

ференциальную диагностику и терапию болезни. Предоставим им «их» правду. Пусть они знают, видят и решают, какая именно конкретная форма той или иной болезни угрожает жизни больного. Это касается, в частности, тех болезней, название которых в сознании широкой (непрофессиональной) общественности ассоциируется с неизбежной смертью и тяжелым умиранием. Если же больному даже в таком случае будет правдиво сообщено также название болезни и он его примет, то это допустимо и предельно искренне с обеих сторон. Однако проблему правды нельзя сводить лишь к вопросу, следует ли больному знать номенклатурное название болезни или нет. Больной должен быть информирован о своем состоянии, ему следует знать правду о жизненной ситуации, вытекающей вследствие постигшей его болезни. В таком случае мы можем от названия абстрагироваться, можем его «подкорректировать» или даже по собственному усмотрению выбрать. Впрочем, пациент хочет знать диагноз именно для того, чтобы вывести из него реальное представление о своем состоянии, возможностях и ограничениях. Многие больные, невзирая на официальность традиции «умалчивания», свой диагноз знают точно и сами просят его «изменить». Не раз случалось, когда больные мне сообщали, будто бы знают, что у них лейкомия, но тут же просили «называть это анемией». Слово «лейкемия» заключает в себе высокоотрицательный заряд, и само его произнесение причиняет трудности не только для ухаживающих за больным, но и для самих пациентов. Выбранный диагноз «анемия» уже само по себе создает более спокойную обстановку для разговора, который по всем остальным параметрам должен быть правдивым. Диагноз злокачественной меланомы воспринимается больными «без опасений», поскольку меланома далеко не так «популярна», как лейкомия, хотя речь идет о болезни в определенном смысле одинаково опасных и серьезных.

Желание узнать правду означает прежде всего стремление осознать наличие серьезной, хронической или неизлечимой болезни и принять роль больного со всеми последствиями. Больной лишь тогда сумеет выбрать для себя реально осуществимые в жизни цели, когда узнает из разумной, профессионально проведенной врачом беседы что с ним, каковы предпосылки для дальнейшего существования, свои ограничения и возможности. Именно эта беседа и станет первым ходом в настоящей человеческой игре: научиться жить со своей болезнью и качественно использовать время, которое остается. Чтобы основным содержанием

жизни пациента не стали одни лишь страх, отчаяние и праздность, следует соблюсти единственное условие — говорить о болезни, подлинном положении вещей.

Разумеется, уместно и полезно задать себе вопрос, нужны ли такие откровенные разговоры на больничной койке? Для понимания проблемы логично и необходимо заострять ситуации, которые в действительности пока еще не столь сложны. Рассуждая о правде на больничной койке, мы должны признать актуальность мгновенного однозначного ответа на такой вопрос лишь в некоторых крайних ситуациях (например, если больной отказывается от операции по поводу заподозренной опухоли, чувствует себя хорошо и «ничего не понимает»; в связи с неблагоприятным прогнозом заболевания и чреватостью последствиями отдаленного вмешательства иногда бывает необходимо за «любую» информационную цену убедить больного в целесообразности операции). Во всех остальных случаях познание правды больным и обсуждаемое сообщение ее лечащим врачом являются лишь вопросами определенного времени.

Оценка психического статуса человека в ситуации серьезной болезни позволяет нам сделать заключение, что до своей правды, собственного представления о болезни «доберется» фактически каждый больной. Из этого и следует исходить в процессе общения с больным человеком и с учетом отдельных стадий индивидуализировать подход лишь в пределах данной стадии.

Смысл настоящего сообщения заключается в том, чтобы показать, насколько важны и полезны основные знания о психике больных с тем, чтобы в последующем им необходимо и можно было помочь, оказать эмоциональную поддержку. Открыто обсуждать причины опасения и страха означает приносить облегчение больным и искать наряду с профессиональной и чисто человеческой помощью возможности для их последующей самореализации. Именно поэтому нельзя полностью согласиться с Элизабет Кюблер-Росс. Ведь кроме немой покорности или невозмутимого примирения можно пойти по пути активного преобразования неблагоприятной ситуации и реализовать свою полноценную жизнь в пределах хотя и ограниченных, но все еще существующих. В этом смысле познание больным правды (а мы уже знаем, что ее нельзя сводить лишь к сообщению номенклатурного названия болезни) является предпосылкой для осмысленной жизни на остающееся время. Цель ясна: хронически больным помочь научиться жить с болезнью, а неизлечимо больным не дать умереть психически раньше, чем физически.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.927—036.2 (470.41)

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРЮШНЫМ ТИФОМ В ТАТАРСКОЙ АССР ЗА 30 ЛЕТ (1955—1985 гг.)

Ю. Н. Почкин, В. В. Морозов, А. Л. Валеев

Казанский институт усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская санэпидстанция (главрач — В. В. Морозов) МЗ ТАССР

С 1955 по 1985 г. как в городах, так и в сельских населенных пунктах Татарской АССР произошли позитивные изменения

санитарных условий проживания населения: улучшение санитарного состояния источников водоснабжения, рост числа водопроводов

(см. рис.), снижение доли источников децентрализованного водоснабжения, улучшение лабораторного контроля за источниками водоснабжения и питьевой водой, а также улучшение водопотребления населения.

