

2. Информационное письмо о состоянии инвалидности в Омской области в 2004 году. г. Омск. 2005 — 95 с.

3. А.П. Гришина. Основные показатели инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2003 году — М.: «ФБ МСЭ», 2005 — 285 с.

4. А.М. Васильева, С.С. Меметов, О.В. Назарец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация — 2003. — № 4. — С. 37 - 40.

5. З.Н. Балезина, М.Г. Лев, А.Г. Малышева // Проблемы туберкулеза — 2001. — № 6. — С. 33 -35.

КЛОЧИХИНА Анна Владимировна, специалист организационно-методического отдела.

ЗАПАРЬИЙ Сергей Петрович, руководитель.

КАЛАШНИКОВА Светлана Николаевна, руководитель организационно-методического отдела.

Статья поступила в редакцию 21.12.06 г.

© Клочихина А.В., Запарий С.П., Калашникова С.Н.

616.993.161.22-036.2-08-053.2

Н. Г. ПОГРЕБИЖСКАЯ

Омская государственная
медицинская академия

ЖИАРДИАЗ У ДЕТЕЙ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В данной работе представлены эпидемиологические и клинические особенности жиардиаза у детей в Омской области.

На сегодняшний день жиардиазная инфекция — одна из самых распространенных паразитарных болезней в России [1]. По имеющимся данным, на территории Российской Федерации (РФ) ежегодно регистрируется более 130 тысяч новых случаев клинически явного лямблиоза, причем 70% из них приходится на детей младше 14 лет [2]. По оценке научной группы ВОЗ [3, 4], жиардиаз отнесен к числу паразитарных болезней, имеющих наибольшее значение для общественного здравоохранения. В Омской области в 1969 году средняя инвазированность детей лямблиями составляла 19,1%, причем уровень лямблионосительства колебался от 9,4% у детей старше 14 лет до 29,7% среди детей 3-4 лет [5].

Цель исследования: изучить клинические и эпидемиологические особенности жиардиаза у детей в Омской области на современном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 155 детей, больных жиардиазом, из них 67 (43,2%) мальчиков и 88 (56,7%) девочек, неорганизованных детей дошкольного возраста — 21 (13,5%), детей, посещающих детские дошкольные учреждения, — 40 (25,8%), школьников — 94 (60,6%). По месту жительства больные распределились следующим образом: город Омск — 123 (79,4%), Омская область — 32 (20,6%).

Для определения эпидемиологических особенностей для омского региона нами был проведен ретроспективный анализ заболеваемости жиардиазом детей Омской области за период с 1995 по 2005 год.

Диагноз «жиардиаз» у всех обследованных детей был поставлен на основании данных анамнеза, в том числе эпидемиологического, характерных жалоб, клинических проявлений и обнаружения в кале цист лямблий эфир-уксусным методом и методом «нативного мазка», дополненных результатами иммуноферментного анализа крови на лямблии.

Дополнительные методы включали общеклинические анализы, биохимическое: исследование крови с определением количества общего белка, глюкозы, общего холестерина, щелочной фосфатазы, функциональных проб печени, альфа-амилазы крови, исследование иммунного статуса с определением уровней сывороточных IgA, IgM, IgG, компонентов комплемента C3 и C4, абдоминальное ультразвуковое исследование, эндофиброгастродуоденоскопию, функциональную эхохолецистографию.

Результаты. В Омской области максимальная заболеваемость детей жиардиазом отмечена в 1996, 1997 и 2004 гг. (350,0; 357,8 и 312,87 соответственно), а минимальная в 2001 г. (161,9 на 100 000 населения). Отмечается умеренная тенденция к снижению заболеваемости жиардиазом по Омской области ($T_{\text{сн.}} = -2,67\%$; $p > 0,05$) (рис. 1).

В городе Омске максимальная заболеваемость детей жиардиазом наблюдалась в 1996, 1997 гг. (589,91 и 585,71 соответственно), затем — снижаясь в 2000 г. до 311,29 и вновь повышаясь в 2004 г. до 400,04 на 100 000 населения. Эти данные свидетельствуют о выраженной тенденции к снижению заболеваемости ($T_{\text{сн.}} = -5,45\%$; $p > 0,05$) (рис. 2).

