программе ГСО и работающие в этих же бригадах учетчиками, табельщиками и др.

В организации первой помощи теперь участвует весь коллектив врачей районной больницы. Они регулярно выезжают на фельдшерско-акушерские пункты, проверяют готовность санитарных постов, следят за выполнением профилактических мероприятий.

Мы получаем повседневную поддержку со стороны райкома КПСС и райисполкома. Случаи тяжелых травм были предметом обсуждения на заседаниях бюро райкома КПСС и райисполкома, на которых присутствовали все руководители колхозов. По итогам обсуждения принимались специальные решения.

Все перечисленные мероприятия дали свои плоды. В 1960 г., по сравнению с 1959 г., число сельскохозяйственных травм в районе сократилось почти вдвое. Особенно существенным было снижение в овощеводстве и при так называемых прочих работах, в животноводстве же число травм несколько возросло.

Важно отметить, что это сокращение наблюдается одновременно с ростом кадров механизаторов и с расширением производства.

Для дальнейшей эффективной профилактической работы мы считаем необходимым: 1) ликвидировать текучесть во всех отраслях сельскохозяйственного производства путем создания стабильных бригад; 2) усилить работу общественных инспекторов в осуществлении контроля за выполнением правил охраны труда и техники безопасности; 3) улучшить постановку травматологической помощи во всех звеньях — от санитарных постов до районной больницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Знаменский М. С. Сов. мед., 1939, 11. — 2. Фрейдлин С. Я. Профилактика травматизма и организация травматологической помощи, М., 1956. — 3. Шулутко Л. И. и Тарнопольский Я. И. Ортопедия, травм. и протез., 1960, 7.

Поступила 10 марта 1961 г.

БОРЬБА С ГЕЛЬМИНТОЗАМИ В КАЗАНИ

(1951—1959 гг.)¹

В. Я. Царева, Ц. Д. Матт и С. А. Байгулова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и паразитологический отдел гор. СЭС (главврач — А. И. Крепышева)

В текущем семилетии (1959—1965 гг.) ряд гельминтозов (тенийдозы, гименолепидоз, энтеробиоз и др.) подлежит ликвидации, а аскаридоз — резкому снижению (до 0,5%).

В нашу задачу входило проанализировать распространенность гельминтозов в Казани и оценить эффективность мероприятий по оздоровлению населения, проводившихся в предыдущие годы (с 1951 по 1959), с тем, чтобы наметить пути дальнейшего снижения и ликвидации инвазий.

Выявление инвазированных больных осуществлялось сетью лечебно-профилактических учреждений и паразитологических отделов санитарно-эпидемических станций Казани путем копрологических исследований.

¹ Доложено в мае 1960 г. на межвузовской научной конференции Казани.

Контингент исследуемых на гельминтозы детей и взрослых ежегодно увеличивался. Так, в 1951 г. на гельминтозы исследовано 10% населения (53400 чел.), а в 1959 г. число исследованных возросло больше чем в три раза (161 400 чел.).

В 1951 г. число инвазированных составляло 26% обследованных; в 1958 г. — 12%, а в 1959 г. — 10,8%.

Пораженность населения гельминтозами идет главным образом за счет аскаридоза, уровень которого, несмотря на проводимые мероприятия, остается высоким (в 1951 г. — 93,69%, в 1958 г. — 88,6%, в 1959 г. — 88,2% от числа выявленных носителей).

Пораженность гельминтозами детского населения в 3 раза больше, чем взрослых, и также преимущественно за счет аскаридоза. В 1951 г. аскаридоз среди детей составлял 31,6% из 33,4% общей инвазии и в 1959 г. — 13,1% из 15,8%.

Среди взрослых в указанный срок аскаридоз составлял 4,02% из 4,5% общей пораженности.

Второе место по распространению и удельному весу занимает гименолепидоз, пораженность которым в 1951 г. составляла 1,06%, в 1959 г. — 1,0%, а по удельному весу среди других видов гельминтозов в соответственные сроки он составлял 4,1% и 9,6%.

И этот вид гельминтов поражает преимущественно детей: соотношение пораженности детей и взрослых в 1951 г. 8:1 и в 1959 г. — 12:1.

