

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

Как видно из табл. 1, аскаридоз держится устойчиво на высоких цифрах (от 784,8 до 964,9 в горных районах и несколько ниже в предгорных и низменных поясах (от 331,8 до 541,7 и 351,2 до 544,5 соответственно). В сельских районах заболеваемость колеблется от 1551,9 до 1923,2, а в городах соответственно от 235,5 до 280,8. В сельском секторе показатель заболевае-

мости выше, чем в городах от 6,6 до 7,8 раза или от 84,8 до 85,5%. За 5-летие в РД заболеваемость аскаридозом выросла в 1,2 раза или на 18,9%, в.ч. в горных районах 19,3% и в городах 16,2%.

Высоким оказалась заболеваемость в РД по сравнению с Российской Федерацией (РФ) и Южным Федеральным округом (ЮФО), что показано в табл. 2.

Таблица 2

Заболеваемость аскаридозом в РД по сравнению с РФ и ЮФО

Наименование	2001	2002	2003	2004	2005	Средние показатели
РФ	51,9	51,4	46,5	46,0	42,0	47,5
ЮФО	86,8	90,6	80,7	79,9	75,0	82,6
РД	1787,4	1842	2052,5	2145,5	2204	2006,3
В РД заболеваемость выше, чем в РФ в ЮФО	34,4 раз 20,6 раз	35,8 раз 20,3 раз	44,1 раз 25,4 раз	46,6 раз 26,8 раз	52,5 раз 29,4 раз	42,2 раз 24,3 раз
Заболеваемость: По городам РФ	42,4	41,5	38,3	36,6	33,9	38,6
По с/районам РФ	77,6	78,1	68,9	71,1	64,0	71,9
По городам РД	255,5	241,0	245,7	244,3	280,8	253,4
По с/районам РД	1551,9	1601,0	1806,8	1901,2	1923,2	1372,2
В РД заболеваемость выше, чем по городам РФ по с/районам РФ	6,0 раз 19,9 раз	5,8 раз 20,6 раз	6,4 раз 26,2 раз	6,6 раз 26,7 раз	8,2 раз 30,0 раз	6,5 раз 19,1 раз
<i>Среди детского контингента</i>						
а) в РФ	240,5	247,7	199,4	181,0	180,7	203,8
б) в ЮФО	342,5	385,4	287,4	283,1	264,6	300,6
в) в РД	1225,8	1328,6	1018,1	924,2	936,6	1086,7
Итого: в РД заболеваемость выше, чем:						
в РФ	5,0 раз	5,1 раз	5,1 раз	5,1 раз	5,2 раз	5,1 раз
в ЮФО	3,5 раз	3,4 раз	3,5 раз	3,5 раз	3,5 раз	3,5 раз

Чтобы проследить в динамике ход интенсивного показателя (ИП) аскаридоза все сельские районы нами распределены по уровню возрастания заболеваемости, т.е. по ступеням возрастающей градации: менее 50; 51-100; 101-150; 151-200; 201-300; 301-400; 401-500; 501-1000; 1001-1500; 1501-2000; 2001-2500. В результате группировки всех районов по уровню показателя заболеваемости в пределах указанных градаций

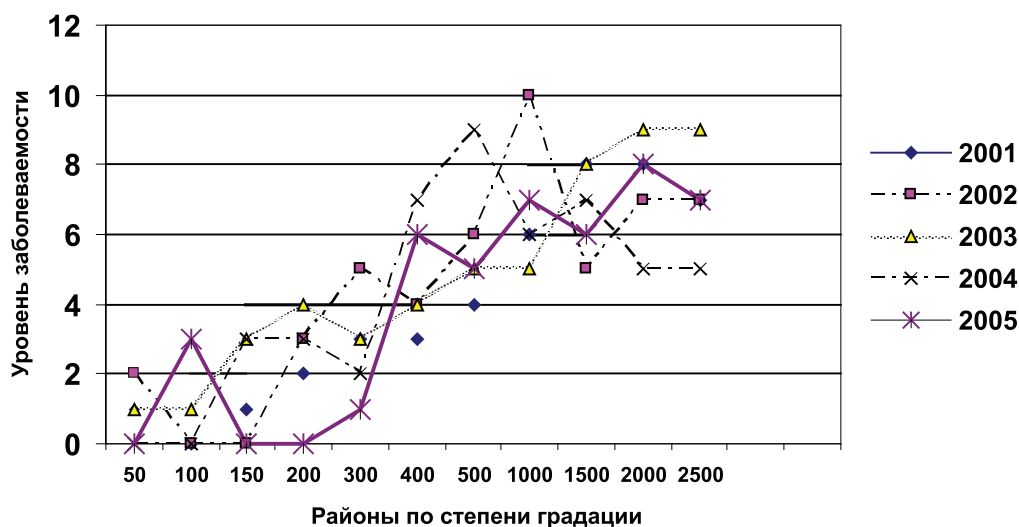
(или градационной лестницы) четко обозначилась основная тенденция роста заболеваемости аскаридозом, как по отдельным годам, так и по итоговым показателям. Количество районов с высокой заболеваемостью из года в год все более возрастают, что показано в табл. 3.

Ниже следующие кривые достаточно четко показывают динамику роста заболеваемости аскаридозом (рисунок).

