

**Эпидемиологическая ситуация
по природно-очаговым и зоонозным инфекциям
в Приволжском и Уральском федеральных округах в 2000-2009 гг.
и прогноз ее развития в 2010 г.
в субъектах, курируемых¹ РосНИПЧИ «Микроб»**

Кологоров А.И.¹, Дмитриева Л.Н.¹, Шиянова А.Е.¹, Тарасов М.А.¹, Поршаков А.М.¹, Попов Н.В.¹, Топорков В.П.¹, Топорков А.В.¹, Кутырев В.В.¹, Кедрова О.В.¹, Карнаухов И.Г.¹, Такаев Р.М.², Булатова С.И.³, Кони́на М.В.³, Полушина О.М.⁴, Пикалов И.Н.⁵, Морозов В.В.⁶, Забродин Н.А.⁷, Сергеева Н.М.⁸, Сбоев А.С.⁹, Петров Е.Ю.¹⁰, Вяльцина Н.Е.¹¹, Дмитриев А.П.¹², Сергеева Н.М.¹³, Данилов А.Н.¹⁴, Хакимова Д.А.¹⁵, Коробейникова А.С.¹⁶, Фефелова Е.В.¹⁶, Хохлов Г.Т.¹⁷, Семенов А.И.¹⁸, Руднов Г.Г.¹⁹, Баймурзин Р.Ф.¹⁹

¹ ФГУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб", ² Управление Роспотребнадзора по Республике Башкортостан, ³ Управление Роспотребнадзора по Республике Марий Эл, ⁴ ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Марий Эл», ⁵ Управление Роспотребнадзора по Республике Мордовия, ⁶ Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, ⁷ Управление Роспотребнадзора по Удмуртской Республике, ⁸ Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике, ⁹ Управление Роспотребнадзора по Пермскому краю, ¹⁰ Управление Роспотребнадзора по Нижегородской области, ¹¹ Управление Роспотребнадзора по Оренбургской области, ¹² Управление Роспотребнадзора по Пензенской области, ¹³ Управление Роспотребнадзора по Самарской области, ¹⁴ Управление Роспотребнадзора по Саратовской области, ¹⁵ Управление Роспотребнадзора по Ульяновской области, ¹⁶ ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», ¹⁷ Управление Роспотребнадзора по Курганской области, ¹⁸ Управление Роспотребнадзора по Челябинской области, ¹⁹ ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области»

В состав Приволжского федерального округа (ПФО) в настоящее время входит 14 административных территорий с общим числом населения 30 600 000 человек. Эпидемиологическая ситуация по анализируемым инфекциям в течение последних 10 лет (2000-2009 гг.) на территории округа оставалась напряженной. Всего в этот период зарегистрировано 94 746 больных особо опасными инфекциями, в том числе заболевших ГЛПС – 64 838; кле-

¹ В соответствии с приказом Роспотребнадзора от 08.05.2008 г. № 152 «О совершенствовании организации и проведения мероприятий по профилактике чумы» Кировская область закреплена за ФГУЗ «Противочумный центр».

щевым боррелиозом – 19 632; клещевым энцефалитом – 6 957; лептоспирозом – 2 944; туляремией – 187; бруцеллезом – 146; сибирской язвой – 25; бешенством – 17 (рисунок 1). Структура заболеваемости анализируемыми инфекциями в округе была достаточно стабильной. Общее число заболевших в период 2005-2009 гг. по сравнению с 2000-2004 гг. снизилось на 2 456 или 5,1 %.

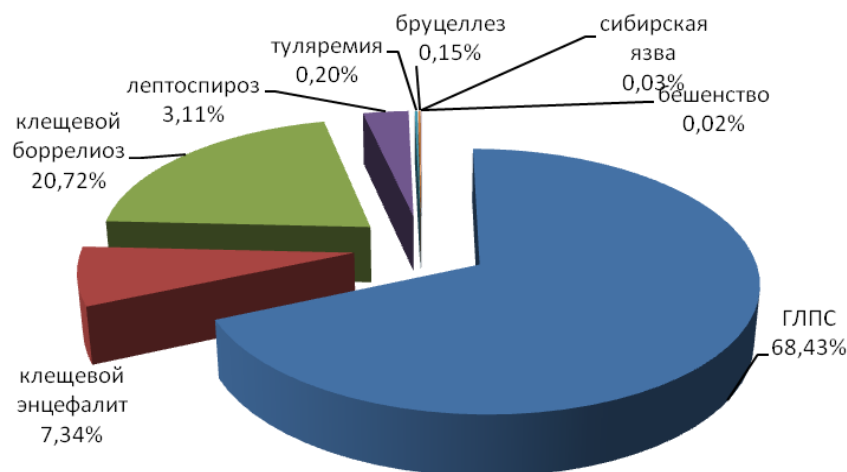


Рисунок 1 – Структура заболеваемости особо опасными инфекциями в Приволжском федеральном округе, 2000-2009 гг.

Среди анализируемых инфекций первое место занимает геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), на долю которой приходилось от 66,2 % в период 2000-2004 гг. и до 70,6 % в период 2005-2009 гг. всех выявленных больных в Приволжском федеральном округе. Уровень заболеваемости ГЛПС в округе в целом определяет неблагополучие по данной инфекции в России так как на долю ПФО приходилось от 87,7 % в период 2000-2004 гг. до 85,2 % в период 2005-2009 гг. от всех выявленных больных в стране.

На рисунке 2 приводятся данные об уровне и динамике заболеваемости ГЛПС по России и ПФО в 2000-2009 гг.

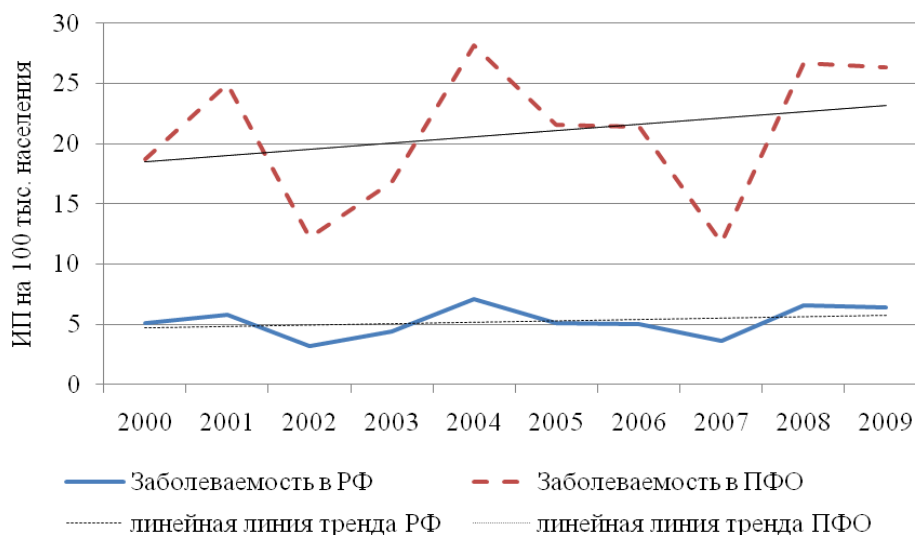


Рисунок 2 – Динамика заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в РФ и ПФО в 2000-2009 гг.

Анализ представленных материалов показывает, что показатель уровня заболеваемости ГЛПС на 100 000 населения в ПФО был в 4 раза выше по сравнению с аналогичным по России в целом. Пики подъема уровня заболеваемости наблюдались в 2001, 2004, 2008 гг., через 3-4 года как в ПФО, так и в России. При вычислении линии тренда динамики заболеваемости ГЛПС в 2000-2009 гг. установлена ее тенденция к росту для России – 4,7-5,7; для ПФО – 18,3-23,8 на 100 000 населения.

Всего в период 2000-2009 гг. в Российской Федерации выявлено 75 012 больных ГЛПС, в том числе в 2000-2004 гг.- 36 872, а в период 2005-2010 гг. 38 140. В Приволжском федеральном округе в 2000-2009 гг. зарегистрировано 64838 больных ГЛПС, в том числе в 2000-2004 гг. – 32321, а в 2005-2009 гг. – 32517.

В таблице 1 приводятся данные о числе заболевших ГЛПС и среднем показателе заболеваемости за период 2000-2004 и 2005-2009 гг. с определением нижних и верхних доверительных показателей заболеваемости за период 2000-2009 гг. и тенденцией динамики заболеваемости в 2000-2009 гг. в разрезе отдельных административных территорий округа и прогнозе заболеваемости в 2010 г.

Таблица 1 – Уровень и динамика заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс. число больных в 2000-2004гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2000-2004гг	Абс. число больных в 2005-2009гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2005-2009гг	Доверительный интервал ИП	Тенденция динамики заболеваемости	Уровень заболеваемости	Число лет регистрации
1.	Республика Башкортостан	10134	49,01	12108	59,57	52,04-56,56	$y_1=45,0-64,2$	I	10
2.	Республика Марий Эл	1089	29,29	859	24,24	24,93-28,67	$y_1=28,0-26,0$	II	10
3.	Республика Мордовия	569	12,53	810	19,02	13,15-18,45	$y_1=9,8-22,2$	III	10
4.	Республика Татарстан	3394	17,94	4123	21,40	18,29-21,11	$y_1=17,5-22,0$	II	10
5.	Удмуртская Республика	5033	63,14	3565	46,00	50,92-58,28	$y_1=54,0-52,0$	I	10
6.	Чувашская Республика	851	12,47	737	11,45	10,12-13,88	$y_1=12,2-12,2$	III	10
7.	Пермский край	1705	12,41	1259	9,21	9,49-12,0	$y_1=9,6-12,4$	III	10
8.	Кировская область	521	6,88	437	6,12	5,19-7,81	$y_1=6,0-6,9$	IV	10
9.	Нижегородская область	1152	6,51	1611	9,53	7,06-8,97	$y_1=4,3-11,9$	IV	10
10	Оренбургская область	2208	20,00	2771	25,87	20,98-24,92	$y_1=23,0-23,2$	II	10
11	Пензенская область	1182	15,94	1139	16,41	15,28-17,62	$y_1=12,9-19,8$	III	10
12	Самарская область	2205	13,41	1597	9,95	10,52-12,88	$y_1=14,6-8,7$	III	10
13	Саратовская область	749	5,53	406	3,10	3,52-5,10	$y_1=6,8-2,0$	IV	10
14.	Ульяновская область	1529	21,27	1095	16,43	17,96-19,84	$y_1=23,8-14,5$	III	10
15	ПФО	32321	20,2	32517	21,4		$y_1=18,0-23,0$		10
16	Российская Федерация	36872	5,11	38140	5,34		$y_1=4,6-5,8$		10

I тип – чрезвычайно высокий уровень заболеваемости

II тип – высокий уровень заболеваемости

III тип – средний уровень заболеваемости

IV тип – низкий уровень заболеваемости

	- Тенденция к росту заболеваемости
	- Стабилизация
	- Тенденция к снижению заболеваемости

Заболевания ГЛПС регистрировались ежегодно на всех административных территориях округа. Вместе с тем, уровень заболеваемости этой инфекцией в отдельных субъектах резко колебался. На основании статистических данных доверительных показателей уровня заболеваемости можно выделить 4 группы территорий, отличающихся по уровню заболеваемости в период 2000-2009 гг. (рисунок 3). К первой группе территорий с чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости относятся Республика Башкортостан, Удмуртская Республика; ко второй группе с высоким уровнем заболеваемости - Республики Марий Эл и Татарстан, Оренбургская область; к третьей группе со средним уровнем заболеваемости - Республика Мордовия, Чувашская Республика, Пермский край, Пензенская, Самарская и Ульяновская области; к четвертой группе с низким уровнем заболеваемости - Кировская, Нижегородская и Саратовская области.