В сельских районах отмечается выраженная тенденция к повышению заболеваемости жиардиазом у детей ($T_{\text{пр.}} = 7,63\%$, $p > 0,05$), минимальная заболеваемость регистрировалась в 1995, 1998 и 1999 гг. (94,59, 91,14 и 63,05 соответственно), с последующим повышением до максимальных цифр в 2004, 2005 гг. (178,76 и 218,46 соответственно) (рис. 3).

Сравнивая заболеваемость детей жиардиазом в городской и сельской местности, надо отметить, что среднемноголетний показатель заболеваемости был выше в городе ($405,4 \pm 32,1$), чем в сельских районах ($130,26 \pm 12,9$), что, видимо, связано с большей плотностью населения в городе. Но в то же время эпиде-

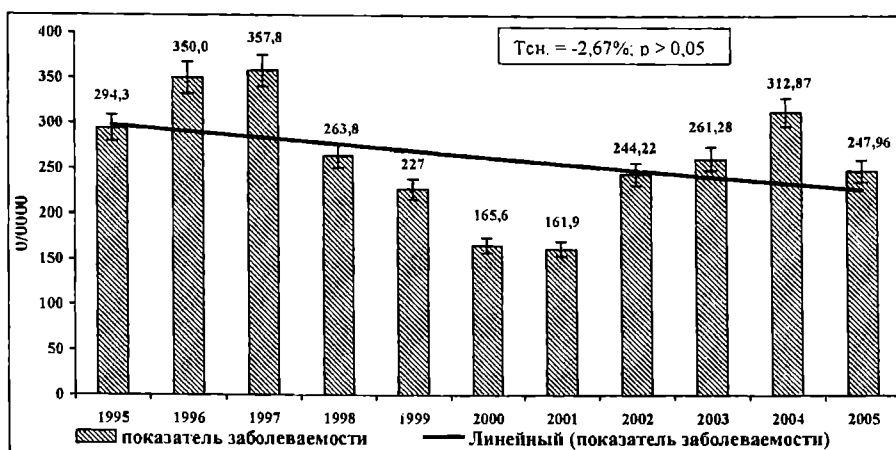


Рис. 1. Заболеваемость жиардиазом детей до 14 лет в Омской области за период 1995–2005 гг. (на 100 тыс. населения)

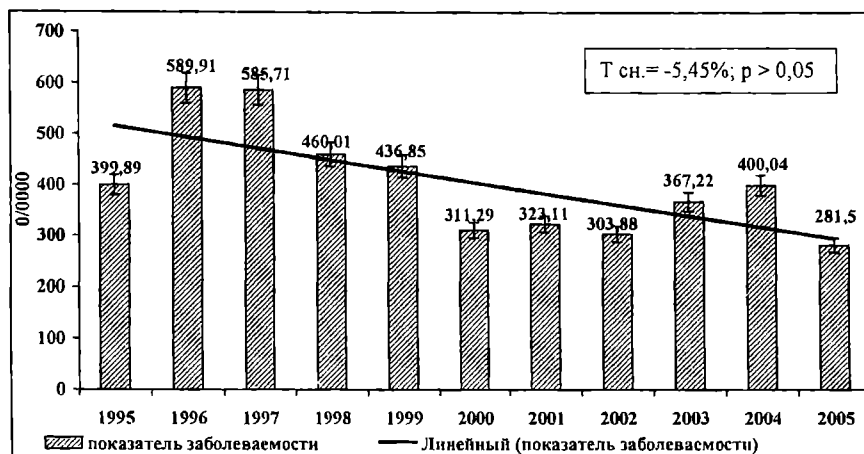


Рис. 2. Заболеваемость жиардиазом детей до 14 лет в городе Омске за период 1995–2005 гг. (на 100 тыс. населения)

