

АКАДЕМИЯ НАУК СССР
ВОСТОЧНАЯ КОМИССИЯ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА СССР

СТРАНЫ И НАРОДЫ ВОСТОКА

Под общей редакцией
члена-корреспондента АН СССР
Д. А. ОЛЬДЕРОГГЕ

ВЫП. IX

СТРАНЫ И НАРОДЫ АФРИКИ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУКА»
Главная редакция восточной литературы
Москва 1969

Л. В. Максимова

МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕДИНЕННОЙ АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Объединенная Арабская Республика (ОАР) расположена в северо-восточной части Африканского континента, и только небольшая часть ее территории (5,6%) приходится на Синайский полуостров (Азия). В природном, экономическом и культурном отношении ОАР имеет больше сходства со странами Передней Азии, чем с типично африканскими странами. Характер заболеваемости ее населения также во многом сходен с соседними азиатскими странами, и по районированию, принятому Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ОАР включена в Восточно-Средиземноморский район.

После создания республики многое было сделано для развития национальной экономики, ликвидации остатков колониализма и феодализма, для развития просвещения и здравоохранения. Однако ОАР не смогла еще полностью преодолеть отставание экономики. В стране все еще значительная часть населения имеет недостаточно высокий уровень жизни, антисанитарные условия жилищ, обеспеченность медицинской помощью недостаточна.

Характерной особенностью демографии страны являются высокие показатели рождаемости и смертности.

Следующие данные характеризуют рождаемость, общую и детскую (до одного года) смертность в ОАР [8, стр. 5; 27, 1963, стр. 24; 1964, стр. 25; 1965, т. 1, стр. 23; 1966, т. 1, стр. 23]:

Год	Рождаемость (на 1000 человек)	Общая смертность (на 1000 человек)	Детская смертность (на 1000 живорожденных)
1917	40,1	29,4	251,0
1920	42,2	28,0	138,0
1930	45,4	24,9	151,0
1940	41,6	26,5	162,0
1950	44,4	19,1	130,0
1960	42,7	16,9	110,0
1961	43,9	15,8	108,0
1962	41,3	17,9	133,9
1963	42,8	15,4	118,6

Несмотря на снижение в последние годы, смертность в ОАР продолжает оставаться более высокой, чем в развитых капиталистических стра-

нах (например, в 1963 г. в Великобритании — 12,2 человека на 1000 [27, 1966, т. 1, стр. 26]), что приводит к снижению экономического потенциала страны. При больших показателях смертности в ОАР значителен естественный прирост населения (2,7% в 1966 г.) [цит. по: 1, 1967, № 1, стр. 26], благодаря высокой рождаемости. По оценке на середину 1966 г., численность населения ОАР превышала 30 млн. [цит. по: 1, 1967, № 1, стр. 26].

Хотя в последние годы происходит заметное снижение смертности новорожденных, она продолжает оставаться очень высокой (в Великобритании — 21,1 на 1000 живорожденных) [27, 1966, т. 1, стр. 26]. Основными причинами смерти детей в Объединенной Арабской Республике являются желудочно-кишечные заболевания, врожденная слабость, болезни дыхательных путей, в то время как в европейских странах на первое место как причины смерти выходят недоношенность, врожденные пороки развития, родовые травмы. От желудочно-кишечных заболеваний гибнет более половины детей (в 1963 г.—56,8% против 1,9% в Великобритании) [рассчитано по: 27, 1966, т. 1, стр. 226—229].

Ниже приводятся данные структуры детской смертности в ОАР (в %) [составлено по: 8, стр. 12]:

Причина смерти	1950 г.	1951 г.	1952 г.
Желудочно-кишечные заболевания	54,1	53,2	54,4
Врожденная слабость	33,1	29,4	28,7
Болезни органов дыхания	9,7	12,4	11,6
Прочие	3,1	5,0	5,3

Характерной особенностью патологии населения Объединенной Арабской Республики является довольно высокая заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний. Ведущее место в патологии населения страны занимают шистозоматозы, туберкулез, трахома, малярия и др. Высока заболеваемость брюшным тифом, дизентерией, инфекционным гепатитом и др. Высокая заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями не только вызывает непосредственно большие экономические потери, но и резко снижает трудоспособность населения. По подсчетам экспертов ВОЗ, экономические потери ОАР от шистозоматоза составляли в 1957—1960 гг. ежегодно 80 млн. ег. ф., а от малярии — 40 млн. [4, стр. 295]. В стране много слепых (в 1955 г.—2,65% населения) [18, стр. 10], большинство из которых потеряло зрение вследствие перенесенной трахомы.

Большое влияние на состояние здоровья оказывают особенности питания. Главная пища населения — зерновые и овощи: кукуруза, бобовые, лук, ячмень, финики. Основными источниками жиров служат хлопчатник, арахис, масличная пальма. Из-за отсутствия мясо-молочного животноводства доля молочных и мясных продуктов в питании недостаточна (за исключением кочевых племен).

