

this group. Among external stigmata joints hyper mobility syndrome and thorax infundibuliform deformation were prevailed. The most often were mitral valve prolapse and abnormal located chorda. Correlation among external sings of dysmorphogenesis and echocardiographic manifestations of small heart anomalies syndrome was established.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельгов А.Ю. Соединительнотканые дисплазии сердечно-сосудистой системы. — СПб., 2003. — 47 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М. — 1999. — 460 с.
3. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца. — СПб., 2000. — 115 с.
4. Остроумова О.Д. Эхокардиографические и фенотипические особенности больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 24 с.
5. Степура О.Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 48 с.
6. Сторожаков Г.И. и др. Ложные хорды левого желудочка сердца // Кардиология. — 1994. — №8. — С. 75-79.
7. Сторожаков Г.И. и др. Стратификация риска и выбор клинической тактики у пациентов с пролапсом митрального клапана // Сердечная недостаточность. — 2001. — № 6. — С. 287-290.
8. Суменко В.В. Недифференцированный синдром соединительнотканной дисплазии в популяции детей и подростков: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Оренбург. — 2000. — 40 с.
9. Трисветова Е.Л. и др. Частота и структурные (эхокардиографические) особенности малых аномалий сердца // Ультразвуковая и функциональная диагностика — 2002. — №3. — С.81-86.
10. Фейгенбаум Х. Эхокардиография. — Пер. с англ. — М.: Видар 1999. — 512 с.
11. Ягода А.В., Гладких Н.Н. Малые аномалии сердца // Ставрополь, 2005. — 246 с.
12. Ягода А.В., Гладких Н.Н. Оценка комплекса внешних фенотипических признаков для выявления малых аномалий сердца // Клини. мед. — 2004. — №7. — С. 30-33.
13. Ansary A. Syndrome of mitral valve prolapsed: current perspectives // Prog. Cardiovasc. Dis. — 1999. — Vol. 32. — P. 31-72.
14. Beighton L.G. Abstracts of the Meeting of the Clinic Genetics Society Held on 2 and 3 April 1987 at the University of Leicester. The Berlin nomenclature for inherited disorders of connective tissue // J. Med. Genet. — 1987. Vol. 24. — P 634-635.
15. Singh J., et al. Prevalence and clinical determinants of mitral, tricuspid and aortic regurgitation // Am. J. Cardiol. — 1999. — Vol. 83. — P. 897-902.

© САВЧЕНКОВ М.Ф., ЧУМАЧЕНКО И.Г., ТУРЧИНОВА Д.А. — 2008

ДИФИЛЛОБОТРИОЗ В БАЙКАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

М.Ф. Савченков, И.Г. Чумаченко, Д.А. Турчинова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д. м. н., проф. И.В.Малов, кафедра общей гигиены, зав. — акад. РАМН, д.м.н., проф. М.Ф.Савченков; ТУ Роспотребнадзора по Иркутской области, руководитель — к.м.н. П.К. Кауров; НИИ эпидемиологии и микробиологии НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН, директор — к.м.н. Л.В. Миронова)

Резюме. По отчетным данным санэпидслужбы Иркутской области проанализирована заболеваемость населения за 2005-2007 годы дифиллоботриозом, источником заражения которым служит рыба. Отмечено повсеместное распространение дифиллоботриоза с повышенной заболеваемостью в северных районах области. Активизирована борьба с этим паразитозом.

Ключевые слова: дифиллоботриоз, рыба, дети, здоровье населения.

Адрес для переписки: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, академику Савченкову Михаилу Федосовичу.

