

Медицинские науки

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ
В ДАГЕСТАНЕ**

Абдулазизов А.И.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, e-mail: otделение30@mail.ru

В последние годы отчетливо обострилась проблема эхинококкоза на территории России, в особенности, в регионах Северокавказских республик. В Дагестане и в других республиках Северного Кавказа пораженность крупного рогатого скота (КРС) и овец достигает в среднем 30-40% и более, а в Дагестане по данным ветеринарной службы эхинококкоз крупного и мелкого рогатого скота составил 25-30%. Заметно возросло число больных людей, что делает ныне ларвальный эхинококкоз серьезной социально-экономической, ветеринарно-народнохозяйственной проблемой.

Анализ заболеваемости эхинококкозом в республике Дагестане (РД) за последние 5-6 лет свидетельствует о реальной угрозе весьма опасного и наиболее тяжелейшего паразитарного заболевания, которое ежегодно уносит несколько сот человеческих жизней и наносит миллиардные экономические убытки народному хозяйству. Отечественные гельминтологи [6, 7, 9, 10, 11] в своих монографических трудах предупреждают о пагубных последствиях ларвального эхинококкоза. Осознанием серьезности проблемы ларвального эхинококкоза связано проводимых в РД ряд специальных региональных и международных конференций с изданием трудов («Проблемы эхинококкоза» – Махачкала – 2000 г., «Актуальные проблемы детской хирургии» – Махачкала, 2001 г., «Зоонозы: актуальные вопросы в клинике и эксперименте» – 2000 г.). Защищены несколько докторских (Хамидов М.А., Махачкала, 2002 г.; Ахмедов И.Г., Махачкала, 2005 г.) и кандидатских диссертаций, изданы монографии (Аскерханов Р.П. «Хирургия эхинококкоза», Махачкала – 1976;

Османов А.О. и Алиев Р.Г. «Хирургия абдоминального эхинококкоза», Махачкала – 2005 г.), сборник научных трудов Дагестанской медицинской академии (Юбилейный выпуск к 75-летию. Махачкала, «Лотос», 2007, с. 475).

О тенденции к дальнейшему росту заболеваемости эхинококкозом сообщается службой Госсанэпиднадзора РФ (отв. Г.Г. Онищенко, 2006 г.). Так в 2000 г. больные эхинококкозом выявлены в 47 территориях РФ в 2001 – в 56, в 2002 – в 60 субъектах РФ. В числе наиболее неблагополучных территорий по эхинококкозу первыми названы: РД, Саха (Якутия), СО (Алания).

Согласно Государственному докладу за 2005 г. Госсанэпиднадзора в РД (отв. Омариева Э.Я. – <http://www.dagsen.ru>) показатели заболеваемости населения лярвальным эхинококкозом на 100 тыс. население превышает среднефедеральные показатели заболеваемости. Отмечено, достаточно высокий показатель заболеваемости эхинококкозом детей до 14 лет, который в 2006 году превысил аналогичный среднероссийский. Высоким оказался удельный вес заболевания детей среди общего количества больных эхинококкозом.

В настоящем сообщении мы анализировали материалы по Минздраву РД в том числе и архивные данные по всем городам по заболеваемости (ИП) эхинококкозом за период с 2001 по 2005 гг.

Изучаемый материал свидетельствует о том, что за указанный период ларвальный эхинококкоз выявляется практически во всех городах и районах республики за исключением 3-4-х районов – Кумторкалинский, Дакузпаринский и Хивский). Из 9 городов и 43 районов, больных эхинококкозом обнаружены в 2000 году в 3-х городах и 9 районах, в 2001 г. в 4-х городах и 22-х районах, в 2002 г. в 7 городах и 27 районах, в 2003 г. в 7 городах и 29 районах, в 2004 г. в 9 городах и 34-х районах в 2005 г. в 9 городах и 39 районах. Обобщенные данные по республике представлены в табл. 1.

Таблица 1

Заболеваемость лярвальным эхинококкозом по республике

Высотные пояса сельских районов	2001		2002		2003		2004		2005		Итого	
	абс.	ИП	абс.	ИП								
Низменный	4	1,6	6	2,2	7	7,8	8	8,2	11	4,4	36	14,5
Предгорный	4	2,2	5	2,8	4	2,2	6	3,0	5	2,8	2,4	13,5
Горный	6	1,2	10	3,4	12	4,8	9	3,2	18	3,6	55	11,2
Итого по сельским районам	14	1,7	21	4,3	23	5,2	23	5,2	34	2,7	125	10,4
По городам	12	1,4	19	3,3	18	3,2	22	4,4	25	5,2	96	11,0
Итого по республике	26	1,2	40	2,0	41	2,1	45	2,4	59	2,8	211	10,0

Из табл. 1 видно, что в 2001 году наиболее низкий интенсивный показатель (ИП) заболеваемости на 100 тыс. населения обнаруживается в горном поясе (1,2) и высокая в предгорном поясе (2,2), хотя по абсолютному показателю, как раз наоборот и далее тоже. Заболеваемость ларвальным эхинококкозом в 2005 г. в низменном поясе (4,4) в 36,6% выше, чем в предгорном поясе (2,8) и на 18,2%, чем в горном поясе (3,6), но по абсолютному числу больных в горном поясе (18) гораздо больше, чем в низменном (11) и еще более чем предгорном поясах (5) на 100 тыс. населения. Интенсивный показатель (ИП) зависит от численности населения в тех или иных регионах, чем вероятно объясняется, имеющееся некоторое несовпадение показателей.

