

4. Габура В. В. Педиатрия, 1981, 5, с. 41.
5. Гусман Б. С., Илютович Т. Б., Кондракова О. А. Арх. патол., 1978, 4, с. 12.
6. Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. М., 1956.
7. Ивановская Т. Е., Цинзерлинг А. В. В кн.: Патологическая анатомия. М., 1976, с. 62.
8. Мартынов Ю. С. Поражение нервной системы при гриппе. Минск, 1970.
9. Цинзерлинг А. В. В кн.: Тез. докл. научно-практической конф. Особенности патоморфологической дифференциальной диагностики заболеваний у детей раннего возраста. Иркутск, 1981, с. 57.
10. Цинзерлинг В. А. Арх. патол., 1981, 11, с. 14.
11. Althoff H. Beltz. Gerichtl Med., 1978, XXXIV, 127.
12. Guntheroth W., Breazeale D., Mc Gough A. Pediatrics. 1973, 52, 601.
13. Kiene S., Küls Y. Das Schadelhirntrauma im Kindesalter. Bart. Leipzig, 1968.
14. Muller G. Der plötzliche Kindstod. G. Thieme, Stuttgart, 1963.
15. Pia A. W. Münch. med. Wschr., 1966, 108, 760.
16. Ray G. C. The role of viruses in AIDS. Proc. of 2nd Intern. conf. on causes of sudden death in infants, 1970, 145.

УДК 616.988.51—036.22

М. Г. ГАРАСЕФЕРЯН

О НЕКОТОРЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Проведен анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в г. Ереване за 1974—1983 гг. Установлены определенная периодичность, сезонность заболевания, удельный вес в группе воздушно-капельных инфекций, а также возрастной состав и структура наиболее поражаемой группы населения.

Эпидемический паротит—инфекционное заболевание вирусной этиологии, встречающееся во всех странах и при всех климатических условиях. Наблюдается прямая связь между плотностью населения и частотой заболеваемости. Природные факторы (среднегодовая температура, влажность воздуха, высота над уровнем моря) существенного влияния на ход эпидемического процесса не оказывают, однако холодная, сырая и ветреная погода предрасполагает к заболеванию [1].

Анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в г. Ереване за 1974—1983 гг. выявил ряд закономерностей, отражающих некоторые параметры заболевания в период, когда не проводилась массовая противопаротитная вакцинопрофилактика.

Начиная с конца 70-х годов наблюдается тенденция к росту удельного веса эпидемического паротита в группе воздушно-капельных инфекций (кроме гриппа и ОРЗ), составившего в 1983 г. 41,2% всех инфекций данной группы. На наш взгляд, это связано со значительным уменьшением случаев заболеваемости корью.

Прослеживается определенная периодичность с интервалами между подъемами заболеваемости в 2—3 года. По данным ряда авторов [10], подъемы эпидемического паротита на различных территориях СССР отмечаются через каждые 2—4 года. Показатель заболеваемости на 100000 населения в годы периодических подъемов в 3,7 раза превы-

шает тот же показатель в годы наименьшей регистрации эпидемического паротита. Амплитуда колебаний заболеваемости от—62,4% в год наименьшей регистрации (1974) до +62,6% в год наибольшей регистрации (1979).

Большее число случаев заболеваемости приходится на зимне-весенний период—от 54,3 (1978 г.) до 76,2% (1977 г.) годовой заболеваемости эпидемическим паротитом (в среднем за период с 1974 по 1983 гг.—61,5%). Подъем заболеваемости начинается в октябре, достигает максимума в апреле и затем, постепенно снижаясь, доходит до минимума в августе. По данным ряда авторов [5, 13], на территориях с холодным климатом максимум заболеваемости приходится на осень и зиму, а в более теплых местах пик заболеваемости сдвигается на раннюю весну. Так например, если в Ленинграде максимальное количество заболеваний регистрируется в декабре [12], в Прибалтике—в январе [9], то в Киеве и Баку—в марте [6, 8], в Одессе—в феврале [5]. В Ереване на апрель и март (пик заболеваемости) приходится соответственно 12,6 и 12,3% общей заболеваемости, а на август и сентябрь (минимум заболеваемости)—соответственно 3,2 и 3,5%. Длительность сезонного подъема—6 месяцев. Стабильность сезонного распределения заболеваемости эпидемическим паротитом имеет важное прогностическое значение для определения оптимальных сроков проведения комплексных профилактических и противоэпидемических мероприятий, особенно профилактических прививок. Индекс сезонности варьирует от 1,4 до 3,2. Удельный вес заболеваний, вызванных действием сезонных факторов, составил 33,2%.