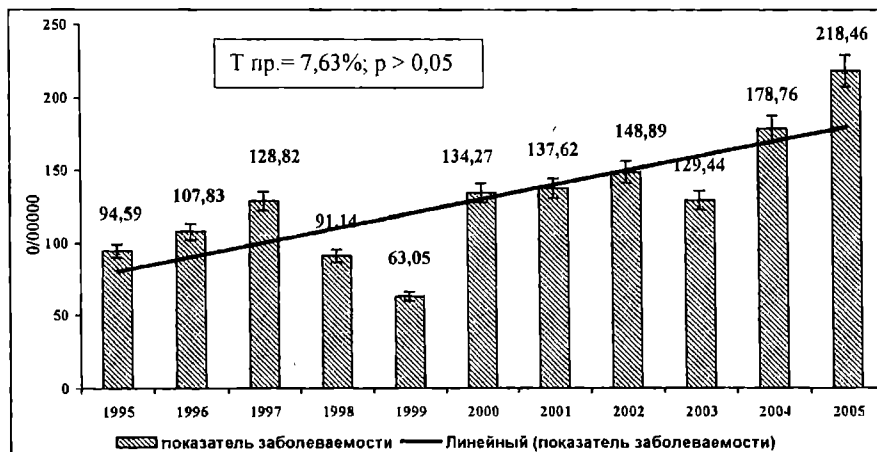


Рис. 3. Заболеваемость жиардиазом детей до 14 лет по сельским районам Омской области за период с 1995 по 2005 год (на 100 тыс. населения)

миологическая ситуация в городе по жиардиазу более благоприятная, чем в сельских районах, где имеется тенденция к росту заболеваемости.

Более высокие уровни заболеваемости по городу оказывали доминирующее влияние на формирование средних показателей по региону (город + село), сохраняя направление тенденции, выявленной по городу и практически полностью нивелируя тенденции по сельской местности.

Анализ клиники выявил, что ведущими в нашем исследовании при жиардиазе у детей были жалобы

со стороны органов желудочно-кишечного тракта, из них преобладающими являлись боли в животе (77,5%). У части детей имели место отдельные симптомы со стороны нервной системы. Так, у 90 человек (58,1%) отмечались жалобы астенического характера в виде общей слабости и повышенной утомляемости, плаксивости, раздражительности, у 50 детей (32,3%) наблюдались частые головные боли. Изменения со стороны кожных покровов сопровождались жалобами на появление сыпи различной локализации у 26 детей (16,8%), зудом кожи – у 19 (12,3%) и

появлением сухости и шелушения у 46 детей (29,7%), которые, возможно, были спровоцированы патогенным действием лямблий, так как анализ анамнеза показал, что эти дети не имели аллергических заболеваний и атопического дерматита.

На сегодняшний день единой классификации жиардиаза нет. Так, в педиатрической практике часто используется классификация без указания локализации патологического процесса: кишечная, печеночная, кишечечно-печеночная формы и бессимптомное носительство [6]. Классификацию жиардиаза по принципу А.А. Колтыпина предлагают В.Н. Самарина и О.А. Сорокина [7], выделяя по типу: типичные и атипичные (латентные, стертые, бессимптомные) формы; по тяжести: легкие, средние и тяжелые и по течению: острое (до 1 месяца), затяжное (от 1 до 3 месяцев) и хроническое (более 3 месяцев). В «Международной классификации болезней» в выпуске X за 1995 год (МКБ X, 1995) жиардиаз не разделяется по видам и типам, а представлен единым заболеванием — А 07.1. Жиардиаз (жиардиаз).

Таким образом, у детей можно выделить четыре группы основных клинических синдромов.

1. Диспепсический синдром возникает у 81,5% детей и проявляется снижением аппетита, тошнотой, рвотой, изжогой, отрыжкой, неприятным запахом изо рта, горьким или кислым привкусом во рту, нарушением стула (запор, неустойчивый стул) и метеоризмом.

2. Болевой синдром (у 77,5% детей) характеризуется болями в эпигастрии, пилородуоденальной зоне и в правом подреберье.

