

заключать в себе конструктивный элемент, апеллировать к здоровым сторонам человеческой натуры. Здоровый образ жизни детей во многом определяется образом жизни родителей, среды, в которой растет и воспитывается ребёнок.

В результате проводимого мониторинга с накоплением все большего объема базы по отравлениям становятся очевидными определенные закономерности, появляется возможность выявления неблагополучных семей, где регистрируются отравления у одних и тех же людей или у разных членов семьи в течение нескольких лет. Чаще всего это родители и дети. Как правило, это не единичные отравления, такие отравления проявляются с определенной периодичностью, повторяемость случаев отравлений иногда сопровождается достижением желаемого результата (суициды со смертельным исходом). Еще одной закономерностью является то, что чаще всего отравления любыми веществами у взрослых проходят на фоне приема алкоголя.

В связи со стремительным ростом алкогольных отравлений, начиная с 2001 г., Октябрьским центром санэпиднадзора были подготовлены материалы для заслушивания на Координационном совете при администрации района с целью обоснования необходимости разработки и принятия районной программы. В результате проведенной работы блок "профилактика отравлений и никотиновой зависимости" включен в "Комплексный план профилактики наркомании и иных видов зависимостей на период 2001-2003 гг.", утвержденный постановлением главы администрации № 656 П от 12.04.01г.

Вопросы о профилактике острых отравлений, вызванных алкогольными напитками, наркотиками и прочими веществами ежеквартально рассматриваются в администрации района с привлечением всех представителей заинтересованных ведомств (ЦГКБ №1, МУ ДГП № 13, РЦГСЭН, РУО, РУВД, КДМ, нарколога и т.д.). Проводятся совещания в РОНО по итогам года с директорами школ и заведующими детскими дошкольными учреждениями, в ДГП № 13 с медработниками школ и дошкольных учреждений, медсоветы по острым отравлениям в быту в ЦГКБ № 1.

Аналитические материалы об острых отравлениях в быту населения района включаются в Доклад "О санитарно-гигиенической обстановке в Октябрьском районе за год" и в виде информационных писем доводятся до сведения администрации района, ЦГКБ № 1, ДГП № 13, комитета по делам молодежи, РОНО, РУВД. Аналогичные письма направляются в эти же инстанции по итогам каждого квартала.

Материалы по острым отравлениям в быту размещаются на WEB – сайте Октябрьского ЦСЭН, статьи публикуются в газетах "Вечерний Екатеринбург" и "Наш Октябрьский район" и других СМИ.

Т.А. Обоскалова, Л.П. Терешина, Н.М. Скоромец

## УПРАВЛЕНИЕ ОХРАНОЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО МЕГАПОЛИСА

Управление здравоохранением администрации  
г. Екатеринбурга,  
Уральская государственная медицинская академия

В настоящее время при ведении беременности и родов большое внимание уделяется состоянию плода и новорожденного, что, в свою очередь, определяет здоровье будущих поколений. Успешно развивающаяся перинатальная медицина становится неотъемлемой частью акушерства не только на этапе стационарной помощи, но и в женской консультации в период вынашивания беременности [2,4,5]. Большое значение в улучшении перинатальных исходов, снижении перинатальной смертности имеет создание перинатальных центров (ПЦ) [3,6]. В ПЦ концентрируются пациентки с патологическим течением беременности и предполагаемыми осложнениями родов. Адекватная технологическая оснащенность ПЦ, наличие квалифицированных кадров позволяет не только сохранять жизнь и здоровье матери и ребенка, но и проводить научные изыскания, являющиеся основанием для методологических разработок, приближающих врачей к работе со стандартами [4,5,6].

В Екатеринбурге в 1996 г. в составе Центра планирования семьи и репродукции (ЦПСИР) организовано акушерское отделение для диспансерного наблюдения беременных высокого риска, которое, по существу, является амбулаторным подразделением будущего городского Перинатального центра, создание которого предусмотрено на базе многопрофильной городской клинической больницы №40.

