

Р. С. Ф. С. Р.

Памятный Листок.

Народный Комиссар
Здравоохранения.

Председателю СНК СССР
т. МОЛОТОВУ

15/11 33
10/10/76

В. Давыдов
СМ

Посылаю Вам очень ин-
тересный и глубокий доклад проф.
ЗДРОДОВСКОГО - " Об Уральской эпиде-
мии ". -

Народный Комиссар
Здравоохранения:

М. Владимиров
/М. Владимировский/.

О Т Ч Е Т

ПО ИЗУЧЕНИЮ ВОСПИШКИ "ОПТИЧЕСКОГО АНГИНА" в ЯЛУТОВСКОМ РАЙОНЕ Уральской области.

Предварительные замечания.

Представленный отчет делается мной на основании материалов, полученных бригадой Наркомздрава, работавшей при моем участии и научном руководстве в Ялутовском районе с 19 по 29 июля 1930 года. Отчет включает также клинические наблюдения группы Московских врачей, начавших работу до приезда бригады и присоединившихся к ней на месте. Личный состав бригады и все фактические материалы представляются при отчете в виде приложения. Сам же отчет является лишь предварительным сообщением, т.к. основывается на ориентировочном материале полученном за очень короткий срок работы, которая еще не является законченной. Необходимо особо иметь в виду, что вопрос касается практически совершенно нового для медицины заболевания, а потому естественно представляемые выводы в некоторых отношениях не могут быть исчерпывающими.

Задачи и организация работы. При организации работы бригады имелось в виду разрешение нижеследующих вопросов: выяснение природы заболевания и их этиогенеза; доступное выяснение этиологии и эпидемиологии заболевания; установление эпидемиологического прогноза вспышки и выводы по практическим мероприятиям.

На основании предварительных сведений о заболеваниях особо учитывалась возможность комплексно-этиологии вспышки, в соответствии с чем и планировалась обследовательская работа.

Работа бригады была дифференцирована по трем основным направлениям: 1) - лабораторные исследования (бактериологические и гистологические); 2) эпидемиологические обследования (подверные обследования эпидотрядами по определенной программе), 3) клинические наблюдения (работы в бараках) со вскрытием умерших больных.

При организации лабораторной работы ставилась задача со- соответствующих исследований не только больных, но и их окружения в очагах - эпидемиологическая установка, которая как это будет видно из дальнейшего, дала наиболее ценные результаты.

Характеристики района работы и объектов изучения.

Работа бригады протекала в Ялтуровском р-не, где заболевания "септическо-ангиноз", начались приблизительно в половине мая. Заболевания были зарегистрированы в 24 населенных пунктах из общей суммы 156 селений р-на; пораженными т.о. оказалось по 15% населенных пунктов. От начала вспышки до конца июня всего в р-не было зарегистрировано 192 заболевания из них 112 со смертельным исходом; т.о. средняя летальность по р-ну равнялась примерно 60%. Для эпидемиологического подверного обследования бригадой было выбрано три селения - Зоново, Кутилово, и Камырово, в которых была сосредоточена главная масса заболевания и, в которых насчитывалось в сумме 314 дворов и 1.331 чел. населения (см. табл. № 1). В указанных селениях за время вспышки было 104 заболевания из них 76 со смертельным исходом. Средняя летальность здесь т.о. равнялась 73% и несколько превосходила летальность по району в

целом (подробности см. табл. № 7). Коэффициент заболеваемости в названных селениях в среднем равнялся 7.7%. Лабораторная бригада была развернута в с. Комарово (принадлежит к с. Кутилово). Материал от больных лаборатория исследовала из 8 селений: Комарово, Кутилово, Зоново, Кукуй, Семеново, Одино, Зерносовхоз и г. Ялтуровск. Массовые бактериологические исследования и исследования крови в очагах производились в с. с. Комарово и Кутилово. В последних двух селениях проводились и клинические наблюдения, из них же поступая для исследования и секционный материал (подроб. см. приложение "Сводные данные по бактер. исследов".)