Многие исследователи [1, 2, 6, 8, 9, 10, 11] указывают о том, что ларвальный эхинококкоз встречается больше среди лиц горных территорий, где больше развито животноводческое хозяйство. Однако из результатов наших исследований, нет достаточных оснований для столь уверенного утверждения. Так, ИП по городу выше, чем по селу в 2000 и 200% годы, а в остальные годы (2001, 2002, 2003, 2004 гг.) наоборот, ИП выше селе, чем в городе. По абсолютному числу больных, во все изучаемые годы, за исключением 2000-й, на территориях сельских районов число случаев выше, чем в городах. За 5-летие абсолютное число больных,

выявленных в сельских районах (125) выше, чем в городах (96), но ИП, у городских жителей (11,0) на 9,0% превышает, чем у сельских (10,4). В новых условиях хозяйствования в постсоветский период трудно утверждать, где больше занимаются животноводством, в горных территориях или плоскостной. В республике основные животноводческие хозяйства находятся в частных руках, которые не меньше их в плоскостной зоне. Общественных животноводческих хозяйств осталось мало. Кроме того в республике все еще сохраняется система перегона скота (овцы): летом в горы, а зимой на плоскость. Ни в частных, ни общественных хозяйствах совершенно отсутствует ветеринарного контроля, как при их содержании, так и при их забое. В этих условиях нового хозяйствования требуется иного взгляда и нестандартного подхода в решении социально-эпидемиологических принципов борьбы с ларвальным эхинококкозом людей и животных. Итоговые данные в целом по республике за 5-летие показывают рост заболеваемости от 1,2 – в 2001 г. до 2,8 – в 2005 г. (от 26 до 211 случаев).

Сопоставление результатов заболеваемости в РД с Российской Федерацией (РФ) и Южным Федеральным округом (ЮФО) свидетельствует о том, что в РД заболеваемость эхинококкозом заметно превышает среднероссийского и южнофедерального показателей, представленные в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительные данные по заболеваемости эхинококкозом в РД, РФ и ЮФО за 5-летие

Регионы	2001	2002	2003	2004	2005
РД					
Город	1,4	3,3	3,2	4,4	5,2
Общ. село	1,2 1,7	2,0 4,3	2,1 5,2	2,4 5,2	2,8 2,7
РФ					
Город	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Общ. село	0,4 0,8	0,4 0,8	0,4 0,7	0,4 0,8	0,4 0,7
ЮФО					
Город	3,7	3,6	0,2	3,0	3,8
Общ. село	0,8 0,37	0,8 0,36	0,7 0,29	0,7 0,3	0,6 0,38

Как видно, заболеваемость ларвальным эхинококкозом в РФ стабилизировалась на уровне 0,4 в т.ч. по городам на 0,2 и сельским районам на уровне 0,7-0,8. На более высоком уровне держится заболеваемость ЮФО (от 0,6 для 0,8), куда относится и РД с высоким показателем заболеваемости. Из 13 субъектов ЮФО (3 области, 2 края и 8 республик) на РД приходится более 1/3 (44,4%) больных эхинококкозом. За 5-летие доля ИП РД в ЮФО колеблется от 0,29 до 0,38, занимая одно из первых мест среди субъектов ЮФО.

ИП на 100 тыс. населения в РД в среднем за 5-летие выше, чем в РФ от 3,0 до 7 раза или от 66,6 до 83,7% в т.ч. по городам от 7,0 до

29,5 раза (или от 85,7 до 96,5%) и сельским районам от 2,1 до 7,4 раза (или от 52,9 до 86,5%). По возрастному показателю более 70% больных составляют лица старше 14 и более лет. Важнейшей задачей в борьбе с ларвальным эхинококкозом является раннее выявление больных людей, а также животных, в том числе и собак, особенно при отарных и бездомных, являющихся основными источниками распространения инвазии.

Мероприятия по борьбе с эхинококкозом должны возглавить и проводить медицинские и ветеринарные органы власти на основе совместно разработанного комплексного плана.

