

УДК 616-036.22:616.936 (575.2) (04)

ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗАБЫТОЙ БОЛЕЗНИ

В.С. Тойгомбаева – канд. мед. наук

С.Т. Карагулова – канд. мед. наук

Н.Т. Усенбаев – зам. ген. дир. Департамента санэпиднадзора

In this article the malaria morbidity data for 1920–2002 in Kyrgyzstan are given. Epidemiological features of malaria in the period of high morbidity (1920–1950), period of relative safety (1950–1980) and period of imported infection (1981–2002) are shown.

В настоящее время заболеваемость малярией регистрируется на территории более 90 стран земного шара, половина из них находится в Африке, южнее Сахары и является эндемичными по малярии. Здесь проживает около 2 млрд. населения, или 41% жителей планеты, которые имеют постоянную угрозу риска заражения малярией [1–5].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется 300–500 млн. человек, заболевших малярией, из них 1,5–2,7 млн. со смертельным исходом, 1 млн. – дети до 5 лет [6, 7]. Высокому риску распространения заболеваемости малярией способствуют следующие факторы:

- перемещение свыше 30 млн. человек (туристы, коммерсанты, наемные рабочие и служащие) из неэндемичных стран в страны с различной степенью передачи малярии;
- миграция около 20 млн. беженцев и переселенцев из эндемичных по малярии стран;
- распространение лекарственно-устойчивых возбудителей малярии.

В Туркестанском крае в конце XIX – начале XX вв. по распространению и тяжести клинического течения малярия занимала первое место среди регистрируемых инфекционных заболеваний. Так, в Кыргызстане показатель заболеваемости достигал 3872,5 на 100 тыс. населения. С 1889 по 1899 гг. удельный вес малярии составил 20% в общем количестве регистрируемых заболеваний. Однако факти-

ческая заболеваемость была намного выше, поскольку регистрировались в основном городские жители. Заболеваемость сельских жителей официальная статистика полностью не отражала, хотя вероятность заражения у них была намного выше из-за климато-гидрологических условий проживания. Насколько была распространена малярия в крае можно судить по заболеваемости войск, статистические данные которых гораздо точнее сведений о заболеваемости коренного населения. По отчетным данным, в 1890 г. из 1000 военнослужащих русской армии в Туркестанском округе 982 болело малярией.

В 1901 г. доктор Б.А. Колосов писал в своем отчете: "Бич Средней Азии – малярия, свирепствует она почти повсеместно. Трудно здесь встретить здорового человека, а все население производит впечатление вырождающегося. Апатический вид, исхудалые желтые лица составляют внешние признаки этого населения, так что путешественнику, не знающему причины ее может показаться, что население принадлежит к особой расе желтокожих" [6].

В г. Ош в 1906 г. каждый седьмой житель был болен малярией. Периодические подъемы заболеваемости малярией отмечались и в Чуйской долине. В 1921–1922 гг. наблюдалась жестокая эпидемия малярии, которой были поражены жители не только долин, но и предгорий. Учитывая неблагоприятную ситуацию по малярии, начиная с 1920 г., в республике

периодически проводятся врачебные экспедиции. Путем обследования всего населения выявляются больные, проводится лечение, оказывается методическая помощь местным медицинским работникам в проведении противомаларийных мероприятий.

В 30-е годы в республике была проведена большая исследовательская работа по изучению региональных особенностей малярии и разработана программа по оздоровлению. Благодаря противомаларийным мероприятиям (борьба с комарами, совершенствование ирригационной системы, широкая акрихинизация населения, активное выявление больных и их лечение) заболеваемость малярией постепенно снижается.

В начале 80-х годов, после более чем 20-летнего перерыва в республике стали вновь регистрироваться завозные случаи малярии, а с 1986 г. и местные. В 1986 г. было выявлено 14, а в 1987 г. – 10 случаев местной малярии. В большинстве своем местные случаи малярии регистрировались в Баткенском районе, пограничном с Таджикистаном. В последующие годы, вплоть до 1995 г., в республике наблюдались только завозные случаи малярии и после восьмилетнего перерыва вновь стали регистрироваться местные случаи малярии. В 2002 г.

в южном регионе местная малярия приняла характер эпидемии.