Клиника заболевания. На основании материалов бригады

клиника заболевания в основном может быть охарактеризована ниже-следующим образом: Заболевание начинается остро с повышением температуры до 39-40° С. Наиболее характерным клиническим проявлением болезни является быстро развивающаяся ангина. Ангина начинается с покраснением зева, за которым следует образование дифтериеподобных налетов, переходящих в гангренозные поражения. Поражения локализуются не на одной миндалине или на обеих, иногда распространяются на весь зев (поражения небной занавески). Поражения зева могут сопровождаться образованием язв с налетами на слизистой ротовой полости; в единичных случаях поражаются и губы. Как правильно отмечается разрыхление и кровоточивость десен. Подчелюстные железы опухают. Процесс со стороны ротовой полости сопровождается зловонным запахом. Нередко наблюдаются очень сильные носовые кровотечения. На коже часто образуются геморрагии. Сердечная деятельность обнаруживает резкие расстройства при пульсе до 120-140-160. Со стороны

легких обычно особых расстройств не отмечается. Селезенка и печень как правило не увеличены. Желудочно-кишечный тракт в норме и лишь в отдельных случаях отмечается понос. Мочевая система также не обнаруживает ничего характерного, но иногда в моче обнаруживается белок. Со стороны нервной системы особо характерных изменений не отмечается. Наиболее характерным для данного заболевания является изменение состава крови в виде резкой лейкопении (резкое уменьшение числа белых кровяных шариков). В тяжелых случаях количество лейкоцитов падает до 400-500-600 (норма 6000-8000) причем лейкопения в такой степени всегда является показателем для смертельного исхода болезни. Лейкопения развивается за счет зернистых форм лейкоцитов (гранулоцитоз) и сопровождается анемией. При вскрытии умерших обнаруживается резкое поражение костного мозга с исчезновением клеточных элементов (аплазия). Как уже указывалось заболевание в среднем в 73% заканчивается смертельно (колебания летальности от 66 до 83%) при чем больной погибает в течении 3-5-6 дней. В более легких случаях наблюдается излечение с относительно быстрым очищением зева и ротовой полости (Подробности по клинике см. приложение "Клиника септической ангины"; изменения со стороны крови см. табл. № 10).

Эпидемиологическая характеристика заболевания.

Как уже указывалось выше, в Ялоторонском р-не заболевание дало значительное распространение, поразив за короткий срок до 15% из 156 населенных пунктов, пунктов района, однако интенсивность заболевания здесь оставалась ограниченной за исключением отдельных селений. Так в 24 пораженных пунктах всего было зарегистрировано только 192 заболевания, при чем из них 104 сл.

т.е. 54% падает на 3 селения (Заново, Кутилово, Комарово) Т.о. заболевания при относительно большой диссеминации концентрировались по преимуществу в определенных пунктах. Что касается изучения наиболее пораженных с.с. Заново, Кутилово и Комарово, то здесь при средней заболеваемости 7.7% в отношении 1.331 чел. всего населения, в пораженных домовых очагах средняя заболеваемость достигала 33.6% (из 306 жителей из пораженных домов заболело 104). Число очагов-домов в указанных селениях было 50 на 314 наличных домов, иными словами, в наиболее пораженных селениях заболевания охватывали до 16% всех домов (см. табл. 3 и 4). Особо характерны данные о повторных заболеваниях в одних и тех же домах. В 52% заболевания оставались единичными, в 20% - было по 2 заболевания в доме, в 12% - по 3, и в 8% - по 4-5 (см. табл. № 5). Т.о. заболевания, с одной стороны, как бы избирательно поражали определенные селения, а, с другой стороны, в самих селениях концентрировались лишь в определенных домах, причем в 52% возникновение заболевания в семье не сопровождалось распространением его. Последние данные говорят о том, что заболевание распространяется лишь при наличии особо благоприятных для этого условий. Наряду с этим обнаруживается, что в очагах особо подверженных пораженности повторные заболевания часто следовали через 2-4 дня, ^{марка} быстрого поражения жителей определенных домов характерно выступает в распространении заболеваний (см. картины пораженности с.с. Заново и Комарово). Наряду с этим обращает на себя внимание поражение ряда соседних домов, как это особо отчетливо было выражено в с. Заново (см. картину пораженности). При попытках выяснения взаимной связи очаговых заболеваний путем опроса жителей, отмечалось общение на похоронах, на работе и т.д. Но все эти данные требуют