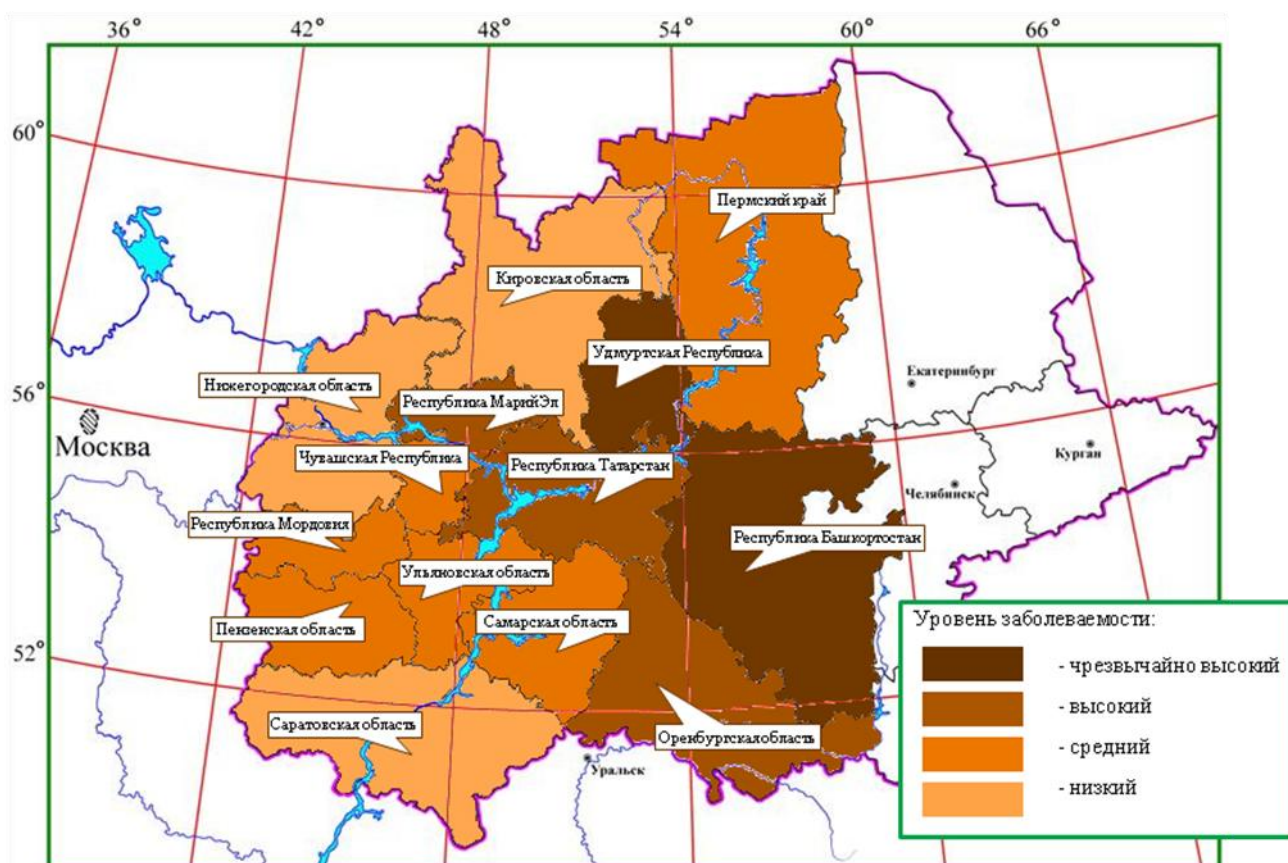


Рисунок 3 – Уровень заболеваемости ГЛПС на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

На долю субъектов ПФО, относящихся к группам с чрезвычайно высоким и высоким уровнем заболеваемости ГЛПС, в течение анализируемого периода приходится 70 % больных ГЛПС, зарегистрированных в округе.

Наиболее активные природные очаги ГЛПС приурочены к широколиственным и хвойно-широколиственным лесам Приуралья и Среднего Поволжья, являющимся наиболее благоприятным ландшафтом для проживания европейской рыжей полевки – основного носителя хантавируса Пуумала.

Учитывая направленность тенденций динамики заболеваемости ГЛПС на отдельных административных территориях округа и прогноза изменения численности грызунов, насекомоядных и эпизоотического состояния по ГЛПС [1], можно сделать прогноз возможной эпидемиологической ситуации в Приволжском федеральном округе в 2010 г.

В 2010 г., вероятно, уровень заболеваемости ГЛПС в целом по округу несколько повысится. Наиболее неблагоприятно эпидемиологическая ситуация будет складываться, как и в прошлые годы, на территории Республики Башкортостан и Удмуртской Республики, где можно ожидать выраженного роста числа больных ГЛПС весной и в осенне-зимний период. Роста числа заболеваний ГЛПС в 2010 г. по сравнению с 2009 г. в те же сроки следует ожидать в Республиках Татарстан, Мордовия, Ульяновской, Самарской, Оренбургской, Саратовской, Нижегородской, Пензенской областях. Стабилизацию числа заболеваний ГЛПС можно ожидать в Пермском крае, Республике Марий Эл, Чувашской Республике и Кировской области.

Уровень и динамика заболеваемости клещевым энцефалитом в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

Эпидемиологическая ситуация по клещевому вирусному энцефалиту (КВЭ) в Российской Федерации остается напряженной. В период с 2000 по 2009 г. выявлено 44 314 заболевших КВЭ, в том числе в период 2000-2004 гг. – 26 614, а в период 2005-2009 гг. – 17 700. Средний показатель заболеваемости на 100 000 населения в период 2000-2004 гг. составил 3,65; в период 2005-2009 гг. – 2,48. Таким образом, отмечается снижение уровня заболеваемости в 2005-2009 гг. по сравнению с 2000-2004 гг. на 32,1 %.

В ПФО в период 2000-2009 гг. всего зарегистрировано 6 957 больных КВЭ, в том числе в 2000-2004 гг. – 4 144, в 2005-2009 гг. – 2 813 (таблица 2). Средний показатель заболеваемости в 2000-2004 гг. составил 2,66 на 100 000 населения, а в 2005-2009 гг. – 1,85. Наблюдается выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости КВЭ в период с 2000 по 2009 г. в Россий-

ской Федерации $y_1 = 4,0-2,0$, а в ПФО – $y_1 = 2,95-1,55$ на 100 000 населения (рисунок 4). На долю ПФО в период с 2000 по 2009 г. приходилось 15,7 % от общего числа больных КВЭ, выявленных в Российской Федерации.

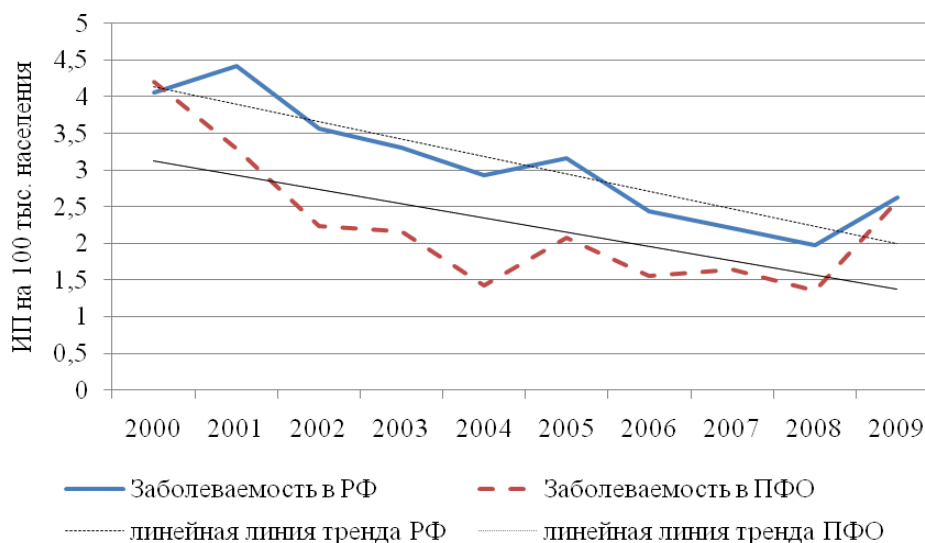


Рисунок 4 – Динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в Российской Федерации и ПФО в 2000-2009 гг.

В течение анализируемого периода 2000-2009 гг. не было случаев заболеваний КВЭ или они выявлялись в течение одного года в Республике Мордовия, Чувашской Республике, Пензенской и Саратовской областях. Случаи заболеваний КВЭ выявлялись в течение 7-9 лет - Республики Татарстан и Марий Эл, Ульяновская и Самарская области. Во всех остальных субъектах округа заболевания регистрировались ежегодно.

По уровню заболеваемости КВЭ в период 2000-2009 гг. субъекты ПФО можно разделить на четыре типа эпидемических проявлений (рисунок 5). К первому типу с чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости КВЭ относится Удмуртская Республика. Ко второму типу с высоким уровнем заболеваемости относятся Пермский край и Кировская область. На долю территорий с чрезвычайно высоким и высоким уровнем заболеваемости КВЭ приходится 91,2 % от общего числа заболевших этой инфекцией в ПФО. К третьему типу территорий со средним уровнем заболеваемости КВЭ относятся Республики Марий Эл, Татарстан, Башкортостан, Нижегородская, Оренбургская, Самарская и Ульяновская области. К четвертому типу с низким уровнем заболеваемости или отсутствием случаев заболеваний относятся Республика Мордовия, Чувашская Республика, Пензенская и Саратовская области.

Таблица 2 – Уровень и динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс. число больных в 2000-2004гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2000-2004гг	Абс. число больных в 2005-2009гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2005-2009гг	Доверительный интервал ИП	Тенденция динамики заболеваемости	Уровень заболеваемости	Число лет регистрации
1	Республика Башкортостан	162	0,77	196	0,97	0,58-1,15	$y_1=0,75-0,95$	III	10
2	Республика Марий Эл	11	0,28	39	1,10	0,08-1,30	$y_1=0,25-1,19$	III	9
3	Республика Мордовия	0	0,00	0	0,00	-	-	IV	0
4	Республика Татарстан	44	0,23	15	0,07	0,03-0,27	$y_1=0,33-0,1$	III	9
5	Удмуртская Республика	1669	20,75	683	8,80	12,88-16,71	$y_1=25,0-5,0$	I	10
6	Чувашская Республика	0	0,00	1	0,02	-	-	IV	0
7	Пермский край	1810	12,46	979	7,16	8,65-11,00	$y_1=15,0-5,0$	II	10
8	Кировская область	387	5,12	817	11,41	6,80-9,74	$y_1=4,0-13,0$	II	10
9	Нижегородская область	23	0,13	36	0,21	0,04-0,30	$y_1=0,1-0,25$	III	10
10	Оренбургская область	20	0,18	34	0,32	0,04-0,46	$y_1=0,19-0,31$	III	10
11	Пензенская область	0	0,00	0	0,00		-	IV	0
12	Самарская область	10	0,06	5	0,03		$y_1=0,05-0,04$	III	8
13	Саратовская область	0	0,00	2 (завоз)	0,08	-	-	IV	1
14	Ульяновская область	8	0,10	6	0,09		$y_1=0,06-0,12$	III	7
15	ПФО	4144	2,66	2813	1,85		$y_1=2,95-1,55$		10
16	Российская Федерация	26614	3,66	17700	2,48		$y_1=4,12-2,0$		10

I тип – чрезвычайно высокий уровень заболеваемости

II тип – высокий уровень заболеваемости

III тип – средний уровень заболеваемости

IV тип – низкий уровень заболеваемости или заболевания отсутствуют

	- Тенденция к росту заболеваемости
	- Стабилизация
	- Тенденция к снижению заболеваемости

Принимая во внимание выраженную тенденцию к снижению уровня заболеваемости КВЭ в период 2000-2009 гг. в ПФО, можно ожидать снижения уровня заболеваемости в целом по ПФО в 2010 г. по сравнению с 2009 г.

Учитывая эпизоотическую ситуацию по КВЭ, сложившуюся на территории ПФО в 2009 г. и тенденцию динамики заболеваемости по отдельным субъектам в 2000-2009 гг., можно прогнозировать, что наибольшее число больных будет выявлено в 2010 г. на территории Удмуртской Республики. Возможно обострение эпидемиологической обстановки на территории Республики Марий Эл, Чувашской Республике, Самарской, Ульяновской и Оренбургской областях. В связи с отсутствием данных об эпизоотических проявлениях КВЭ на территории Нижегородской, Пензенской, Кировской, Саратовской областей, Пермского края, Республик Башкортостан, Татарстан и Мордовия, сделать прогноз заболеваемости КВЭ на 2010 г. не представляется возможным.