3. Астено-невротический синдром возникает у 58,1% детей вследствие угнетающего действия продуктов жизнедеятельности лямблий на центральную нервную систему и проявляется раздражительностью, снижением работоспособности, быстрой утомляемостью, плаксивостью, головными болями и нарушениями сна. Недаром первооткрыватель этого патогенного простейшего Д.Ф. Лямбль назвал его «паразит тоски и печали». Длительная интоксикация при жиардиазе может также привести к появлению таких неврологических симптомов, как бруксизм, тики.

4. Аллергодерматологический синдром возникает в 16,8% случаев и характеризуется появлением различных высыпаний на коже, а также аллергизацией организма в целом.

Длительная персистенция *giardia lamblia* создает интермиттирующее течение, зависящее от степени и характера взаимодействия паразитов с организмом ребенка на данном отрезке времени. При повышении защитных реакций организма, всех звеньев иммунитета, правильном питании, достаточном отдыхе ухудшаются условия для размножения *giardia lamblia* и происходит определенное «самоочищение» организма, уменьшается клиническая симпто-

матика заболевания. С другой стороны, воздействие всех факторов, ослабляющих иммунитет, нарушения в питании (особенно преобладание углеводистой пищи) способствуют быстрому размножению *giardia lamblia* и развитию рецидива заболевания со всем комплексом симптомов, в том числе со стороны кожи.

Выводы:

1. В Омской области за период 1995 — 2005 гг. заболеваемость жиардиазом составляла 267,8 на 100 тыс. населения, что не превышает показатели по Российской Федерации (350,0 на 100 тыс. населения). Самая высокая заболеваемость регистрировалась у детей 8-16 лет, общий удельный вес которых в структуре заболевших превышал 50,0%. Уровень заболеваемости жиардиазом у детей, посещающих детские учреждения, оказался значительно выше (86,5%), чем у неорганизованных детей (13,5%). Эпидемиологическая ситуация в сельских районах по жиардиазу более благоприятная, чем в городе Омске, несмотря на тенденцию к росту заболеваемости.

2. В клинике жиардиаза сохраняются патогномичные синдромы поражения желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы и кожного покрова.

Библиографический список

1. Профилактика паразитарных болезней: профилактика жиардиаза: методические указания 3. 2. 1882. — М., 2004. — 18 с.
2. Крамарь Л.В. Распространенность жиардиаза среди жителей Волгограда / Л.В. Крамарь, Е.В. Резников, О.Г. Крамарь // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 2003. — № 4. — С. 38-39.
3. Кишечные инфекции, вызываемые простейшими и гельминтами // Доклад Научной группы ВОЗ. — Женева, 1983. — С. 49-95.
4. Gillon J. Giardiasis: review of epidemiology, pathogenic mechanisms and host responses / J. Gillon // Quart. J. Med. — 1984. — Vol. 53. — P. 29-39.
5. Макаров В.А. Распространение, клиника лямблиоза, его ассоциированных форм и лечение этой инвазии у детей (по данным обследования детей в городах Омске, Тобольске и Таре): автореф. дис. ...канд. мед. наук / В.А. Макаров. — Омск, 1969. — 17 с.
6. Запруднов А.М. Жиардиаз // Детские инфекционные болезни — часть 3. — книга 2. — Екатеринбург, 1994. — С.14-23.
7. Самарина В.Н. Жиардиаз / В.Н. Самарина, О.А. Сорокина // Детские инфекционные болезни. — С.-Петербург, 2000. — С. 115-121.

ПОГРЕБИЖСКАЯ Наталья Геннадьевна, аспирант кафедры детских инфекционных болезней.

Статья поступила в редакцию 13.11.06 г.

© Погребижская Н. Г.

Книжная полка

Вайнер Э. Н. Валеология: учеб. для вузов / Э. Н. Вайнер. — 4-е изд., испр. — М.: Флинта: Наука, 2006. — 26 л. — ISBN 5-89349-329-X. — ISBN 5-02-013095-8.

Учебник разработан в соответствии с программой дисциплины для студентов невалеологических специальностей вузов. Основная цель — подготовка студента к профессиональной педагогической деятельности, ориентированной на здоровьесберегающее обучение и воспитание учащихся.

Для студентов, преподавателей вузов.