Помимо перинатальной помощи, ЦПСИР выполняет основные функции по охране репродуктивного здоровья населения Екатеринбурга. Структура ЦПСИР постоянно совершенствуется. В состав Центра входят: 1) гинекологическое отделение с приемами по гинекологической эндокринологии, мужскому и женскому бесплодию, патологии перименопаузы; 2) отделение планирования семьи с приемом по детской и подростковой гинекологии; 3) акушерское отделение для беременных высокого риска; 4) консультативная поликлиника, в которой представлены узкие специалисты терапевтического и хирургического профилей для консультирования пациентов Центра (уролог, маммолог, кардиолог, эндокринолог и др.); 5) дневной стационар.

Все отделения ЦПСИР функционально и методически связаны с женскими консультациями и акушерскими стационарами города. Кроме клинической деятельности Центр несет большую образовательную и просветительскую нагрузку для врачей города и для населения. Центр является базовой частью общегородской системы охраны репродуктивного здоровья.

**Цель исследования:** изучение эффективности амбулаторных технологий в рамках единой системы охраны репродуктивного здоровья в крупном промышленном городе.

Материалы и методы. Отчетные формы официальной статистики за 2000-2004 гг., данные оригинальных отчетных форм, разработанных в Управлении здравоохранением Екатеринбурга для детального анализа показателей репродуктивного здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. Важность организации работы поликлинического звена заключается в том, что здесь впервые оценивается состояние матери и плода и выявляются осложнения. В городе сложилась определенная система угроз метрической сортировки беременных, которая начинается с 1-й явки в женскую консультацию. Отбор в Центр проводится врачебной комиссией.

Критерии для отбора в Центр следующие: перинатальные потери в анамнезе, привычное невынашивание, бесплодие в анамнезе, наличие тяжелой экстрагенитальной или генитальной патологии. Таким образом, в Центре сосредотачиваются беременные в 100% угрожаемые на невынашивание, формирование тяжелой акушерской патологии, имеющие патологию различных органов и систем.

В городе разработаны диагностико-тактические алгоритмы ведения беременных с различными отклонениями. Алгоритм для группы наиболее высокого риска предполагает скрининговое обследование на выявление всей возможной патологии и включает: определение гормонального фона, диагностику экстрагенитальной патологии, исследование фетоплацентарного комплекса, инфекций половых путей, инфекций с другими локализациями и путями передачи, приводящих к внутриутробному инфицированию плода.

Разработана уточненная шкала оценки факторов риска с учетом экологических и социальных воздействий и степени тяжести или возникновения обострения заболеваний во время беременности. Начато внедрение АРМ «Рабочее место врача-акушера женской консультации».

Критериями эффективности работы с беременной являются отсутствие существенного увеличения степени риска к концу беременности и благополучный исход родов для матери и плода.

На протяжении беременности оценка качества ведения проводится врачебной комиссией Центра. Наиболее сложные пациентки консультируются группой врачей на заседаниях городского перинатального консилиума, возглавляемого главным акушером-гинекологом Управления здравоохранения.

Центр поддерживает функциональную связь с роддомами, отслеживает исходы родов, осуществляет экспертизу качества оказания помощи.

В ЦПСИР постоянно проводится аналитическая, научная работа сотрудниками кафедр Уральской государственной медицинской академии, которая позволяет оптимизировать решение наиболее актуальных проблем в области акушерства, гинекологии и перинатологии.

В городе в течение 5 лет закончили беременность 3476 женщин, отнесенных к группе наиболее высокого риска, что составило в среднем 5,8% от всех закончивших беременность. В 1999 г. диспансерная группа составляла 2,0%, а в 2004г. – 9,9%.