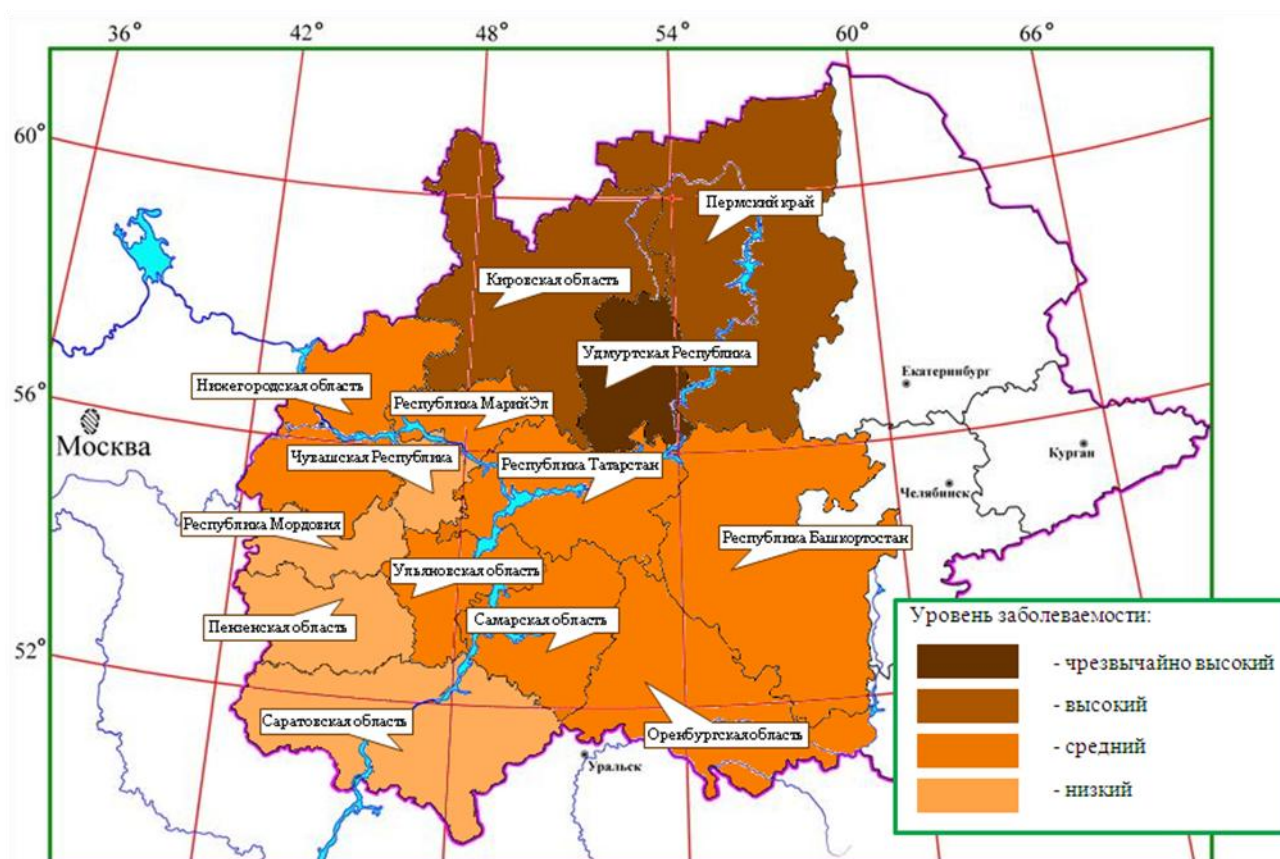


Рисунок 5 – Уровень заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

Уровень и динамика заболеваемости клещевым боррелиозом в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

В Российской Федерации наблюдается высокий уровень заболеваемости клещевым боррелиозом. В период с 2000 по 2009 г. всего зарегистрировано 78194 больных этой инфекцией, в том числе в период 2000-2004 гг. – 38602, а в период 2005-2009 гг. – 39 592. Средний показатель заболеваемости на 100 000 населения составил в период 2000-2004 гг. – 5,3; в период 2005-2009 гг. – 5,5. Таким образом, наблюдается незначительная тенденция к росту заболеваемости клещевым боррелиозом согласно линии тренда на 1,1 % в год (рисунок 6).

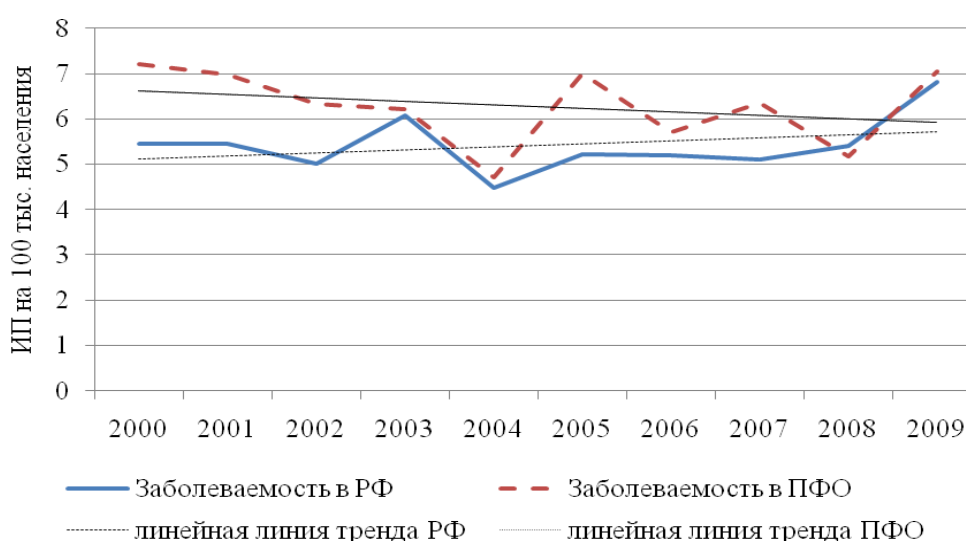


Рисунок 6 – Динамика заболеваемости клещевым боррелиозом в Российской Федерации и ПФО в 2000-2009 гг.

В ПФО в период с 2000 по 2009 г. выявлено 19 632 больных клещевым боррелиозом, в том числе 10052 в 2000-2004 гг., в период 2005-2009 гг. – 9 580. Средний показатель заболеваемости на 100 000 населения не изменился и составлял в период 2000-2004 гг. – 6,28 на 100 000 населения и в период 2005-2009 гг. – 6,28 и превышал аналогичный показатель Российской Федерации в период 2000-2009 гг. на 16 % (таблица 3). При вычислении тенденции динамики заболеваемости клещевым боррелиозом за период с 2000 по 2009 г. установлена тенденция к снижению уровня заболеваемости согласно линии тренда на 1,2 % в год.

На долю ПФО приходится 25,1 % от числа всех больных клещевым боррелиозом, выявленных в Российской Федерации в 2000-2009 гг.

Таблица 3 – Уровень и динамика заболеваемости клещевым боррелиозом на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс. число больных в 2000-2004гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2000-2004гг	Абс. число больных в 2005-2009гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2005-2009гг	Доверительный интервал ИП	Тенденция динамики заболеваемости	Тип территории	Число лет регистрации
1	Республика Башкортостан	218	1,04	153	0,74	0,60-1,17	$y_1=1,3-0,6$	IV	10
2	Республика Марий Эл	415	11,08	395	11,00	8,61-13,48	$y_1=12,0-10,5$	III	10
3	Республика Мордовия	40	0,86	146	3,42	1,16-3,12	$y_1=0,1-4,1$	IV	10
4	Республика Татарстан	303	1,60	311	1,65	1,22-2,03	$y_1=1,6-1,6$	IV	10
5	Удмуртская Республика	2116	26,36	1889	24,28	22,22-27,28	$y_1=30,0-20,0$	II	10
6	Чувашская Республика	13	0,19	42	0,65	0,07-0,78	$y_1=0,1-0,7$	IV	10
7	Пермский край	3101	21,41	2160	15,74	16,98-20,17	$y_1=23,1-14,5$	II	10
8	Кировская область	2658	35,07	3196	44,56	36,57-43,06	$y_1=32,0-43,1$	I	10
9	Нижегородская область	414	2,33	694	4,08	2,60-3,81	$y_1=1,9-4,2$	IV	10
10	Оренбургская область	171	1,54	101	0,98	0,78-1,73	$y_1=1,7-0,8$	IV	10
11	Пензенская область	127	1,73	157	2,27	1,26-2,73	$y_1=2,3-1,8$	IV	8
12	Самарская область	175	1,07	118	0,75	0,58-1,23	$y_1=1,3-0,6$	IV	10
13	Саратовская область	0	0,00	0	0,00	-	-	IV	0
14	Ульяновская область	301	4,20	218	3,32	2,75-4,77	$y_1=4,1-3,2$	IV	10
15	ПФО	10052	6,3	9580	6,3		$y_1=6,6-5,9$		10
16	Российская Федерация	38602	5,3	39592	5,5		$y_1=5,0-5,8$		10

I тип – чрезвычайно высокий уровень заболеваемости

II тип – высокий уровень заболеваемости

III тип – средний уровень заболеваемости

IV тип – низкий уровень заболеваемости или заболевания отсутствуют

	- Тенденция к росту заболеваемости
	- Стабилизация
	- Тенденция к снижению заболеваемости

Больные этой инфекцией не регистрировались в течение всего анализируемого периода 2000-2009 гг. в Саратовской области. В течение 8 лет больные выявлялись в Пензенской области, во всех остальных субъектах округа больные клещевым боррелиозом регистрировались ежегодно.

По уровню заболеваемости клещевым боррелиозом территорию округа следует разделить на четыре типа эпидемических проявлений (рисунок 7).

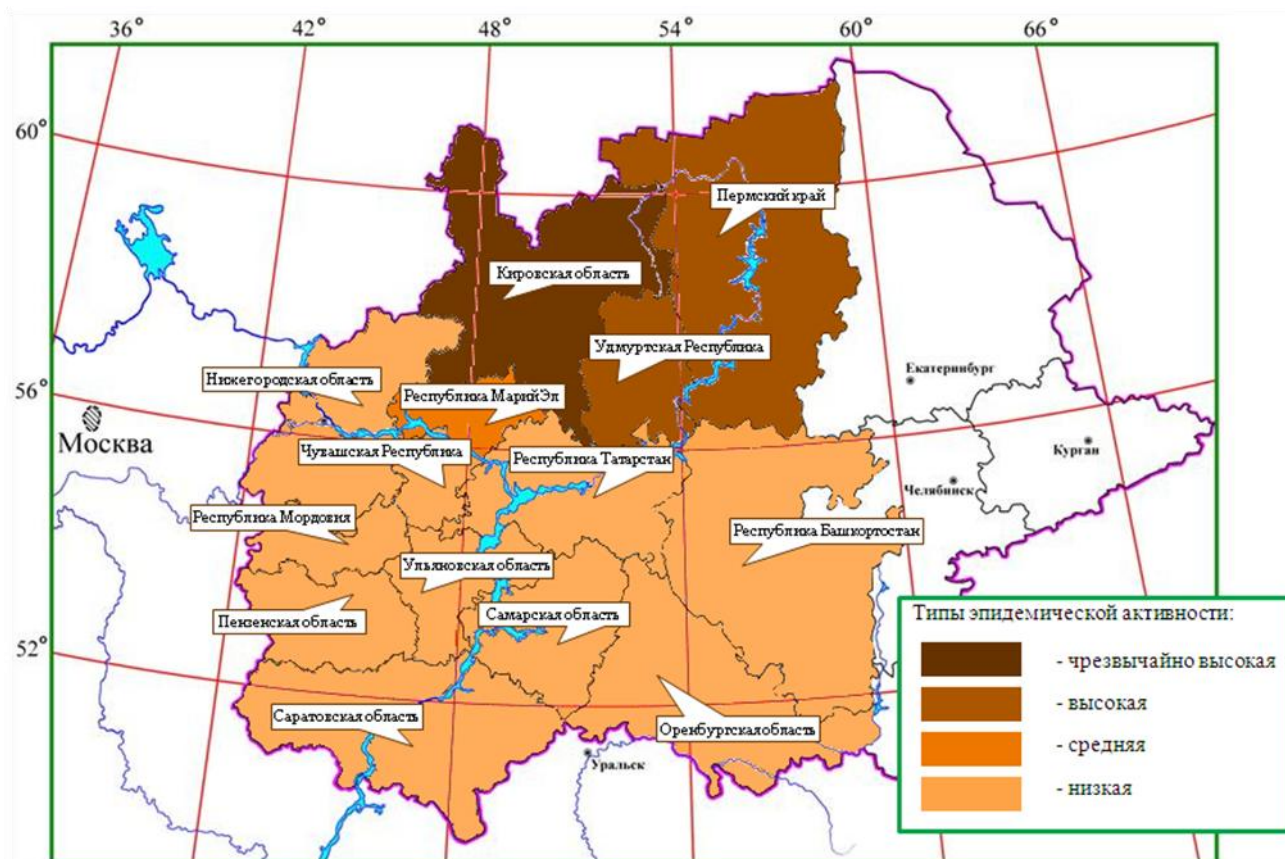


Рисунок 7 – Уровень заболеваемости клещевым боррелиозом на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

К первому типу относится территория Кировской области, где выявляется чрезвычайно высокий уровень заболеваемости. Ко второму типу территорий с высоким уровнем заболеваемости относятся Пермский край и Удмуртская Республика. На долю территорий с чрезвычайно высоким и высоким уровнем заболеваемости клещевым боррелиозом приходится 15 124 больных или 76,6 % от их общего числа в ПФО в 2000-2009 гг. К третьему типу территорий относится Республика Марий Эл, где наблюдается средний уровень заболеваемости. Остальные субъекты относятся к четвертому типу территорий с низким уровнем заболеваемости или отсутствием заболеваний.

