

Большая часть заболеваний была отмечена в республике в виде спорадических случаев. Первая вспышка сальмонеллеза в Татарии была зафиксирована в 1969 г. В последующие годы удельный вес заболеваемости, связанной со вспышками, составлял от 1,2 до 18,4%. С 1976 г. произошли изменения в характере вспышек. Если раньше все регистрируемые в Татарской АССР групповые заболевания относились к пищевым токсикоинфекциям, то в последние годы ежегодно констатируются внутрибольничные вспышки сальмонеллезом в родовспомогательных учреждениях, детских, соматических и инфекционных больницах. Такие вспышки обычно возникали в осенне-зимний период, характеризовались растянутостью во времени, относительно небольшим числом больных. Источниками инфекции являлись, во-первых, дети — больные и бактериовыделители, поступившие в стационары с диагнозами: кишечная инфекция неясной этиологии, клиническая дизентерия, ОРЗ, пневмония, во-вторых, матери, находившиеся в больнице по уходу за больными детьми, и, наконец, бактериовыделители из числа обслуживающего персонала. Заболевания передавались контактно-бытовым путем. При этом источник инфекции часто было невозможно установить. Кроме вспышек и групповых заболеваний, сальмонеллез в больницах наблюдался в виде единичных случаев, связи между которыми выявить не удавалось. На внутрибольничный характер заражения указывало появление симптомов заболевания, высева возбудителя на 4—7-е сутки и в более поздние сроки после госпитализации больного в стационар по поводу соматической патологии при контрольном или диспансерном бактериологическом обследовании после перенесенного острого кишечного заболевания несальмонеллезной этиологии.

Особенно высок удельный вес внутрибольничного сальмонеллеза в крупных городах: Казани, Брежнев, Нижнекамске, Альметьевске, Зеленодольске. Так, в Казани с 1976 по 1980 г. внутрибольничные сальмонеллезы составляли от 19 до 41%, в Брежнев в 1979 г.—41%, в 1980 г.—33,8%. Самой поражаемой возрастной группой были дети: на их долю в эти годы приходилось 82—94% всех случаев внутрибольничного инфицирования, при этом 69—92% составляли дети первых двух лет жизни. Основными причинами внутрибольничных вспышек являлись отсутствие настороженности к заболеванию сальмонеллезом, недостаток в медицинском обслуживании больных и нарушения санитарно-противоэпидемического режима в стационарах различного профиля.

Как и в других регионах страны в Татарии при внутрибольничных сальмонеллезах выделялся так называемый госпитальный штамм *S. typhimurium*. Регистрировались также отдельные вспышки и случаи внутрибольничного инфицирования, вызванные *S. heidelberg*, *S. derby* и др.

Приведенные материалы показывают, что эпидемический процесс сальмонеллезом в Татарской АССР и на других административных территориях страны имеет общие закономерности развития. Рост заболеваемости в республике, наблюдавшийся в последние годы, произошел за счет увеличения внутрибольничной заболеваемости детей раннего возраста. Поэтому именно у них проблема сальмонеллезом является особенно актуальной, требует дальнейшего изучения и разработки эффективных профилактических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арбузова А. А. В кн.: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда эпидемиологов и микробиологов. М., 1978.—2. Иванова Л. М., Бершакова К. Г. Там же.—3. Канев Э. Ф. В кн.: Острые кишечные инфекции. Л., 1979.—4. Облапенко Г. П. Там же.—5. Покровский В. И., Килессо В. А., Ющук Н. Д., Сов. мед., 1981, 5.—6. Bloch M. a. o. Rev. Inst. invest. med., 1979, 8, 1.—7. Kelly W. R. J. Irish. Med. Assoc., 1979, 72, 31.—8. Le Minor L. Bull. Acad. nat. med., 1980, 164, 6.—9. Metz H., Lieb U., Zbl. Bakt. I. Abt. Orig., 1980, 1, B, 171, 2—3.—10. Yoshikawa T. T. a. o. West. J. Med., 1980, 132, 5.

Поступила 20 июня 1982 г.

УДК 616.936—036.2(470.41)

## КРАЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МАЛЯРИИ

Д. Б. Яход, Л. И. Фоменкова, Н. А. Ахмедшин

Республиканская санэпидстанция МЗ ТАССР (главрач — Б. Л. Якобсон)

**Реферат.** В ТАССР за последние 3 года отмечены завозные случаи малярии. При медицинском обслуживании больных был допущен ряд ошибок, которые могли привести к возникновению местных случаев заболевания. С целью сохранения эпидемиологического благополучия в республике необходимо проводить полный комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Ключевые слова: малярия, эпидемиология.

Библиография: 7 названий.

