

(4,2 %), իսկ Սովետաշենում՝ էնտերոբիոզը (32,0 %)։ Այստեղից էլ բխում է, որ զանազան հելմինթոզների դեմ պայքարին, կանխարգելմանը և վերացմանն ուղղված միջոցառումներ մշակելիս պետք է ելնել կոնկրետ պարագիտաբանական իրավիճակից և յուրաքանչյուր առանձին բնակավայրի կամ շրջանի առանձնահատկությունից։

Ա. Բ. Ալեքսանյանի անվան համաճարակաբանության,  
վիրաբանության և բժշկական պարագիտաբանու-  
թյան հսկայական գիտահետազոտական ինստիտուտ

Ստացված է  
1/1 1989 թ.

А. О. Гочунян

# НЕКОТОРЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ГЕЛЬМИНТОФАУНЫ У НАСЕЛЕНИЯ СОВЕТАШЕНСКОГО И МАСИССКОГО РАЙОНОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АМБУЛАТОРНОГО ПОСЕЩЕНИЯ)

Проанализирован уровень инвазированности гельминтозами некоторых детских Советашенского и Масисского районов в течение 1975—1988 гг. В динамике изучена зараженность гельминтозами у взрослых и детей и дана сравнительная оценка по результатам исследований амбулаторного посещения. Параллельно с обследованием детских коллективов и обслуживающего персонала проводился комплекс мероприятий по оздоровлению детских учреждений.

А. О. Gochounian

## Some Comparative Data of Helminthoflora according to Results of the Study of the Massis and Sovetashen Regions Inhabitants Ambulant Attendances

The level of invasivity with helminthiasis has been studied in some kindergartens of Massis and Sovetashen regions. The comparative estimation of the incidence of this pathology in children and grown-ups according to the data of their attendances to the ambulatory is carried out

УДК 616.981.553

В. Д. Оганесян, С. М. Агаджанян, В. М. Агаджанян, Л. М. Мхитарян

## К ВОПРОСУ О ГРУППОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОТУЛИЗМОМ ТИПА «А»

Эпидемиологическое своеобразие, тяжелое течение, отсутствие четкой тенденции к снижению заболеваемости и высокая летальность [4] позволяют отнести проблему ботулизма к разряду первостепенных. Степень тяжести ботулизма и летальность в значительной мере зависят от иммунологической принадлежности токсина [2, 3]. Так, при ботулизме типа А, на который приходится большая часть sporadic и групповой заболеваемости в республике, смертность может достигать 70% [5].

Практические врачи встречаются затруднения в раннем распознавании отравлений ботулиническим ядом, в частности ботулотоксином типа А. Анализ заболеваемости за последние годы обнаруживает

позднюю госпитализацию больных в 1/3 случаев, когда специфическое лечение, как правило, малоэффективно, а симптоматическое не предотвращает фатального исхода.

Целью данной работы явилось изучение особенностей манифестации и течения ботулизма типа А. Под наблюдением находилось 48 больных ботулизмом в возрасте от 9 до 64 лет, вызванного употреблением солений бутеня (32 больных), портулака (8 больных) и помидоров (8 больных) домашнего консервирования. Причем заболевшие составили лишь 68% от общего числа лиц, употреблявших отравленные продукты, что обусловлено очаговым характером вегетации возбудителя и токсинообразования в продуктах питания [4]. Этим же определяется и отсутствие достоверной зависимости между количеством съеденной пищи и тяжестью последующего заболевания.

Типоспецифичность токсина была подтверждена его выделением из остатков пищевых продуктов, а также крови и испражнений отдельных больных. Тяжесть болезни оценивалась по степени выраженности паралитического синдрома. Нами не обнаружено связи тяжести болезни с возрастом и полом больных. В то же время очевидно преобладание заболевших лиц женского пола (31 против 17). Подобный феномен отравлений может быть объяснен употреблением мужчинами алкоголя в больших количествах [4] и согласуется с данными об инактивирующем действии этилового спирта на ботулотоксин.

Замечена обратная зависимость тяжести болезни от длительности инкубационного периода, составившей при легкой, среднетяжелой и тяжелой формах соответственно  $5,1 \pm 0,7$ ,  $4,0 \pm 0,5$  ( $P > 0,05$ ) и  $2,1 \pm 0,6$  дней ( $P < 0,05$ ). Все же в ряде случаев (13%) бурное развитие клиники при короткой инкубации привело к среднетяжелому течению процесса, а постепенное начало и медленное развитие (8%) — к неблагоприятному течению болезни в последующем.

В абсолютном большинстве случаев заболевание развивалось остро. Кратковременную продрому (не более 6—8 часов) с общинфекционной симптоматикой отмечали лишь трое больных. Как правило, ботулизм манифестировал неврологическими признаками, чаще нарушением зрения и затрудненным глотанием. Явления гипосаливации предшествовали другим жалобам у 29% больных, и лишь в 6% случаев заболевание началось с гастроэнтерита.