Согласно общей тенденции к снижению уровня заболеваемости в ПФО в 2000-2009 гг., можно ожидать небольшого снижения уровня заболеваемо-

сти в целом в Приволжском федеральном округе в 2010 г. по сравнению с 2009 г.

Учитывая эпизоотическую ситуацию, сложившуюся по клещевому боррелиозу в 2009 г., и тенденцию динамики заболеваемости в отдельных субъектах округа в 2000-2009 гг., следует прогнозировать значительный рост заболеваемости в Республике Удмуртия. Рост заболеваемости может произойти в Пензенской, Оренбургской, Самарской и Ульяновской областях и Республике Марий Эл. Возможно, ожидать появления больных клещевым боррелиозом в Саратовской области.

В связи с отсутствием данных об эпизоотическом состоянии по боррелиозу в 2009 г. на территориях Республик Башкортостан, Татарстан, Мордовия, Чувашской Республики, Пермского края, Кировской и Нижегородской областей дать прогноз невозможно.

Уровень и динамика заболеваемости лептоспирозом в ПФО в 2000-2009 гг.

Уровень заболеваемости лептоспирозом в Приволжском федеральном округе на 100 000 населения превышал аналогичный показатель по России в период 2000-2004 гг. на 27,0 %; в период 2005-2009 гг. – на 29,0 %. Всего на долю ПФО в период 2000-2009 гг. приходится 28,2 % от общего числа больных лептоспирозом, выявленных в России.

В Российской Федерации в период 2000 – 2009 гг. выявлено 10 450 больных лептоспирозом, в том числе в период 2000-2004 гг. – 7253, а в период 2005-2009 гг. – 3197. В ПФО в период 2000-2009 гг. зарегистрировано 2944 больных лептоспирозом, в том числе в период 2000-2004 гг. – 2020, в период 2005-2009 гг. – 924.

Подъемы уровня заболеваемости наблюдались в 2004 и 2007 гг. как в России, так и в ПФО (рисунок 8). Выявляется выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости в период 2000-2009 гг. как в России, так и в ПФО соответственно $y_1=1,1-0,4$ и $1,3-0,6$ на 100 000 населения. По сравнению с периодом 2000-2004 гг. в 2005-2009 гг. число больных лептоспирозом снизилось в России на 56,0 % в ПФО – на 54,3 %.

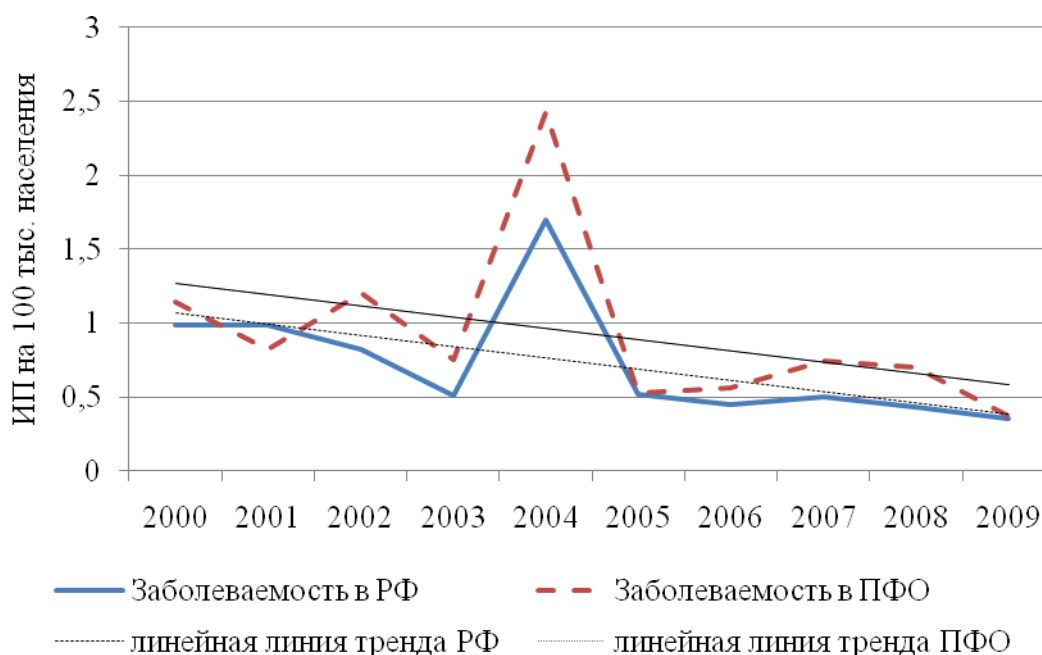


Рисунок 8 – Динамика заболеваемости лептоспирозом в Российской Федерации и ПФО в 2000-2009 гг.

В таблице 4 приводятся данные об уровне и тенденциях динамики заболеваемости лептоспирозом в отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

Заболевания лептоспирозом в течение всего анализируемого периода (2000-2009 гг.) не регистрировались на территории Республики Башкортостан; в Саратовской области они выявлялись в течение одного года; в Республике Марий Эл и Чувашской Республике – в течение трех лет; в Оренбургской области – 4 года; в Республике Татарстан – 7 лет. На всех других административных территориях округа заболевания лептоспирозом наблюдались ежегодно.

Уровень заболеваемости лептоспирозом на отдельных административных территориях округа резко отличался. На основании статистических данных по уровню заболеваемости лептоспирозом в 2000-2009 гг. можно выделить 4 группы территорий, отличающихся по интенсивности эпидемического процесса. К первой группе территорий с чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости относится Республика Мордовия; ко второй группе территорий с высоким уровнем заболеваемости относится Удмуртская Республика, Пермский край и Ульяновская область.

Таблица 4 – Уровень и динамика заболеваемости лептоспирозом на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс. число больных в 2000-2004гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2000-2004гг	Абс. число больных в 2005-2009гг.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2005-2009гг	Доверительный интервал ИП	Тенденция динамики заболеваемости	Уровень заболеваемости	Число лет регистрации
1	Республика Башкортостан	0	0,00	0	0,00	-	-	IV	0
2	Республика Марий Эл	4	0,27	1	0,13	-	-	IV	3
3	Республика Мордовия	639	14,25	272	6,38	7,9-12,65	$y_1=11,0-9,9$	I	10
4	Республика Татарстан	113	0,60	2	0,01	0,1-0,5		III	7
5	Удмуртская Республика	379	4,73	109	1,41	2,20-3,93	$y_1=5,8-0,9$	II	10
6	Чувашская Республика	5	0,35	1	0,07			IV	3
7	Пермский край	272	1,93	197	1,41	1,21-2,15	$y_1=1,6-1,6$	II	10
8	Кировская область	40	0,53	47	0,68	0,22-1,01	$y_1=0,4-0,8$	III	10
9	Нижегородская область	266	1,50	112	0,65	0,75-1,41	$y_1=1,5-0,8$	III	10
10	Оренбургская область	39	0,35	0	0,00	-	-	IV	4
11	Пензенская область	65	0,86	38	0,55	0,28-1,14	$y_1=0,9-0,5$	III	10
12	Самарская область	99	0,61	50	0,37	0,26-0,72	$y_1=0,6-0,37$	III	10
13	Саратовская область	3	0,11	0	0,00	-	-	IV	1
14	Ульяновская область	96	1,33	95	1,43	0,77-2,00	$y_1=1,4-1,4$	II	10
15	ПФО	2020	1,27	924	0,58		$y_1=1,3-0,6$		10
16	Российская Федерация	7253	1,0	3197	0,45		$y_1=1,1-0,4$		10

I тип – чрезвычайно высокий уровень заболеваемости

II тип – высокий уровень заболеваемости

III тип – средний уровень заболеваемости

IV тип – низкий уровень заболеваемости или заболевания отсутствуют

	- Тенденция к росту заболеваемости
	- Стабилизация
	- Тенденция к снижению заболеваемости

На долю административных территорий, относящихся к чрезвычайно высоким и высоким уровням заболеваемости, приходится соответственно 68,6 и 72,8 % всех больных лептоспирозом в округе в период 2000-2004 и 2005-2009 гг. К числу территорий со средним уровнем заболеваемости относятся: Республика Татарстан, Кировская, Нижегородская, Пензенская, Самарская области. К четвертой группе территорий относится Республики Марий Эл, Башкортостан, Чувашская Республика, Оренбургская и Саратовская области. (рисунок 9).

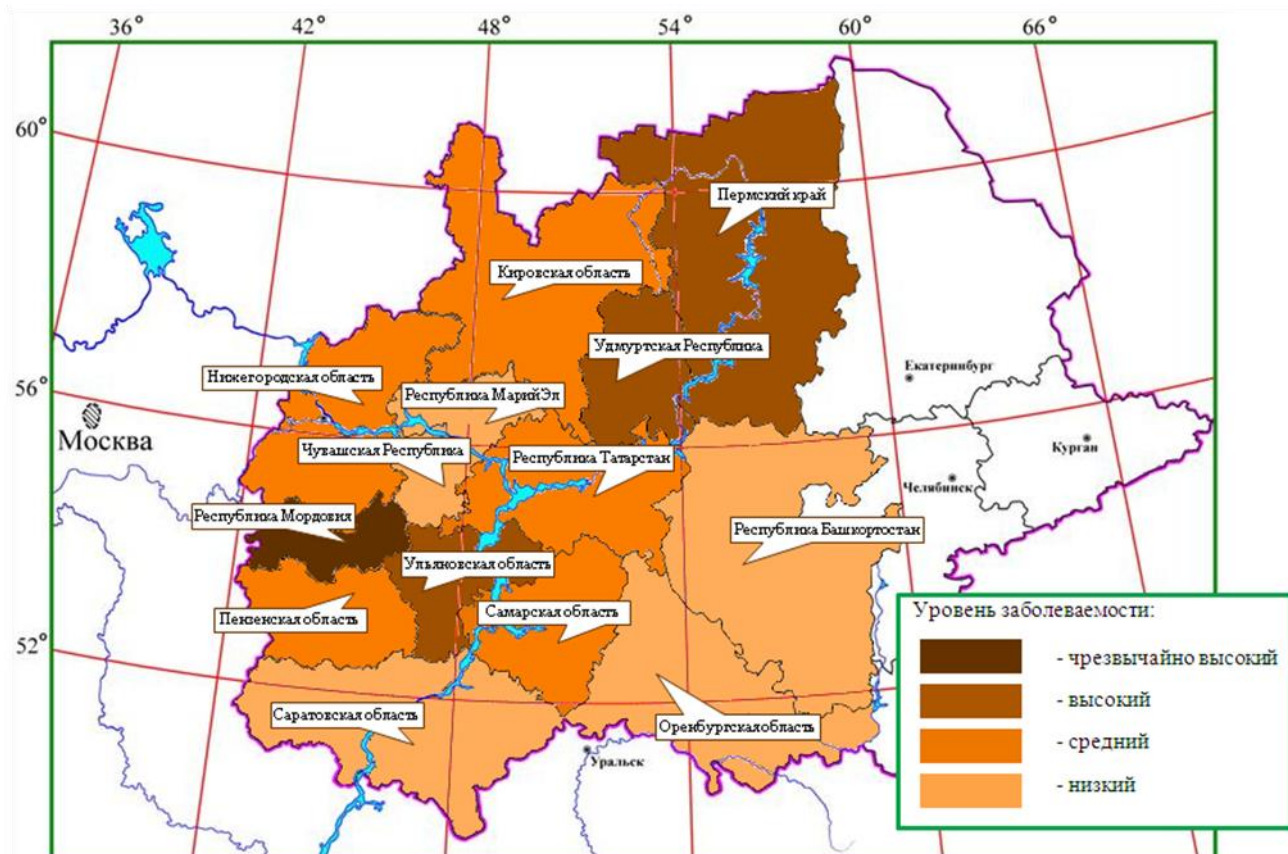


Рисунок 9 – Уровень заболеваемости лептоспирозом на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

Учитывая направленность тенденций динамики заболеваемости лептоспирозом на отдельных административных территориях округа и прогноза изменений численности грызунов, насекомоядных и эпизоотического состояния по лептоспирозу [1], можно сделать прогноз о возможной эпидемиологической ситуации по этой инфекции в 2010 г.

