

ZBIGNIEW KOZAR

ZAGADNIENIA PARAZYTOLOGII LEKARSKIEJ W REPUBLICE GRUZIŃSKIEJ ZSRR

Dwutygodniowy pobyt (25.5 — 8.6.1955) w Gruzjińskiej Republice Związkowej pozwolił mi na pobieżne zorientowanie się w miejscowej problematyce parazytologicznej oraz organizacji tych zagadnień. Są one wprawdzie częściowo odmienne aniżeli w naszych warunkach geograficznych, tym niemniej mogą zainteresować polskich parazytologów. Najbardziej cenną w mej podróży była możliwość zwiedzenia nie tylko centralnego Instytutu w Tbilisi, lecz również licznych stacji przeciwepidemicznych i przeciwmalarycznych, poznania warunków i metod pracy terenowej oraz obejrzenia charakterystycznych ognisk naturalnych niektórych chorób zakaźnych.

Gruzja, kraj stosunkowo mały (76 400 km²), posiada nadzwyczaj piękny i bardzo urozmaity krajobraz, przeważnie górzysty. Ciągące się na północy od Morza Czarnego do Kaspijskiego pasmo Wysokiego Kaukazu, Kaukaz Mały na południu oraz inne łańcuchy górskie przecinające kraj w poprzek stwarzają swoiste dla różnych terenów warunki klimatyczne, które znajdują swój wyraz nie tylko w krajobrazie, florze, faunie i rolnictwie, lecz również w utrzymywaniu się i szerzeniu chorób. Gorący podtropikalny klimat sprzyja także inwazjom u nas nie spotykanym. Toteż parazytologia łączy się tu do pewnego stopnia z pojęciem chorób tropikalnych.

W stolicy Republiki, w Tbilisi, znajduje się Instytut Malarii i Parazytologii Lekarskiej Ministerstwa Zdrowia (ul. Prospekt Plechanowa, 139). Powstał on w początkowym okresie władzy radzieckiej, jeszcze w r. 1921, jako Republikańska Stacja Przeciwmalaryczna, która w r. 1924 przekształciła się w naukowo-badawczy Instytut Chorób Tropikalnych, a od r. 1940 nosi obecną nazwę. Organizator i pierwszy dyrektor Instytutu prof. W i r s o ł a d z e zmarł w r. 1930, po nim przejął kierownictwo prof. K a n d e ł a k i, a od r. 1944 — prof. G. M. M a r u a s z w i l i.

Zapoznajmy się na wstępie z samym Instytutem, w którym obecnie zatrudnionych jest 77 osób, w tym 25 pracowników naukowych. Znajdujemy tam oddział epidemiologiczny, opracowujący swoiste dla terenu metody walki z chorobami tropikalnymi, głównie inwazyjnymi — w myśl nauki P a w ł o w s k i e g o. Kieruje nim kand. n. med. S. S. A b u ł a d z e. Oddział entomologiczny (kier. dr n. biol. G. J. K a n c z i a w e l l i) prowadzi badania nad biologią, ekologią i fenologią przenosicieli (komary, muchy, moskity, itd.), a niekiedy sam organizuje i prowadzi akcję w terenie. Oddziałem helmintologicznym zarządza kand. n. med. G. N. G o r d a d z e, a oddziałem protozoologicznym — kand. n. med. M. W. C e c c h ł a d z e. Spotykamy przeważnie wychowanków Instytutu, ludzi młodych, ale zato pełnych zapału i energii.

Głównie jednak uwagę koncentruje się wokół piątego oddziału klinicznego (liczącego 50 łóżek) i to właśnie jest swoistą cechą Instytutu. Wszyscy lekarze, pracownicy różnych oddziałów Instytutu, a więc protozoologii, helmintologii i entomologii część swego czasu poświęcają zagadnieniom klinicznym. Każdy ma pod opieką przynajmniej jednego czy dwóch pacjentów, każdy interesuje się całokształtem choroby, a więc nie tylko diagnostyką, kliniką i leczeniem, ale i epidemiologią. Organizacja taka daje świetne wykształcenie i nie pozwala na oderwanie się od ogólnych zagadnień lekarskich, co obserwuje się niekiedy w innych instytucjach. Poza tym istnieją tu wspaniałe możliwości dla prowadzenia wnikliwych obserwacji nad patogenną rolę pasożytów oraz nad poszukiwaniem różnych metod skutecznej terapii. Wydaje mi się, że czynnik ten winniśmy do pewnego stopnia uwzględnić w organizacji naszego przyszłego Instytutu Parazytologicznego PAN. Współpraca z klinikami, jak wiemy, nie zawsze daje dobre wyniki.