Дифиллоботриоз — это эндемичный неконтагиозный пероральный биогельминтоз, возбудителями которого являются ленточные гельминты. Имеет признаки природно-очагового зооноза. Клинически заболевание проявляется, в основном, симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, астеноневротическим синдромом и В12-дефицитной анемией. Описаны и изучены восемь возбудителей дифиллоботриозов у человека (класс «цестоды», отряд «лентецы», семейство «дифиллоботрииды» (Поляков В.Е., 2002). Возбудителями дифиллоботриоза в Байкальском регионе являются лентец широкий и чаечный лентец. Заражение человека, обусловленное лентецом широким, связано с употреблением рыбы из рек Лена, Ангара и ее притоков, а также Иркутского и Братского водохранилищ. Очаг заболевания, обусловленный ча-

ечным лентецом, сформировался на озере Байкал и связан с употреблением в пищу омуля, хариуса и сига.

В распространении дифиллоботриоза имеют значение фекальные загрязнения водоемов, низкий уровень санитарной культуры населения, степень развития рыбного промысла, миграция зараженного населения в места, свободные от этих инвазий, а также распространенный в семьях рыбаков обычай употреблять в пищу замороженную рыбу (строганину), недостаточно просоленную икру и рыбу. Окончательными хозяевами лентеца являются человек, млекопитающие животные, рептилии. Промежуточные хозяева — пресноводные рачки (циклопы, диаптомусы), дополнительные — пресноводные рыбы (омуль, хариус, сиг, окунь, щука). Загрязнение озер и рек фекалиями людей

происходит с теплоходов и многих видов речных судов, при широком весеннем паводке и обильных дождевых смывах. Вместе с этими смывами в воду озер и рек попадают яйца лентеца. Через 2-3 недели пребывания в воде в яйцах развиваются личинки-корацидии, которые вскоре покидают оболочку яйца. При температуре ниже 15 °С корацидии из яиц не выходят, оставаясь жизнеспособными до 6 месяцев. Далее корацидии заглатываются пресноводными рачками — циклопами и диаптомусами и через 2-3 недели развиваются в личинку второй стадии — процеркоид. В организме рыб, заглатывающих рачков, процеркоиды через 3-4 недели развиваются в плероцеркоиды. В половозрелых лентецов плероцеркоиды превращаются в организме окончательного хозяина. Инвазии лентецов регистрируются в открытых водоемах при температуре воды от 10 до 20 °, солености менее 3‰ и кислородном насыщении не менее 4 мг/л [2].

Очаг дифиллоботриоза чаечного типа зарегистрирован на Малом море озера Байкал в 1929 году. Тогда пораженность местного населения составляла 24,6%, в 1938 году заболеваемость населения дифиллоботриозом выявлялась на уровне 7%, а в 1939 году — на уровне 5%. В шестидесятых годах очаг чаечного лентеца на Байкале не подтверждался [3], но в 1983 году при обследовании 133 жителей побережья Малого моря озера Байкал выявлено 9% инвазированных чаечным лентецом. При обследовании 854 жителей пяти населенных пунктов на западном берегу Байкала зараженные дифиллоботриозом были выявлены в четырех населенных пунктах с колебаниями пораженности от 1,4 до 4,8%. Инвазированность взрослых более чем в два раза превышала этот показатель у детей. Наиболее высокие показатели пораженности были зарегистрированы среди работников рыбзавода и рыбаков [1].

После 1985 года динамического наблюдения за очагом дифиллоботриоза в Иркутской области не проводилось. Прекратились и научные исследования в области медицинской паразитологии. Однако санитарно-эпидемиологическая служба области с 1975 по 2005 год постоянно регистрировала наличие заболеваемости дифиллоботриозом. В 2005 году обнаружено 240 случаев дифиллоботриоза на 21 территории области. Показатель заболеваемости составил 10,2 случая на 100 тысяч населения. Превышение среднеобластного показателя зарегистрировано на 5 территориях, при этом в Киренском, Казачинском и Балаганском районах — в 32, 19 и 6 раз соответственно. Дети составили 12,5% от общего числа больных, показатель заболеваемости среди них составил 6,8% на 100 тысяч населения.