Список литературы

1. Аскерханов Р.П., Гиреев Г.И. Эхинококкоз. – Махачкала: Дагизд, 1964. – 202 с. 2. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. – Махачкала: Дагизд, 1976. – 371 с.
3. Геллер И.Ю. Эхинококкоз. – М.: Медицина, 1980. – 208 с.
4. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2006 г.: государственный доклад. – М.: Федеральный Центр Роспотребнадзора, 2007. – 360 с. (руков. Онищенко Г.Г.)
5. О санитарно-эпидемиологической обстановке в РД в 2006 г.: государственный доклад. – Махачкала, 2007. – 202 с. (руков. Омариева Э.Я.)
6. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека. – М.: Медицина, 1968 – 376 с.
7. Кротов А.И. Эхинококкоз и Альвеококкоз // Гельминтозы человека. – М., 1985. – С. 190–214.
8. Османов А.О., Алиев Р.С. Хирургия абдоминального эхинококкоза. – Махачкала: Лотос, 2006. – 353 с.
9. Скрябин К.И., Щульц Р.С. Гельминтозы человека (Основы медицинской гельминтологии). – М.- Л.: Медгиз, 1929. – ч. I. – 376 с.
10. Подъяпольская В.П., Капустин В.Ф. Глистные болезни человека. – М.: Медгиз, 1958 – 631 с.
11. Ярулин Г.Р. Биоэкология эхинококкоза и некоторые особенности распространения эхинококкоза в условиях приполярного Дагестана: автореф. дис. ... д-ра биол. наук. – Волгоград, 1966. – 46 с.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Фундаментальные исследования», Доминиканская республика, 13-24 апреля 2011 г. Поступила в редакцию 15.02.2011.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСКАРИДОЗОМ
В ДАГЕСТАНЕ**

Абдулазизов А.И.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, e-mail: otделение30@mail.ru

Среди всех гельминтозов, встречающихся в республике Дагестан (РД), аскаридоз занимает ведущее место. Многочисленные публикации [1-9] по аскаридозу свидетельствуют о том, что заболеваемость в последние годы растет. В постсоветский период резко ослабились противогельминтозные мероприятия. Полностью прекратились плановые обследования на гельминтозы, а также сократилось качество проводимых лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Социально-экономические реформы, особенно ударили по сель-

ским районам, что привело к падению уровня и качества жизни населения, с последующим общим иммунным дефицитом и снижением защитных свойств организма людей. Это способствовало увеличению больных гельминтозами т.ч. аскаридозом.

В качестве исходного материала для данного обсуждения использованы официальные данные из лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) 43 сельских районов и 10 городов Минздрава республики за 2001-2005 гг. и многолетний опыт собственных обследований. Анализ данного материала свидетельствует о том, что число обследованных на гельминтозы не превысило 50 человек в 2001 г. в 7 районах, в 2002 г. в 8-ми районах, в 2003 г. в 9-ти районах, в 2004 г. в 9-ти районах и в 2005 г. в 10-ти районах. Подобная же картина имеется и в городах. Суммарное число обследованных в районах уменьшилось с 8527 в 2001 г. до 6540 в 2005 г и в городах с 2786 до 1965 соответственно.

В результате низкого охвата обследованием в разные годы число выявленных больных остается крайне низким. Так в Ахвахском районе (количество населения 20705) выявлено не более 25 больных, в Бабаюртовском районе (42554 чел.) – 17 больных, в Кизилюртовском (971816 чел.) – 29 больных, в Новолакском (23441 чел.) – 9 больных, в С. Стальском (54027 чел.) – 20 больных. В 4-х крупных городах число выявленных гельминтозных больных не превысило 46 человек. В тоже время в соседних с ними районах и городах наблюдаются высокие показатели заболеваемости аскаридозом. Высокая заболеваемость аскаридозом за 5-летие обнаруживается в Агульском от 983,0 до 2249,8; в Ахтынском от 882,1 до 2269,9; в Казбековском от 885,8 до 1315,6; в Курахском от 488,8 до 1433,0; в Унцукульском от 576,8 до 1084,8; в Гергебельском от 311,0 до 2030,5; Дахадаевском от 136,4 до 2847,0; в Чародинском от 779,7 до 1488,5; в Шамильском от 751,8 до 1440,8; в Хивском от 567,0 до 1507,5; в Левашинском от 626,0 до 1316,7 и др.

Сводные данные по заболеваемости аскаридозом по высотной поясности РД приведены в табл. 1.

Таблица 1

Заболеваемость аскаридозом населения РД за 5-летие

Наименование	Заболеваемость по годам				
	2001	2002	2003	2004	2005
Горный пояс	862,3	784,8	817,3	878,1	964,8
Предгорный пояс	332,8	465,0	499,1	478,6	541,8
Низменный пояс	356,8	351,2	490,4	544,5	416,6
Итого: сельские районы	1551,9	1601,0	1806,8	1901,2	1923,2
Города	235,5	241,0	245,7	244,3	280,8
Итого РД	1787,4	1842	2052,5	2145,5	2204,0