В 1955 г. в эксплуатации находились 145 водопроводов, свыше 20 тысяч колодцев, из которых около 30% не отвечали санитарным требованиям. Водопроводы имелись только в 23 городах и поселках городского типа, канализация была лишь в 4 городах. Обеспеченность жилого фонда водопроводом составляла 36,4%, канализацией — 29,1%. Протяженность водопроводных сетей равнялась 573 км, канализационных — 106 км. В среднем на одного жителя в ряде городов и поселков потребление воды было крайне недостаточным: в Бугульме и Елабуге — 45 л, Чистополе — 21 л, Мензелинске, Нурлатах, Набережных Челнах, Мамадыше, Буинске, Агрызе — 10—15 л в сутки. В некоторых рабочих поселках (Арске, Камском Устье, Кукморе, Дербышках, Куйбышевском затоне и др.) в 50-е годы водопровода не было. В 41 районном центре водоснабжение на-

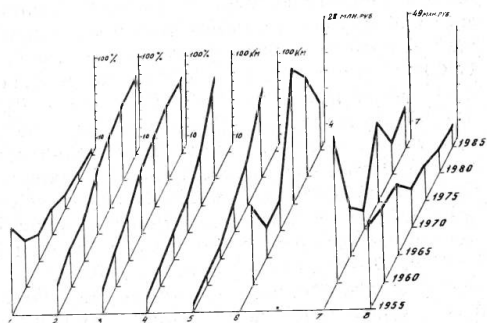
борных колонок, употребления сырой воды из загрязненной реки, а также заглаживания при купании.

В Татарской АССР в 1955—1957 гг. заболеваемость брюшным тифом характеризовалась довольно высокими показателями (см. рис.).

С 1957 по 1961 г. были зарегистрированы 22 вспышки брюшного тифа водного происхождения. Они имели место в районах, где население пользовалось водой в основном из неблагоустроенных шахтных колодцев (Буинский, Мамадышский, Высокогорский районы и др.). В результате употребления для питьевых целей загрязненных водосточников (реки Мензеля, Ик) были зафиксированы вспышки в Мензелинском и Сармановском районах. В поселке Уруссу крупная вспышка брюшного тифа возникла вследствие подачи в сеть питьевого водопровода технической воды (из реки Ик). Ряд населенных пунктов Алексеевского, Альметьевского, Мензелинского, Ново-Шешминского и других районов использовали для питьевых целей неочищенную воду из поверхностных водоемов.

В послевоенные годы в целом по стране на фоне восстановления народного хозяйства произошло коренное улучшение санитарного состояния городов, обусловленное массовым строительством водопроводов, систем канализаций и очистных сооружений, ростом материального благосостояния и уровня санитарной культуры населения СССР. Все это в полном мере наблюдалось и в Татарской АССР, где в результате значительных ежегодных ассигнований государства на капитальное строительство сооружений и сетей водопровода и канализации (см. рис.) число эксплуатируемых водопроводов возросло до 1822, а число колодцев уменьшилось более чем на треть. Число городов и поселков городского типа, имеющих водопроводы, выросло до 40, а с канализацией — до 28. Плановым был рост и жилого фонда, оборудованного водопроводом: с 36 в 1956 г. до 94% в 1985 г., канализацией — с 29 в 1956 г. до 92% в 1985 г.; при этом протяженность водопроводных сетей увеличилась в 6 раз, а канализационных — почти в 12 раз. В городах и поселках городского типа с водопроводом и канализацией потребление водопроводной воды возросло до 280 л на одного человека в сутки.

Ускоренными темпами развивалось в 70—80-е годы и Татарское Прикамье, где образовался Нижнекамский территориально-промышленный комплекс, объединяющий Нижнекамский нефтехимический комбинат, КамАЗ, Нижнекамскую ГЭС, строящиеся атомную электростанцию и Камский тракторный завод. Одновременно в этом регионе выросли и продолжают развиваться такие города, как Нижнекамск, Набережные



Динамика заболеваемости и показателей санитарного благоустройства: 1 — заболеваемость брюшным тифом в % от 1955 г. (100%, 2 — обеспеченность жилого фонда водопроводом, 3 — обеспеченность жилого фонда канализацией, 4 — протяженность водопроводных сетей, 5 — протяженность канализационных сетей, 6 — капитальные вложения на строительство систем и сооружений водопровода, 7 — капитальные вложения на строительство систем и сооружений канализации, 8 — снижение числа шахтных колодцев (в тыс.).

селения осуществлялось из артезианских скважин без разводящих сетей и колодцев. Поэтому большая часть населения районных центров, поселков и деревень пользовалась водой из поверхностных водоемов или из примитивно устроенных колодцев.