Многолетнюю динамику малярии за анализируемые годы (1920–2002 гг.) можно разделить на три периода (рис 1.):

– широкое распространение 1920–1950 гг., когда интенсивный показатель заболеваемости варьировал от 224,2 (1921) до 3852,1 (1944). Многолетняя тенденция в этом периоде была стабильно высокой. Однако и на этом фоне наблюдались эпидемические подъемы. Так, годами эпидемических вспышек малярии являются 1928 г. (интенсивный показатель – 3138,4), 1931 г. (3765,6), 1933 г. (3307,8), 1943–1945 г. (3649,1; 3852,1; 3330,9 соответственно). Малярия имела преимущественное распространение по районам Ошской области и Чуйской долины, в 1932 г. и предгорьям Ала-Тау. Особенно высокая заболеваемость отмечалась в Аламудунском районе, Кетмен-Тюбе и на руднике Нарын, где малярией было поражено до 80% рабочих;

– снижение случаев малярии с 1950 г. и до 1957 г. показатели заболеваемости изменялись от 1,3 (1957 г.) до 90,9 (1952 г.). Период благополучия по малярии начинается с конца 50-х и продолжается до 80-х годов. В течение этих

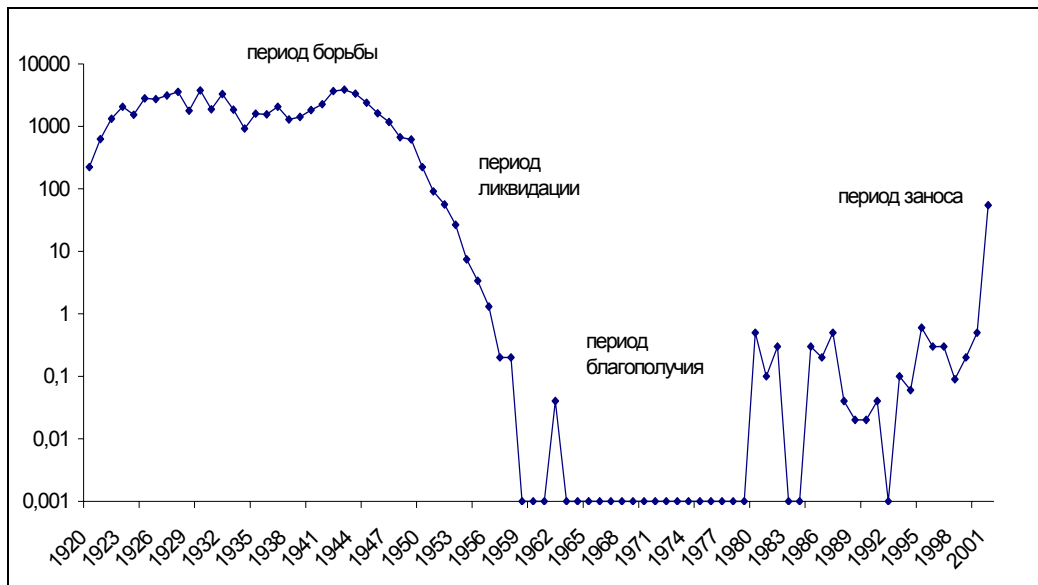


Рис. 1. Заболеваемость малярией в Кыргызской Республике за 1920–2002 гг. лет больных малярией совсем не было, кроме отдельных лет (1958–1959 гг. интенсивный показатель – 0,2; 1963 г. – 0,04), когда заболе-

ваемость встречалась в виде единичных завозных случаев;

– обнаружение завозных и местных случаев малярии – 1981–2002 гг. За этот период в республике было зарегистрировано 2968 случаев малярии, из них 98% заболевших приходится на долю местной малярии.

Увеличение числа заболевших связано с рядом факторов:

– ухудшение эпидемиологической ситуации по малярии в Таджикистане, Азербайджане, где возросло число завоза малярии из Афганистана, что привело к возникновению многочисленных вторичных очагов, особенно в Таджикистане, граничащем с нашей республикой;

– ландшафтно-климатическими условиями территории республики, которые представляют потенциальную маляриогенную зону: семь видов малярийных комаров, значительные площади анофелогенных водоемов (2038) и благоприятный температурный фактор, обеспечивающий массовое развитие преимагинальных стадий на протяжении 5–7 месяцев, в течение которых реализуется 4–12 генераций [8];

– резким сокращением объемов гидротехнических работ, приостановкой ликвидации хозяйственно-ненужных водоемов, внедрением рисосеяния без учета санитарных зон разрыва и даже непосредственно на подворьях. Количество и площадь рисовых полей с каждым годом увеличиваются. На сегодняшний день имеется более 3000 га, засеянных рисом;

– резким сокращением штатных должностей в службе борьбы с малярией. На всех уровнях медицинского обслуживания нет кадров, имеющих опыт борьбы с малярией, знающих ее особенности и умеющих определить наиболее приоритетные, адекватные и эффективные меры по сдерживанию и локализации очагов ее распространения. Техническое оснащение лабораторной и энтомологической служб остается слабым.