Сравнение данных об исходах гестационного процесса в популяции беременных и в группе риска демонстрирует, что группа риска получает эффективную медицинскую помощь. Исходы беременности в ней лучше, чем в популяции или идентичны им. Так, в Центре показатель невынашивания беременности ниже уровня женских консультаций, выше частота выявления аномалий развития плода, ниже перинатальная смертность. Частота преждевременных родов – 3,4%, как и в территориальных женских консультациях – 3,5%, но новорожденные с массой тела до 1500,0г составляют 10,5%, несмотря на высокую частоту индуцированных преждевременных родов, а в женских консультациях – 15,5%.

В группе риска практически нет запоздалых родов, что так же указывает на правильное планирование сроков родоразрешения. В связи с вероятным досрочным родоразрешением беременным проводится профилактика дистресс-синдрома плода.

Родоразрешение женщин группы риска в подавляющем большинстве случаев плановое. Тяжелая соматическая и акушерская патология, более объективная оценка состояния плода обуславливают высокую частоту оперативного родоразрешения – 25-30%, в родильных домах города в среднем показатель частоты кесарева сечения 16,5±0,9%.

Хорошая подготовка к родам на этапе беременности и спланированный родовой акт обеспечивают благополучное завершение беременности как для матери, так и для новорожденного.

Новорожденные от матерей группы риска имеют более высокую массу тела, лучше адаптируются. Дети с экстремально низкой массой тела рождаются крайне редко. Соматическая патология, даже самая тяжелая, к моменту родов скомпенсирована.

Беременные адекватно подготовлены психологически. Акушерские осложнения у них возникают реже. Например, слабость родовой деятельности в 3 раза реже, чем в популяции родильниц, соответственно 1,0±0,2% и 5,5±1,6%.

Средний показатель перинатальной смертности (ПС) за 5 лет составил по родильным домам 9,7±0,9 на 1000 новорожденных, по женским консультациям – 5,8±0,7 (p<0,05), по ЦПСИР – 6,2±0,6‰. Различия между роддомами и женскими консультациями обусловлены влиянием группы пациенток, не обращавшихся во время беременности за медицинской помощью. Их доля составляет 8-10%. Показатель Центра несколько выше, чем у беременных, посещавших женские консультации, но различия недостоверны. Вероятность перинатальных потерь в группе риска значительно выше, но рациональные организационные и медицинские технологии позволяют предотвращать неблагоприятные исходы для плода и для матери. Наиболее эффективно Центры охраны репродуктивного здоровья начали воздействовать на показатели города тогда, когда группа риска превысила 5% и составила в 2004 г. 9,9%.

Анализ показал, что по данным родильных домов и женских консультаций, в структуре материнских причин, обусловивших смерть ребенка, первое место по-прежнему занимают осложнения беременности, составляя 35%, из них острая патология плаценты и

пуповины – 14,0±4,2, хроническая плацентарная недостаточность – 19,7±4,6, гестоз – 11,8±3,0%. В последние годы произошли некоторые сдвиги в структуре причин со стороны плода. 59,9±6,7% приходится на долю прогрессирующей внутриутробной гипоксии и асфиксии в антенатальном периоде и в родах; второе место занимают врожденные аномалии и пороки развития – 12,9±6,2%; третье место приходится на инфекции перинатального периода – 9,7±3,6%. Причем, речь не идет о возрастании частоты внутриутробных аномалий плода. Наоборот, частота этой патологии сокращается в связи с хорошо организованной в городе и Свердловской области медико-генетической службой. Значительная часть пороков выявляется во время беременности и осуществляется элиминация плодов с аномалиями, несовместимыми с жизнью. Сокращение доли инфекции в структуре причин ПС обусловлено широким охватом беременных диагностическими исследованиями на предмет выявления инфекций половых путей и других локализаций и своевременной их санацией, предотвращающей внутриутробное инфицирование плода. Эффективная работа по поддержанию противозидемического режима родильных домов, рациональная антибиотикотерапия новорожденных сократили частоту внутрибольничного инфицирования и, особенно, генерализованных форм инфекций, которые и приводят к летальным исходам у новорожденных.

