

Природноочаговые инфекции в Приволжском федеральном округе

(эпидемиологический анализ и состояние профилактики)

Ефимов Е. И., Казанская Г. М., Никитин П. Н., Рябикова Т. Ф.,

Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени академика И. Н. Блохиной

На основании обширного статистического материала о заболеваемости населения Приволжского федерального округа актуальными природно-очаговыми инфекциями проведен ретроспективный эпидемиологический анализ и прогнозирование. Оценена эффективность организации и проведения профилактических мероприятий. Даны рекомендации по их совершенствованию.

Приволжский Федеральный округ (ПФО) является высокоэндемичным по ряду актуальных природноочаговых инфекций (ПОИ). К ним следует, в первую очередь, отнести геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС), клещевой энцефалит и клещевой боррелиоз. При анализе совокупной заболеваемости ПОИ по округу за 5 лет (1999–2003 гг.) доля ГЛПС составила 63,3%, клещевого боррелиоза – 21,4%, клещевого энцефалита – 11,3% .

Другие нозологические формы, такие как лептоспироз, псевдотуберкулез, туляремия, бешенство и другие, характеризуются значительно меньшим уровнем заболеваемости. Однако с учетом наличия на территории округа активных природных очагов этих инфекций, последние также являются актуальными для населения и медицинской службы регионов.

На территории ПФО традиционно регистрируют самый высокий уровень заболеваемости ГЛПС в Российской Федерации. Показатели заболеваемости ГЛПС значительно варьируют: от максимальных в Республике Башкортостан, Оренбургской и Ульяновской областях до минимальных в Кировской и Саратовской областях и даже нулевых в Коми-Пермяцком АО (последний показатель, скорее всего, связан с низким уровнем диагностики ПОИ и отсутствием настороженности у специалистов, ответственных за противоэпидемическую защиту населения). Из 15 регионов ПФО в 1994–2003 гг. наиболее неблагополучными по ГЛПС являются 10: республики Башкортостан, Марий-Эл, Мордовия, Удмуртия, Чувашия, Татарстан и Оренбургская, Пензенская, Самарская, Ульяновская области. Заболеваемость в этих субъектах в отдельные годы превышала российскую в 3–22 раза. В целом же, на протяжении всего периода наблюдения доля случаев данной инфекции в ПФО от числа всех больных ГЛПС, зарегистрированных в РФ, составляла около 90%. Наиболее неблагополучной по данной патологии является Республика Башкортостан – доля в статистике окружной заболеваемости ежегодно составляет до 30% .

В 2003 г. на территориях ПФО отмечалось осложнение эпидемической обстановки по заболеваемости ГЛПС. По сравнению с 2002 г. эти показатели по округу увеличились на 43% и составили 17,4 на 100 тыс. населения. Всего в 2003 г. было зарегистрировано 5504 случая ГЛПС – 86,6% от зарегистрированных в России.

Анализ заболеваемости за 6 месяцев 2004 г. свидетельствует о дальнейшем ухудшении эпидситуации. За этот период заболеваемость возросла по сравнению с 2003 г. в 3,7 раза и составила 6,0 на 100 тыс. населения при среднероссийском показателе 1,5.

Наиболее высокие уровни заболеваемости, превышающие среднероссийские в 4–7 раз, отмечены в республиках Башкортостан, Марий-Эл, Мордовия и Удмуртия, а также в Оренбургской области.

Наряду с уровнем заболеваемости, важнейшим показателем актуальности инфекции является тенденция развития эпидемического процесса.

В текущем году, по сравнению с прошлым, заболеваемость ГЛПС возросла во всех субъектах ПФО, в том числе: в Нижегородской области – в 11 раз, в Самарской – в 8 раз, в Оренбургской – в 6 раз, в Удмуртской и Чувашской республиках – в 5,7 и 5,9 раза соответственно.

Как отмечено в письме Главного государственного санитарного врача РФ Г. Г. Онищенко Полномочному представителю Президента РФ в ПФО от 2.08.2004 г., прогноз заболеваемости ГЛПС на 2004-2005 гг. остается неблагоприятным.