Разумеется, группирование клинических признаков в определенной степени условно, поскольку все паралитические проявления болезни развиваются в результате ботулинической интоксикации, а ряд симптомов имеет несколько причинных факторов. Все же приведенное в таблице посиндромное деление с учетом отсутствия ранней лабораторной диагностики ботулизма представляется нам практически целесообразным и удобным.

Синдром нарушения секреции слюны и слизи развился более чем у половины больных. Сухость языка больные отмечали, как правило, с первых дней болезни в течение 5—8 дней. Гастроинтестинальная симптоматика, как выяснилось, не свойственна ботулизму ти-

па А. Рвота и понос длились не более 1 суток, число актов дефекации составляло 3—5. Развивающийся в последующем умеренный парез желудочно-кишечного тракта был кратковременным. Лишь у двух больных слабая перистальтика кишечника сохранялась дольше месяца. Таким образом, гастроэнтеритический синдром, встречающийся, по сводным литературным данным, у 40—60% пациентов, редко манифестирует ботулизм типа А [4]. Этим можно отчасти объяснить большой удельный вес тяжелых форм болезни (среди наблюдаемых больных—23%), поскольку не происходит самостоятельной элиминации нейротоксина вместе с испражнениями и рвотными массами. Офтальмоплегическая симптоматика ограничивалась при средне-тяжелой форме двумя неделями. Дольше других сохранялось ограничение движений глазных яблок. К выписке зрение нормализовалось у всех больных.

Фагоплегический синдром—частое проявление ботулизма типа А. Парез мышц языка и мягкого неба отличался значительной длительностью. Так, при выписке и спустя месяц вялость рефлексов мягкого неба определялась соответственно у 50 и 13% реконвалесцентов. Фоноплегический синдром имел место в 35% случаев, в том числе у 8% нарушение фонации и артикуляции явились первыми клиническими признаками. Дольше других проявлений миоплегии сохранялась мышечная слабость, при среднетяжелом течении—6—15 дней.

Общетоксикационный синдром сопровождал разгар болезни. Ни субфебрилитета, ни интоксикационных психозов не наблюдалось, хотя и их развитие в редких случаях описано в литературе [4]. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы менее характерны, нежели паралитические проявления. В разгаре болезни в 27% случаев обнаруживались на ЭКГ изменения миокарда гипоксического характера. По мере углубления асфиксии снижались экскурсия грудной клетки—19% и кашлевой толчок—23%, реже развивались гиперемия кожных покровов—10% или цианоз—6%. У двух из этих больных имел место летальный исход—4%.

Все больные получали поливалентную противоботулиническую сыворотку с постепенным снижением дозы и кратности введения по мере регрессирования неврологической симптоматики. Ранние аллергические реакции в виде уртикарии и анафилактического шока развились у трех больных, сывороточная болезнь—у 5 спустя 8—11 дней после введения сыворотки. Из других осложнений с одинаковой частотой (6%) встречались пневмония и миозит. В неосложненных случаях исчезновение всей симптоматики наступало на 10—16-е сутки при легкой, на 13—24-е—среднетяжелой и 20—36-е сутки—при тяжелой форме.

Таким образом, в структуре групповой заболеваемости ботулизмом преобладают женщины. Клиника ботулизма типа А отличается значительным полиморфизмом с большой частотой выявляемости признаков офтальмо-, фаго- и миоплегии. Болезнь, как правило, манифестирует нарушением зрения и глотания. Другим частым ранним проявлением является гипосаливация, в то время как гастроэнтери-