Больные дифиллоботриозом выявлялись при обращении за медицинской помощью, при поступлении в стационары различного профиля, при прохождении медицинских осмотров среди декретированной группы. По данным эпидемиологического расследования случаи заражения дифиллоботриозом связаны с употреблением рыбы, отловленной преимущественно в оз. Байкал, Братском водохранилище, реках Ангара, Лена, Киренга, а также в других местных водоемах. Высокий уровень

заболеваемости дифиллоботриозом в Киренском и Казачинском районах, возможно, поддерживается завозом рыбы из эндемичных водоемов республик Саха (Якутия) и Бурятия. Фактором передачи инвазии послужила рыба в виде расколотки, свежесоленая, слабого посола, недостаточно термически обработанная, а также икра слабого посола. Причиной заражения послужила рыба следующих видов: омуль (в южных районах области), окунь, щука, хариус (в северных). Употреблялась рыба, преимущественно, собственного улова, приобретенная с рук и на стихийных рынках. Основной причиной заболеваемости дифиллоботриозом следует считать недооценку опасности заражения и низкий уровень санитарной культуры населения.

В 2006 году зарегистрировано 243 случая дифиллоботриоза на 18 территориях Иркутской области. Показатель заболеваемости составил 9,6 на 100 тысяч населения, что примерно соответствовало уровню прошлого года. Эпидемиологическое неблагополучие сохранялось в Киренском и Казачинском районах, где показатель заболеваемости превышал среднеобластной в 34 — 21 раз. Отмечался значительный рост заболеваемости в Балаганском и Усть-Кутском районах (на 67,7 и 51% соответственно). Дети составили 13,6% от общего числа больных, показатель заболеваемости среди них составил 7,8 на 100 тысяч населения (на 13,9% выше уровня 2005 г). Больные дифиллоботриозом также выявлялись при обращении за медицинской помощью, оформлении в детские учреждения, при поступлении в стационары различного профиля, а также при прохождении медосмотров, т. е. это не было результатом целенаправленного, активного обследования. По данным эпидемиологических расследований случаи заражения дифиллоботриозом связаны с употреблением рыбы из местных водоемов — оз. Байкал, Братское водохранилище, реки Ангара, Лена, Киренга и другие. Как источник передачи инвазии отмечены омуль, хариус, окунь, щука, употреблявшиеся в пищу в виде расколотки, свежесоленой или рыбы слабого посола, недостаточно прожаренной или проваренной, а также икры слабого посола. В основном употреблялась рыба собственного улова (61%) или приобретенная с рук и на стихийных рынках (29%). Десять процентов заболевших дифиллоботриозом указывали на приобретение рыбы только в магазинах. В лабораторных условиях на 10 территориях области исследованы 121 проба пресноводной рыбы, в том числе у промежуточных хозяев дифиллоботриид — омуля и щуки. Жизнеспособные плероцеркоиды чаечного лентеца выявлены в 4,5% проб омуля от числа исследованных, широкого лентеца — в 3,7% проб щуки. Пораженность омуля нежизнеспособными плероцеркоидами составила от 25 до 100%. Таким образом, следует считать установленным наличие природных очагов дифиллоботриоза на территории области, что в сочетании с низким уровнем санитарной культуры населения является основной причиной заболеваемости дифиллоботриозом.

В 2007 году зарегистрировано 234 случая дифиллоботриоза на 24 территориях области. Показатель заболеваемости составил 9,8 случая на 100 тысяч населения (на 3% ниже уровня