15

фактического отношения и по существу имеет формальное значение. Фактически же нужно считаться в сельской обстановке с повсе дневным соприкосновением жителей, тем более, что вопрос идет об относительно небольших селениях (от 42 до 202 дворов). В малых селениях (Кутыдово, Комарово) заболеваемость была выше (11%) по сравнению с большими (Зоноро-7%). В описательной части нам остается добавить заболеваемость по возрастам, представленную на табл. № 6. Как видно из таблицы, заболевания встречались во всех возрастах, но в Ялоторовском р-не преимущественно заболевали в возрасте от 7 до 20 лет, на эти возрасты падает до 50% всех заболеваний. Вопрос о дифтерийных заболеваниях. Имея в виду дифтерийный характер ангины с клиникой не противоречащей в ряде случаев тяжелым формам дифтерии (септическая и геморрагическая форма), естественно можно было прежде всего заподозрить дифтерийную этиологию вспышки. Обще-эпидемиологическая картина распространения ангины тем более не противоречила такому предположению, а высокая летальность с массовыми заболеваниями в очагах представлялась вполне достоверной для злокачественной дифтерийной вспышки в сельских условиях (летальность при дифтерии может достигать 50%, как это было в свое время в Европе, в последние же годы злокачественные формы с очень высокой смертностью особо часто наблюдались в Европе и вызвали панику, как напр. в Берлине). Для выяснения вопроса о дифтерии мы подвергли тщательному бактериологическому исследованию с одной стороны, больных ангиной различной тяжести, и, с другой стороны, жителей домов, где имелись заболевания. Последние категории исследований мы придавали особо важное значение, т.к. в случае дифтерийной природы вспышки в очагах безусловно должны были быть дифтерийные носители. Это обстоятельство учитывалось нами тем бо-

нее, что можно было допустить трудность бактериологической диагностики дифтерии в сильно осложненных септических формах ее. Всего т.о. нами было исследовано 30 больных ангиной и 35 чел. из 13 домов, где были заболевания (очаги). В с. Комарово в семье Бакирова нам удалось обнаружить дифтерийный очаг: из 4 обследованных лиц, у 3 была найдена дифтерийная палочка, при чем испытание выделенных культур на свинках дало классическую картину смертельной дифтерийной интоксикации. Т.о. был обнаружен и доказан очаг вирусных дифтерийных носителей. В этом нужно добавить, что по отзывам клиницистов в Комарове встречались среди госпитализированных больных ангины, хорошо поддававшаяся лечению противодифтерийной сывороткой и диагностированная ими, как дифтерия. Нам однако удалось найти среди больных ангиной в Комарове лишь один случай с положительными по дифтерии палочками, культура которых однако не была выделена. Очаг дифтерии, обнаруженный в Комарове, оказался единственным - в двенадцати остальных 12 очагах "септической ангины", в том числе в оч. свежих очагах, дифтерийное носительство не было найдено, несмотря на двукратное обследование части семей.

Что касается больных "септической ангины", то из 30 случаев нам удалось найти возбудителя дифтерии лишь у одного больного из с. Зюново - во всех остальных случаях. Двухдневная результаты были отрицательные. Необходимо отметить, что 9.VI в Ялоторове я-ром Холмогоровым у одного больного "септической ангиной" также была установлена бактериологически дифтерия.

Проведенные обследования т.о. с несомненностью показали, что в Кабулгородском р-не в различных селениях /Сонное, Комарово, Кабулгородск/ встречается ди-терия, при чем в двух случаях было доказано, что при "септической ангине" имелась ди-терийная инфекция. Было также доказано на примере с Комарово наличие в р-не очагов паратифтных носителей ди-терия.

Однако подавляющее большинство отрицательных результатов исследований больных в их окружении в очагах, в свою очередь показало, что ди-терия лишь дает исходный в заболевании септической ангины, но в большинстве случаев, случаев этой аноксической ангины не ди-терийной этиологии.

Отметим полутью, что среди госпитализированных больных с дверносом "септической ангины" мы встречали в случаях багательной стрептококковой ангины. Т.о. при анализе статистики "септической ангины" необходимо вообще считаться с икраженными заболеваниями, не входящих относительна к данной нозологической единице.

О рододании и приге. Убедившись в том, что все эти "септ. ангины" не может быть от-несены целиком с точки зрения ди-терийной этиологии, мы должны были искать другие пути и механизмы ее природи. Учитывая некоторую непонятность и неточность исследований на протяжении ^{данного времени} продолжительного различия различных суррогаты хлеба для недостаточной потребленной животинке белков, мы не могли обойти исключительном вопроса о рододании или приге, как фактора вызывающим аболь этике ангины. Это тем более, что некоторым специфическим приге называлась, как прямая причина возникши "септ. ангины".

Что касается голода, то по единодушному мнению всех врачей и на основании подворного осмотра 3 селений нашей бригадой он нитоголически исключается. Мы ни разу не встречали

стать характерного для голода клинического характера его с "отечными голодными".