W omawianym oddziale widziałem kilku chorych na leishmaniozę. Jej postać wisceralna szerzy się jeszcze na wschodnich terenach Gruzji. Na zachodnich natomiast spotyka się jedynie nieliczne zachorowania na formę skórą. Przenosicielami pierwszej są *Phlebotomus chinensis* i *P. kandelaki*, a drugiej — *P. caucasicus*, *P. sergenti* i *P. papatasi*. Epidemiologię i kliniczne cechy choroby szczegółowo opracował prof. M a r u a s z w i l i w swej obszernej pracy dyplomowej na stopień dr n. med., która znajduje się obecnie w druku. Opanowanie choroby jest trudne, bo wśród zwierząt istnieją naturalne rezerwuary. Prawdopodobnie odgrywają tu rolę szakale. Ł a t y s z c z e w dowiódł tego w Średniej Azji.

Kierownik oddziału klinicznego, kand. n. med. T. K. Ż o r d a n i a - R a p a w a, interesuje się głównie kaukaskim dudem powrotnym, któ-

rego występowanie mniej więcej pokrywa się z zasięgiem lejszmaniozy wisceralnej. Bada ona przenosicieli krętków — kleszcze, (*Ornithodoros verrucosus*) — oraz ich naturalne rezerwuary, którymi są jaszczurki (*Agama caucasica*), lisy, szakale itd. Wyosobnione na świnkach morskich szczepy krętków znajdują zastosowanie w leczeniu chorych na kiłę trzeciorzędową (podobnie jak u nas malaria). Tyfus powrotny wywołuje dość wysoką gorączkę, a jego leczenie nie przedstawia dziś problemu (penicylina, streptomycyna, biomycyna).

W Gruzji występuje również ancylostomiaza, szczególnie wśród ludności wiejskiej. W rejonach wschodnich nad Morzem Czarnym przeważa rodzaj *Necator*, a w zachodnich — *Ancylostoma*. Niemal na każdym kroku widzimy zróżnicowanie zależne od warunków środowiskowych, mimo, że kraj jest stosunkowo nieduży. W klinicznym leczeniu chorych zwraca się przede wszystkim uwagę na zlikwidowanie anemii. Wpierw podaje się przez szereg dni preparaty żelaza niekiedy łącznie z campolonem (wyciąg wątroby), a dopiero później prowadzi się właściwe leczenie za pomocą *Carboneum tetrachloratum* 3,0 ml (miarowo, a nie wagi) w kapsułkach żelatynowych. Skuteczność pojedynczej dawki dla *Necator* wynosi 80%, a dla *Ancylostoma* — 50%. Jeżeli po 10 dniach badanie kontrolne jest dodatnie, leczenie powtarza się.

Z innych helmintiaz dość powszechne są w Gruzji, podobnie jak u nas, glisty, owsiki i włosogłówki. Do leczenia *ascariasis* używa się tu powszechnie *Ol. chenopodii*, który zawiera 65 — 70% askaridolu, a produkowany jest z krajowych surowców w okolicy Batumi. Chory na dzień przed leczeniem nie przyjmuje ostrych pokarmów ani alkoholu. Następnego dnia spożywa lekkie śniadanie (herbatę i biały chleb), po czym w 1,5 godz. później dostaje *Ol. chenopodii* 1,0 — 1,5 ml łącznie z *Ol. ricini* 50,0 ml. Według relacji różnych osób, z którymi rozmawiałem, jednorazowe podanie leku jest skuteczne w 90 — 96% przypadków, a wg badań C e c c h l a d z e (1953) nawet w 98,2%. Preparat działa nie tylko na dojrzałe glisty (jak santonina), lecz również na formy młode. Jak widać, kuracja taka jest bardzo wygodna i prawie nie posiada przeciwwskazań. Sądzę, że warto by się tą sprawą bliżej zainteresować ze względu na prowadzoną u nas akcję „P”. Jak wiemy, nie wszystkie preparaty *Ol. chenopodii* mają jednakowe właściwości, a więc możliwe jest, że omawiany posiada najwłaściwszy odsetek askaridolu. W rozmowie z Ministrem Zdrowia Adżarskiej Republiki Autonomicznej, któremu podlega fabryka wytwarzająca *Ol. chenopodii*, dowiedziałem się, że byłoby możliwe zwiększenie produkcji, gdyby istniało konkretne zamówienie ze strony naszego Ministerstwa.

Spśród chorób wywoływanych przez pierwotniaki lambliaza nie jest

zbyt częsta w Gruzji. Objawy kliniczne daje ona u dzieci, a u dorosłych tylko wyjątkowo i to przeważnie ze strony dróg żółciowych.

Opowiadano mi o interesującej epidemii balantidiozy. W jednej wsi wykryto aż 90% zakażonych. Ciekawe, że tylko u 5 były objawy kliniczne i to u 3 wyhodowano ponadto z kału pałeczki Flexnera. Leczenie prowadzono jatrenem, osarsolem i biomycyną. Gdy usunięto źródło zakażenia — nieodpowiednią wodę do picia — niemal w pełni zlikwidowano epidemię. Widzimy stąd, że *Balantidium coli* nie zawsze jest chorobotwórcze u człowieka i szerzyć się może nie tylko przez kontakt z trzodą chlewną.