Общая калорийность пищи в ОАР составляла в 1959 г. 2580 кал. на человека в день [28, стр. 245] вместо 3390, необходимых по медицинским нормам. Если количество всех белков, получаемых человеком в день (в ОАР), примерно то же, что и в Великобритании (76 и 86 г соответственно), то количество белков животного происхождения — значительно меньше (13 и 51 г) [28, стр. 245]. Недостаточность питания хорошо видна при сравнении среднего потребления продуктов питания в год на душу населения в ОАР и Великобритании (в кг) [28, стр. 247, 249]:

	Зерно- вые	Корне- плоды	Сахар	Бобо- вые, орехи	Овощи	Мясо	Яйца	Рыба	Молоко	Жиры, масло
ОАР	185	8	12	10	77	13	1	5	2	5
Великобритания	85	93	50	6	60	71	15	10	7	22

Белково-калорийная недостаточность в питании населения приводит к широкому распространению различных авитаминозов: бери-бери, пеллагры, рахита и других заболеваний. Следствием неполноценного питания является ослабление организма, снижение его сопротивляемости инфекционным заболеваниям.

Основные черты патологии населения складывались на протяжении всей истории страны под влиянием особенностей экономического развития, культурных и бытовых навыков населения.

ОАР является древней сельскохозяйственной страной с развитым земледелием, полностью базирующимся на искусственном орошении водами Нила и отчасти грунтовыми водами. Развитие орошаемого земледелия привело к созданию предпосылок многих трансмиссивных заболеваний и шистозоматоза, так как густая сеть оросительных каналов, обилие искусственных водоемов создают благоприятные условия для существования переносчиков и промежуточных хозяев этих заболеваний. В районах искусственного орошения издавна существовали эндемические очаги малярии, шистозоматоза, вухерериоза.

Шистозоматоз является тяжелым хроническим заболеванием. Заражение чаще всего происходит в детском возрасте (после четырех лет) при купании в оросительных каналах. Хотя, как правило, шистозоматоз не приводит ни к смерти, ни к полной потере трудоспособности, он оказывает большое влияние на физическое и умственное развитие детей, истощает организм, уменьшает работоспособность взрослых, постепенно снижает сопротивляемость организма другим инфекциям. В ОАР экономические потери в производстве вследствие этой болезни составляют около 30% [6, стр. 6]. Широкое распространение заболевания связано с антисанитарными условиями жизни, в первую очередь с отсутствием охраняемых источников водоснабжения.

Существование в долине Нила с древнейших времен системы искусственного орошения со множеством каналов, канав, прудов и других сооружений с медленно текущей водой и богатой водной растительностью создавало благоприятные условия для развития моллюсков — промежуточных хозяев шистозом. Шистозоматоз был издавна известен в сельских местностях страны. Но особенно большое распространение болезнь получила после замены в большинстве районов бассейнового орошения постоянным.

Введение постоянного орошения в Египте началось с середины прошлого века в связи с появлением культуры хлопчатника, требовавшего много влаги в период спада воды на Ниле. При бассейновом орошении вода поступала в каналы и на поля только в период паводка, и в течение длительного сухого сезона большинство моллюсков погибало. Поэтому в районах бассейнового орошения пораженность населения шистозоматозом невелика: 5—10%. В районах же с системой постоянного орошения пораженность достигает 60% [17, стр. 2]. Так, например, в четырех деревнях в провинциях Кена и Асуан через четыре года после введения постоянного орошения (1934—1937) пораженность населения возросла в Сибайе с 10 до 44%, в Кильхе — с 7 до 50, в Мансурии — с 11 до 64 и в Бимбане — с 2 до 75% [16, стр. 1013]. В настоящее время в Верхнем Египте, за исключением небольших районов от Асу-

ана до Асьюта, пользуются бассейновым орошением. При замене его постоянным и строительстве новых оросительных систем применяются все меры, чтобы не допустить поселения в них промежуточных хозяев шистозом, избежать роста заболеваемости и возникновения новых очагов болезни.

Большую роль в распространении инфекционных заболеваний играют миграции населения. В ОАР особенно велики внутренние миграции: из сельской местности в города, из менее экономически развитого Верхнего Египта в более развитый Нижний, а также движение кочевников-скотоводов по пустыне. По данным переписей 1937, 1947 и 1960 гг., из провинций Верхнего Египта ежегодно уходит 5—30% мужского населения и 4—17% женского [1, 1966, № 4, стр. 26]. Значительную часть их составляют сезонные рабочие, направляющиеся на сельскохозяйственные плантации и строительство в Нижний Египет.

Движение больших масс населения, среди которых много носителей инфекционных и паразитарных заболеваний, приводит к широкому распространению этих болезней. Так, миграции рабочих в провинциях дельты издавна являлись важным фактором распространения здесь сыпного тифа. Распространение возвратного тифа в оазисах обычно связано с движением кочевников.

ОАР издавна находится на пересечении оживленных дорог, ведущих из западных и южных районов Африки к побережью Средиземного моря и в Переднюю Азию. Широкие торговые и культурные связи способствовали частому заносу различных особо опасных инфекционных болезней (чумы, холеры и др.).