Или с такой же категоричностью для Ялтуровского р-на должны отвести в центр с ее характерными проявлениями. Цанга здесь если и встречается, то только в виде редких выпадов, совершенно не обремененных величиной. Исследовать на вскрытии труп погибшего от септической ангины в ставке двугной цанги на основании наличия геморрагии - не учитывая динамики самого заболевания. Это значит власть в заблуждение. Геморрагические явления развиваются у больного остро, в течение заболевания ангиной. Она возникает в результате воздействия, но не предшествует ему. Цанга, как причина ангины, возникает автоматически. В связи с "цинготной" этиологией ангины важная особенность заключается в том, что в Уральской области в некоторых районах имеется цанга, однако она не сопровождается ангиной. Такие ангины мы не наблюдали во время классических массовых вспышек цанги и в империалистическую войну. Картина крови у больных также противоречит предположению о цанге.

Учитывая с фактами напряженности в условиях питания населения/суррогаты хлеба/, мы предприняли групповое обследование крови среди населения с. Комарово и частью с. Кутылово. Исследования эти показали, что гемоглобин в размерах 30-30% встречается у 25%, в размерах 50-60% - у 50% /см. табл. 3/. Таким образом исследование крови показало, что среди населения имеется умеренная анемия при характерном отсутствии цанги. Септическая ангина так наз. "септической ангины". Как уже указывалось выше, характернейшие и восточные признаки заболевания является резкое уменьшение во в крови лейкоцитов - лейкопения /40-500 против 5000-8000 в норме/ при наличии ангина

костного мозга у умерших. Мы естественно задались вопросом, не является ли лейкопения среди не болевших контингентов и в первую очередь в очагах "сант. ангина". Предпринятые гематологические исследования установили, что лейкопения действительно довольно широко распространена в пораженных семьях. Так, при исследовании 12 "здоровых" субъектов количество лейкоцитов в пределах 1000-1500 было обнаружено у 3,3%, в пределах 1500-2000 - в 50%. Нормальное же содержание лейкоцитов было установлено лишь у 21,4%. Особо отчетливо негиче лейкопения вылилось при обследовании контингентов из очагов "сант. ангины", как это в частности иллюстрирует табл. 9 и 10.

Так, у 12 чел. из очагов гемоглобинемии виден оказался равным 57%, лейкоцитарный индекс - 4000 при минимуме 1400; в то же время среди 15 чел. из здоровых доноров гемоглобинемии оказался равным 55% при лейкоцитарном индексе 5100. Табл. 10 и ее иллюстрации лейкопении в одном из очагов, который был точно исследован в смысле возникновения заболевания. В частности было установлено, что у 6-го Денисова Г. уже на второй день болезни было: гемоглобин - 13%, количество лейкоцитов - 500, а в этот в течение первого дня ангины была очень слабо выражена и ограничилась лишь на 2-й день. Кроме того, чтобы указанные симптомы могли развиться в течение одного дня. Не подлежит сомнению, что в результате острого воспаления и болезни замедления крови только усилилась. Наличие отчетливой лейкопении среди очага указав 6-го дня иллюстрирует следующее.

Таким образом благодаря гематологическому обследованию очагов и здоровых выдвинулось наличие среди не болевших ангиной лейкопенического признака, который является характерным симптомом заболевания. Данная сторона через лейкопению вылилась связь больных "сант. ангиной" с несомненно контингентом.

Если принять во внимание, что лейкоцитарная картина состояния и костно-ногровой системы и в смертельных случаях ангины соответствует ²⁰⁾ от (вплыва), смоченные находив об^о активно показывает, что так наз. "септическая ангина" возникает на фоне порчи костно-ногровой системы, относительно широко распространена в данных случаях и особенно в очагах заболевания. Не точнее это положение можно формулировать следующим образом: в порчи костно-ногровой системы и очагах мы имеем эпидемическое распространение своеобразного заболевания костно-ногровой системы, которое в большинстве случаев приводит к образованию септической ангины. То, что обозначается "септической ангиной" фактически является заболеванием костного мозга.

Но в какой мере правомерно такого рода заключение? Выясняется в литературе до какой степени это справедливо.

Так наз. "артериоциклярная ангина". Несколько лет тому назад Фридрих описал под этим названием обычно смертельно протекающую ангину детского, юношеского типа, для которой особенно характерна резкая лейкопения, как результат поражения костного мозга. В зарубежной литературе отмечается до 70 случаев этой своеобразной ангины. Царогонев в отологии детского заболевания оставил еще мало научными и связывает авторами с инвазией кокковых бактерий /стрептококки, диплококки/.

