

Р.А. Ибатуллин¹, Р.В. Магжанов²

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Республиканская клиническая больница¹,
Башкирский государственный медицинский университет²

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) остается важнейшей проблемой практического здравоохранения, несмотря на то, что история изучения заболевания насчитывает более чем 70 лет. Уральский регион был и остается территорией наиболее неблагоприятной по заболеваемости КЭ. Республика Башкортостан (РБ) занимает большую часть Южного Урала, гранича с областями наиболее высокой заболеваемости КЭ (Челябинская, Свердловская, Пермская области и Удмуртия). Многолетнее наблюдение за клинико-эпидемиологическими показателями заболевания в РБ указывает на значимые изменения, происходящие со временем и требующие проведения адекватных профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучение особенностей заболеваемости и клиники КЭ в РБ для рационального и эффективного осуществления лечебно-профилактических мероприятий.

Методы. Проанализированы карты эпидемиологического обследования больных КЭ за 1953-2009 гг. Эпидемиологическое исследование включало использование дескриптивного метода.

Результат. Среднеголетняя заболеваемость КЭ в РБ (1953-2009 гг.) составила $1,9 \pm 0,8$ на 100 тыс. населения. В динамике заболеваемости выделено 3 периода, отличающихся интенсивностью и характером тенденции. Среднеголетний уровень заболеваемости в первый период (1953-1974 гг.) оказался – $1,2 \pm 0,2$

на 100 тыс. населения. Второй период (1975-1999 гг.) отличается от первого значительным ростом ($p < 0,05$) заболеваемости ($3,1 \pm 0,4$ на 100 тыс. населения). Третий период (2000-2009 гг.) характеризуется наиболее низким уровнем заболеваемости за все время наблюдения КЭ, составивший в среднем $0,8 \pm 0,3$ на 100 тыс. населения и оказавшийся значимо ($p < 0,05$) ниже, чем во II период. Выявлено также изменение клиники КЭ в РБ за 57-летний период: более легкое клиническое течение, преобладание лихорадочной и менингеальной форм (до 91%), значительное уменьшение доли очаговых форм заболевания.

Заключение. Таким образом, КЭ в РБ в 2000-е годы характеризуется снижением уровня заболеваемости, а также более легким клиническим течением инфекции. В то же время, циклический характер эпидемического процесса может указывать на возможное дальнейшее повышение уровня заболеваемости. Так или иначе, но снижение заболеваемости или даже отсутствие случаев заболеваний на протяжении ряда лет не может служить основанием для ослабления внимания к природным очагам КЭ (Наумов Р.Л., 1990).

Р.А. Ибатуллин¹, Р.В. Магжанов²

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В РАЗНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Республиканская клиническая больница¹,
Башкирский государственный медицинский университет²

Введение. Территория Республики Башкортостан (РБ) является эндемичной по клещевому энцефалиту (КЭ). Начиная с 2000-х годов, заболеваемость характеризуется общим невы-

соким уровнем по сравнению с ближайшими соседними областями Уральского региона, и колеблется от 0,53 до 1,85 на 100 тыс. населения. В то же время большая территория РБ и сопряженная с этим неоднородность географических ландшафтов определяет различия в интенсивности, динамике и структуре заболеваемости КЭ. Многолетний опыт борьбы с КЭ в России убеждает в целесообразности эпидемиологического районирования эндемичных территорий (Вотьяков В.И., 1978; Коренберг Э.И., 1981; Бусыгин Ф.Ф., 1985) для разработки дифференцированных подходов к системе эпидемиологического надзора за этой инфекцией.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости на различных климато-географических территориях РБ с целью разработки дифференцированного подхода к системе эпидемиологического надзора за КЭ.

Методы. Использован метод эпидемиологического районирования на ландшафтной основе.

Результаты. Сведения о заболеваемости по районам были сгруппированы по трем основным климато-географическим зонам РБ (Предуралье – Южный Урал – Зауралье). При сопоставлении динамики заболеваемости КЭ (с 50-60-х годов прошлого столетия) в основных географических зонах РБ можно отметить равнозначность показателей Предуралья и Южного Урала до 1982 г., находящихся в пределах 0,5-3,0 случая на 100 тыс. населения. В 70-90-е годы наблюдается значительный подъем заболеваемости в Предуралье, достигая максимума в 80-90-е годы (до 100% от всего количества больных КЭ). В последние годы (с 2000-х гг.) на фоне значительного снижения заболеваемости в Предуралье ($0,6 \pm 0,3$ на 100 тыс. населения) возрос ее уровень на Южном Урале ($2,8 \pm 1,3$) и наблюдается «оживление» спорадической заболеваемости в Зауралье (в среднем 0,9 на 100 тыс. населения).

Заключение. Установлен неравномерный характер заболеваемости КЭ по различным климато-географическим зонам РБ. Наибольшую эпидемиологическую значимость по уровню и тенденциям заболеваемости в последние годы (2000-е гг.) представляет собой территория Южного Урала. Отмечается расширение ареала инфекции восточнее прежних границ с появлением «новых» очагов в районах Южного Урала и Зауралья. Таким образом, анализ динамики заболеваемости в разных климато-географических зонах РБ указывает на значимые изменения ареала распространения инфекции в разные годы. Полученные сведения важны для наиболее эффективного осуществления лечебно-профилактических мероприятий.

Л.С. Карань¹, Р.А. Егембердиева²,
Н.М.Колясникова^{1,3}, М.В. Федорова¹

ИЗУЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ I.RERSULCATUS ПАТОГЕННЫМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА МИКРООРГАНИЗМАМИ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

² Казахский Национальный медицинский университет, Алматы;

³ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова РАМН, Москва

Введение. В настоящее время сохраняется достаточно большое число лиц, у которых не выявлен этиологический агент заболевания, возникшего после присасывания клеща, не диагностируются микст-инфекции, при которых тяжесть течения болезни может усугубляться и увеличиваться риск развития хронической формы, снижаться эффективность терапии. Профилактика инфекционных заболеваний также нуждается в своевременном и полном исследовании переносчика. При исследовании клещей