Не оспаривая данного положения, приведем результаты эпидемиологического анализа многолетней заболеваемости ГЛПС населения России за период с 1956 по 2003 гг., ПФО – с 1999 по 2003 гг.

Следует отметить, что до первой половины 80-х годов прошлого века этиологической расшифровки случаев заболеваний людей ГЛПС практически не существовало. В этот период диагноз ставили на основании достаточно типичной клинической картины заболевания. Таким образом, делать выводы о тенденциях развития эпидемического процесса за указанный период, видимо, не представляется возможным. А вот оценить цикличность его развития, пусть с известной долей условности, мы сочли вполне допустимым.

В результате статистической обработки динамического ряда показателей заболеваемости ГЛПС установлены гармонические изменения последней с периодами колебаний в 3, 5, 8, 10 и 14 лет.

Из них наиболее типичными и воспроизводимыми являются подъемы заболеваемости с циклом в 7–8 лет с 3–4-летними межэпидемическими промежутками.

За анализируемый период выявлено 4 подобных цикла, последний из которых должен завершиться в 2005–2006 гг., что полностью согласуется с данными других авторов.

Кроме того, установлены эпидемические волны меньшего порядка продолжительностью в 3–4 года.

Таким образом, завершение основного эпидемического цикла, характеризующееся общей многолетней тенденцией к снижению заболеваемости в ПФО и в России в целом, не исключает кратковременных подъемов за счет механизмов, ответственных за формирование вторичных эпидемических волн.

За анализируемый период количество эндемичных районов с высокой активностью природных очагов **ГЛПС** в субъектах округа колебалось от 23% в Саратовской области до 100% в республике Марий-Эл. В 2003 г. природные очаги ГЛПС проявляли свою активность в республиках Марий-Эл (на 100% эндемичных территориях), Удмуртии (92%), Татарстане (88,8%), Башкортостане (83,3%), Чувашии (75,0%). В Удмуртской Республике в 2002–2003 гг. зарегистрировано 3 случая групповых заболеваний с общим числом пострадавших 16 человек, в Ульяновской области – одна вспышка в 2003 году, 37 заболевших. За 6 месяцев 2004 г. отмечено три вспышки в республиках Удмуртия, Татарстан и Кировской области с общим числом заболевших 56 человек.

Заболеваемость **клещевым энцефалитом** по ПФО в 1999–2000 гг. регистрировали на уровне российской (6,8–4,0%), а за последние 3 года – в 1,5 раза ниже федеральных показателей. Доля заболеваемости населения округа клещевым энцефалитом от общего числа случаев по РФ составила от 21,2% в 2000 г. до 14,2% в 2003 г. За 6 месяцев 2004 г. удельный вес ее был равен 8,8%. В Республиках Мордовия, Чувашия, Пензенской и Саратовской областях заболеваемость этой инфекцией не отмечалась.

Высокая активность природных очагов клещевого энцефалита за 2002–2003 г.г. регистрировалась в Кировской области – 82,5% районов, Пермской – 97,3%, Республике Удмуртия – 92%. Однако вспышечной (групповой) заболеваемости за этот период не зарегистрировано.

Анализ заболеваемости **клещевым боррелиозом** по округу также показал ее вариабельность по территориям. В целом окружные показатели заболеваемости в 1,2–1,3 раза превышали таковые по России. Доля заболевших клещевым боррелиозом в ПФО, по

сравнению с аналогичной в РФ, составляла 28,7% в 2000 г., 23,1% в 2003 г., 22,7% – за 6 мес. 2004 г. Обращает на себя внимание высокая заболеваемость детей до 14 лет, превышающая российскую в 1,2–1,3 раза. Так, в Кировской области в 2003 г. показатель заболеваемости у детей составил 40,9%, против 35,4% в целом по области. Возможно, это связано с большей обращаемостью детей в ЛПУ и ранней диагностикой этой инфекции. Наиболее неблагополучными территориями по клещевому боррелиозу в округе являются Кировская и Пермская области, Коми-Пермяцкий АО и Республика Удмуртия. Высокий удельный вес активных природных очагов за 2002-2003 гг. регистрировался в республике Удмуртия – 96 % территорий, Пермской области – 92,1–97,3%, Республике Мордовия – 63,6%, Пензенской и Кировской областях – 46,6 % и 100%. Вспышечная заболеваемость не регистрировалась.

