**УДК 614.4:616.936(573.3)**

**ЕКОЛОГО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ УМОВ ВПЛИВУ ПОШИРЕНОСТІ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ МАЛЯРІЇ**

*Алієв Самардин Партоєвич,*

*Таджицький НДІ профілактичної медицини Міністерства охорони здоров’я та соціального захисту населення Республіки Таджикістан, м.Душанбе*

*Усенко Світлана Георгіївна*

*Харківський національний медичний університет, м.Харків*

*Усенко Сергій Анатолійович*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків*

**Метою нашої роботи** було провести епідеміологічний аналіз умов, що впливають на поширення і відновлення місцевої передачі малярії в Таджикистані.

Встановлено, що хворі малярією реєструються в республіці протягом усього року, але передача інфекції найбільш інтенсивно відбувається з червня по жовтень у зв'язку з масовим виплід різних видів малярійних комарів. Значне збільшення числа випадків малярії спостерігається з квітня - це весняна хвиля проявів заражень триденною малярією минулого року, потім в червні починається сезон передачі при середньодобовій температурі +25°С і вище, та число випадків продовжує зростати, досягаючи максимуму в серпні-вересні, після чого в жовтні-листопаді знижується при більш низьких середньодобових температурах. На першому місці по ураженості малярією знаходиться Хатлонська область, яка включає дві зони: Курганську і Кулябську. Ця область належить до долинно-пустельному типу ландшафту Південного Таджикистану.

У Хатлонській області кількість річних опадів коливається в межах 800-1000 мм. Дощі йдуть з березня по квітень і з листопада по грудень. В результаті зливових дощів потоки води утворюють водойми, біля витоків більшості з яких утворюються струмки, повноводні тільки в сезон дощів, а під час сухого сезону (з травня по жовтень) вони міліють. Ця зона є найбільш сприятливою для виплоду малярійних комарів. На її території мешкають два основних переносника малярії: *Anopheles Pulcherrimus* та *Anopheles superpictus*. Підвищення захворюваності на малярію в даній області можна пояснити близькістю афганських селищ, неблагополучних по малярії. Основними місцями виплоду *Anopheles* на цій території є численні струмки - арики, уздовж яких утворюються розгалуження, заповнюються стоячою або повільно проточною водою, а також водойми, утворені при затопленні ям і занедбаних іригаційних споруд.

У центральній, південно-східної, північної і північно-західній частинах республіки переважає ущелинно-річковий і гірничо-річковий типи ландшафтно-маляріогенних зон. З огляду на швидку течію річок, а також порівняно низьку температуру повітря, райони, розташовані на даній території, епідеміологічну небезпеку не уявляють (крім населених пунктів, які межують з несприятливими по малярії територіями). У поширенні малярії важливу роль відіграє спосіб життя і сільськогосподарська діяльність людини. Так, наприклад, жителі Хатлонської області (Курганська зона) займаються рисівництвом, в результаті чого виникають додаткові місця виплоду малярійних комарів, що сприяє зростанню чисельності комарів *Anopheles*. З кожним роком в цій області збільшується площа бавовняних полів, ведеться будівництво іригаційних систем, що призводить до погіршення маляріологіческой ситуації.

Низький соціально-економічний рівень життя населення, практично повна відсутність каналізації, наявність водних площ навколо будинків створюють сприятливі умови для розмноження комарів. Інтенсивна міграція населення ускладнює ситуацію щодо малярії, як на території тимчасового перебування трудових мігрантів, так і по поверненню їх в місця постійного проживання. Маляріологіческая ситуація в Таджикистані, незважаючи на проведені заходи, залишається тривожною, тому що відбувається завезення малярії внаслідок міграційних процесів і зальоту заражених малярійних комарів з певних близько розташованих населених пунктів Афганістану, де є стійкі осередки малярії.

Таким чином, основними факторами, що негативно впливають на маляріологічну ситуацію в Таджикистані є продовження інтенсивної передачі малярії в зонах афгано-таджицького кордону; дефіцит ефективних інсектицидів і обмежений обсяг проведення протіволічинкових заходів; недостатня кваліфікація медичних працівників з клінічної та лабораторної діагностики малярії; відсутність оперативної інформації щодо маляріологічної ситуації в прикордонних районах Афганістану і синхронності в проведенні протималярійних заходів; недостатні знання населення про заходи профілактики малярії та боротьби з нею.