Ведущая роль водного фактора в передаче брюшно-тифозной инфекции общеизвестна. Исследования, проведенные в Татарской АССР И. З. Мухутдиновым [3], показали, что заболевания брюшным тифом в 55,7% случаев были водного происхождения и возникли в результате использования загрязненной воды из неблагополучных в санитарно-техническом отношении колодцев и водораз-

Челны, Елабуга, Альметьевск, Бугульма, Лениногорск, Заинск, Менделеевск, Чистополь. В сложившихся условиях особое народнохозяйственное значение приобрели Нижняя Кама и Нижнекамское водохранилище, являющиеся основным и перспективным источником водоснабжения и перспективным источником водоснабжения и перспективным комплексом и городов Прикамья.

С вводом в эксплуатацию Камского районного водопровода (1962) и водопровода КамАЗа (1976) заметно улучшилось хозяйственно-питьевое водоснабжение населения городов Набережные Челны, Бугульма, Альметьевска, Лениногорска, Заинска как в качественном, так и в количественном отношении. С образованием Нижнекамского водохранилища заметно повысилось качество воды водопровода КамАЗа: водозабор оказался в верхнем бьефе, где малая скорость движения воды обеспечивает отстаивание, осветление и более глубокую степень ее самоочищения. Значительное снижение заболеваемости брюшным тифом отмечено после проведения радикальных мероприятий по улучшению водоснабжения населения [1, 2].

Анализ динамики заболеваемости брюшным тифом в Татарской АССР за 30 лет (см. рис.) показал, что резкое снижение отмечается с 1962 г., когда вступил в эксплуатацию Камский районный водопровод, обеспечивающий надежное в санитарно-гигиеническом отношении водоснабжение упомянутых выше городов Прикамья.

Ежегодное укрепление материальной базы санитарной службы и ведомственных лабораторий Татарии позволило усилить лабораторный контроль за качеством и эпидемиологическим благополучием источников водоснабжения и питьевой воды. За изученный период общее число исследований по физико-химическим показателям увеличилось в 6 раз, по бактериологическим — почти в 10 раз. Несмотря на количественный рост лабораторного контроля, еще довольно высок процент (по бактериологическим — до 10,8%) неблагополучных проб воды, в основном за счет децентрализованных источников водоснабжения.

В результате улучшения состояния санитарно-технического благоустройства населенных пунктов и постоянно проводимых

противоэпидемических мероприятий в очагах в Татарской АССР наблюдается стойкая тенденция к снижению заболеваемости населения брюшным тифом, один случай которого обходится государству в 890 руб. [4]. Такие меры обеспечили в 1985 г. снижение экономического ущерба в 20 раз по сравнению с таковым в 1955 г.

Практически с середины 60-х годов в Татарии прекратились водные вспышки, одновременно отмечается резкое снижение заболеваемости брюшным тифом до отдельных спорадических случаев. Поддерживаемая спорадическая заболеваемость уже не создает тех условий массивного заражения внешней среды, которые наблюдались в период высокой заболеваемости в 50-е годы. Поэтому водный фактор передачи данной инфекции не имеет в настоящее время прежнего значения. В последние годы в поддержании спорадической заболеваемости брюшного тифа решающую роль играет контактно-бытовой путь распространения инфекции.

Следовательно, анализ приведенных материалов свидетельствует о прямой зависимости между ростом санитарно-технического благоустройства населенных мест Татарской АССР и снижением заболеваемости населения брюшным тифом за 1955—1985 гг. Для полной ликвидации заболеваемости брюшным тифом наряду с дальнейшим развитием централизованного водоснабжения, канализования населенных мест и улучшением санитарного состояния источников водоснабжения необходимы тщательное выполнение всех противоэпидемических мероприятий в очаге, своевременная госпитализация больных, повышение санитарной грамотности населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костина К. А. // В кн.: Материалы XI итоговой научно-практической конференции. — Алма-Ата, 1970.
2. Махлиновский Л. И., Чеботаревич Н. Д., Коросевич В. П. // В кн.: Кишечные инфекции. — Ростов-на-Дону, 1962.
3. Мухутдинов И. З. // ЖМЭИ. — 1965. — № 1. — С. 143—147.
4. Шаханина И. Л. // В кн.: Социально-экономическая значимость инфекционных болезней. — М., 1982.

Поступила 05.05.88.

УДК 616.995.121—036.2(470.41)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА В ТАТАРСКОЙ АССР

Д. Б. Яход, А. С. Гурьянов, Н. А. Ахмедшин, О. К. Грачева, С. Н. Ромас

Республиканская санэпидстанция (главрач — В. В. Морозов) МЗ ТАССР

Первое сообщение о случаях дифиллоботриоза в бассейне реки Волги было опубликовано еще в 1862 г. Ю. Кнох сообщил о выявлении данного заболевания в г. Казани, а в

1896 г. проф. А. Э. Брем написал, что широкий лентец является «обычным гостем» жителей Казанской губернии [2, 3]. Длительное время в большинстве областей, распо-