

что составило 678,5 исследований на 100 больных. Наибольшее число диагностических исследований проведено больным по поводу эмболии и тромбоза мозговых сосудов (766,1 на 100 больных), наименьшее — больным с травматическими кровоизлияниями в мозг (620,0 на 100).

Качество медицинского обслуживания больных сосудистыми заболеваниями головного мозга необходимо улучшить и осуществить полную диспансеризацию этой категории больных. Для выявления ранних форм сосудистой мозговой патологии нужно шире применять и в амбулаторных условиях инструментальные и биохимические методы исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лурье З. Л. Расстройства мозгового кровообращения. 'Медгиз, М., 1959.—
2. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. Медицина, М., 1965.—
3. Нестеров В. А. В кн.: Пробл. сердечно-сосуд. заболеваемости и смертности. Медгиз, М., 1960.—
4. Смирнов В. А. Лечение и профилактика расстройств мозгового кровообращения. Медицина, М., 1966.—
5. Харин Ю. М. Здравоохран. Российской Федерации, 1964, 1.

УДК 616.988.23

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА в г. КАЗАНИ за 1955—1966 гг.

Д. К. Баширова и К. В. Юринкина

Кафедра инфекционных болезней (зав.—доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и городская СЭС (главрач — А. Н. Крепышева)

С 1955 по 1966 г. в Казани наблюдался подъем заболеваемости полиомиелитом (1954—1957 гг.), намечающийся спад (1958—1959 гг.) и спорадическое состояние этой инфекции (1960—1966 гг.).

Наиболее высокий подъем заболеваемости отмечен в 1957 г. (24 на 100 000). В 1958—1959 гг. проводилась иммунизация убитой полиомиелитной вакциной. Прививками было охвачено 63% детей города в возрасте 1—5 лет. Проводимая иммунизация подкрепляет начавшийся с 1958 г. естественный спад инфекции. Особенно это стало заметно в год проведения массовой иммунизации детей живой вакциной. В 1960—1961 гг. против полиомиелита было вакцинировано до 97% населения в возрасте от 2 месяцев до 20 лет. В 1962 г. были вакцинированы дети от 2 месяцев до 10 лет, в 1963 г. — от 1 года до 8 лет, в 1964 г. — от 2 мес. до 5 лет и в 1965—1966 гг. — от 2 мес. до 7 лет.

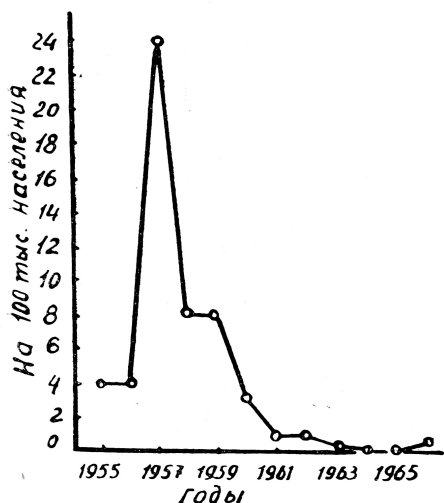


Рис. 1. Заболеваемость полиомиелитом в г. Казани.

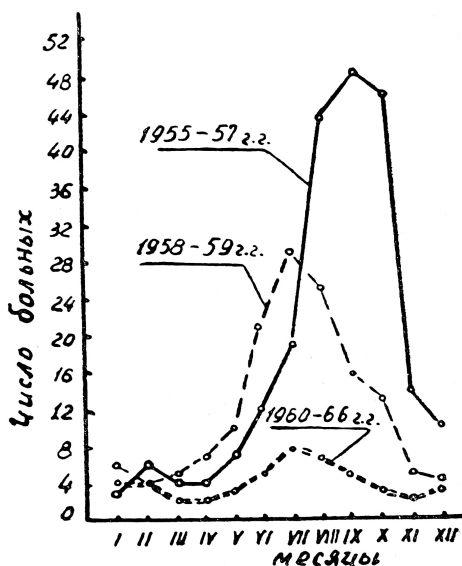


Рис. 2. Сезонная динамика полиомиелита в г. Казани.

С 1960 г. идет неуклонный спад заболеваемости полиомиелитом. К 1963 г. заболеваемость снизилась в 60 раз по сравнению с 1957 г. Наряду со снижением заболеваемости исчезли яркие классические формы паралитического полиомиелита. В 1964—1965 гг. в Казани полиомиелит зарегистрирован не был, но в 1966 г. мы наблюдали клинически типичные формы тяжелого паралитического полиомиелита.