Заболеваемость **лептоспирозом** по округу за последние 5 лет колебалась от 0,04% в Оренбургской области до 4,7%/о в Удмуртской Республике. В 2002–2004 гг. заболеваемость лептоспирозом в округе превысила общероссийские показатели на 15–20%. За указанный период доля окружной заболеваемости лептоспирозами в общероссийской выросла с 25,6% в 2000 г. до 32,9% в 2003 г. Из 15 регионов ПФО наиболее неблагополучными территориями по лептоспирозу являются республики Мордовия и Удмуртия, а также Пермская и Ульяновская области. Заболеваемость на этих территориях за 2003 г. превышала окружную в 1,5–6,2 раза, федеральную в 2–9,4 раза. Лептоспироз не регистрировался в Республике Башкортостан и Коми-Пермяцком АО.

Установлено, что заболеваемость данной патологией в целом по России имеет выраженную тенденцию к снижению, а заболеваемость населения ПФО на протяжении анализируемого периода характеризуется стабильно высокими показателями, имеющими даже слабую тенденцию к росту. Подобная ситуация может свидетельствовать о том, что мероприятия по профилактике этой инфекции в субъектах округа либо не проводились вообще, либо не обладали достаточной эффективностью.

На фоне спорадических случаев заболеваний лептоспирозом периодически регистрируется групповая и вспышечная заболеваемость. За 2002 г. на территории республик Мордовии и Татарстан зарегистрировано 2 вспышки лептоспироза с числом пострадавших 24 и 7 человек соответственно. За 6 мес. 2004 г. в Ульяновской области была 1 вспышка, охватившая 12 человек.

Активность природных очагов лептоспироза проявилась в 2003 г. на 100% эндемичных территорий в Республике Мордовия, в Чувашии – на 20,8%, Удмуртии – на 16,0%, Пензенской области – на 16,6%.

За 2002–2003 гг. и 6 месяцев 2004 г. по ПФО зарегистрировано 62 случая смерти от ПОИ, из них 34 случая – от ГЛПС, 19 – от клещевого энцефалита и 7 – от бешенства. Это заставляет обращать пристальное внимание на своевременное и качественное проведение профилактической работы и оказание антирабической помощи населению.

Отчетные данные мониторинга природноочаговых инфекций за 2002–2004 гг. позволяют отметить, что число исследований внешней среды на ГЛПС по разным территориям колеблется от 4 тыс. в Оренбургской области до 140 в Республике Татарстан. За отчетный период также проведено недостаточно исследований объектов внешней среды в Республиках Чувашия, Марий Эл – по 300. Наибольший процент проб с положительным результатом за 6 месяцев 2004 г. зарегистрирован в Республике Татарстан – 31%, в Кировской области – 20,5%, Пермской области – 18,4% , Республике Башкортостан – 17,5%. В то же время, в Ульяновской области и Республике Марий-Эл при наличии высокой заболеваемости ГЛПС процент положительных проб при исследовании объектов внешней среды крайне низок – от 0 до 1,4.

За 2003 г. самый высокий процент положительных результатов при исследовании клещей на вирус клещевого энцефалита зарегистрирован в Удмуртской Республике – 32,3% и в Кировской области – 24,7%, на возбудителей клещевого боррелиоза – 44,3% и 11,1% соответственно, что подтверждает высокую эндемичность территорий по указанным нозологическим формам.