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРНЫХ РЕГИОНОВ В 50—80-е гг. XX ВЕКА (НА ПРИМЕРЕ МАЛОЧИСЛЕННЫХ ЭТНОСОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ И КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ)

В работе приведен анализ социально-культурного развития малочисленных народов, проживающих на севере Иркутской области и Красноярского края, в 1950-1980-х годах. Обращено внимание на недостаточность средств, отсутствие лекарств, медицинского персонала и оборудования для диагностики профессиональных заболеваний. Показана высокая смертность среди малочисленных народов в этот период. Объективно отражены негативные причины смертности от несчастных случаев, включая самоубийство, замерзание, алкогольную интоксикацию и др. Отмечена недостаточность внимания советских органов власти к судьбам малочисленных народов Севера.

Медицинское обслуживание имело особое значение для социального и культурного развития малочисленных народов Иркутской области и Красноярского края. Для послевоенного времени было характерно широкое распространение заболеваний, часть из которых была завезена новыми поселенцами, и частыми эпидемиями, характерными для которых были антисанитарные условия жизни. У основной массы населения отсутствовали даже элементарные представления о санитарии и личной гигиене. Поэтому широкое распространение имели туберкулез, трахома, желудочно-кишечные заболевания, часто вспыхивали эпидемии оспы и тифа, сея смерть среди заболевших. Высокой была детская смертность, особенно среди детей до одного года, которая в отдельные годы достигала почти 100% от числа родившихся [1]. Темные невежественные люди, сознание которых было опутано первобытными формами религии, при болезнях обращались к «духам», к шаманам-знахарям, которые имели на них огромное влияние. В борьбе за приостановление физического вымирания населения, за привитие элементарных навыков гигиены и санитарии, за освобождение от архаических форм невежества огромную роль сыграли медицинские работники.

Медики совместно с местными властями организовывали в поселках санитарные кружки для женщин и девушек, походы для приведения в нормальное санитарное состояние селений и жилищ, соревнование за чистоту дома и т.д. Они боролись за укрепление женщин, за улучшение их положения в быту, за ликвидацию кошмарных условий, при которых проходили роды. Медики своими конкретными делами, пропагандой гигиены и санитарии внесли неоценимый вклад в социальное и культурное развитие малочисленных народов Иркутской области и Красноярского края.

На бедственном положении сказывалась и отдаленность от центральных регионов страны и суровые климатические условия, которые задерживали

развитие материальной базы медицины, что можно констатировать и ныне. Первые медицинские пункты и больницы находились в далеко не соответствующих для этой цели зданиях. Например, в отчете медицинского пункта в Тофаларии, в котором читаем: «Комната, отведенная для медпункта, имеет площадь 2×2,75 м с одним окном; здесь помещается медицинская и ветеринарная аптеки, ведется прием амбулаторных больных, и здесь же живут врачи — медицинской и ветеринарной служб. Эта комната до 1 января 1952 года была без печки и обогревалась через верх перегородки из соседней комнаты, поэтому все водные растворы, несмотря на принятые меры (поставлены на самую верхнюю полку), замерзали, а масляные вещества затвердевали» [2].

Вышеприведенный отрывок из архивного документа наглядно показывает, в каких условиях приходилось жить и работать врачам. В подобных жилищных условиях находились медики и учителя других культурных учреждений. Среди врачей и учителей тех лет на Севере России преобладали специалисты, прибывшие из других регионов России. Среди них было немало энергичных энтузиастов, которых в эту отсталую глубинку привела романтика и огромное желание преобразовать жизнь людей. Они, изучая местный язык, традиции и обычаи, знакомили представителей малочисленных народов с достижениями русской культуры, этим способствуя их социальному и культурному развитию.

В пятидесятые годы чаще стали приводить медицинское обследование. Так, в 1957 г. по результатам экспедиционного медицинского обследования тофов, проживающих в отдаленных поселках, В. Филь сообщает, что результаты только по одному фактору оказались фантастическими. У всех местных тофов в крови практически не оказалось холестерина. Пошла победная реляция: тофы в результате вековой приспособленности избавились от угрозы заболеваний сосудов кровеносной системы. Ведь здесь основной враг холестерин, от него и закупорки сосу-