

КРЫМСКО-КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: ИСТОРИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ ПРИРОДНЫХ ОЧАГОВ (1940–2020-Е ГГ.)

Валиева С.Ф.

Ташкентский государственный медицинский университет

Email: v2808svc@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20033023>

Аннотация

Крымско-конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) — это острое вирусное зоонозное заболевание, возбудителем которого выступает вирус рода *Nairovirus* семейства *Bunyaviridae*. В качестве основного переносчика инфекции рассматриваются иксодовые клещи рода *Nyalomma*, характерные для аридных и полуаридных зон Африки, Ближнего Востока, Балканского полуострова и Центральной Азии [4, с. 205]. Болезнь проявляется резким подъёмом температуры до 39–41 °С, выраженным интоксикационным синдромом, а на 3–5-й день от начала болезни — геморрагическим синдромом. Именно сочетание стремительного развития и высокой летальности ставит ККГЛ в один ряд с наиболее опасными природно-очаговыми инфекциями [2, с. 198].

Подтвердить диагноз позволяют иммуноферментный анализ (ИФА) и метод обратнo-транскриптазной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) [5, с. 18–27]. Однако эти методы до сих пор остаются малодоступными в большинстве стран постсоветского пространства: сказывается нехватка современного оборудования и подготовленного персонала.

Ключевые слова: ККГЛ, зоонозы, эпидемиология, история медицины, Центральная Азия, глобальное здравоохранение.

Введение

История изучения крымско-конго геморрагической лихорадки тесно переплетена с географией первых описанных вспышек. В 1944–1945 годах советские военные врачи зафиксировали случаи тяжёлого геморрагического заболевания среди солдат и местного населения Крымского полуострова [1, с. 34]. Более десяти лет спустя, в 1956 году, в Конго был выделен вирус, серологически идентичный крымскому штамму, — это открытие закрепило за болезнью двойное название, отражающее историю её двух независимых открытий на разных континентах [1, с. 36].

Для Центральной Азии переломным оказался 1947 год: советский вирусолог М.П. Чумаков зафиксировал клиническую картину, характерную для ККГЛ, в Астраханской области и в Туркменистане [1, с. 42]. Наиболее показательной из ранних вспышек стала эпидемия в городе Байрам-Али, где 89 комбайнеров, одновременно работавших на хлопковых полях, заболели в течение нескольких дней. Клещи прятались в густых рядах хлопчатника — и именно с этим контактом связывали заражение. Вспышка вынудила советское руководство ввести режим так называемого «Красного карантина» — чрезвычайной системы противоэпидемических мер, ставшей прообразом всей последующей региональной политики борьбы с вирусом.

Советская система противодействия ККГЛ

В рамках «Красного карантина» государство выстроило разветвлённую вертикаль управления эпидемиологическим риском. Ежегодно миллионы голов скота в эндемичных районах проходили обработку акарицидами, а в период наибольшей активности клещей — с апреля по июнь — выпас животных в опасных зонах законодательно запрещался [1, с. 102]. В каждой области действовали санитарно-эпидемиологические станции со специализированными лабораториями. Система, при всех своих недостатках, реально снижала заболеваемость и позволяла сдерживать распространение вируса.

Вместе с тем жёсткая централизация неизбежно порождала теневые практики. Местные жители — казахи, туркмены, каракалпаки, узбеки — хорошо понимали: официальное сообщение о болезни грозит принудительным забоем скота, составлявшего основу семейного благополучия. Выходом стали фальшивые ветеринарные справки и намеренное сокрытие случаев заражения. В архивах Кызылординской области сохранилось типичное дело 1967 года: бригадир совхоза подделывал документы о падеже овец до тех пор, пока у 11 человек не проявились высокая температура и кровотечения [1, с. 118]. Подобные случаи не были редкостью, а значит, советская статистика смертности от ККГЛ была заведомо занижена.

Ирригационные проекты и расширение ареала болезни

В 1950–1960-е годы советское руководство развернуло строительство Каракумского канала — одного из крупнейших ирригационных проектов в истории Центральной Азии. Задача состояла в орошении засушливых пространств и расширении сельскохозяйственных угодий. Однако то, что казалось победой человека над природой, обернулось непредвиденными эпидемиологическими последствиями: создание влажных биотопов в прежде сухой степи привело к резкому росту численности грызунов — главных прокормителей клещей рода *Hyalomma*. Эпидемиологи зафиксировали смещение природного очага ККГЛ примерно на 300 километров к северу — туда, где прежде болезни не знали [4, с. 208].

Этот эпизод — наглядный урок о том, как масштабные преобразования природной среды способны кардинально изменить эпидемиологическую картину. Ирригационные каналы проложили своего рода «экологический коридор» для переносчиков инфекции, связав прежде изолированные очаги в единую сеть [3, с. 63]. Этот урок по-прежнему актуален при планировании любых крупных инфраструктурных проектов в регионах с природно-очаговыми инфекциями.