В течение 1981–2001 гг. по республике было зарегистрировано 237 случаев малярии, из них 78,9% были завозными и 21,1% местными. Из 237 заболевших малярией 86 (36,2%) были зарегистрированы в южных областях, одна треть заболеваний (31,6%) – в г. Бишкек и 22,3% – в Чуйской области. В г. Бишкек и Чуйской области в основном регистрировалась завозная малярия, а на юге республики в 80%

случаев – местная. Анализ возрастной структуры заболевших малярией за этот период свидетельствует о том, что группу риска составили люди активного трудоспособного возраста (15–45 лет) – 74,9% от общего числа, на долю детей до 14 лет приходилось 15%, а 45–56-летних – 8,3%. Основная часть заболевших малярией была представлена неработающими (45,7%) и сельскохозяйственными рабочими (25,7%). Неорганизованные дети составляли 17% заболевших, студенты, туристы, пенсионеры – от 2,8 до 5,7%.

В годовой динамике заболеваемости малярией наблюдается выраженная сезонность. В 70% случаев малярия регистрировалась с апреля по сентябрь в период биологической активности переносчиков.

Данные эпидемиологического обследования очагов малярии показывают, что медицинские работники не были ориентированы на диагностику малярии. В 26% случаев первоначально больным малярией выставлялся диагноз вирусный гепатит, лихорадка неустановленной этиологии, лихорадка Ку, ТПЗ, энтероколит, ПТИ, ОРВИ и ОРЗ и т.д. Из-за позднего обращения заболевших за медицинской помощью у 52% больных диагноз был выставлен на 4–15-й день болезни. Анализ сроков обращаемости заболевших за медицинской помощью выявил, что менее половины заболевших обратились в первые три дня (удельный вес – 46,7%), в последующие 4–7 дней – еще 38,3% и позже 7 дней – остальные.

В 2002 г. малярия в республике приняла характер эпидемии: 2731 случай малярии – 54,9 на 100000 населения. Основная масса заболевших – жители Ошской, Жалалабадской и Баткенской областей. Их удельный вес в заболеваемость малярией 2002 г. составил 99,2%: Ошская область – 60%, Жалалабадская – 26,8% и Баткенская – 12,2%. Большинство случаев малярии было выявлено в г. Ош – 892 больных и в Кара-Суйском районе – 524, являющимся приграничным с г. Ош.

Вспышка малярии началась с Баткенской области, которая граничит с Таджикистаном. Больные стали выявляться с мая, пик заболеваемости пришелся на июнь, а уже в июле малярия зарегистрирована в Ошской, в августе – в Жалалабадской областях. Пик заболеваемо-

сти в этих областях пришлось на сентябрь, когда было зарегистрировано 44,7% всей годовой заболеваемости малярией (рис. 2).

Возрастная структура заболевших в целом по республике характеризовалась преимущественным поражением взрослых (61,4%). Дети до 14 лет составляли 38,6%. Причем они распределились следующим образом: дети 2–6 лет – 20–31,8%, 9–14 лет – 26%, 6–9 лет – 17,6%, 1–2 года – 24,3% (рис. 3). Следует от-

метить, что в Жалалабадской области более половины заболевших были дети до 14 лет – 54,9%, тогда как в Ошской и Баткенской областях – 35,3 и 33,4% случаев соответственно. Как по республике в целом, так и по всем южным областям удельный вес заболевших мужчин был выше, чем женщин (52,3–53,5%).

Таким образом, в эпидемиологии малярии в республике можно отметить следующие факторы:

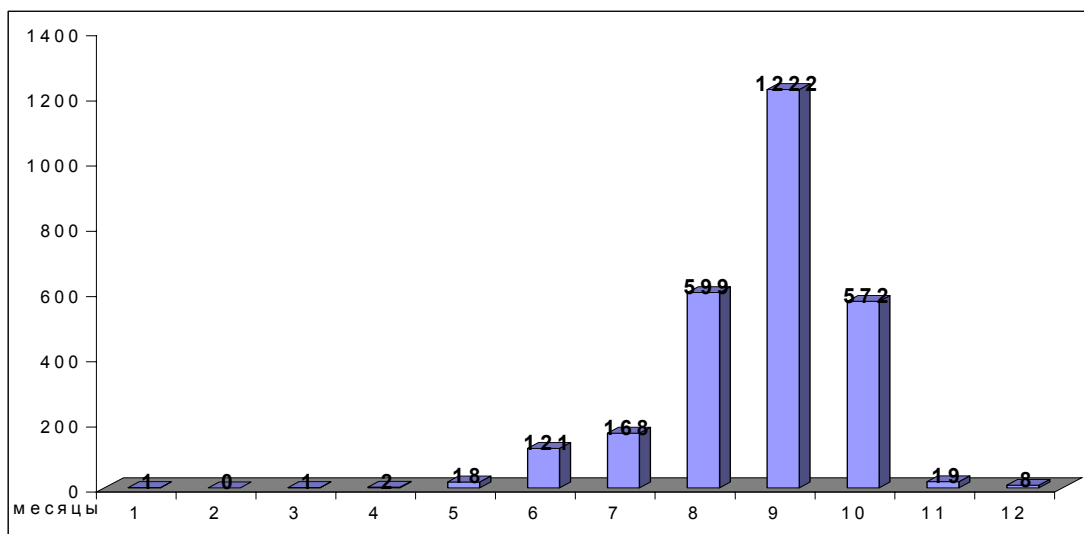


Рис. 2. Годовая динамика заболеваемости малярией в 2002 г.