Обследование на гименолепидоз в 260 детских учреждениях, проводившееся в 1958—59 гг., выявило, что большинство детских садов и яслей свободны от гименолепидоза, или же встречаются единичные случаи заболеваний. И лишь среди детей 20 коллективов наблюдалось от 10 до 30 случаев инвазии карликовым цепнем.

Отмечается сравнительно низкая инвазированность тениидозами (в 1951 г. — 0,4%, в 1958 г. — 0,1% и в 1959 г. — 0,09%), причем поражаются в основном взрослые (87%) от 30 до 49 лет. Все инвазированные употребляли в пищу сырой мясной фарш.

Пораженность широким лентецом составляла всего 0,09% в 1951 г. и 0,03% в 1959 г. Отмечаемый в последние годы рост числа заболеваний дифиллоботриозом — тревожный сигнал, так как он связан с изменением водного бассейна (Большая Волга).

Больные трихоцефалезом составляли в 1951 г. 0,1%, в 1959 г. — 0,05%, число их ежегодно уменьшается.

Специального обследования по альвеококкозу, описторхозу, энтеробиозу не проводилось.

Интенсивность поражения отдельных районов города не одинакова. Наиболее неблагополучными являются Кировский и Ленинский районы (Заречье): в 1951 г. пораженность в Заречье составляла 25,1—37,4%, а в трех районах центральной части города — 18,3—24,2%.

Для выяснения причин высокой пораженности аскаридозом нами изучены по городу в целом и по отдельным его районам основные пути распространения аскаридоза.

Установлено, что очагами аскаридозной инвазии являются наиболее неблагополучные в санитарном отношении окраины города, отдельные менее благоустроенные поселки, входящие в состав Кировского и Ленинского районов. До последнего времени канализация была недостаточной, практиковался сброс поверхностных сточных вод в местные водоемы, используемые и в хозяйственных целях, и как место купанья.

Очаги аскаридоза были связаны с индивидуальными усадьбами или бараками с приусадебными земельными участками. Удобрение огородов и садов в большинстве случаев производилось внесением в почву необезвреженных нечистот и отходов. Выращенные на них

овощи и ягоды употреблялись владельцами и частично поступали на рынки.

Обнаружено, что почва, взятая с территорий дворов и приусадебных земельных участков, а также овощи, выращенные на ней, часто содержали инвазионные яйца аскарид, особенно там, где применялись некомпостированные удобрения из нечистот. Так, например, по данным очага поселка Воровского из 10 проб почвы 8 были положительными.

Кроме того, кафедрой биологии Казанского медицинского института (О. Л. Тихомирова и С. Г. Файзуллин) было найдено, что овощи, взятые на рынках и в магазинах Казани, хотя и редко, но содержат инвазионный материал.

Исследование проб воды с пляжей Заречной дамбы и озер в июле-августе 1953, 55, 57, 59 гг., а также смывов с предметов бытовой обстановки в детских коллективах и индивидуальных домах также дало положительные результаты примерно в 6% проб.

Таким образом, выявлено, что ведущим фактором распространения аскаридоза среди жителей Казани является почва. В механизме же передачи основная роль принадлежит овощам и зелени, загрязненным яйцами гельминтов. Дополнительными факторами передачи могут быть различные предметы обихода, пыль, вода и мухи.

По эпидемиологическим и лабораторным данным, можно утверждать, что в условиях Казани заражение аскаридозом происходит в основном в летне-осенний период и вызвано широким употреблением необезвреженных зелени и овощей.

Что касается мероприятий по борьбе с гельминтозами, то необходимо отметить положительную роль возросшей активности лечебно-профилактических учреждений, а также санитарного благоустройства города.

Главным мероприятием по борьбе с гельминтозами за 1951—1959 гг. являлась массовая дегельминтизация аскаридоза, проводившаяся два раза в год (в IV кв. и I) препаратами сантонина по установленной схеме. Лечение в основном были охвачены школьники, дети садов и детских, а также взрослое население из наиболее пораженных участков. В условиях стационара и поликлиник проводилась кислородотерапия. В конце 1959 г. для лечения инвазированных стали применять препараты пиперазина.

Наряду с уменьшением числа инвазированных гельминтозами отмечается и снижение интенсивности инвазии, что установлено контролем за отхождением числа паразитов при дегельминтизации в очагах аскаридоза. Это изменяет эпидемиологическую обстановку в очагах в благоприятном направлении.