Мы провели сравнительный анализ некоторых показателей полиомиелита в зависимости от эпидемиологического состояния данной инфекции.

Сезонная динамика полиомиелита в Казани неодинакова в различные годы (рис. 2).

В период эпидемической вспышки четко проявлялась сезонность, характерная для данной инфекции. В годы спада и спорадического состояния ее, т. е. в годы иммунизации против полиомиелита, максимум заболеваний смещается на летние месяцы. Так, на июль—октябрь в 1953—1957 гг. приходилось 72,6% всех заболевших, в 1958—1959 гг.— 57%, в 1960—1966 гг.— 48%.

В течение всего времени наших наблюдений основной контингент больных представляли дети от 1 года до 3 лет (66,6%). С 1960 г. постепенно уменьшается число больных в возрасте до 1 года и не заболевают взрослые.

В 1955—1959 гг. на долю детей из коллективов приходилось 20%, а в 1960—1966 гг.— 29,4% заболевших.

Наиболее отчетливые сдвиги отмечены в клинике полиомиелита.

С 1955 по 1957 г. под нашим наблюдением было 300 больных. Тяжелые, распространенные двигательные нарушения зарегистрированы у 80% детей, болевой синдром — у 60%. У 86,2% больных определялись стойкие остаточные явления. У 60% детей обнаружена патология ликвора. Летальность составила 4,5%. В это время встречались все известные формы полиомиелита, у отдельных больных — с расстройством дыхания, что и являлось причиной смерти. У 21,8% детей диагностирована спинальная, у 55,1% — pontinnaya и у 23,1% — остальные формы полиомиелита.

В период иммунизации убитой вакциной против полиомиелита (1958—1959 гг.) заболеваемость снизилась в 3 раза по сравнению с 1957 г. За это время на лечении находилось 234 больных полиомиелитом. Из них у 50,3% были тяжелые распространенные двигательные нарушения с болевым синдромом. Летальность достигала 3,1%. Патологический ликвор выявлен у 32% больных. Среди больных 18% детей были привиты против полиомиелита. Так же, как и в довакцинальном периоде, встречались все клинические формы заболевания, но со значительным преобладанием больных со спинальными парезами. У 71,4% была спинальная форма, у 22,1% — pontinnaya и у 6,5% — другие формы полиомиелита.

Со времени массовой иммунизации детей ЖВС (живой вакциной Сэбина), т. е. с 1960 г., в Казани стали отчетливо вырисовываться сдвиги в клинике полиомиелита. Наряду с типичными формами заболевания стали регистрироваться паралитические состояния, значительно отличающиеся от известной клиники полиомиелита прежде всего легкостью двигательных нарушений.

За этот период под нашим наблюдением было 139 больных детей. У 70 детей диагноз полиомиелита не вызывал сомнений в силу наличия типичной клиники заболевания (I группа), у 69 были паралитические заболевания, представляющие трудность в диагностике (II группа). У 39 детей заболевание трактовалось как вялый парез невыясненной этиологии и у 30 — как атипичная форма полиомиелита.

Изучение частоты заболевания полиомиелитом и паралитическими заболеваниями по годам показало, что с уменьшением первой формы болезни увеличивается вторая, и наоборот (рис. 3).

На основании анализа сезонной динамики полиомиелита и паралитических заболеваний нами установлено, что число больных паралитическим заболеванием начинает увеличиваться с апреля, а в июне—августе оно достигает максимума. На этот период приходится 75,3% всех заболевших. Спад заболеваемости начинается с сентября. Число больных полиомиелитом начинает увеличиваться с мая и к июлю — августу становится максимальным. За это время в клинике было 65,7% всех больных полиомиелитом. С октября наступает значительное снижение заболеваемости (рис. 4).

Основной контингент больных составили дети от 1 до 3 лет. В последние годы среди больных не было детей в возрасте старше 6 лет. Среди больных полиомиелитом было 33 вакцинированных (28 — живой вакциной и 5 — убитой вакциной) и 35 невакцинированных. Среди больных с легкими двигательными нарушениями было 52 вакцинированных (48 — живой вакциной и 4 — убитой вакциной) и 17 невакцинированных. Больных полиомиелитом, получавших ЖВС в течение 1 года по схеме 1, 2, 3 или 1 раз поливакцину, было 16, вакцинированных в течение 2 лет по схеме 1, 2, 3 или 2 раза поливакциной — 6. Три раза поливакцину получили 4 заболевших и 4 — 5 раз — 2. Больных с легким паралитическим заболеванием, вакцинированных в течение 1 года по схеме 1, 2, 3 или 1 раз поливакциной, было 17; вакцинированных в течение 2 лет по схеме 1, 2, 3 либо 2 раза поливакциной — 15; 3 раза поливакциной — 11 и 4 — 5 раз — 4. Таким образом, из 28 детей 16 были привиты только в течение года. Среди больных паралитическими заболеваниями таких детей было 17 из 48, а 31 ребенок был ревакцинирован.