За последние 10 лет ситуация в мире в отношении малярии резко обострилась. Заболеваемость данной инфекцией непрерывно возрастает и уже достигла 150 млн. случаев в год, в то время как в 1968 г. составляла 115 млн. Показатели заболеваемости и смертности в Африке такие же, как 100 лет назад. Ежегодно от малярии умирают 1—1,5 млн. человек, главным образом в тропической Африке, где это заболевание является одной из основных причин детской смертности.

В большинстве стран (Шри-Ланка, Индия, Турция, Пакистан и др.), практически ликвидировавших малярию, вспыхнули эпидемии, получившие название «постликвидационных», осложнилась обстановка в Афганистане, Иране, Сирии и др. Заболеваемость малярией также возросла в некоторых странах Северной Америки (Гватемала, Белиз). Наблюдается интенсивный завоз малярии в США. В ряде стран Южной Америки (Боливия, Колумбия, Перу и др.) в конце 70-х гг. отмечалось ухудшение маляриологической ситуации.

Рост миграционных процессов вызвал резкое увеличение завоза малярии из тропиков в страны Европы (3912 случаев в 1979 г.) и в СССР (395 случаев в 1979 г.). XVII сессия комитета экспертов по малярии в 1979 г. констатировала, что человечеству еще многие годы придется сосуществовать с малярией, и каждая страна должна определить свое отношение к борьбе с этой инфекцией [3—5].

Эпидемиологическая значимость завозных случаев малярии заключается в том, что во многих районах нашей страны существует серьезная потенциальная опасность возобновления распространения малярии при заносе источника возбудителя инфекции в эти районы.

Для современной маляриологической ситуации в СССР характерны увеличение численности переносчика (комара *P. Anopheles*) вследствие прекращения массовых обработок помещений инсектицидами, рост уровня устойчивости комаров к инсектицидам, активизация отдельных остаточных очагов на юге нашей страны.

Следовательно, на территории страны имеются условия для распространения малярии как от завозных случаев из-за рубежа, так и из остаточных очагов. Так, отмечались местные свежие случаи малярии от завозных в городах Москве, Брянске, Куйбышеве, Московской, Горьковской, Волгоградской областях и др. [6]; до настоящего времени не оздоровлены остаточные очаги малярии в Азербайджанской ССР, появились новые очаги на юге Таджикистана.

В ТАССР малярия практически ликвидирована в 60-х гг. В период с 1962 по 1965 г. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания [7]. В последующие годы были констатированы единичные случаи заболевания малярией, завозные из зарубежных неблагоприятных по малярии стран. Следует отметить, что за последние 3 года количество их возросло: в 1979 г.—4, 1980 г.—3 и в 1981 г.—6 заболеваний.

Для оценки возможных эпидемиологических последствий завоза малярии важно учитывать ряд факторов: сроки приезда больных, виды и штаммы малярийных паразитов, стадии болезни, интенсивность паразитемии у больных, возможность контакта с комарами и вероятность заражения местных переносчиков.

Анализ завозных случаев показал, что преобладающим видом является *P. vivax* (12 случаев) и только у одного больного выявлен *P. ovale*. *P. vivax* диагностирован у лиц, прибывших из Пакистана, Нигерии и Азербайджана. *P. ovale* обнаружен у советского специалиста, возвратившегося из Нигерии.

Сроки клинических проявлений у больных после их приезда в ТАССР различны: от 4 дней до 5 мес. В сезон передачи малярии выявлено 38% больных, которые могли стать источником возбудителя инфекции. При медицинском обслуживании больных был допущен ряд серьезных ошибок, способных вызвать местные случаи заболевания. Из 13 заразившихся малярией в первые 3 дня болезни было госпитализировано только 3 человека, на 4—5-й день — 6, на 9—13-й — 4. В 5 случаях заболевания были отмечены в сезон передачи малярии, и поздняя госпитализация могла привести к распространению заболевания.

В первые 3 дня со дня обращения диагноз установлен у 5 больных, на 12—13-й дни со дня обращения — у 2.

У больных, несмотря на характерную клинику и соответствующий эпиданамнез (выезд в неблагоприятную по малярии местность, а у 5 больных и наличие заболевания во время пребывания за рубежом), первоначально диагностировали острое респираторное заболевание, пневмонию, аденовирусную инфекцию, паратиф и даже состояние акклиматизации.

В ряде случаев лабораторное исследование проведено с большим опозданием — на 7—9-й и даже на 26-й день обращения. Клинические лаборатории не всегда обнаруживали паразитов, и в ряде случаев лабораторный диагноз ставился не в 1-й день исследования крови, а на 3—5-й и даже 12-й день. Препараты крови в отрицательных случаях не направлялись на контрольный просмотр в районные и Республиканскую санэпидстанции.