Объемы исследований, проводимых в ПФО на лептоспироз, характеризуются значительно более низкими показателями. Так, в Республиках Башкортостан, Татарстан и Саратовской области, по отчетным данным, они почти не проводятся. В Оренбургской области при объемах около 4 тыс. исследований практически отсутствуют положительные результаты, а заболеваемость, пусть в единичных случаях, но все-таки регистрируется.

Поэтому встает вопрос о правильности отбора проб в эндемичных районах и качестве проведенных исследований.

Важным элементом профилактики природноочаговых инфекций является регулярное выполнение дератизационных работ на эпидемиологически значимых объектах, а также своевременное проведение барьерных дератизационных и дезинсекционных работ в

природных станциях. За анализируемые годы в целом по РФ отмечается устойчивое снижение объемов этих работ, что связано, в первую очередь, с ежегодным сокращением финансирования этих мероприятий в среднем на 7%.

Как следствие, на территории ПФО регистрируют высокие показатели заселенности объектов грызунами (носителями природноочаговых инфекций). Самый высокий процент заселенности грызунами лечебно-профилактических и детских образовательных учреждений, предприятий общественного питания и жилого фонда отмечен в Кировской, Пензенской, Самарской областях, Республике Мордовия.

По отчетным данным, высокий процент охвата дератизационными мероприятиями (около 100%) имеет место в Пермской, Самарской, Ульяновской областях, республиках Удмуртия и Татарстан, низкий – в Республике Марий-Эл. Обращает на себя внимание противоречивость данных о низкой заселенности грызунами объектов и, как следствие, невысоком проценте их охвата дератизационными мероприятиями и очень высокой заболеваемости населения ПОИ в Республике Башкортостан.

Объемы барьерных дератизационных и противоклещевых работ (м^2 на чел.) значительно варьируют: от 27,4 м^2 в Оренбургской области до 0,09 в Ульяновской области. Аналогичные низкие показатели отмечены в Пензенской области – 0,06, Нижегородской – 0,4, Республике Марий-Эл – 1,1.

Финансирование барьерных дератизационных мероприятий может служить критерием эффективного взаимодействия заинтересованных служб с администрацией регионов: в Самарской области и в Республике Марий-Эл на эти мероприятия выделено 40-50 рублей на человека; в Кировской, Ульяновской, Саратовской, Оренбургской, Нижегородской областях – 0,2–0,5 коп., в Республике Татарстан – 0,1 коп.

При анализе организационных мероприятий по профилактике ПОИ в субъектах округа за 2002-2004 гг. установлено, что только 9 территорий имеют целевые программы, а реальное финансирование идет только в 6 регионах. В 2003 г. по программам было профинансировано 5 территорий на общую сумму более 12 млн руб.: Республика Башкортостан – около 3 млн руб., Оренбургская область – 2060,1 тыс. руб., Удмуртская Республика – 5436 тыс. руб. и Чувашская Республика 1524 тыс. руб.

Следует отметить недостаточный уровень организационно-методической работы в Пензенской, Оренбургской областях, в республиках Мордовия и Марий-Эл. Кроме того, отсутствуют штрафные санкции в отношении нарушителей законодательства, не уделяющих

должного внимания обеспечению эпидемиологической безопасности (в частности, профилактике ПОИ), в Кировской, Оренбургской, Пензенской, Ульяновской областях.

Учитывая высокую заболеваемость природноочаговыми инфекциями и ведущую роль ПФО в формировании структуры заболеваемости ПОИ в Российской Федерации, а также неудовлетворительное финансирование мероприятий по предупреждению их распространения в регионах, необходимо решить вопрос о разработке комплексной программы по профилактике этих заболеваний с реальным целевым финансированием.

Положительным примером в этом плане служит целевая программа «Совершенствование эпидемиологического надзора и профилактики ГЛПС в ПФО» на 2003–2005 гг., разработанная специалистами Российского научно-исследовательского противочумного института «Микроб». Одним из ее ключевых положений является вопрос о скорейшей доработке и запуске в производство отечественной вакцины против ГЛПС. К сожалению, эта своевременно разработанная программа также не претворяется в жизнь из-за отсутствия финансирования.