Одной из наиболее часто встречающихся причин внутриутробных пороков развития плода является воздействие неблагоприятной природно-антропогенной среды в ранние сроки беременности. В атмосферный воздух города и его окрестностей промышленные предприятия и автотранспорт ежегодно выбрасывают от 81 до 125 тысяч тонн твердых, жидких и газообразных соединений, содержащих вредные для здоровья вещества. На протяжении многих лет сохраняется напряженная ситуация с обеспечением города качественной питьевой водой. По данным лабораторных исследований, почва загрязнена свинцом, медью, хромом, никелем, мышьяком и другими вредными для здоровья тяжелыми металлами [1].

Важным фактором риска внутриутробных пороков развития плода (ВНР) является бесплодие. Причины бесплодия многообразны. По данным ЦПСИР, при цитогенетическом обследовании супружеских пар с бесплодием хромосомные абберации выявляются в 17-26,5% наблюдений. Для максимального снижения частоты ВНР плода проводится обязательное обследование беременных в ранние сроки по следующим показателям: возраст старше 35 лет, наличие в семье ребенка с врожденной патологией, наследственные заболевания в семье, длительная угроза прерывания беременности в первом триместре, самопроизвольные выкидыши в анамнезе, бесплодие, проживание в экологически неблагоприятных районах, вирусные инфекции в ранние сроки беременности; вредные привычки, кровное родство супругов. При учете указанных факторов риска углубленному обследованию, включающему обязательное медико-генетическое консультирование, ультразвуковое исследование в динамике, изучение сывороточных маркеров, начиная с первого триместра, по показаниям –

инвазивные пренатальные процедуры, подлежат почти 80% беременных. Однако необходимо иметь в виду, что часть беременных (около 20%) остается вне группы риска и поэтому выпадает из поля зрения специалистов по выявлению врожденной и наследственной патологии плода. Эти данные подчеркивают необходимость проведения скрининговых исследований у всех женщин в ранние сроки беременности. В ЦПСИР используются следующие скрининговые методы: УЗИ в 10-12 и 20-24 нед.; определение уровня плазменного протеина, связанного с беременностью (РАРР-Р) в сроке до 12 недель беременности, а также исследование уровня сывороточных маркеров (эстриол, альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин человека) в сроке 15-20 недель.

Существенное значение для обеспечения диагностики этих состояний имеет стабильное финансирование в рамках Губернаторской программы «Мать и дитя», осуществляемой на территории Свердловской области уже в течение 5 лет. Но тотального охвата беременных пренатальным биохимическим скринингом достичь пока не удалось, поэтому некоторые ВНР, в частности, хромосомные аномалии, не диагностируются.

Использование неинвазивных методов пренатальной диагностики позволяет формировать группу беременных женщин, которым показана инвазивная диагностика. В зависимости от срока беременности и медицинских показаний в медико-генетической лаборатории Свердловского областного ЦПСИР проводится биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, плацентоцентез. Среди пациенток городского ЦПСИР аномалии кариотипа плода были выявлены в I триместре около 8%, во II триместре почти 9%. Показатель общей выявляемости аномального кариотипа плода составил в 2003 г. около 9%, что свидетельствует о правильности выбора показаний к инвазивным методам исследования. Эти данные могут констатировать целесообразность использования как скрининговых, так и выборочных инвазивных методов при обследовании беременных женщин из группы повышенного риска.

Наряду с перинатальной смертностью, тенденцию к улучшению имеют и другие интегральные показатели.

Резервом снижения патологии беременности является профилактика невынашивания, которая должна начинаться с прегравидарной подготовки супружеской пары к беременности. Современные методы профилактики, диагностики и лечения невынашивания беременности позволяют пролонгировать беременность до оптимальных сроков родоразрешения у 95% женщин. Отработка технологий и алгоритмов ведения беременных, угрожающих на невынашивание, позволило сократить частоту самопроизвольного прерывания беременности и преждевременных родов. Средний показатель невынашивания в период 1993-97 гг. составлял 7,4±0,08%, в 1998-03 гг. – 5,9±0,5% (p<0,005). В структуре невынашивания стабильно преобладают преждевременные роды (57,9±1,3%), самопроизвольные аборты (13,8±0,6%) и регрессирующая беременность (14,2±0,7%).