прошлого года). По прежнему эпидемиологическое неблагополучие сохраняется в Киренском и Казачинском районах, где показатель заболеваемости превысил среднеобластной уровень в 20 и 17 раз. Отмечается значительный рост заболеваемости в Балаганском (на 65%), где за последние два года заболеваемость увеличилась в 4 раза. Дети составили 10,7% от общего числа больных, показатель заболеваемости среди них составил 6,1 на 100 тысяч населения (на 12% ниже уровня 2006 года). Заболеваемость среди сельских жителей выше, чем среди горожан (11,5 против 8,7 на 100 тысяч населения). Также как и в предыдущие годы больные дифиллоботриозом выявлялись при обращении за медицинской помощью, оформлении в детские учреждения, при поступлении на стационарное лечение, а также при прохождении медосмотров среди декретированной группы. По данным эпидемиологических исследований случаев заражения дифиллоботриозом в 84,2% случаях (197 заболевших) связаны с употреблением рыбы из местных водоемов: оз. Байкал (29,5%), Братское водохранилище (13,7%), Усть-Илимское водохранилище (4%), реки Ангара, Лена, Киренга (23,9%), водоемы Бурятии, Якутии и других районов (15,8%). Причиной инвазии послужили омуль, хариус, окунь, щука, употреблявшиеся в пищу виде расколотки (33% случаев заражения), свежесоленой рыбы (87%), копченой (19%), недостаточно термически обработанной (19%), а также икры слабого посола (49%). Употреблялась рыба своего улова (75%), приобретенная с рук (27,4%) и на стихийных рынках (23%). Снова подтверждено, что основной причиной заболеваемости дифиллоботриозом является существование природных очагов дифиллоботриоза на территории области и

низкий уровень санитарной культуры населения.

В 83% случаев диагноз установлен при копроовоскопическом исследовании, в 17% (40 больных) — при отхождении фрагментов стробилы лентеца. Дегельментизация проведена всем выявленным заболевшим: в 55% — в условиях стационара, в 45% — амбулаторно. Для лечения больных использовались бильтрицид (130 больных), фенасал (101 больной), мебендазол, который используется, в основном, против круглых червей (2 случая). В дальнейшем такие больные не наблюдаются, вся работа по диагностике, лечению и профилактике паразитарных заболеваний организована неудовлетворительно. Например, лабораториями филиалов ФГУЗ на 10 территориях Иркутской области исследовано всего 54 пробы пресноводных рыб (в 2006 году — 121 проба). Как и в прошлом году обнаружен высокий процент поражения омуля нежизнеспособными плероцеркоидами, что уже является основанием для более тщательного анализа паразитологической ситуации на Байкале.

Таким образом, в Иркутской области существуют многолетние очаги дифиллоботриоза, где фактором передачи инвазии служит местная рыба (омуль, хариус, окунь, щука). Имеет место недооценка опасности заражения дифиллоботриозом и низкий уровень санитарной культуры населения. Следует считать актуальным проведение широких научно-исследовательских работ по проблемам медицинской паразитологии в Байкальском регионе, выделив особенно необходимость изучения экологических закономерностей существования очагов и разработки системы профилактики паразитозов с учетом организации особой экономической зоны на озере Байкал.

DIPHYLLOBOTHRISIS IN BAIKALSKY REGION (EPIDEMIOLOGIC OBSERVATION)

M.F. Savchenkov, I.G. Chumachenko, D.A. Turchinova
(Irkutsk State Medical University)

The prevalence of diphyllobothriasis among the population of Irkutsk region was analyzed on the records of Irkutsk state sanitary service for the period of 2005-2007. Fish is the source of this disease. There has been marked the diphyllobothriasis incidence in the whole region but in the north we registered the higher level of it. The fight against this parasite has been activated.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майборода А.А., Тимошенко Т.М., Казакова А.А. Структура природного очага дифиллоботриоза в районе Малого моря озера Байкал// Гельминтозы человека. — Л., 1987. — С. 56-62.
2. Поляков В.Е. Дифиллоботриоз//Российский медицинский журнал. — 2002. — №5. — С. 38-40.
3. Чижова Т.П., Гофман-Кадошников П.Б. Природный очаг дифиллоботриоза на Байкале и его структура// Медицинская паразитология. — 1960. — №2. — С. 168-176.