Таким образом установлено, что поражение костного мозга может клинически оформляться в виде тяжелой, обычно смертельно протекающей детерминационной ангины. Это положение полностью оправдывает сделанный нами вывод о том, что поражение пораженного рана в основном страдает болезнью костного мозга и что "септическая ангина" является лишь вторичным явлением основного заболевания.

12. 21
Можно ли отождествлять "агранулицитарную ангину" с нашим заболеванием? По нашему мнению такое отождествление было бы необоснованным. Для "агранулицитарной ангины" характерно отсутствие геморрагических поражений /геморрагического диатеза/, тогда, как последние характерны для нашего заболевания. Далее, для "агранулицитарной ангины" характерно язвенное поражение всего кишечного тракта, тогда, как при нашем заболевании эти поражения отсутствуют и имеются лишь геморрагии.

Тем не менее, оба заболевания родственны, - поскольку оба связаны с поражением коры талого мозга. Но может быть было бы правильнее говорить о том, что "агранулицитарная ангина", описанная на эмбриологическом материале Фришманом, представляет разновидность того заболевания, о котором мы имеем дело.

Бактериология "септ. ангины". - При микроскопическом и бактериологическом /пос. вы./ исследовании выделен при ангине найденны следующие наиболее характерные возбудители: 1/ Дифтерийные палочки - 3 %. 2/ Обычные стрептококки - 20 %. 3/ Фузо-спираллес - 40 %. 4/ Стафилококки, обычно гемолитические - 66 % и 5/ мелкие не гемолитизирующие дипло-стрептококки - 100 %, причем примерно в 81 % в огромном количестве. Наиболее характерными для бактериологии ангины нужно считать: умеренный фузо-спираллес и наличие резкой инфекции дипло-стрептококком.

При исследовании крови у 2 больных и при посевах из селезенки у 3 трупов были выделены культура того же дипло-стрептококка.

13. 22
Таким образом "септ. энцефалит" по-прежнему считается
агглюцино-стрептококком, который в огромном количестве
обнаруживается в плевках и в то же время вызывает об-
щую септическую инфекцию.

Рокковое значение этого дипло-стрептококка для боль-
ных стоит вне всякого сомнения и должно абсолютно учи-
тываться при лечении.

Созображения по этиологии заболевания.

Если прирде рассматриваемого заболевания, связанно-
го с поражением костного мозга, представляется для нас
достаточно ясной, вопрос об этиологии его остается еще
не изученным и может быть освещен лишь в пределах досто-
верных допущений, которые требуют дальнейшей проработки.
В основном можно говорить о двух теориях: 1/ этиология
заболевания может быть чисто инфекционной или 2/ элемен-
тарно-инфекционной.

а/ В первом случае поражение костного мозга, как основ-
ная причина заболевания, должна быть связана с инфекци-
онным началом. При таком допущении случаи лейкопении сре-
ди "здоровых" и в частности в окружении больных в очагах
могут рассматриваться, как не выраженные, легкие случаи
инфекции, обычно наблюдающиеся при огромном большинстве
инфекционных заболеваний. Спирозоитозом обнаруживаемого
в плевках и в крови у больных дипло-стрептококка может
быть являться возбудителем инфекции или же он является
лишь постоянным, очень опасным спутником основной инфек-
ции, возбудитель которой нам неизвестен. Если предпочесть
второе допущение, роль дипло-стрептококка в патогенезе
заболевания не уменьшается: выявляемый им сепсис остается
роковым для больного. К этому же мы теперь видим, в част-

ности, как это было доказано в свое время мной, один микроб сам по себе невинный, попавшись в организм, может сообщать последнему исключительно высокую чувствительность к другому микробу. Такие соотношения могут иметь место в отношении дипло-стрептококка и в нашем заболевании.

Этиологическая роль дипло-стрептококка могла бы быть доказана лишь при обнаружении его в крови "здоровых" лейкоцитов в окружении больных агивной - задача, которая нами и поставлена для выяснения перед бригадой.

б/ Если возврат к точке зрения элементарно-инфекционной этиологии заболевания, то в этом случае можно бы думать о двух возможностях:

1/ Первая возможность - возникновение поражения костного мозга из почве дефицита питания /в частности дефицита белков/; как следствие - поражение костного мозга, повышенное средство самозащиты и легкая ранимость агентами вторичной инфекции.

