

*Медико-биологические науки***СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ГЕЛЬМИНТОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ
В ДАГЕСТАНЕ**

Абдулазизов А.И., Хабибулаев И.М.
*Даггосмедакадемия,
Махачкала*

Инфекционно-паразитарные заболевания относятся к числу наиболее распространенных в Дагестане. Среди них ведущее место занимают гельминтозы. Об этом свидетельствуют данные литературы (1, 2, 3, 4) и результаты наших исследований, полученные в последние годы в сопоставлении с показателями паразитологических служб районов и городов за период с 1994г. по 1998 г. включительно.

По официальным данным за весь указанный период в республике суммарно обследовано 2 723 729 человек, в том числе по городам 1 594 181, сельским районам 1 125 548 человек. Среднегодовое обследование составило 544 745,8 (26,6%) человек, в т.ч. по городам 318 384 (36,9%) и районам 226 361 (18,3%) человек. Среднегодовой охват обследования в городах колеблется от 16,8% по г. Махачкала, до 58,8% по г. Кизляр, в сельских районах от 18,6% по Агульскому району до 68,9% по Гунибскому.

Показатель ежегодной общей поражённости населения гельминтозами в республике колеблется от 1,5 до 4,5%, в т.ч. в городах от 0,7 до 3,5%, в сельских районах от 3,2 до 7,4%. Из сопоставления показателей ежегодной поражённости за все годы изучаемого периода видно, значительный разброс данных и не позволяют выявить каких-либо закономерных сдвигов ни в сторону роста или снижения заболеваемости. Однако обращает внимание на то, что за весь указанный период поражённость в сельских районах заметно выше, чем в городах, хотя в последние годы этот показатель здесь несколько снизился, тогда как в городах отмечается его повышение. Такая динамика в поражённости гельминтозами, по-видимому, объясняется неодинаковым уровнем постановки работы по выявлению больных и вообще недостаточно квалифицированным проведением противогельминтной работы в городах и в сельских районах в особенности. Благодаря большому охвату обследованием (36,9%), при улучшающемся качестве лабораторной диагностики в городах, в отличие от сельских районов, процент поражённости из года в год заметно повышается. Так заболеваемость в городах в 1998 поднялась до 922,4 по сравнению с 451,6 в 1994г. т.е. повысилась 2,0 раза, тогда как в сельских районах заболеваемость соответственно была 1186,2, а стала 847,8. Последним, вероятно, объясняется небольшое снижение общей заболеваемости от 1176,0 в 1994г. до 887,6 в 1998г. Среднегодовые показатели поражённости основными нозогельминтозами составили: аскаридозом – 4,2%, в т.ч. среди детей до 14 лет 65,2%; трихоцефалёзом – 0,4%, в т.ч. 62,4%; энтеробиозом - 1% и 93,1%; гименолепидозом – 0,04% и 89,4% и тениаринхозом – 0,08% и 29,3% соответственно. Среди детей до 14 лет заболеваемость аскаридозом колеблется от 992,5 до 1359,1; трихоцефалёзом от 243,8 до 325,4;

энтеробиоз от 679,4 до 770,5; гименолепидоз от 11,4 до 42,1 и тениаринхозом от 0,04 до 2,7. В городах за 5-летие заболеваемость колеблется по аскаридозу от 264,2 до 389,0; трихоцефалёзу от 96,3 до 183,1; энтеробиозу от 293,1 до 427,9; гименолепидоз от 17,5 до 42,7; тениаринхозу от 2,9 до 5,9; тогда как в сельских районах соответственно от 638,1 до 806,7; от 76,5 до 93,5; от 163,4 до 187,1; от 12,8 до 26,8 и от 4,6 до 19,4. Более высокую заболеваемость энтеробиозом, в отличие от других нозогельминтозов в городах, следует расценивать как результат проведения более квалифицированного обследования с использованием специальных методов.