В целом по ПФО в 2010 г. произойдет снижение уровня заболеваемости лептоспирозом по сравнению с 2009 г. Наибольшее число заболевших этой инфекцией будет выявлено на территории Республик Мордовия, Удмуртия, Пермского края, Кировской и Ульяновской областей. На других территориях округа возможно возникновение sporadических случаев заболевания.

Уровень и динамика заболеваемости туляремией в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

В Российской Федерации заболеваемость туляремией находится на низком уровне. Всего в 2000-2009 гг. выявлено 1 543 случая заболевания этой инфекцией. В том числе в период 2000-2004 гг. – 338, в период 2005-2009 гг. – 1 205. Наблюдается рост числа заболевших в 2005-2009 гг. по сравнению с 2000-2004 гг. в 3,5 раза. Средний показатель заболеваемости по Российской Федерации в 2000-2009 гг. составил 0,11 на 100 000 населения.

В Приволжском федеральном округе наблюдается аналогичная тенденция динамики заболеваемости (рисунок 10). Всего в период с 2000 по 2009 г. в ПФО выявлено 187 заболевших туляремией. В том числе в период 2000-2004 гг. – 31; в период 2005-2009 гг. – 156. Таким образом, в период 2005-2009 гг. по сравнению с периодом 2000-2004 гг. произошел рост числа больных в 5 раз. Средний показатель заболеваемости по ПФО в 2000-2009 гг. составляет 0,06 на 100 000 населения и практически равен аналогичному показателю по Российской Федерации (таблица 5).

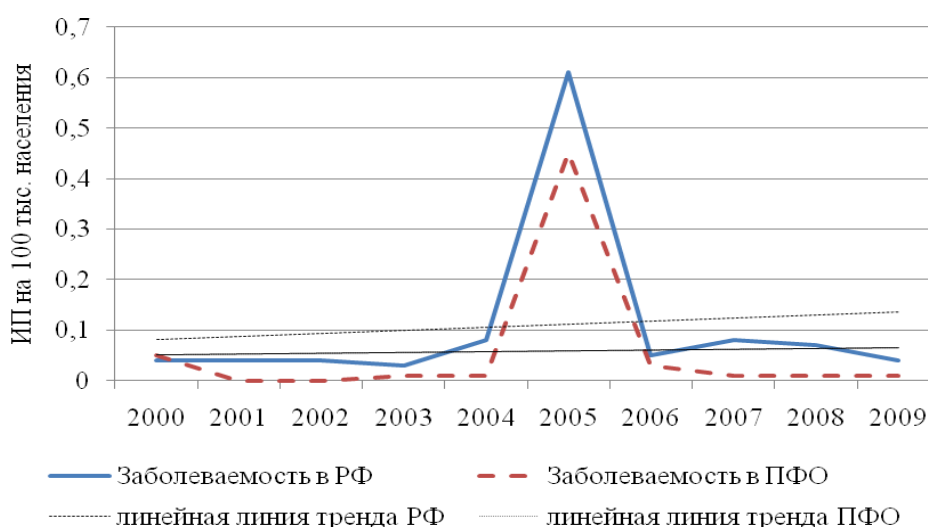


Рисунок 10 – Динамика заболеваемости туляремией в Российской Федерации и ПФО в 2000-2009 гг.

Таблица 5 – Уровень и динамика заболеваемости туляремией на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс.число больных в 2000-2004г.г.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2000-2004г.г	Абс.число больных в 2005-2009г.г.	Средний ИП на 100 тыс.нас. в 2005-2009г.г	Число лет регистрации
1.	Республика Башкортостан	0	0,00	0	0,00	0
2.	Республика Марий Эл	0	0,00	0	0,00	0
3.	Республика Мордовия	7	0,14	6	0,13	4
4.	Республика Татарстан	0	0,00	0	0,00	0
5.	Удмуртская Республика	0	0,00	0	0,00	0
6.	Чувашская Республика	4	0,06	3	0,05	4
7.	Пермский край	0	0,00	0	0,00	0
8.	Кировская область	0	0,00	2	0,03	2
9.	Нижегородская область	4	0,02	142	0,85	7
10	Оренбургская область	0	0,00	0	0,00	0
11	Пензенская область	12	0,16	1	0,01	4
12	Самарская область	0	0,00	2	0,01	1
13	Саратовская область	1	0,01	0	0,00	1
14	Ульяновская область	3	0,04	0	0,00	3
15	ПФО	31	0,01	156	0,1	10
16	Российская Федерация	338	0,05	1205	0,17	10

Удельный вес заболевших туляремией в ПФО составляет 9,2 % в период 2000-2004 гг. и 12,9 % – в период 2005-2009 гг. от общего числа заболевших этой инфекцией в нашей стране. В течение анализируемого периода заболевания туляремией регистрировались в 8 субъектах округа (рисунок 11). Наиболее часто в течение семи лет больные выявлялись на территории Нижегородской области, в течение четырех лет – в Республике Мордовия, Чувашской республике и Пензенской области; трех – Ульяновской области; двух – в Кировской области; одного года – в Самарской и Саратовской областях. Наибольшее число больных туляремией зарегистрировано в Нижегородской, Пензенской областях и Республике Мордовия, на долю которых приходится 86,6 % от их общего числа в ПФО.

Учитывая наличие эпизоотических проявлений туляремии в ПФО летом и осенью 2009 г. [1], можно прогнозировать обострение эпидемиологи-

ческой обстановки в 2010 г. Возникновение заболеваний следует ожидать в Республике Мордовия, Чувашской Республике, Нижегородской, Оренбургской, Саратовской и Пензенской областях.

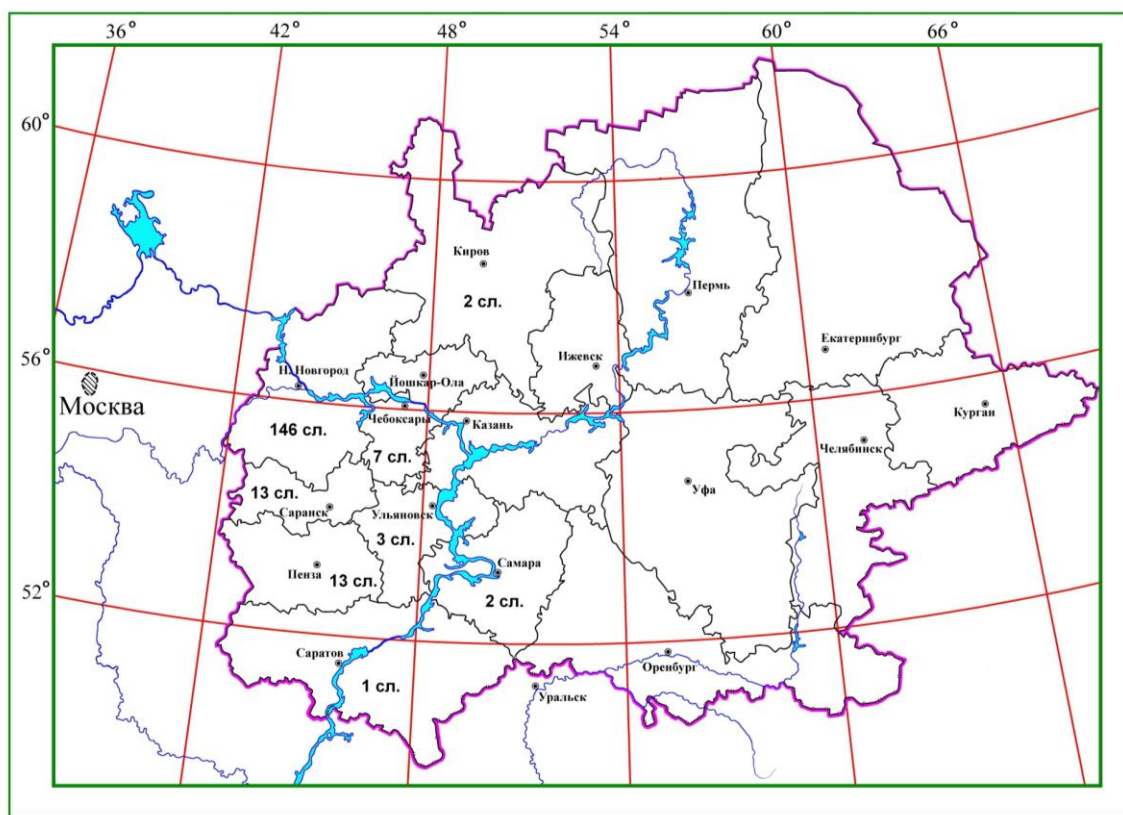


Рисунок 11 – Уровень заболеваемости туляремией на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

Уровень и динамика заболеваемости сибирской язвой в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

Заболеваемость сибирской язвой в Российской Федерации находится на низком уровне. Всего в 2000-2009 гг. зарегистрирован 101 случай заболевания сибирской язвой, в том числе в период 2000-2004 гг. – 55; в период 2005-2009 гг. – 46, на 9 случаев меньше. Таким образом, наблюдается стабилизация уровня заболеваемости этой инфекцией (рисунок 12).

В ПФО в период 2000-2009 гг. выявлено 25 случаев заболевания, в том числе 13 в период 2000-2004 гг. и 12 в период 2005-2009 гг. (таблица 6). На долю ПФО в период 2000-2004 гг. приходилось 23,6 %, а в период 2005-2009 гг. – 26,0 % от общего числа больных сибирской язвой, зарегистрированных в России.

Небольшие вспышки и спорадические случаи заболевания в период 2000-2004 гг. выявлены на территории Республики Татарстан в 2000 г.; в Пензенской и Оренбургской областях в 2004 г. В период 2005-2009 гг. больные сибирской язвой регистрировались только в Республике Башкортостан (рисунок 13).

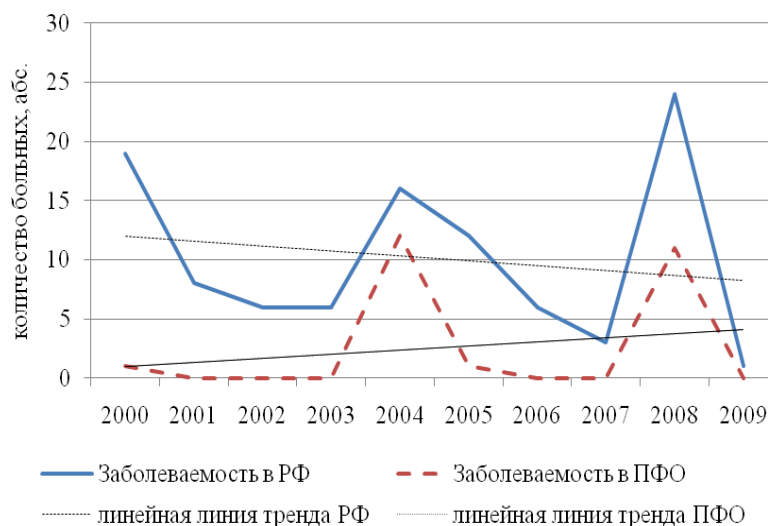


Рисунок 12 – Динамика заболеваемости сибирской язвой в Российской Федерации и ПФО в 2000-2009 гг.