2/ Вторая возможность - возникновение поражения костного мозга в результате интоксикации организма какими то веществами, содержащимися в употребляемых суррогатах хлеба; остальные последствия, как и в предыдущем.

При допущении элементарной этиологии заболевания, здоровые субъекты с лейкопенией соответствовали бы контингентам, имеющим предрасположение к заболеванию в результате повышенной сопротивляемости к инфекции.

По элементарной теории наиболее достоверным представляется допущение фактора интоксикации. Это допущение в частности могло бы наиболее правдоподобно объяснить избирательное поражение определенных районов /употребление сур-

рогатов определенного растительного состава/. Нельзя, однако, обойти молчанием одного весьма характерного момента, который говорит против элементарной этиологии заболевания / вследствие истощения/ - это быстрая ликвидация заболевания в тех случаях, где исход благоприятный, организм, преодолевая первые трудности в борьбе с общей инфекцией; легко справляется с местными инфекционными поражениями - быстрое заживление язвенных процессов во рту, что трудно совместимо с представлением об истощении организма, за это же говорят и склонность к восстановлению нормального состава крови у выздоравливающих.

Поскольку мы имеем дело с совершенно новым для нас заболеванием, изучение которого едва лишь начато, было бы большой безответственностью делать те или иные категорические и очень ответственные выводы по этиологии, не имея на то достаточных документальных данных. Природа заболевания для нас представляется новой - она связана с поражением костного мозга. Но вопрос об этиологическом агенте требует еще дальнейших, упорных исследований. В свою очередь, роль диплококка, даже если он только спутник заболевания, представляется также очевидной - в борьбе с этим микробом есть неминуемый этап в лечении и может быть профилактика данного заболевания /так же, как борьба с стрептококком при скарлатине, где вопрос о возбудителе остается открытым при очевидно губительной роли стрептококка/.

В практическом отношении чрезвычайно важно, что заразительность заболевания по всем данным ограничена, по крайней мере для контингентов, не принадлежащих к пораженным районам. Самое отсутствие заболевания среди медперсонала, работающего в очагах, иллюстрирует ограниченность контактных.

25

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ.

а/По профилактике: 1. При явном изобилии суррогата хлеба весьма подозрительны и, как сказано, подлежат изъятию по району с выносом хлеба или, при невозможности этого, по крайней мере заводится индифферентными суррогатами.

Примечание: Суррогаты должны быть подвергнуты тщательному изучению, в частности на содержание токсических компонентов, в соответствующих Ин-тах, ведающих вопросами питания.

2. В случае угрозы дальнейших заблуждений प्रदेशа много рациональным воспитание на некоторых группах про-властных приемов вынужден в выделяемых при антиэпидемиологических мероприятиях, очевидно, можно комбинировать с дифференциальной селекцией.

Примечание: Проведение приемов в перенаселенных районах должно быть предварительное освоено на небольших группах для выяснения толерантности населения к приемам вообще.

в/По лечению: 1. Представляется рациональным возможно ранее применение массового /большое доз/ лечения больных протозойно-острого энцефалита сывороткой, т.к. необходимо учитывать о наличии в отдельных случаях дифтерийной инфекции, рациональное приращение к протозойно-острого энцефалита десертных доз протозойно-острого энцефалита.

г/Прогноз: По всем данным выходящая война вступает, хотя отдельные ^{в отдельных} мероприятия вполне возможны. Намечаются благоприятные перспективы ближайшего периода и в свою очередь основаны к оптимистическому прогнозу.

д/ Вопросы о карантине: Нарушивший возниный карантин в настоящее время может быть неотменно ликвидирован. Дальнейшая профилактика может ограничиваться внутренним карантином с ответственности сам-надеждою.

е/ Подозрительные иерн: Крайне желательны наблюдения во влел-ных различных пицсовых районах в специальных пропаратах /ри-бий иер/ на состоящие группы с выраженной лейкоцитозом.

ж/ Исследования связанные работы: Крайне желательна углубленная проработка всех вопросов, связанных с этиологией нового заболе-вания, представляющего не только частный практический интерес но и огромный общий интерес для проблемы патологии. Особо дол-ны быть научные суррегаты хлеба. Работы по дальнейшему воссе-дованию продолжатся составной бригадой под руководством профессора Хатановера.

Примечание: В лабораториях Эпидемиолога Ки-ти Эксперимен-тальной Медицины предлагается начать ряд экспериментальных работ по рассмотрению заболевания.

Профессор П. ЗРАДОВСКИЙ

Москва, 3-4 июня 1953 г.