Сравнительно невысокая заболеваемость энтеробиозом в городах, а также в республике в целом, при столь необычайно низких её показателях в сельских районах, лишней раз свидетельствует о слабой постановке и низком уровне квалификации лабораторной диагностики. Однако результаты обследования детей в образовательных учреждениях (ОУ) и взрослого населения проведенные нами в последние годы в отдельных городах и сельских районах свидетельствуют о более высоких показателях заболеваемости во всех возрастных группах населения. Заболеваемость по отдельным видам, особенно среди детского контингента превышает официальные показатели от 1,5 до 4 и более раз. В городских и сельских ОУ-х выявлена высокая заболеваемость энтеробиозом и гименолепидозом. Отмечены случаи более высокой заболеваемости тениаринхозом у взрослого сельского населения.

Исследования факторов среды (почвы, смывы с рук, смывы с зелени и ягод, воды) позволили выявить степень их загрязнения яйцами гельминтов и дифференцировать из них наиболее ведущих и второстепенных факторов риска. Экспериментальным изучением выживаемости яиц гельминтов установлено сроки развития и длительности их жизнеспособности и сохранения в условиях внешней среды. Комплексные исследования на кафедре продолжают, после их завершения и анализа наконец удастся объективно оценить состояние заболеваемости гельминтозами в республике.

Анализируемые данные показывают, что во всех регионах республики, как и прежде, сохраняется высокий уровень заболеваемости гельминтозами, и он во много раз выше, чем по РФ. Так, даже по официальным данным на 100 тыс. населения среднегодовые показатели заболеваемости в РД колеблются от 859,6 до 1176,0, в том числе в городах от 451,6 до 986,5 и в сельских районах 847,8 до 1146,2, что превышают эти же показатели по РФ соответственно от 5,9 до 6,0 раза, от 2,2 до 5,9 раза и от 5,8 до 6,0 раза.

По отдельным нозологическим формам заболеваемости в РД была выше, чем в РФ: по аскаридозу от 5,1 до 9,3 раза, трихоцефалёзу от 39,3 до 44,8 раза. По энтеробиозу, наоборот, в РФ показатель заболеваемости оказался выше от 2,7 до 3,2 раза, чем в РД. Последнее опять-таки объясняется низкой выявляемостью больных энтеробиозом, особенно в сельских районах РД, где эта работа поставлена весьма слабо. В городах (например г.Кизляр), где лабораторная ди-

агностика поставлена сравнительно лучше, заболеваемость энтеробиозом и гименолепидозом выше, чем в остальных городах и особенно чем в сельских районах.

В то же время, даже при сравнительно низком уровне обследования, в сельских районах поражённость такими гельминтозами, как аскаридоз и трихоцефалёз, гораздо выше, чем в городах. Очевидным является достаточно высокая заболеваемость тениаринхозом в РД по сравнению в целом по РФ (от 5,5 до 14,5 раза в разные годы), но выявленные показатели, как по республике, так и отдельно по городам и сельским районам, весьма далеки от реальных, т.к. практически мало где применяются специальные методы обследования на выявление этого гельминтоза и не всегда ведётся его правильный учёт. Среди всех выявленных удельный вес аскаридоза у детей до 14 лет колеблется от 62,5% до 65,3%, трихоцефалёза от 60,1% до 65,8%, энтеробиоза от 80,9% до 90,3% и гименолепидоза от 59,8% до 72,4%. Доля тениаринхоза в общей поражённости заметно ниже среди детей, чем среди взрослых и составила лишь от 16,2% до 35,4%.

Те регионы, в которых процент поражённости гельминтозами заметно выше чем показатели по РФ, территориально относятся преимущественно к Южной, Юго-западной и внутригорной зоне Дагестана. Южный и внутригорный Дагестан по-прежнему остаётся высокоинтенсивным очагом аскаридоза и трихоцефалёза. Районы Юго-западного горного Дагестана дают высокую инвазированность в основном за счёт тениаринхоза. Высокая заболеваемость в городах энтеробиозом в большей степени объясняется более лучшей поставленной лабораторной диагностикой.