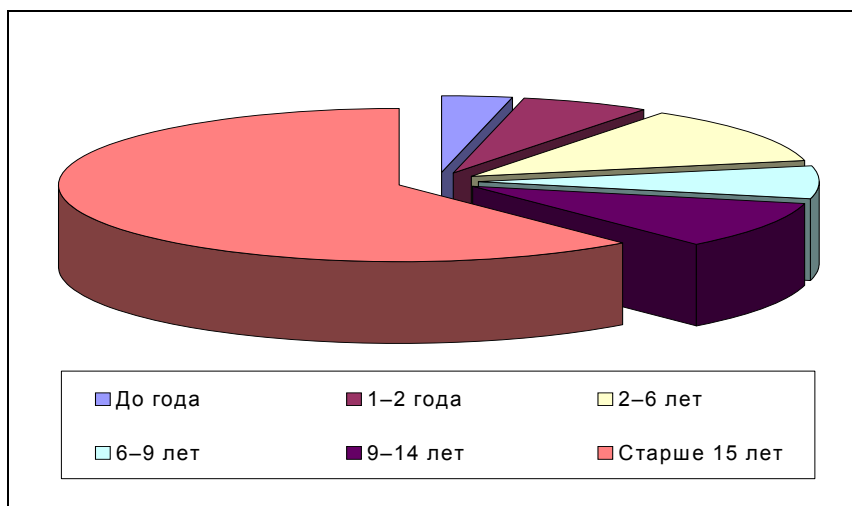


Рис. 3. Возрастное распределение заболеваемости малярией.

- в начале XX в. малярией было охвачено почти все население республики, показатель заболеваемости достигал 3872,5 на 100 тыс. населения. В Ошской области малярией был поражен каждый седьмой житель;
- 1920 г. – первые противомаларийные врачебные экспедиции;
- 1930 г. – функционировало 8 малярийных станции;
- заболеваемость оставалась высокой: в 1933 г. в с. Ивановка Кантского района от малярии страдал почти каждый житель;
- 1935 г. – в республике работали уже 34 малярийных станций;
- 1939 г. – заболело 57 тыс. человек, 1945 г. – более 67 тыс.;
- 1950 г. – наметилась тенденция к снижению заболеваемости (всего 221 случай);
- 1959 г. – малярия практически ликвидирована;
- 1959–1980 гг. – благополучные по малярии годы;
- 1981 г. – завоз малярии из Афганистана;
- 1981–2001 гг. – зарегистрировано 237 случаев малярии;
- 2002 г. – эпидемическая вспышка в южном регионе республики – 2731 случай;
- 2003 г. за 8 месяцев – 237 случаев.

Создавшаяся в настоящее время эпидемиологическая ситуация по малярии требует безотлагательного выполнения следующих мероприятий:

- 1) организовать подготовку кадров по вопросам диагностики, лечения и борьбы с малярией;
- 2) укрепить паразитологическую и энтомологическую службы в плане подготовки специалистов и обеспечения необходимым оборудованием;
- 3) запланировать и проводить мероприятия по борьбе с переносчиками малярии;
- 4) мобилизовать общественность, население и медицинских работников на борьбу и профилактику малярии;
- 5) усовершенствовать систему эпидемиологического надзора за малярией.

Литература

1. Джумалиев Н. Основные этапы развития санитарно-эпидемиологической службы Киргизской ССР. – Фрунзе, 1977. – 316 с.
2. Лысенко А.Ю., Кондрашин А.В. Маляриология. – ВОЗ. – Женева, 1999.
3. Материалы совещания стран ЕвроВОЗ, столкнувшихся с проблемой возврата малярии. – Алматы, 2001.
4. Плишкин А.А. Экологические обоснования потенциальных очагов малярии в республике // Здравоохранение Киргизии. – 1989. – № 2. – С. 8–11.
5. Прогресс, достигнутый в борьбе с малярией // Спец. выпуск. ЕвроВОЗ. – 2000.
6. Ситуация по малярии в странах УАР, столкнувшихся с возвратом малярии. – ЕвроВОЗ, 1998.
7. Koll Back Malaria highlights, 2000–2001, ВОЗ – 2001.
8. Tropical Disease Research, ВОЗ. – 2000.