Среди переболевших 95,5% составили дети в возрасте до 14 лет, при этом чаще болеют дети более раннего возраста. Так, если в 1945—1950 гг. преимущественно болезнь регистрировалась среди детей в возрасте 7—12 лет [14], в 1950—1955 гг. 7—8 [7], то в 1958—1965 гг. 5—6 [3], 1962—1968 гг.—в возрасте 3—6 лет [2]. В г. Ереване среди переболевших дети до одного года составляют 0,8%. В годовалом возрасте дети болеют относительно редко—4,6%. Начиная с двухлетнего возраста заболеваемость эпидемическим паротитом резко возрастает. Так, на долю детей в возрасте 2 лет приходится 9,1% общего числа переболевших, 3—14,8%, 4—17,7%, 5—12,3% и 6 лет—11,3%. Следовательно, 65,2% заболевших—дети в возрасте от 2 до 6 лет, тогда как они составляют лишь 8,9% всего населения. Дети в возрасте от 7 до 14 лет составили 23,9% всех переболевших (11,9% среди всего населения). Таким образом, наиболее часто эпидемическим паротитом болеют дети в возрасте от 3 до 6 лет, а среди них 3—4-летние.

Эпидемический паротит в детских дошкольных учреждениях и в школах проявляется в виде длительных и волнообразных вспышек с постепенным охватом значительного числа восприимчивых лиц. Особенностью вспышек в детских дошкольных учреждениях является то, что чаще, чем при других капельных детских инфекциях, они начинаются двумя и более случаями заболевания, что может свидетельствовать об одновременном заражении нескольких детей от больного, страдающего стертой или бессимптомной формой. Удельный вес стертых

и бессимптомных форм, по данным ряда авторов [11], составляет от 13 до 40%. С увеличением возраста процент бессимптомных и стертых форм увеличивается. За анализируемый период в эпидемический процесс вовлеклись от 42 до 84% ясель, от 38 до 78% детских садов и от 31 до 67% детских комбинатов города.

Длительность вспышек эпидемического паротита в закрытых коллективах прямо пропорциональна числу заболевших. Дети в возрасте до 2 лет, посещающие дошкольные учреждения, составили 8,4% всех переболевших, а не посещающие того же возраста—6,1%. Если учесть, что в г. Ереване детей данного возраста, посещающих дошкольные учреждения, в 5,5 раза меньше непосещающих, то получается, что дети в возрасте до 2 лет, посещающие дошкольные учреждения, болеют в 7,6 раза чаще. Организованные дети в возрасте 3—6 лет составили 47,7% всех переболевших, а неорганизованные—8,4%. Так как организованных детей данной возрастной группы в г. Ереване в 1,3 раза больше, чем неорганизованных, то оказывается, что дети, посещающие дошкольные учреждения, болеют в 4,3 раза чаще. Это обусловлено тесным контактом детей как с больными в инкубационном периоде, так и с детьми, перенесшими бессимптомные и стертые формы эпидемического паротита и неотстраненными из группы. Существует прямая связь между длительностью вспышек эпидемического паротита и плотностью детей в дошкольных учреждениях. В тех детских дошкольных учреждениях, где количество детей в группах превышало допустимые санитарные нормы, вспышки держались долго, иногда до трех месяцев. Особенно важное значение имеет раннее выявление первых случаев заболеваний. При регистрации эпидемического паротита в детских дошкольных учреждениях устанавливается карантин, прекращается прием новых детей, приостанавливается проведение профилактических прививок, что приводит к срыву сроков, определенных календарем прививок.