Таблица 6 – Уровень и динамика заболеваемости сибирской язвой на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс. число больных в 2000-2004гг.	Абс. число больных в 2005-2009гг.	Число лет регистрации
1.	Республика Башкортостан	0	12	2
2.	Республика Марий Эл	0	0	0
3.	Республика Мордовия	0	0	0
4.	Республика Татарстан	1	0	1
5.	Удмуртская Республика	0	0	0
6.	Чувашская Республика	0	0	0
7.	Пермский край	0	0	0
8.	Кировская область	0	0	0
9.	Нижегородская область	0	0	0
10.	Оренбургская область	10	0	1
11.	Пензенская область	2	0	1
12.	Самарская область	0	0	0
13.	Саратовская область	0	0	0
14.	Ульяновская область	0	0	0
15.	ПФО	13	12	4
16.	Российская Федерация	55	46	10

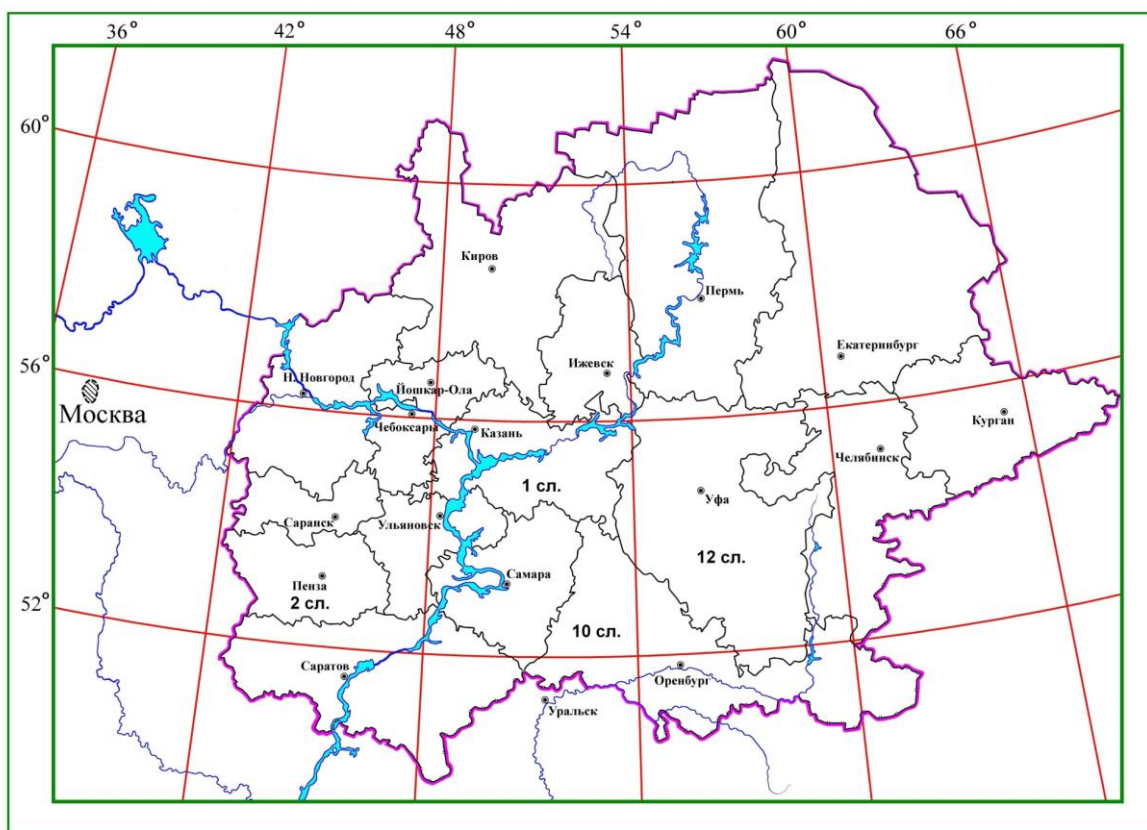


Рисунок 13 – Уровень заболеваемости сибирской язвой на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

В 2010 г. эпидемиологическая обстановка по этой инфекции останется благоприятной, однако, нельзя исключить регистрации спорадических заболеваний сибирской язвой на той или иной территории округа.

Уровень и динамика заболеваемости бешенством в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

Заболеваемость бешенством в Российской Федерации находится на низком уровне. Всего в период 2000-2009 гг. в стране зарегистрировано 130 больных. Наблюдается выраженная тенденция к снижению числа заболеваний. Так, в период 2000-2004 гг. зарегистрировано 76, в период 2005-2009 гг. – 54, снижение на 34,2%.

В ПФО также наблюдается низкий уровень заболеваемости бешенством и тенденция к снижению числа заболеваний. Всего в период 2000-

2009 гг. выявлено 17 заболевших, в том числе в период 2000-2004 гг. – 11, в период 2005-2009 гг. – 6, снижение на 45,5 %.

На долю ПФО в общей структуре заболеваемости этой инфекцией в стране приходилось в период 2000-2004 гг. 14,5 %, а в период 2005-2009 гг. – 11,1 %. Заболевания бешенством в период 2000-2009 гг. зарегистрированы на восьми административных территориях округа, в том числе в Самарской области – 2; Оренбургской – 3; Нижегородской – 3; Саратовской – 1; Удмуртской Республике – 1; Республике Башкортостан – 1; Республике Мордовия – 4; Республике Татарстан – 2 (рисунок 14). В остальных субъектах округа заболевания бешенством не регистрировались. В 2000-2001, 2006 и 2008 гг. в ПФО заболевших бешенством не было (таблица 7).

Таблица 7 – Уровень и динамика заболеваемости бешенством на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс.число больных в 2000-2004гг.	Абс.число больных в 2005-2009гг.	Число лет регистрации
1.	Республика Башкортостан	1	0	1
2.	Республика Марий Эл	0	0	0
3.	Республика Мордовия	3	1	3
4.	Республика Татарстан	1	1	2
5.	Удмуртская Республика	0	1	1
6.	Чувашская Республика	0	0	0
7.	Пермский край	0	0	0
8.	Кировская область	0	0	0
9.	Нижегородская область	1	2	2
10.	Оренбургская область	3	0	3
11.	Пензенская область	0	0	0
12.	Самарская область	2	0	2
13.	Саратовская область	0	1	1
14.	Ульяновская область	0	0	0
15.	ПФО	11	6	6
16.	Российская Федерация	76	54	10

В 2009 г. на отдельных административных территориях ПФО сложилась крайне неблагоприятная эпизоотическая обстановка по бешенству. Наибольшее количество животных, больных бешенством, выявлено на территории Самарской (176), Саратовской (141), Оренбургской (118), Нижегородской (102) областей. Больные бешенством животные регистрировались также

на территории Пензенской области (74); Удмуртской Республики (45); Ульяновской области (37); Республики Чувашия (36); Кировской области (13); Республики Марий Эл (3). Среди 745 больных бешенством животных 53,0 % приходится на инфицированных вирусом бешенства лисиц.

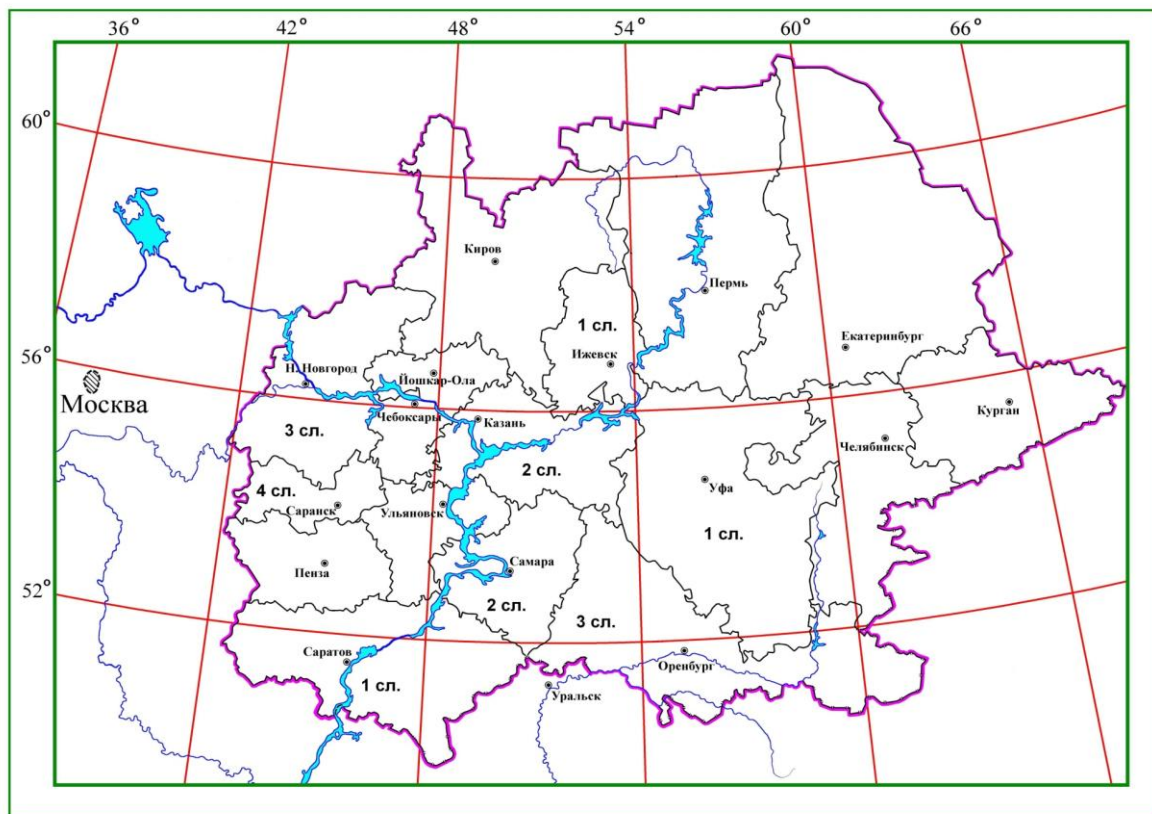


Рисунок 14 – Уровень заболеваемости бешенством на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

В связи с неблагоприятной эпизоотологической обстановкой в 2010 г. не исключен рост заболеваемости бешенством среди людей, на всех территориях ПФО, где выявлены эпизоотии среди животных в 2009 г.

Уровень и динамика заболеваемости бруцеллезом в ПФО в 2000-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

Заболеваемость бруцеллезом в Российской Федерации находится на низком уровне. Всего в период 2000-2009 гг. зарегистрировано 4 517 больных этой инфекцией. Средний интенсивный показатель за этот период составляет 0,3 на 100 000 населения. Выявляется выраженная тенденция к снижению числа заболевших: в период 2000-2004 гг. их было выявлено 2 498, в

период 2005-2009 гг. – 2 019. Таким образом, произошло снижение числа больных на 19,6 %.

Таблица 8 – Уровень и динамика заболеваемости бруцеллезом на отдельных административных территориях Приволжского федерального округа в 2000-2009 гг.

	Административная территория	Абс.число больных в 2000-2004гг.	Абс.число больных в 2005-2009гг.	Число лет регистрации
1.	Республика Башкортостан	1	0	1
2.	Республика Марий Эл	0	0	0
3.	Республика Мордовия	0	0	0
4.	Республика Татарстан	4	14	6
5.	Удмуртская Республика	1	0	1
6.	Чувашская Республика	1	2	2
7.	Пермский край	0	0	0
8.	Кировская область	0	0	0
9.	Нижегородская область	0	0	0
10.	Оренбургская область	26	4	8
11.	Пензенская область	0	1	1
12.	Самарская область	3	2	3
13.	Саратовская область	76	1	6
14.	Ульяновская область	8	2	7
15.	ПФО	120	26	10
16.	Российская Федерация	2498	2019	10

В ПФО в период 2000-2009 гг. зарегистрировано 146 больных бруцеллезом (таблица 8). В том числе в период 2000-2004 гг. – 120; в период 2005-2009 гг. – 26. Таким образом, установлено снижение числа заболевших на 78,4 в 2005-2009 гг. по сравнению с 2000-2004 гг. Средний показатель заболеваемости бруцеллезом в ПФО в 2000-2009гг. составил 0,05 на 100 000 населения и был ниже по сравнению с аналогичным показателем по Российской Федерации в 6 раз. Удельный вес ПФО в общей структуре заболеваемости в России был невелик и составлял в период 2000-2004 гг. – 4,8 %; в период 2005-2009 гг. – 1,3 %.

В течение анализируемого периода 2000-2009 гг. заболевания бруцеллезом регистрировались на территории девяти субъектов округа: Саратовской области – 77 больных; Оренбургской области – 30; Республики Татарстан – 18; Ульяновской области – 10; Самарской области – 5; Чувашской

Республике – 3; Республике Башкортостан -1; Удмуртской Республике – 1; Пензенской области – 1 (рисунок 17).