Частота преждевременных родов, по данным женских консультаций, в Российской Федерации в 1998 г. составила 3,8%, в 2003 г. – 3,6%, в г. Екатеринбурге, соответственно 4,4 и 3,0%. За период 1993-1997 гг. и

1998-2003 гг. преждевременные роды в Екатеринбурге среди пациенток женских консультаций сократились с  $4,3 \pm 0,1$  до  $3,4 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,005$ ). Показатель преждевременных родов в родильных домах сократился с  $7,7 \pm 0,3$  до  $6,4 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,005$ ).

Наряду со снижением перинатальной смертности имеется тенденция к снижению общей заболеваемости новорожденных детей. Частота внутричерепной родовой травмы за период 1998-2003 гг. снизилась более чем в 3,5 раза, что свидетельствует о правильном выборе тактики ведения осложненных родов и наиболее щадящих методов разрешения, которые совершенствуются в интересах матери и ребенка.

В 2001 г. впервые изменилась структура младенческой смертности - на 2-е место вышли внутриутробные пороки развития (ВПР). Инфекции перинатального периода переместились на 3-е место. Состояния, возникшие в перинатальном периоде, по-прежнему, лидируют. Структура младенческой смертности идентична перинатальной и значительно зависит от исходов беременности.

Идеология безопасности материнства способствует развитию перинатальной помощи на основе психологически комфортного (физиологического) родоразрешения, более открытого режима работы акушерских стационаров, партнерства в родах, совместного пребывания матери и ребенка, раннего прикладывания новорожденного к груди, решения проблем грудного вскармливания [2,3,5].

Наряду с выполнением целевой федеральной программы «Безопасное материнство», реализацией на территории Свердловской области Губернаторской программы «Мать и дитя», в Екатеринбурге разработана и внедряется в практику программа «Здоровье маленьких горожан».

Необходимо подчеркнуть, что в течение 1996-2003 гг. Управлением здравоохранения администрации города были разработаны и внедрены организационные и лечебные технологии акушерско-гинекологической помощи, способствующие улучшению репродуктивного здоровья горожан. Созданы Центры охраны репродуктивного здоровья на базе городского ЦПСИР и впервые задействованы диагностические мощности и кадровый потенциал такой структуры как Екатеринбургский консультативно-диагностический центр. Крупнейшее лабораторно-диагностическое учреждение – Городской центр лабораторной диагностики ВИЧ и болезней матери и ребенка – обеспечивает современную диагностику у пациентов с нарушениями репродуктивной функции, в частности, у беременных высокого риска.

Создана городская клинико-экспертная комиссия, которая осуществляет отбор беременных группы высокого риска в режиме диспансерного наблюдения, используя алгоритмы ведения беременности. Организована четкая взаимная преемственность акушерских отделений Центров охраны репродуктивного здоровья с женскими консультациями города. Оптимизирована сортировка беременных по группам риска на ранних сроках гестации, отработано их своевременное направление в акушерские отделения Центров. В женских консультациях города осуществляются меры по профилактике невынашивания беременности, начиная

с прегравидарной подготовки супружеской пары. Внедрено в практику цитогенетическое обследование пар с бесплодием, что позволяет выявлять лиц с хромосомными aberrациями до 26% случаев.

В родильных домах отрегулирована деятельность палат реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. Разработаны алгоритмы для родоразрешения, которыми широко пользуются акушеры-гинекологи. Для оказания помощи при критических кровотечениях, как важнейшем факторе риска материнской смертности, функционирует выездная бригада городской станции переливания крови «Сангвис». Определены основные показания как со стороны матери, так и плода для проведения кесарева сечения, которыми руководствуются специалисты.