Заболевание наступило в обеих группах почти в одинаковые сроки после последней прививки, как правило, в первое полугодие.

Спинальная форма полиомиелита была у 48 детей, понтинная — у 19, понтинно-спинальная — у 1, менингеальная — у 1 и энцефалитическая — у 1. Больных со спинальными парезами было 42 и изолированным парезом лицевого нерва — 27. Других форм заболевания не было.

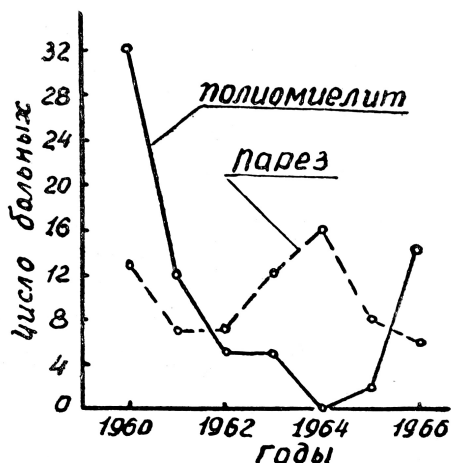


Рис. 3. Полиомиелит и парезы невыясненной этиологии с 1960 по 1966 г.

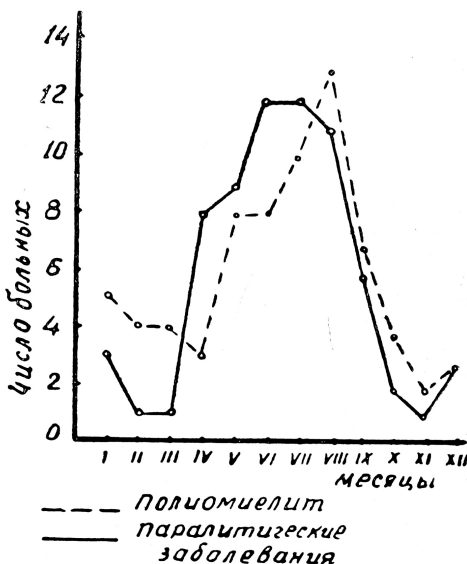


Рис. 4. Сезонная динамика полиомиелита и паралитического заболевания в г. Казани за 1960—1966 гг.

Как известно, при полиомиелите появлению двигательных нарушений предшествует лихорадка и другие общинфекционные симптомы в течение 1—3 или более дней. Эта фаза болезни, называемая препаралитической, наиболее ярко проявлялась у больных с глубокими двигательными нарушениями и отсутствовала у больных с легкими парезами. Мы установили три типа начала болезни.

I тип. Острое начало болезни, значительные нарушения самочувствия, лихорадка (38—39°) в течение 3—5—7 дней, рвоты, вздрагивание. Болевой синдром был у 45 чел. со спинальным полиомиелитом и у 13 с понтинной формой. Подобным образом болезнь началась лишь у 6 детей с легкими спинальными парезами и у 2 с изолированным поражением лицевого нерва.

II тип. Острое начало болезни, нарушение самочувствия, повышенная температура (37—38°) в течение 1—3 дней, кашель и насморк, иногда жидкий стул, очень редко вздрагивание. Болевой синдром был у 11 детей, больных полиомиелитом, и у 16 детей с легким парезом.

III тип. Начало болезни без продрома было у 1 больного полиомиелитом и у 45 с легкими парезами.

Двигательные нарушения у наших больных наступали в различные сроки. В 1-й день болезни парезы появились у 1 больного полиомиелитом и у 50 детей с легкими спинальными парезами, на 2—3-й день — соответственно у 11 и 12, а на 4—8-й день — у 52 и 4, на 9—14-й день — у 6 и 3.

Из больных спинальным полиомиелитом распространенные двигательные нарушения были у 21 ребенка и монопарез — у 27. Из больных со спинальными парезами — соответственно у 2 и 40 детей. Понтинная форма полиомиелита была установлена у 6 детей из 19 с поражением VII и VI пар чмн. Во II группе были дети только с изолированным поражением лицевого нерва.