Борьба с ККГЛ после распада СССР

Распад Советского Союза в 1991 году обернулся для системы противозидемического контроля настоящей катастрофой. Финансирование санитарно-эпидемиологической службы сократилось на 70–80%; лаборатории закрывались одна за другой, а здания санэпидемстанций в малых городах нередко перепрофилировались под склады и торговые точки [1, с. 156]. Систематическая регистрация случаев заболевания фактически прекратилась — не потому, что болезнь отступила, а потому, что стало некому её фиксировать.

Особенно красноречив пример Таджикистана: в годы гражданской войны 1992–1997 годов случаи ККГЛ в официальной статистике попросту отсутствовали — диагностировать заболевание было некому [2, с. 209]. Когда в 1999 году медицинская

инфраструктура была частично восстановлена, только в Хатлонской области выявили 43 больных, большинство из которых находились в крайне тяжёлом состоянии. Этот пример убедительно показывает: отсутствие данных в отчётности вовсе не означает отсутствия болезни в реальности.

Серьёзным дополнительным фактором распространения инфекции стало открытие межгосударственных границ. В советское время перемещения скота жёстко регулировались в рамках колхозно-совхозной системы; теперь же чабаны перегоняли отары через границы без каких-либо ограничений. Исследование 2005 года установило: в Жамбылской области Казахстана более трети заразившихся ККГЛ имели контакт с животными, пригнанными из Ферганской долины [4, с. 210]. Прежде изолированные очаги объединились в единую трансграничную сеть.

К 2000 году в регионе почти не осталось специалистов, способных работать по прежним методическим руководствам. Международные организации — ВОЗ и американский CDC — нередко начинали свои программы с нуля, не подозревая, что где-то в архивах пылятся советские карты пастбищ с отметками «зона высокого риска», составленные ещё в 1963 году [1, с. 162]. Ценный исторический опыт оказался фактически утраченным.

Современная эпидемиологическая обстановка

Сегодня государства Центральной Азии формально восстановили отчётность о случаях ККГЛ, однако достоверность этих данных по-прежнему вызывает вопросы. Наиболее показателен пример Туркменистана: с 2008 года страна официально сообщает ВОЗ об отсутствии заболеваемости, тогда как соседние Узбекистан и Иран регулярно регистрируют завозные случаи именно с туркменской стороны [3, с. 64]. Это — прямое эхо советской практики засекречивания вспышек, при которой любая эпидемия автоматически становилась политической проблемой.

Восстановление межгосударственного ветеринарного контроля на границах, создание сети современных референс-лабораторий и возрождение системы подготовки эпидемиологов — всё это остаётся первоочерёдными задачами для снижения бремени ККГЛ в регионе [5, с. 27]. Без решения этих задач устойчивого прогресса не достичь.

Вывод

Крымско-конго геморрагическая лихорадка в Центральной Азии — это не просто инфекционное заболевание. По сути, история ККГЛ в регионе является историческим зеркалом, отражающим ключевые этапы его развития: советскую мобилизационную медицину, ирригационные мегапроекты, болезненный распад единой системы контроля и нынешнюю повседневную жизнь чабанов, перегоняющих отары по старинным тропам. Болезнь обнажает глубинную взаимосвязь политических решений, преобразования природной среды и состояния общественного здоровья.

Переломить ситуацию можно лишь при условии преодоления национальных политических барьеров и восстановления преемственности между историческими знаниями и современной практикой. Советские архивные карты и новейшие молекулярно-эпидемиологические данные должны стать частью единой аналитической системы. Клещи *Nyalompa* не знают государственных границ — и стратегия борьбы с ККГЛ тоже не может ограничиваться ими.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Онищенко Г.Г., Куличенко А.Н. Крымская геморрагическая лихорадка: монография. — Воронеж: Фаворит, 2018. — 288 с. (С. 34–36 — история первых вспышек в Крыму и в Конго; С. 42 — обнаружение ККГЛ в Туркменистане; С. 102–118 — советская система акарицидной обработки и карантина; С. 156–162 — распад санэпидслужбы после 1991 года.)
2. Руководство по инфекционным болезням / Е.С. Белозеров [и др.]. — СПб.: Фолиант, 2011. — Книга 2. — 743 с. (С. 198–214 — клиническая картина, дифференциальная диагностика и лечение ККГЛ.)
3. Погорелова Л.Л. Крымско-Конго геморрагическая лихорадка // Детские инфекции. — 2004. — № 4. — С. 61–66. (С. 63 — роль клещей в распространении инфекции; С. 64 — проблема занижения официальной статистики в постсоветских государствах.)
4. Ergönül Ö. Crimean-Congo haemorrhagic fever // The Lancet Infectious Diseases. — 2006. — Vol. 6. — № 4. — P. 203–214. (P. 205–208 — распределение природных очагов и факторы эндемичности; P. 210 — трансграничное распространение инфекции через перегон скота.)
5. Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго) у взрослых: Национальные клинические рекомендации. — М.: ФЭМБ, 2014. — 74 с. (С. 18–27 — методы лабораторной диагностики: ИФА и ОТ-ПЦР; С. 27 — рекомендации по организации эпидемиологического надзора.)