Поэтому для объективной оценки состояния гельминтологической ситуации в республике необходимо, прежде всего, повсеместно улучшить лабораторную диагностику и систематическое проведение всего комплекса организационно-методических противогельминтозных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулазизов А.И. Организация и проведение мероприятий по резкому и стойкому снижению основных гельминтозов населения. ДАССР - Махачкала, Дагиздат 1982, с.32.
2. Абдулазизов А.И., Омарова П.А., Абдулгалимова Г.Н. Гельминтологическая ситуация в некоторых районах Южного Дагестана.//Тр. географ. общества Дагестана.- Вып. XXV- Махачкала, 1997.- С. 83-84.
3. Абдулазизов А.И., Омарова П.А., Абдулгалимова Г.Н., Абакарова А.Г. Поражённость населения Дагестана гельминтозами.//Тр. географ. общества Дагестана.- Вып. XXVI. - Махачкала, 1998. - С. 64-66.
4. Исмаилов Ш.Н. Атлас Республики Дагестан – Махачкала, 1999.

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИЗНЫХ РАСТВОРОВ СЕРЕБРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Авакимян С.Б., Оноприев А.В.,
Николаев В.В., Щимаева И.В.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Российский центр функциональной
хирургической гастроэнтерологии*

Лечение деструктивных форм панкреатита по-прежнему остается трудной задачей, что в значительной степени связано с особенностями топографии поджелудочной железы, сопутствующей ферментемией и резистентностью флоры к антибактериальным препаратам. В последние годы в лечении деструктивных форм панкреатита широкое распространение получают методы эндоскопической хирургии, позволяющие значительно уменьшить травматичность хирургического вмешательства. Однако выбор антибактериальных препаратов по-прежнему остается серьезной задачей.

В ранее проведенных исследованиях нами было установлено, что электролизные растворы серебра снижают устойчивость бактерий к антибиотикам (патент № 2053773, приоритет изобретения от 25 декабря 1992 года), снижают уровень амилазы в крови, а совместное применение этих растворов и антибиотиков проявляется синергидным эффектом, что позволяет в 4-8 раз уменьшить дозы вводимых препаратов.

В настоящей работе представлены данные о применении внутривенного введения электролизных растворов серебра у больных с деструктивными формами панкреатита, которым выполнено эндоскопическое дренирование гнойно-некротических очагов брюшной полости и поджелудочной железы. Для внутривенного введения применяли химически чистый концентрат гидратированного серебра, изготовленный в соответствии с ТУ 9154-001-10073810-2002. 14 больных с деструктивным панкреатитом после выполнения эндоскопического дренирования, распределены на две группы. В первой группе (6 пациентов) после операции, проводилось стандартное лечение, включающее антибиотики, инфузионную терапию и промывание гнойных полостей антисептиками через дренажи. Пациентам второй группы (8) на фоне общепринятой терапии внутривенно вводили электролизный раствор серебра в дозе 0,05 мг серебра на кг веса. Препарат вводился в первые сутки с момента поступления больного, продолжительность введения составляла 5-7 дней. При тяжелом состоянии пациента дозу увеличивали до 0,1 мг/кг и продолжали введение в течение 2-3 дней, впоследствии переходя на дозу 0,05 мг/кг. Предварительно расчетную дозу гидратированного серебра разбавляли физиологическим раствором хлористого натрия. Для промывания гнойных полостей использовали раствор серебра с концентрацией 10-15 мг/литр.

Результаты. Наблюдение показало, что включение в консервативную терапию раствора гидратированного серебра значительно улучшало течение послеоперационного периода. Так, в этой группе пациентов температура приходила к норме к 4-5 суткам (в контрольной к 12 суткам), уровень амилазы в крови