Исходы заболевания различались по группам.

В группе полиомиелита клиническое выздоровление к 40-му дню от начала болезни наступило лишь у 14 детей из 70; у 30 были значительные остаточные явления (выраженная атрофия, рекурвация коленного сустава, деформация) и у 26 — легкие.

Во II группе к 40-му дню болезни выздоровление наблюдалось у 28 детей. У 41 ребенка были остаточные явления в виде похудания ноги на 0,5—1 см, незначительной рекурвации коленного сустава, легкой хромоты. Все эти изменения исчезали через 3—6 месяцев или 1 год от начала болезни при соответствующем лечении. У детей

со спинальными парезами не было стойких остаточных явлений. Об этом свидетельствуют данные катанеза.

Спинномозговую пункцию делали лишь у детей, поступивших в первые 10 дней болезни.

В группе полиомиелита из 36 пунктированных патология ликвора обнаружена у 16. Повышение цитоза было от 10 до 80 клеток (преимущественно лимфоцитов). Реакция Панди была у всех слабо положительной.

У всех 24 больных паралитическими заболеваниями, подвергнутых спинномозговой пункции, ликвор был без отклонений от нормы.

С 1962 г. в Казани стали проводиться вирусологические и серологические исследования на энтеровирусные заболевания. При вирусологическом анализе проб испражнений ни у одного из 75 детей не был выделен вирус полиомиелита, но выделено несколько штаммов вирусов Коксаки А и В. Мы не были убеждены в том, что выделенные штаммы являются возбудителями заболеваний у этих детей. В парных сыворотках у них не было диагностического нарастания титра антител в реакции нейтрализации с выделенными штаммами вирусов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Казани начиная с 1960 г. отмечается резкое снижение заболеваемости полиомиелитом. Наряду с этим в последние 5—6 лет наблюдаются легкие паралитические заболевания невыясненной этиологии с благоприятным исходом. Для подобных форм болезней характерно отсутствие продрома, вялые монопарезы, нормальный ликвор. Мы полагаем, что эти паралитические заболевания детей в возрасте от 1 до 3 лет требуют до выяснения истинной причины их возникновения соответствующих противоэпидемических мероприятий.

В природе существуют рекомбинации вирусов, приводящие к повышению нейровирулентности штаммов (М. К. Ворошилова, 1965). В настоящее время возможность скрытой иммунизации детей против полиомиелита ограничена. Поэтому организация и проведение профилактических прививок ЖВС против полиомиелита являются самым серьезным звеном в мероприятиях по ликвидации этой инфекции.

В случаях нарушения схемы вакцинации и ревакцинации детей, пренебрежения противопоказаниями может возникнуть увеличение контингента восприимчивых лиц и угроза появления классических форм полиомиелита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барташевич Е. И. и Соколова И. С.; Ворошилова М. К. Мат. VIII научн. сесс. Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов. 18—21/VII 1963 г.—
2. Ворошилова М. К. Актуальные вопросы вирусологии. Медицина, М., 1965.—
3. Гурчина Г. М.; Резник В. И. Актуальные вопросы вирусных инфекций. Медицина, М., 1965.—
4. Цукер М. Б. Инфекционные заболевания нервной системы у детей. Медгиз, М., 1963.

УДК 615.834

## КУРОРТЫ ТАТАРИИ

### З. Н. Блюмштейн

(Казань)

На территории Татарии курортно-санаторная сеть была организована после Великой Октябрьской социалистической революции.

Несмотря на крайне тяжелое положение в стране, связанное с войной и разрухой, уже в 1921 г. в Татарии был открыт первый детский санаторий для больных туберкулезом («Обсерватория»), а в 1924 г.—первый курорт для желудочно-кишечных больных (Ижминвод). В дальнейшем развитие курортно-санаторной сети и домов отдыха шло очень интенсивно, и к настоящему времени число их достигло 27. Кроме того, изучены многие бальнеологические ресурсы, на базе которых могут быть построены новые лечебные учреждения, например: а) сарабикуловские минеральные воды, по содержанию сероводорода сходные с маестинскими, б) сероводородные грязи на «Голубом озере», в) сульфатно-кальциевые воды на «Голубом озере» и в ряде других мест Татарии, г) рассольные воды.

Мы предлагаем вниманию читателей краткий обзор курортных учреждений Татарии.