В настоящее время проводится вакцинация детей в возрасте 15—18 месяцев живой паротитной вакциной. При полном охвате прививками контингента, подверженного риску заражения, можно резко снизить заболеваемость эпидемическим паротитом.

Научно-исследовательский институт
эпидемиологии, вирусологии и медицинской
паразитологии им. А. Б. Алексаняна

Поступила 5/XI 1984 г.

Մ. Հ. ԳԱՐԱՍՅԱՆԻՑԱՆ

ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՊԱՐՈՏԻՏԻ ՈՐՈՇ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՕՐԻՆԱԶԱՓՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Հոգվածում վեր են լուծվում էպիդեմիկ պարոտիտի որոշ էպիդեմիոլոգիական օրինաչափությունները Երևանում մինչպատվաստումային շրջանում (1974—1983 թթ.): Ցույց է տրված նրա տեսակարար կշիռը օդակաթիլային ինֆեկցիաների մեջ, պարբերականությունը, սեզոնականությունը, հիվանդացածների տարիքային կազմը և նրանց զբաղմունքը:

ON SOME EPIDEMIOLOGIC OBJECTIVE LAWS OF EPIDEMIC PAROTIDITIS

The analysis of incidence of epidemic parotiditis in Yerevan during the period from 1974 up to 1983 is brought in the article. The definite regularity, seasonal dependence are established, and the age-group of the inhabitants with this disease is determined.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Алексанян В. А., Акопян Э. А.* В кн.: Краевая инфекционная патология и научные основы снижения и ликвидации инфекционных болезней, вып. 6. Ереван, 1973, с. 104.
2. *Виноградов-Волжинский Д. В., Шаргородская В. А.* В кн.: Эпидемический паротит. М., 1976, с. 30.
3. *Джафаров Ф. Г.* Дисс. канд. Баку, 1971.
4. *Дранкин Д. И., Годлевская М. В.* В кн.: Эпидемиология и профилактика «малых» инфекций. Саратов, 1971, с. 5.
5. *Каневская С. С.* Гигиена и эпидемиология, 1928, 2, с. 41.
6. *Меджидов Б. Ф., Джафаров Ф. Г. Ж.* микробиологии, 1969, 46, 11, с. 59.
7. *Михайлов Г. М.* В кн.: Вопросы иммунологии и специфической профилактики эпидемического паротита (свинки). Л., 1958, с. 86.
8. *Поволоцкий Я. Л.* В кн.: Тезисы и авторефераты научных работ Киевского ин-та эпидемиологии и микробиологии. Киев, 1958, с. 56.
9. *Ремаров В. Н.* В кн.: Труды ин-та микробиологии Латвийской ССР. Рига, 1960, 12, с. 129.
10. *Рыкушин Ю. П., Слатина К. И.* В кн.: Острые вирусные инфекции у детей. Л., 1981, с. 85.
11. *Слатина К. И., Рыкушин Ю. П., Хазова М. Я. и др.* В кн.: Острые вирусные инфекции у детей. Л., 1981, с. 88.
12. *Шаронова В. А.* В кн.: Важные инфекционные болезни и борьба с ними. Л., 1959, с. 314.
13. *Шаргородская В. А.* Материалы республиканской научной конференции по механизму передачи возбудителей инфекционных болезней. Л., 1973, с. 59.

УДК 616.993.12(47.925)

К. М. ВОСКАНЯН, С. В. СЕМЕРДЖЯН, Л. М. МЕЛКОНЯН

ЗНАЧИМОСТЬ АМЕБИАЗА В КРАЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АРМЯНСКОЙ ССР (ЗА 1983—1984 гг.)

Для проверки истинного состояния заболеваемости амелиазом и зараженности населения *E. histolytica* нами проведено обследование больных с расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Установлено, что эпидемиология кишечного амелиаза за последнее десятилетие претерпела существенные изменения. Исчезла не только эндемичность по амелиазу, но и значительно снизилась зараженность указанным протозоозом.

Среди этиологических факторов хронических колитов важное место занимают представители бактерий, гельминтов и простейших, в чис-