Созданная в городе единая организационная структура акушерско-гинекологической, неонатальной, педиатрической и профилактической помощи под руководством Управления здравоохранением Администрации Екатеринбурга обеспечила снижение материнской смертности в течение 1998-2003 гг. по сравнению с периодом 1993-1997 гг. с  $60,6 \pm 16,9$  на 100 тыс. родившихся живыми до  $36,8 \pm 5,0$ , снижение перинатальной смертности среди женщин, наблюдавшихся в женских консультациях, с  $9,4 \pm 0,8\%$  до  $5,7 \pm 0,7\%$  ( $p < 0,005$ ), среди пациенток родильных домов с  $15,7 \pm 2,3\%$  до  $9,7 \pm 0,9\%$  ( $p < 0,001$ ), снижение младенческой смертности с  $12,9 \pm 0,9\%$  до  $9,8 \pm 0,7\%$  ( $p < 0,005$ ).

На период 2003-2006 гг. городским здравоохранением предусмотрены мероприятия, направленные на решение следующих задач в области охраны материнства и детства: реализация государственных гарантий по приоритетному финансированию мероприятий охраны здоровья матери и ребенка; совершенствование нормативно-правовой базы в области материнства и детства; внедрение современных организационных, перинатальных и стационарзамещающих технологий; разработки и внедрения протоколов и стандартов диагностики и лечения в практику работы учреждений родовспоможения и детства; совершенствование первичной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, обеспечение ее профилактической направленности с акцентом на роли ответственного родительства и здорового образа жизни. Реализация программ по охране материнства и детства и указанных мероприятий призвана сыграть ведущую роль в охране репродуктивного здоровья и безопасности материнства в Екатеринбурге.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Боярский А.П. Здоровье населения крупного промышленного города, роль экологических факторов в его формировании [Текст] / А.П. Боярский, В.И. Чирков // Актуальные вопросы здоровья населения и регионального здравоохранения: сб. науч. тр. / Под ред. Р.А. Хальфина. - М., 2002. - С.58-67.
2. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) [Текст] / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. - М.: Триада-Х, 1997.
3. Кулаков В.И. Развитие перинатального акушерства (проблемы и решения) [Текст] / В.И. Кулаков // Матер. IV Росс. фор. «Мать и дитя». - М.: Изд-во

- «МИК», 2002. - С.6-8.
- Курцер М.А. Организационные аспекты снижения перинатальной заболеваемости и смертности [Текст] / М.А. Курцер // Вестник ас. ак. и гин. - 1999. - №4. - С.42-45.
  - Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины [Текст] / Савельева Г.М. // Акуш. и гин. - 2003. - №2. - С.3-6.
  - Перинатальный центр в системе оказания акушерской и неонатальной помощи [Текст] / О.Г. Фролова, В.В. Гудимова, Т.Н. Пугачева, Е.И. Николаева, В.Н. Юдаев // Матер. IV Росс. фор. «Мать и дитя». - М.: Изд-во «МИК», 2002. - С.123-125.

А.В. Слободенюк, А.А. Косова, С.И. Руколеева

### ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТОКСОКАРОЗА НА ТЕРРИТОРИЯХ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО ТИПОВ

Уральская государственная медицинская академия, ТУ Роспотребнадзора по Свердловской области

Паразитарные болезни человека продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения. Ежегодно в стране паразитами заражается около 20 млн. человек [4]. В последние годы важную роль в патологии человека приобрели паразитозы, которым ранее недостаточно уделялось внимания. К таким заболеваниям относится токсокароз с числом инвазированных в РФ около 0,5 млн. человек [1].

В патологии человека показана роль личиночной стадии гельминта *Toxocara canis* [2], основным хозяином которого являются представители семейства псовых. Ведущие факторы передачи этой инвазии человеку – почва, пища и вода, загрязненные фекалиями собак, содержащими яйца гельминта.

Информация об истинной распространенности токсокароза на различных административных территориях Свердловской области, получаемая только по обращаемости людей, явно недостаточна для оценки эпидемиологической значимости этого паразитоза.