Эпидемиологический надзор за населением не всегда осуществлялся на должном уровне, в результате не все лица, потенциально опасные как источники заболевания, были обследованы на малярию.

Допускались нарушения и при обработке очагов против малярийных комаров. Следовательно, ряд работников лечебно-профилактических учреждений и санэпидстан-

ций не имеют должной настороженности в отношении возможного завоза малярии из зарубежных стран и остаточных очагов СССР, несмотря на проводимые семинары.

Наиболее опасными участками в Татарской АССР являются города с большими миграционными процессами и строительством промышленных предприятий — Брежнев, Казань, Нижнекамск и др., а также города и районы, расположенные в зоне влияния Куйбышевского и Нижнекамского водохранилищ.

В связи со строительством Куйбышевской и Нижнекамской гидроэлектростанций на Волге и Каме резко увеличилась площадь водоемов, где происходит выплод комаров *P. Anopheles*. Кроме того, республика богата малыми реками, их насчитывается около 470 (Ик, Иж, Свияга, Меша, Казанка и др.); много мелких озер — около 8000. Таким образом, в ТАССР имеются предпосылки для выплода малярийных комаров. На контрольных днях отмечена высокая комарийность. На окраине Казани в зоне влияния обширных анофелогенных площадей численность комаров в отдельные месяцы года составляла от 500 до 3000 экземпляров на одно помещение с животными.

Наибольшую потенциальную опасность для местных комаров рода *Anopheles* представляют возбудители трехдневной малярии — *Plasmodium vivax*. Лица с тропической малярией (*P. falciparum*) в эпидемиологическом отношении неопасны в силу резистентности местных переносчиков. Возможность возобновления передачи возбудителя четырехдневной малярии (*P. malariae*) чрезвычайно мала из-за незначительного числа завозимых случаев в СССР и небольшой вероятности заражения комаров вследствие низкой продукции гаметоцитов у данного вида паразитов.

Вариант передачи (*P. ovale*) комарами фауны СССР экспериментально не подтвержден. Таким образом, риск возобновления передачи связан с трехдневной малярией, возбудители которой (*P. vivax*) эффективно развиваются в местных переносчиках.

Все изложенное выше свидетельствует о напряженной эпидемиологической ситуации по малярии, об актуальности вопросов профилактики этой инфекции, о необходимости проведения полного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дашкова Н. Г., Степенко А. С., Глушкова М. Р., Яроцкий Л. С. Мед. паразитол., 1978, 1.—2. Духанина Н. Н., Жукова Т. А., Макиенко Н. И. и др. Там же, 1979, 4.—3. Жукова Т. А., Духанина Н. Н., Макиенко Н. И., Алексеева З. М. Там же, 1980, 6.—4. Лысенко А. Я., Беляев А. Е. Малярия (паразитология, эпидемиология, профилактика и иммунитет). М., ЦОЛИУВ, 1981.—5. Сопрунов Д. Ф. Мед. паразитол., 1979, 2.—6. Чуева С. В. Там же, 1972, 6.—7. Чуева С. В., Травин А. А., Фоменкова Л. И. и др. В кн.: Вопросы эпидемиологического надзора в отношении малярии. Л., 1976.

Поступила 11 февраля 1982 г.

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### СОВЕТСКО-ЧЕХОСЛОВАЦКИЙ СИМПОЗИУМ «ПОЛИТРАВМА»

(Рига, 20—22/V 1982 г.)

На симпозиуме выступили с докладами 18 ученых из ЧССР и 22 из Советского Союза. Авторы поделились результатами своих наблюдений по оперативному лечению множественных переломов.

Заместитель министра здравоохранения ЧССР проф. В. Вацек (Прага) дал характеристику комплексным исследованиям ученых Чехословацкой республики с сотрудниками Латвийского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии. Итоги научного сотрудничества ученых гг. Риги и Брно продемонстрировал член-корр. АМН СССР В. К. Калиберз.

В докладе В. К. Калиберза, Л. Ю. Зюбса и М. Б. Коцюса (Рига) были рассмотрены особенности применения компрессионно-дистракционных аппаратов оригинальной конструкции при политравме. И. Кроуп (Брно) на основании 1000 клинических наблюдений определил показания к оперативному лечению переломов при множественных и сочетанных повреждениях. В. Вацек (Прага) привел убедительные доказательства того, что микрофлора играет существенную роль в определении тяжести инфекционных осложнений и нередко приводит даже к сепсису. М. Брикс (Братислава) указал на трудности лечения и высокую летальность (80%) пострадавших с повреждениями печени при политравме.