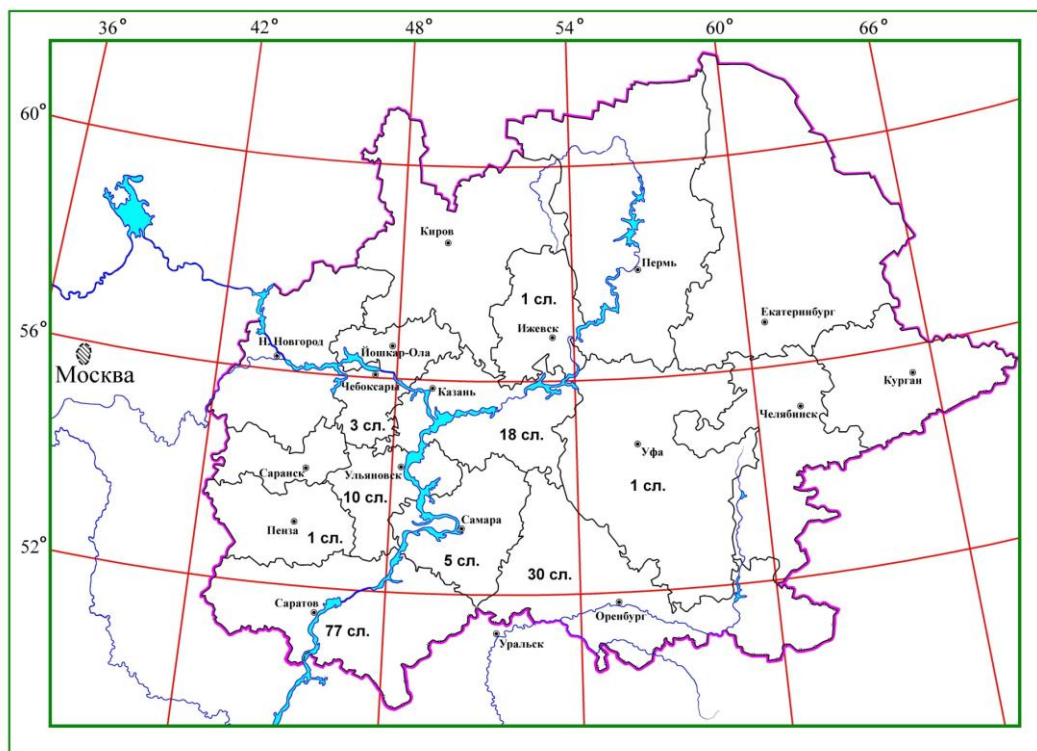


Рисунок 17 – Уровень заболеваемости бруцеллезом на отдельных административных территориях ПФО в 2000-2009 гг.

Учитывая низкий уровень заболеваемости этой инфекцией на территории ПФО в последние годы, можно прогнозировать благоприятную эпидемиологическую обстановку по этой инфекции в 2010 г. для всех субъектов округа. Спорадические случаи заболевания возможны в Республике Татарстан, Чувашской Республике и Саратовской области.

Уровень и динамика заболеваемости опасными инфекциями на территории Курганской и Челябинской областей Уральского федерального округа в 2005-2009 гг. и прогноз на 2010 г.

Территория Курганской и Челябинской областей Уральского федерального округа неблагоприятна по заболеваемости особо опасными инфекциями. В период 2005-2009 гг. всего на их территории выявлен 3 991 больной. Наибольший удельный вес в общей структуре заболеваемости особо опасными инфекциями приходится на больных клещевым боррелиозом – 1 559 (39,1 %); клещевым вирусным энцефалитом – 1 318 (33,0 %); ГЛПС –

1 076 (27,0 %). Таким образом, перечисленные выше инфекции в целом определяли уровень заболеваемости особо опасными инфекциями в Курганской и Челябинской областях в 2005-2009 гг., т.к. на их долю приходится более 99 % больных. На долю больных лептоспирозом, бруцеллезом, туляремией, бешенством приходится 0,9 % от общего числа больных ООИ, выявленных в период 2005-2009 гг.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: заболевания выявлялись только на территории Челябинской области (таблица 9).

В течение анализируемого периода наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в 2007 г., минимальный – в 2009 г. Средний показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 5,3 и был на одном уровне с аналогичным показателем в Российской Федерации. Заболевания ГЛПС наблюдались ежегодно. Учитывая высокую численность рыжей полевки и периодичность цикличности эпидемического процесса при ГЛПС можно ожидать роста заболеваемости этой инфекцией в 2010 г. по сравнению с 2009 г.

Таблица 9 – Уровень и динамика заболеваемости ГЛПС в Курганской и Челябинской областях в 2005-2009 гг.

Административная территория	2005г.		2006г.		2007г.		2008г.		2009г.		Абс.ч исло больных в 2005- 2009г г.	Сред ний ИП на 100 тыс. нас. в 2005- 2009г г	Чи сло лет ре- ги- стра ции
	Абс.ч исло больных	ИП на 100 тыс. нас.	Абс. чис- ло боль ных	ИП на 100 тыс. нас	Абс. чис- ло боль ных	ИП на 100 тыс. нас	Абс. чис- ло боль ных	ИП на 100 тыс. нас	Абс. чис- ло боль ных	ИП на 100г тыс. нас			
Курганская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Челябинская область	128	11,62	189	5,95	281	7,14	130	6,46	73	10,39	1076	5,3	5

Клещевой боррелиоз: уровень заболеваемости данной инфекцией на 100 000 населения на территории Челябинской и Курганской областей превышает аналогичный показатель 2005-2009 гг. по Российской Федерации соответственно на 29,5 и 58,3 % (таблица 10).

Заболевания клещевым боррелиозом на территории названных областей регистрировались ежегодно. Динамика заболеваемости в Челябинской и Курганской областях носила синхронный характер. Максимальные показатели уровня заболеваемости наблюдались в указанных территориях в 2005 г. При вычислении тенденции динамики заболеваемости выявлено наличие тенденции к ее снижению. Для Челябинской области $y_1=10,7-2,9$; для Курганской области $y_1-8,7-7,8$.

Таблица 10 – Уровень и динамика заболеваемости клещевым боррелиозом в Курганской и Челябинской областях в 2005-2009 гг.

Административная территория	2005г.		2006г.		2007г.		2008г.		2009г.		Абс. число больных в 2005-2009 гг.	Средний ИП на 100 тыс. нас. в 2005-2009г	Число лет регистрации
	Абс. число больных	ИП на 100 тыс. нас.	Абс. число больных	ИП на 100 тыс. нас.	Абс. число больных	ИП на 100 тыс. нас.	Абс. число больных	ИП на 100 тыс. нас.	Абс. число больных	ИП на 100 тыс. нас.			
Курганская область	116	11,62	59	5,95	70	7,14	62	6,46	99	10,39	406	8,31	5
Челябинская область	384	10,79	260	7,82	281	8,46	127	3,85	101	3,07	1153	6,8	5

Принимая во внимание прогноз на повышение численности клещей в 2010 г. по сравнению с 2009 г., рост положительных проб исследования клещей на наличие возбудителей клещевого боррелиоза до 18,9 %; в Челябинской области большое число обратившихся по поводу нападения клещей на людей (19 089 в 2009 г.), считаем, что в 2010 г. возможен рост заболеваемости клещевым боррелиозом по сравнению с 2009 г.

В связи с отсутствием данных о численности клещей и их инфицированности возбудителем клещевого боррелиоза сделать прогноз о вероятной эпидемиологической ситуации в 2010 г. для Курганской области невозможно.

Клещевой вирусный энцефалит: заболевания клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) ежегодно регистрируются на территории Курганской и Челябинской областей. Всего в 2005-2009 гг. в Курганской области выявлено 573 больных КВЭ, в Челябинской – 745. Показатель заболеваемости на

100 000 населения для Курганской области составлял 12,1; для Челябинской – 4,3 и превышал аналогичный показатель Российской Федерации соответственно в 4,9 и 1,7 раза. При вычислении тенденции динамики заболеваемости КВЭ выявлена выраженная тенденция к ее снижению. Для Курганской области $y_1=16,1-7,3$; для Челябинской – 7,8-0,8 на 100 000 населения.

Учитывая высокую численность клещей в Челябинской области можно ожидать роста заболеваемости КВЭ в 2010 г. по сравнению с 2009 г. В связи с отсутствием данных о численности клещей в Курганской области в 2009 г. дать прогноз о заболеваемости КВЭ в 2010 г. невозможно.

Спорадические заболевания *лептоспирозом* в период 2005-2009 гг. регистрировались как в Курганской (1 случай), так и в Челябинской области (9 случаев). Учитывая низкую численность околородных грызунов, прогноз по этой инфекции на 2010 г. благоприятный. Возможны спорадические случаи заболевания в Челябинской области.

Как в Челябинской, так и в Курганской областях в 2005-2009 гг. выявлялись случаи заболевания *бруцеллезом*. Соответственно – 9 и 8. Прогноз по данной инфекции на 2010 г. благоприятный. В 2010 г. возможно выявление спорадических случаев заболевания этой инфекцией.

Единичные заболевания *туляремией* в течение анализируемого периода выявлялись в Курганской области (6) и Челябинской области (2). Учитывая наличие эпизоотических проявлений этой инфекции в Курганской области, не исключено возникновение спорадических заболеваний в 2010 г.

Заболевания *бешенством* в 2005-2009 гг. регистрировались только на территории Челябинской области (3). Прогноз по этой инфекции на 2010 г. для Челябинской и Курганской областей благоприятный.

Информационно-аналитические материалы о заболеваемости инфекционными болезнями, требующими проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации в мире и России с 2000 по 2009 год

Инфекционные заболевания по-прежнему представляют реальную опасность для российских граждан, поскольку туризм и деловые поездки продолжают оставаться важной отраслью российской экономики. В Российской Федерации продолжают регистрироваться завозные случаи опасных

инфекционных заболеваний. Граждане России выезжают за рубеж с туристическими и деловыми целями, в том числе и в страны с неустойчивой эпидемиологической обстановкой по ряду особо опасных инфекционных болезней.

В странах Африки, Южной Америки и Азии регистрируются заболевания чумой, холерой, малярией, желтой лихорадкой и целый ряд инфекционных болезней. Перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включает 16 нозологических форм (оспа; полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС); холера; чума; желтая лихорадка; лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия; лихорадка Западного Нила; Крымская геморрагическая лихорадка; лихорадка Денге; лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт); менингококковая болезнь). Вероятность завоза большинства из них - низкая. Наиболее высоким является риск завозов холеры и малярии.

В период с 1999 по 2003 год в мире было зарегистрировано 829578 больных холерой, ежегодное количество больных в этот период составляло в среднем 165915. В 2004-2008 гг. в мире зарегистрировано 838315 больных холерой, в среднем ежегодное число больных составило 167663. В период с 1999 по 2003 год отмечалась тенденция к снижению заболеваемости, которая в 2004-2008 гг. изменилась – отмечена тенденция роста заболеваемости холерой в мире в целом, и только в странах Америки сохраняется тенденция к снижению.

Наибольшее число больных традиционно регистрировали в странах Африканского континента. В период 1999-2003 гг. на их долю приходилось 89,8 %, в 2004-2008 гг. – 95,5 %.

В последние годы массовые вспышки произошли в странах, которые на протяжении многих лет не регистрировали случаи заболевания. В 2008 г. в Зимбабве зарегистрировано 98591 случаев холеры, включая 4288 летальных. Эта вспышка, продолжавшаяся 11 месяцев, стала одной из крупнейших в новейшей истории. Заболевания холерой отмечали в соседних странах – Ботсване, Мозамбике, ЮАР, и Замбии.

В 2009 г. вспышки холеры отмечены в 56 странах, наиболее неблагоприятная ситуация отмечена в странах Африканского континента: Нигерии,

Эфиопии, ДР Конго, Сомали, Анголе, Кении, Зимбабве, Танзании, Уганде, Мозамбике.

Заболевания холерой регистрировали также в странах Азии: во Вьетнаме, в Непале, Индии, Китае, Таиланде, Малайзии, Папуа-Новой Гвинее.

За период с 2000 по 2009 год на территорию Российской Федерации завозы холеры происходили в 2004-2006 и 2008 гг. В 2001 г. в Республике Татарстан (г. Казань) зарегистрирована завозная вспышка холеры с выносом инфекции в Алькеевский и Высокогорский районы республики. Выявлено 52 больных и 18 вибрионосителей.