Целью исследования являлось изучение распространенности токсокароза среди населения, прожи-

вающего в различных муниципальных образованиях области, и оценка потенциальной роли факторов внешней среды в передаче инвазии.

**Материалы и методы.** Исследования выполнены в восьми муниципальных образованиях области с использованием лабораторных тестов. Содержание антител к антигену *T. canis* определяли в сыворотках крови людей (1295 проб) с использованием иммуноферментного метода. Наличие яиц гельминта в пробах почвы и сточных вод изучали с помощью световой микроскопии. Для серологических исследований применяли тест-системы «Тиаскар-стрип», производства ЗАО «Вектор-Бест». Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием программы MS Excel.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Регистрация случаев заболеваний токсокарозом людей в области проводится с 1995 г. За прошедший период отмечена тенденция к увеличению числа инвазированных токсокарами в 6 раз. Ежегодно число лиц, пораженных гельминтом, увеличивалось в 1,4-2 раза и составляло в 1999 г. – 0,47, в 2000 г. – 1,2, в 2001 г. – 1,3, в 2002 г. – 2,1 и в 2003 г. – 2,9 на 100 тыс. населения.

По результатам серологических исследований, проведенных в период с 2000 по 2003 гг., пораженность детей токсокарами увеличилась в 1,3 раза. Из 1295 условно здоровых детей, проживающих в 8 муниципальных образованиях и серологически обследованных в 2003 г., у 8,9±1,1% от числа обследованных были выявлены антитела к токсокарам. По данным серодиагностики, более активно вовлекались в эпидемический процесс дети, проживающие в населенных пунктах сельского типа (Талица, Байкалово, Шаля), в отличие от территорий городского типа с коммунальным благоустройством.

При исследовании почвы и сточных вод на этих территориях такой зависимости не наблюдали, даже, наоборот, в благоустроенном г. Качканаре почва по числу положительных проб была больше обсеменена яйцами токсокар, чем в г. Байкалово. Яйца токсокар в пробах сточных вод выявлены только на двух территориях и как фактор передачи заразного начала, в сравнении с почвой, представляют, по нашему мнению, меньшую значимость (табл. 1).

Таблица 1

Результаты лабораторных исследований на токсокароз (2003г.).

| Территория    | Исследуемый материал |     |          |       |    |         |              |   |           |
|---------------|----------------------|-----|----------|-------|----|---------|--------------|---|-----------|
|               | сыворотки крови      |     |          | почва |    |         | сточные воды |   |           |
|               | 1                    | 2   | 3        | 1     | 2  | 3       | 1            | 2 | 3         |
| Н. Серьги     | 120                  | 7   | 5,8±2,1  | 30    | 1  | 3,3±3,3 | 9            | - | -         |
| Шаля          | 200                  | 31  | 15,5±2,6 | 30    | -  | -       | 9            | - | -         |
| Качканар      | 100                  | 2   | 2,0±1,4  | 29    | 5  | 17,2±7  | 8            | - | -         |
| Байкалово     | 233                  | 41  | 17,6±2,5 | 30    | 2  | 6,6±4,5 | -            | - | -         |
| Невьянск      | 191                  | 10  | 5,2±1,6  | 29    | 1  | 3,4±3,4 | 11           | 1 | 9,0±8,6   |
| Североуральск | 169                  | 8   | 4,7±1,6  | 34    | 2  | 5,9±4   | 8            | - | -         |
| Талица        | 91                   | 12  | 13,2±3,5 | 25    | -  | -       | 6            | 3 | 50,0±20,4 |
| Екатеринбург  | 191                  | 4   | 2,0±1    | 10    | -  | -       | 7            | - | -         |
| Всего         | 1295                 | 115 | 8,9±0,8  | 226   | 11 | 4,8±1,4 | 58           | 4 | 6,9±3,3   |

Условные обозначения: 1- число исследованных проб

2- число положительных результатов

3- процент положительных результатов ± m