Выраженность основных симптомов ботулизма типа А

| Синдром              | Симптом                         | Число<br>больных, % | Число<br>больных | Степень выражен. |    |     |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|------------------|------------------|----|-----|
|                      |                                 |                     |                  | +                | ++ | +++ |
| Гликогенолизационный | сухость во рту                  | 71                  | 34               | 12               | 14 | 8   |
|                      | жажда                           | 35                  | 17               | 6                | 4  | 7   |
| Гастроинтестинальный | тошнота и (или) рвота           | 19                  | 9                | 6                | 3  | —   |
|                      | боли в животе, понос            | 6                   | 3                | 3                | —  | —   |
|                      | вздутие живота, запор           | 17                  | 8                | 4                | 3  | 1   |
| Офтальмоплегический  | «туман» перед глазами           | 63                  | 33               | 15               | 10 | 8   |
|                      | диплопия, мидриаз               | 42                  | 20               | 9                | 5  | 6   |
|                      | тяжесть век, птоз               | 46                  | 22               | 3                | 13 | 6   |
|                      | ограничение движений глаз       | 31                  | 15               | 5                | 7  | 3   |
|                      | нистагм, стробизм               | 27                  | 13               | 3                | 6  | 4   |
| Фагоплегический      | вялость зрачковых и др. реакций | 19                  | 14               | 3                | 3  | 8   |
|                      | чувство «комка» в гортани       | 56                  | 27               | 10               | 10 | 7   |
|                      | затр. глотание твердой пищи     | 46                  | 22               | 3                | 6  | 13  |
|                      | затр. глотание жидкой пищи      | 19                  | 9                | —                | 3  | 6   |
|                      | парез языка                     | 27                  | 13               | 3                | 5  | 5   |
| Фоноплегический      | парез мягкого неба              | 73                  | 35               | 5                | 14 | 16  |
|                      | охриплость и гнусавость голоса  | 35                  | 17               | 7                | 2  | 8   |
|                      | смазанность речи                | 21                  | 10               | 1                | 3  | 6   |
| Общетоксикационный   | понижение аппетита              | 58                  | 28               | 5                | 5  | 18  |
|                      | головн. боль, головокружение    | 46                  | 22               | 7                | 5  | 10  |
| Миоплегический       | мышечная слабость, атаксия      | 77                  | 37               | 13               | 9  | 15  |
|                      | снижение силы в кистях          | 27                  | 13               | 3                | 3  | 6   |
| Гемодинамический     | тахикардия, гипертония          | 38                  | 18               | 4                | 8  | 6   |
|                      | гипотония                       | 8                   | 4                | 1                | —  | 3   |
| Асфиксический        | чувство «нехватки» воздуха      | 27                  | 13               | 3                | 5  | 5   |
|                      | стеснение и боль в груди        | 21                  | 10               | 3                | 3  | 4   |
|                      | одышка, тахипное                | 17                  | 8                | 3                | 2  | 3   |
|                      | Снижение кашл. толчка           | 23                  | 11               | —                | 5  | 6   |
|                      | уменьшение экскурсий гр. кл.    | 19                  | 9                | 2                | 3  | 4   |

Примечание. (+)—умеренная; (++)—среднеинтенсивная;  
(+++)—максимальная.

тическое начало не свойственно отравлению ботулотоксином типа А.

Знание этих особенностей—важный залог раннего выявления и успешного лечения больных ботулизмом.

ЕрИУВ и Ереванский медицинский институт

Поступила 31/I 1989 г.

Վ. Դ. Հովհաննիսյան, Ս. Մ. Աղաջանյան, Վ. Մ. Աղաջանյան, Լ. Մ. Մխիթարյան

«Ա» ՏԱՐԱՏՆՍԱԿԻ ԲՈՏՈՒԼԻԶՄՈՎ ԽՐԱԿԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ԾՈՒՐՋ

«Ա» տարատեսակի բոտուլիզմով 48 հիվանդների մոտ ուսումնասիրվել է հիմնական ախտանիշների հաճախականությունը և արտահայտման աստիճանը:

Պատկերված է կլինիկական ցուցանիշների բազմազանությունը, առաջարկված է իրենց համախտանիշային ստորաբաժանման աշխատանքային սխեման:

Ցույց է տրված, որ օֆթալմո- և ֆազոպլեզիան հանդիսանում են «Ա» տիպի բոտուլիզմի ամենավաղ համախտանիշները, իսկ ստամոքսաղիքային ախտահարումը բնորոշ չէ նշված տորսիոնով թունավորման համար:

Խմբակային հիվանդության ժամանակ հայտնաբերված է կանանց գերազանցում:

V. D. Hovanessian, S. M. Aghadjanian, V. M. Aghadjanian, L. M. Mkhitarian

### About the Group Sickness of Botulism "A" Type

The frequency of main symptoms and degree of their expressiveness have been studied in 48 patients with "A" type botulism. It is shown that the earliest manifestations of this pathology are the ophthalmo-and phagoplegical syndroms while gastrointestinal affection is not peculiar.

In the group sickness the prevalence of women is revealed.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Матвеев К. И. Патогенез ботулизма. М., 1949. 2. Михайлов В. В. Ботулизм. Л., 1980. 3. Никифоров В. Н. Клиника, диагностика и лечение ботулизма (методические рекомендации). М., 1983. 4. Никифоров В. Н., Никифоров В. В. Ботулизм. Л., 1985. 5. Koenig M. G. Botulism. In.: Cecil-Loeb Textbook of Medicine. Philadelphia-London-New York, 1971; 72.

УДК 614.23:62

П. П. Тер-Багдасарян

### ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА И БЫТА ИНЖЕНЕРНО-ТЕХНИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности имеет не только медико-социальное, но и экономическое значение. Важность этой проблемы, в первую очередь, связана с тем, что уровень временной нетрудоспособности продолжает оставаться высоким среди рабочих и служащих.

Нами проведено комплексное социально-гигиеническое исследование уровня и структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности у инженерно-технических работников производственного объединения «Ижорский завод». С целью устранения основных причин временной нетрудоспособности и разработки ряда практических рекомендаций по улучшению условий труда и быта обследовано 1536 инженерно-технических работников. Изучение социально-бытовых условий проводилось на основании специально разработанных анкет, которые заполнялись обследуемыми и состояли из 68 вопросов, затрагивающих различные стороны труда и быта инженерно-технических работников. Данные о заболеваемости взяты из больничных листов.