Вспышка холеры в Казани обусловлена реализацией водного пути распространения возбудителя инфекции. Заражение произошло при купании в водоеме, в который при аварии попали сточные воды из канализационного коллектора. Первоисточник инфекции не установлен, но вероятно произошел завоз холеры на территорию республики из-за рубежа.

В 2004 г. отмечен завоз холеры в Республику Башкортостан из Индии, в 2005 г. – в г. Москву и Тверскую область из Таджикистана, в 2006 г. – в г. Мурманск из Индии, в 2008 г. – в Республику Башкортостан из Индии.

Завозы чумы регистрируются редко, но исключить возможность таких завозов нельзя. Чума продолжает оставаться серьезной проблемой в эндемичных странах Африки, Азии и Америки.

В период с 1999 по 2003 год в мире зарегистрировано 11780 случаев заболевания чумой, в среднем ежегодное число больных составило 2356. Отмечается тенденция к снижению заболеваемости. В следующий 5-летний период (с 2004 по 2008 год) эта тенденция изменилась и отмечен рост заболеваемости чумой. Всего выявлено 11573 случая заболевания, среднегодовое число больных – 2312. В 2009 году в мире было выявлено 985 заболеваний чумой, но вероятнее всего, что это неполные данные.

Наиболее пораженным является Африканский континент – в 1999-2003 гг. на его долю приходилось 11173 больных или 94,8 % их общего числа в мире, в 2004-2008 гг. – 11295 больных, что составляет 97,6 % всех случаев в мире. Ежегодно чуму регистрировали на Мадагаскаре и Демократической Республике Конго. Именно за счет этих двух стран формируется неблагоприятное по чуме в Африке. В структуре заболеваемости на их долю приходится более 90 % всех африканских случаев чумы.

После многих десятилетий затишья вспышки чумы были зарегистрированы в странах Магриба – региона, который не относится к эндемичным территориям, но пользуется популярностью у туристов. В 2008 г. в Алжире – 4 заболевших, в т.ч. 3 смертельных случая (все – бубонная форма), и в 2009 г. – в Ливии – всего 5 случаев, в т.ч. 1 случай легочной чумы у ребенка, который умер.

В 1999-2008 гг. в странах Азии было выявлено 647 случаев заболевания чумой. Вспышки и случаи заболевания отмечены в Индии, Индонезии, Монголии и Китае. В Индии вспышки чумы отмечены в 2002 и 2004 гг. В Китае зарегистрированы вспышки легочной чумы: в 2008 г. – 2 смертельных случая в Тибетском автономном районе, в 2009 г. – 12 случаев заболевания чумой (3 больных скончались) в северо-западной провинции Цинхай (г. Цзыкэтань Хайнань-Тибетского автономного округа).

В Америке заболевания чумой ежегодно регистрируют в двух странах – Перу и США. Всего с 1999 по 2008 год отмечено 238 случаев.

Из стран СНГ заводы чумы на территорию Российской Федерации и, в первую очередь, на территорию Приволжского федерального округа, возможны с территории Республики Казахстан. На территории Казахстана располагаются 15 природных очагов чумы. Все наиболее активные очаги чумы либо граничат с Российской Федерацией, либо располагаются в непосредственной близости от южных границ. Саратовская, Самарская, Оренбургская области, входящие в состав ПФО, и Челябинская и Курганская области из состава Уральского федерального округа имеют протяженную границу с Казахстаном.

В Республике Казахстан в 1999 г. было зарегистрировано 7 случаев заболеваний чумой с 2 летальными исходами, в 2001 г. – 2 случая заболевания (один с летальным исходом), в 2002 г. – 2 случая заболевания чумой в Кзыл-Ординской области, в 2003 г. – 3 случая в Кызылординской и Мангистауской областях.

В странах с жарким климатом повсеместно распространена малярия, которая ежегодно завозится на территорию Российской Федерации. В мире регистрируется от 100 до 300 миллионов случаев малярии в год. Риску заболевания малярией подвергается примерно половина населения мира. Большинство случаев заболевания малярией и смерти от нее происходит в Афри-

ке к югу от Сахары. Однако Азия, Латинская Америка и, в меньшей степени, Ближний Восток и отдельные части Европы также охвачены этой болезнью.

В Российскую Федерацию завоз малярии происходит в последние годы преимущественно из стран дальнего зарубежья – Африки и Азии, а также из государств СНГ, где наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Азербайджане и Таджикистане.

Завозы малярии осуществляются в основном в крупные города – максимальное число завозов регистрируют в Москве и Санкт-Петербурге. Однако существует реальная опасность завозов малярии и на территории областей, расположенных в Приволжском федеральном округе, особенно в города, имеющие прямые международные сообщения. Кроме того, приток многочисленных мигрантов из эндемичных стран СНГ способствует не только завозу малярии, но регистрации трехдневной малярии среди местных жителей в результате передачи инфекции. В 2009 г. впервые на территории Российской Федерации не зарегистрированы случаи малярии с местной передачей, после четырнадцатилетней непрерывной регистрации.

Ежегодно в странах Африки, Южной и Центральной Америки регистрируются случаи заболеваний желтой лихорадкой. По оценкам ВОЗ, ежегодно желтой лихорадкой заболевает до 200000 и умирает до 30000 человек. Эндемичными по желтой лихорадке являются территории 32 стран Африки и 12 стран Южной Америки (Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая республика Конго, Камерун, Кения, Конго, Кот-д'Ивуар, Либерия, Мавритания, Мали, Нигер, Нигерия, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, Центрально-Африканская республика, Чад, Экваториальная Гвинея и Эфиопия; Боливия, Бразилия, Венесуэла, Гайана, Гвиана Французская, Колумбия, Панама, Перу, Сент-Винсент и Гренадины, Суринам, Тринидад и Тобаго и Эквадор).

В период с 2000 по 2009 год регистрировались эпидемические вспышки заболеваний людей высококонтагиозными вирусными геморрагическими лихорадками – Эбола, Марбург и Ласса. Лихорадка Эбола была отмечена в Уганде, Габоне, Республике Конго, Судане, Демократической республике Конго. Лихорадка Марбург регистрировалась в Демократической республике Конго, Анголе и Уганде. Отмечены 2 завозных случая в США и Нидерланды.

Лихорадка Ласса регистрируется в Сьерра-Леоне, Нигерии и Либерии. На протяжении 2000-2009 гг. неоднократно отмечали завозные случаи в Великобританию, Германию, ЮАР.

Лихорадка Денге широко распространена в Южной и Центральной Америке, странах Карибского бассейна, в Африке. За последние десятилетия заболеваемость Денге во всем мире значительно возросла. В настоящее время около 2,5 миллиарда человек – каждые 2 из 5 жителей мира – подвергаются риску заболевания Денге. По последним оценкам ВОЗ, ежегодно в мире происходит до 50 миллионов случаев инфицирования лихорадкой Денге и около 20 тысяч человек умирают.

В настоящее время болезнь является эндемичной более чем для 100 стран в Африке, Америке, Восточном Средиземноморье, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Наиболее широко охвачены болезнью Юго-Восточная Азия и Западная часть Тихого океана – здесь регистрируют более 70 % больных. На территорию Российской Федерации в марте-апреле 2010 года жителями Московской и Воронежской областей, которые вернулись после отдыха в Таиланде и на острове Бали (Индонезия), завезены 2 случая лихорадки Денге.

По данным ВОЗ, с начала 2010 г. в нескольких регионах ЮАР было зарегистрировано около 200 случаев заражения лихорадкой Рифт-Валли, в том числе 15 случаев с летальным исходом. Заболевание было обнаружено у туристки из Германии, посетившей спортивные объекты перед началом футбольного первенства, а также еще у трех иностранцев.

подавляющее большинство случаев инфицирования людей происходит в результате прямых или косвенных контактов с кровью или органами инфицированных животных. Заражение людей происходит также в результате укусов инфицированных комаров, чаще всего комаров вида *Aedes*. Предстоящий чемпионат мира по футболу в ЮАР привлечет массу болельщиков из многих стран мира, включая и Россию. Во избежание заражения лихорадкой Рифт-Валли футбольным болельщикам рекомендуют использовать репелленты и противомоскитные сети для защиты от укусов комаров и других кровососущих насекомых, избегать посещения животноводческих ферм и хозяйств и не употреблять мясо и молоко, не прошедших термическую обработку.

В настоящее время 4 страны в мире – Афганистан, Индия, Нигерия и Пакистан – являются эндемичными по полиомиелиту. На сегодняшний день основные эпидемиологические проблемы представляют районы с устойчивой передачей полиомиелита в северной Индии, северной Нигерии и на границе между Афганистаном и Пакистаном.

В 1994 г. Американский регион ВОЗ (36 стран) был сертифицирован как свободный от полиомиелита, в 2000 г. – Регион ВОЗ стран Западной части Тихого океана (37 стран и территорий, включая Китай), в 2002 г. – Европейский регион ВОЗ (51 страна).

С 2003 по 2007 годы полиомиелит типа 1, который происходит из северной части Нигерии, распространился и вызвал вспышки болезни в 20 ранее свободных от полиомиелита странах Африки.

В 2008 г. в северной части Нигерии возникла вспышка болезни, вызванная диким полиовирусом типа 1, который распространился в ближайшие страны Западной Африки и Судан, а также зарегистрирована крупнейшая с 2000 г. вспышка полиомиелита в Пакистане. В 2008 г. произошло восстановление циркуляции вируса полиомиелита в Индии в западной части штата Уттар-Прадеш, вследствие завоза вируса из соседнего штата. В 2008 г. в Нигерии произошло 80 % всех случаев заболевания полиомиелитом типа 1 в мире.

В Чаде и Нигере также зарегистрирован дикий полиовирус типа 3, который происходит из северной части Нигерии.

В 2009 г. вспышка болезни, ранее ограниченная южной частью Судана и западной частью Эфиопии, распространилась на Кению и Уганду. Случаи полиомиелита типа 1 подтверждены также в северной части Судана, что представляет очень высокий риск дальнейшего международного распространения. Именно из этого региона в 2004-2006 гг. дикий полиовирус типа 1 распространился в несколько стран, включая Саудовскую Аравию, Сомали, Йемен и Индонезию.

В настоящее время в странах Африки проходит крупномасштабная кампания иммунизации – провакцинировано более 86 млн детей.

С декабря 2009 по 20 апреля 2010 г. произошло резкое увеличение случаев острого вялого паралича (ОВП), зарегистрированных в Таджикистане. Все случаи зарегистрированы в северо-западной части страны, включая столицу город Душанбе. Этот район граничит с Афганистаном и Узбекистаном.

Было установлено, что причиной вспышки является полиовирус типа 1, тесно связанный с вирусом из штата Уттар-Прадеш, Индия. Все случаи заболевания зарегистрированы среди детей (в подавляющем большинстве до 5 лет). В результате вспышки полиомиелита в Таджикистане, инфекцией заразились 298 жителей республики, 15 заболевших детей скончались. В стране завершается первый этап вакцинации от полиомиелита, в ходе которого прививки получили более миллиона детей. Второй и третий этапы прививочной кампании намечены на 18 мая и 5 июня 2010 г.

Чтобы не допустить распространения полиомиелита на территории России, введена дополнительная вакцинация против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям. В пунктах пропуска через границу усилен санитарно-карантинный контроль за пассажирами, прибывающими из Таджикистана, организована вакцинация оральной полиомиелитной вакциной несовершеннолетних граждан Таджикистана, не достигших 15-летнего возраста.

Организованы выявление, вакцинация и вирусологическое обследование ранее прибывших и проживающих на территории России граждан Таджикистана. Введен временный запрет на въезд в Россию детей до 6 лет, граждан Таджикистана, до окончания массовой иммунизации, проводимой в Таджикистане с 1 мая. Роспотребнадзор запретил ввоз на территорию Российской Федерации из Таджикистана сухофруктов и орехов с их изъятием из продажи.

Но 12 мая 2010 г. в России зарегистрирован первый случай заболевания полиомиелитом у девятимесячного ребенка, прибывшего 1 мая 2010 г. с родителями из Таджикистана в Иркутскую область. В Иркутске выявлены четверо детей, которые контактировали с заболевшим ребенком. Подтверждено, что дети являются носителями вируса полиомиелита без проявлений болезни. 13 мая 2010 г. Роспотребнадзор подтвердил второй случай заболевания полиомиелитом на территории России – у девятимесячного ребенка, прибывшего с родителями из Таджикистана.