Zakażenia *Entamoeba histolytica* stwierdza się w niektórych wsiach do 20%. Spośród zakażonych choruje jedynie mały odsetek (3 — 4%). W podejrzanych przypadkach szeroko stosuje się rektoskopię, która bardzo ułatwia rozpoznanie.

W omawianym, stosunkowo niedużym Instytucie opublikowano już ponad 600 prac naukowych. Po wojnie ukazało się ich 280. Świadczy to dobitnie o dużej pracowitości zespołu. Niestety, wydawnictwa tamtejsze były dotąd w ogóle nie znane w Polsce, a nieraz przynoszą interesujące spostrzeżenia. W latach 1928 — 30 ukazywał się *Wiadnik Trop. Medycyny*, później wydawano prace w postaci *Sborniki Trudow*, a od r. 1948 wychodzi kwartalnik *Biuletyn Instytutu* w języku gruzińskim lub rosyjskim, ale zawsze ze streszczeniami po rosyjsku.

Najważniejszym jednak dotychczas zagadnieniem parazytologicznym była malaria. Na obszarach Gruzji stwierdzano ją od najdawniejszych czasów (Hippokrates, Herodot i inni). Powszechnie znane były okolice, szczególnie doliny większych rzek, gdzie chorowała niemal cała ludność, a ponieważ przeważała forma tropikalna śmiertelność była wysoka. Obcokrajowcy, odwiedzający wybrzeża Morza Czarnego od Batumi do Suchumi, nieraz pisali o masowo chorującej ludności. Stojące tam garnizony wojsk carskich wymierały w ciągu 2 — 3 lat. Indeks śledzionowy przekraczał często 60% ogółu mieszkańców. Toteż z uruchomieniem Instytutu niemal całą uwagę skoncentrowano na to zagadnienie. Utworzono 67 stacji przeciwmalarycznych. Wszystkich chorych rejestrowano, leczono i jeszcze przez długi okres kontrolowano. Prowadzono energiczną walkę z anofelizmem. Rezultat jest już wyraźny. Malarię tropikalną zlikwidowano zupełnie, a trzeciaczkę spotyka się jedynie bardzo rzadko. Odwiedzając liczne stacje w Dolinie Ałazańskiej (zwanej dawniej „doliną śmierci” z powodu malarii), w Signagi, Hirsza, Cinandali, Teławi oraz na wybrzeżu morskim w Batumi, Kobuleti, Suchumi, Gudauta itd. stwierdzałem w rejestrach już tylko pojedyncze przypadki zachorowań. W zbiornikach wodnych, w rozlewiskach rzek,

sadzawkach parkowych itp. uwijają się masy małych rybek z rodz. *Gambusia* — niezwykle żarłocznych, które zjadają miliony larw komarów. Dzięki temu komary należą teraz do rzadkości.

Gambuzje sprowadzono do Związku Radzieckiego w r. 1925, właśnie tu, do Gruzji (Ruchadze). Dziś rozpowszechniono je w republikach południowych, a zasięg ich naturalnego rozwoju dochodzi aż do Krasnodaru. Niestety, w bardziej północnych okolicach nie wytrzymują zimy.

Zwiedzane stacje bardzo mi się podobały. Parazytologowie pracują tam często z dużym zainteresowaniem badawczym. Przy niektórych stacjach istnieją oddziały helmintologiczne, a nawet izby dla dziennego leczenia. W małej np. stacji w Gudauta oglądałem bardzo pomysłowo zorganizowane muzeum parazytologiczne. Zebrano tu liczne okazy z własnej praktyki i wiele materiałów popularyzacyjno-propagandowych.

Malariolodzy gruzińscy dumni są z dokonanego dzieła, wierzą, że już w najbliższej przyszłości malaria przestanie zupełnie istnieć na ich terenie. Już dziś dzięki ich pracy doliny śmierci zamieniły się w najbogatsze tereny rolnicze, a na wybrzeże morskie zjeżdżają miliony ludzi pracy z całego Związku po zdrowie i odpoczynek. Z chwilą pełnej likwidacji malarii muszą się zmienić zainteresowania malariologów-praktyków. Już obecnie przechodzą oni szkolenie w helmintologii, a nawet rozpoczynają szeroko zakrojoną akcję w tym kierunku. Następnym etapem będzie pełna likwidacja ancylostomiaz.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ В ГРУЗИНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ СОВЕТСКОГО СОЮЗА

На основании личных наблюдений обсуждаются вкратце самые важные проблемы медицинской паразитологии в Грузинской Республике. Обращается внимание на клинический характер Центрального Института в Тбилиси, собственные терапевтические методы, очаговое возникновение инфекции и почти полное уже ликвидации малярии, которая раньше на этих территориях была бедствием населения.

THE PROBLEMS OF MEDICAL PARASITOLOGY IN THE GEORGIAN REPUBLIC OF THE SOVIET UNION

Basing on personal observations there are briefly discussed the most important problems of medical parasitology in the Georgian Republic. There is given attention to the clinical character of the Central Institute at Tbilisi, to its own therapeutical methods, to the field infection foci and almost entire liquidation of malaria which was formerly a plague to the inhabitants of this territory.