Таблица 3

Распределение районов по интенсивному показателю

Годы	Число районов по степени градации										
	> 50	51-100	101-150	151-200	201-300	301-400	401-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500
2001	1	0	1	2	3	3	4	6	8	8	7
2002	2	0	0	3	5	4	6	10	5	7	0
2003	1	1	3	4	3	4	5	5	8	9	0
2004	0	0	3	3	2	7	9	6	7	5	0
2005	0	3	0	0	1	6	5	7	6	8	7
Итого	4	4	7	12	14	24	29	34	34	37	14



Ежегодные показатели динамики заболеваемости аскаридозом

Из результатов исследований, по уровню интенсивного показателя заболеваемости за пятилетие, в республике условно можно выделить 5 типов очагов аскаридоза, которые следует учитывать при проведении противоаскаридозных мероприятий: **Очаг слабой интенсивности** с заболеваемостью менее 50,0 на 100 тыс. населения; **умеренной интенсивности** – от 51,0 до 150,0; **средней интенсивности** от 151,0 до 400,0; **интенсивный** – от 401,0 до 700,0 и **высокой интенсивности** – выше 700,0 на 100 тыс. населения. В соответствии с типизацией очагов следует планировать проведение дифференцированных мер борьбы с аскаридозом. В частности, в очагах **слабой интенсивности** можно ограничиться лечением лишь больных выявленных при амбулаторных и стационарных обследованиях. В **умеренных очагах** необходимо планировать обследование в детских коллективах и обязательным лечением всех больных детей и членов их семей. В очагах **средней интенсивности** проводить поголовное лечение всех лиц, проживающих в данном очаге. В **интенсивных и высокоинтенсивных очагах** рекомендуется массовое 2-кратное лечение в поздней осени и зимой с интервалом между курсами 2-2,5 месяцев. Между лечебными курсами (2-2,5 месяцев), проводить обследование контрольной группы.

Настоящий анализ показал, что, за исключением 3-4-х, все районы, в основном горные, являются либо среднеинтенсивными либо интенсивными и высокоинтенсивными очагами аскаридоза, где необходимо развернуть основные квалифицированные комплексные противоаскаридозные мероприятия. Плановые и систематические лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия позволяют добиться оздоровления очагов аскаридоза.

Аскаридоз глубоко укоренился в республике еще давно, как социально-эндемическое заболевание и требует проведения не формальных, а принципиальных, глубоко продуманных и грамотно организованных мер борьбы с этим пагубным для здоровья людей злом.

Следует отметить, что по приказу Минздрава СССР за № 1089 от 13.08.86 г. (не отмененный ни кем) все стационарные и выборочно амбулаторные больные из группы риска должны быть в обязательном порядке подвергнуты обследованию на гельминтозы с последующим проведением им надлежащего лечения. Кроме того, обязательно следует планировать и проводить обследования среди детей до 14 лет и взрослых из группы риска. Результаты систематического планового обследования позволят, наконец, определить процент **зараженности**, т.е. говорить не только об интенсивном, но и **экстенсивном** показателе, что является более весомым и конкретным. При такой высокой заболеваемости в республике, крайне важен точный учет больных с экстенсивными и интенсивным показателями не только выявленных, но и пролеченных с последующим конечным результатом.

Крайне важным является улучшение общего лабораторного дела. За перестроечный период ослабление лабораторной диагностики привело к появлению некоторых дельцов из бизнеса и даже имеющих врачебные дипломы, прибегающих к обману простого народа, придумывая и используя совершенно чуждые и не имеющие отношение к гельминтозам методы (Фоля, компьютерные и др.) диагностики.

Список литературы

1. Абдулазизов А.И. Организация и проведение мероприятий по резкому и стойкому снижению основных геогельминтозов населения Дагестана АССР. – Махачкала: Даггид, 1982. – 32 с.

2. Абдулазизов А.И. Экосоциальные и региональные особенности аскаридоза в Дагестане // Экономика, экология и здоровье. – Ижевск, 1991. – С. 140-144.
3. Абдулазизов А.И., Романенко Н.А. Социально-экономические основы борьбы с аскаридозом и трихоцефалезом в Дагестанской АССР. – Махачкала: Дагиздат, 1994. – 140 с.
4. Абдулазизов А.И., Абдулгалимова Г.Н., Омарова П.А. География аскаридоза в Дагестане // Региональные проблемы экологии и медицинской географии: труды географического общества Дагестана. – 1997. – Вып. XXV. – С. 83-86.
5. Абдулазизов А.И. Профилактика паразитарных болезней: Методический сборник Санитарные правила и нормы (Сан ПиН 3.2.569-96) Информ. изд. Центр МЗ РФ. – М., 1997.
6. Абдулазизов А.И. Ландшафтная эпидемиология аскаридоза в Дагестане // Сб. научн. трудов Дагмедакадемии. – Махачкала, 2002. – С. 66-70.
7. Абдулазизов А.И. Динамика отдаленных результатов стойкого снижения геогельминтозов в районе низменного пояса Дагестана // Матер. докладов науч. конф. к 125-летию К.И. Скрябина. – 2003. – Вып. 4. – С. 10-18.
8. Абдулазизов А.И. Многолетний опыт проведения противогельминтозных мероприятий и динамика заболеваемости в горных районах Дагестана // Медицинская паразитология. – 2005. – № 2. – С. 33-35.
9. О санитарно-эпидемиологической обстановке в РД за 2005 г.: государственный доклад / руков. Э.Я. Омариева. – Махачкала, 2006. – 358 с.

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