Большое внимание уделялось индивидуальному лечению. Объем последнего из года в год возрастал за счет дневных полустационаров при лечебно-профилактических объединениях. В 1951 г. подвергнуто лечению 19% больных гименолепидозом, 60% — тениидозами и 25% — трихоцефалезом; в 1959 г. охват лечением возрос и в соответствующих группах составлял 90—84 и 100%.

В результате комплекса мероприятий пораженность населения за период наблюдения снизилась, по сравнению с 1951 г., в 2,6 раза, причем это снижение было более выражено среди взрослых (в 3 раза) и менее — среди детей (в 2,1 раза).

Несмотря на проводимые меры, темпы снижения инвазии аскаридозом остаются еще недостаточными. Часто приходится наблюдать, как снизившийся уровень инвазии вновь повышается. Это вызвано тем, что девастационные мероприятия проводятся еще не достаточно и что нет должного внимания поднятию санитарной культуры населения.

Теперь есть возможность получить более выраженный эффект в борьбе с аскаридозом проведением предимагинальной дегельминтизации пиперазином, что резко снизит загрязнение внешней среды инвазионным материалом. Необходимо более упорно добиваться внедрения в жизнь оздоровительных мероприятий и шире проводить санитарную пропаганду.

Существенными моментами в ликвидации тениидозов являются более широкое выявление инвазированных и стопроцентный охват их лечением. Необходимо усилить комплексную работу медико-ветеринарной службы.

Учитывая, что инвазия карликовым цепнем и острицей происходит в результате контакта, в борьбе с энтеробиозом и гименолепидозом, наряду с лечением, решающим моментом явится соблюдение санитарного режима и гигиенических навыков детьми и обслуживающим персоналом.

Для выявления местных случаев описторхоза и эхинококкоза необходимо провести обследование наиболее уязвимых групп населения с последующим лечением выявленных, для чего необходимо привлечь специалистов смежных областей (биологов, ихтиологов и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Жданов В. М. Мед. паразитология, 1959, 3. — 2. Муквоз Л. Г. Мед. паразитология, 1959, 5. — 3. Селиванов К. П. Мед. паразитология, 1959, 2. — 4. Тихомирова О. Л. и Файзуллин С. Г. Тез. науч. конф. Казанского мед. ин-та, 1958.

Поступила 19 января 1961 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

- Э. А. Гальперин. Клиника инфекционных геморрагических болезней и лихорадок. Медгиз, 1960, 272 стр.

Геморрагические лихорадки обнаружены в различных республиках и областях нашей страны, и нет сомнений, что чем больше врачи будут осведомлены о клинических проявлениях и методах лабораторного подтверждения этой группы заболеваний, тем полнее будут и наши представления о районах их распространения. Литература по этому вопросу разрознена и не всегда доступна врачам на периферии. Вот почему надо приветствовать издание монографии Э. А. Гальперина, в которой обобщены результаты многолетних исследований советских ученых и за рубежом по изучению этих инфекций.

В книге 10 глав. Первые две посвящены классификации инфекционных геморрагических болезней и методам их лабораторной диагностики. В последующих пяти излагаются отдельные заболевания из группы вирусных геморрагических лихорадок. В восьмой и девятой приводится описание желтой лихорадки и иктеро-геморрагического лептоспироза. Последняя глава отведена дифференциальной диагностике перечисленных болезней.

Материал в книге распределен неравномерно. Наибольшее внимание уделено вирусной геморрагическо-почечной болезни, что является оправданным, так как среди других геморрагических лихорадок это заболевание наиболее распространено в нашей стране. Автор подробно описывает патологоанатомическую картину заболевания, иллюстрируя этот раздел большим количеством рисунков. Хорошо изложен патогенез геморрагическо-почечной болезни. Следует согласиться, что геморрагическую лихорадку с почечным синдромом следует рассматривать, как острую инфекцию «с ведущим поражением вегетативной нервной системы и мелких сосудов, увеличением их проницаемости и поражением канальцев почек вследствие токсикоза и нарушенного кровообращения» (стр. 56). Много внимания уделено изложению клиники и лечению этой болезни.

Клиника крымской геморрагической лихорадки, родственной ей таджикистанской и туркменской лихорадок, узбекистанской и омской геморрагической лихорадки изложена обстоятельно, хотя и более кратко, нежели геморрагический нефрозо-нефрит.