Характерным примером совместного влияния внутренних и внешних миграций на распространение заболеваний может служить последняя эпидемия холеры в ОАР в 1947 г., во время которой в стране заболели 20 804 и умерли 10 277 человек [23, стр. 411]. Инфекция была занесена в страну английскими военнослужащими, прилетевшими из районов Индии, где холера эндемична. Эпидемия вспыхнула в г. Эль-Корейне (провинция Шаркия), центре района разведения финиковой пальмы, в период сбора урожая, когда население этого города увеличивается более чем в 1,5 раза благодаря сезонным рабочим и торговцам финиками. В течение месяца она охватила почти всю страну. Распространению инфекции способствовали сезонные рабочие и торговцы, спешно покидавшие район эпидемии, а также перевозка фиников в различные части страны, так как на них холерные вибрионы могут сохраняться длительное время [7, стр. 696—697].

Распространению заболеваний в стране способствуют также мусульмане-паломники, идущие в Мекку из Ливии, ОАР, Судана, Северной и Западной Африки. Основной поток их (около 30 тыс. в год) проходит через ОАР. Все эпидемии холеры, кроме последней, были связаны с заносом инфекции из Мекки. До недавнего времени паломники играли важную роль в распространении малярии. С тех пор как они начали пользоваться современным морским и особенно воздушным транспортом, опасность заноса холеры, оспы, тифа, желтой лихорадки и других опасных болезней возросла. Поэтому египетскими властями здравоохранения (в соответствии с международными соглашениями) осуществляется строгий контроль и установлена обязательная вакцинация паломников против оспы, холеры, желтой лихорадки.

В силу различия природных, исторических и экономических условий отдельные территории ОАР резко отличаются друг от друга и в медико-географическом отношении. В стране можно выделить три круп-

ных медико-географических района: дельту Нила, или Нижний Египет; долину Нила, или Верхний Египет, и окружающие их пустынные территории.

Район дельты Нила, или Нижний Египет, входит в субтропическую средиземноморскую область. Сезонность климата отчетливо проявляется как в температурном режиме, так и в режиме выпадения осадков. Среднемесячные температуры воздуха летом: 26—28°, зимой: 14—20°. Большие суточные амплитуды температуры в зимний период обуславливают высокую заболеваемость пневмонией (в 1950—1952 гг.—126—344 случая на 100 тыс. жителей в городах, где учет заболеваемости более полный) и очень высокую смертность (120—160 случаев на 100 тыс.) [8, стр. 21, 29].

Источниками водоснабжения в дельте являются Нил и колодцы. Вода реки сильно загрязнена. В паводок (август—октябрь) она содержит много взвешенных частиц и солей, делающих ее неприятной на вкус. Вследствие близкого залегания грунтовых вод колодцы мелки и легко загрязняются людьми и животными. Часто вода в них слабо минерализована.

Нижний Египет является в настоящее время экономическим ядром страны. Здесь сосредоточены 60% обрабатываемой площади страны [2, стр. 117] и почти половина ее населения (43%) [2, стр. 46]. Плотность населения в дельте составляет 635 человек на 1 кв. км обрабатываемой площади, местами достигая 990 человек [1, 1966, № 4, стр. 26]. Основная сельскохозяйственная культура — хлопчатник, занимающий $\frac{3}{4}$ обрабатываемой площади. В северной части дельты значительные площади — под посевами риса. Сельское хозяйство в настоящее время полностью базируется на круглогодичном орошении, которое начало здесь применяться раньше, чем в других частях страны.

Район Нижнего Египта лучше всего обеспечен медицинской помощью. В 1954 г. на 1000 человек в городах приходилось по две-четыре больничные койки, в провинциях — по одной [9, стр. 6]. Здесь сосредоточены основные медицинские кадры, научно-исследовательские учреждения, крупнейшие больницы страны (Аббасия на 1500 коек, Каср-эль-Айни на 1200 коек, Демердаш на 500 коек и др.), специализированные амбулатории, больницы, клиники.

Самыми опасными и распространенными заболеваниями в дельте Нила являются мочеполовой и кишечный шистозоматозы. Мочеполовым шистозоматозом в среднем поражено 60% населения данного района [20, стр. 610]. Заболевание отсутствует лишь в самой северной части дельты, где высокая соленость воды препятствует существованию промежуточного хозяина шистозомы моллюска *Bulinus truncatus*. Круглогодичная система орошения позволяет промежуточному хозяину развиваться в течение почти всего года. Осушение большей части каналов в январе — феврале общим сроком на 40—50 дней незначительно сокращает численность моллюсков, так как в условиях прохладной зимней погоды и высокого уровня грунтовых вод большинство их выживает, погрузившись во влажный ил. Основным фактором сезонности заражения шистозоматозом в районе дельты является температура воды: при температуре ниже 10° заражения не происходит. Поэтому зимой в дельте случаи заражения очень редки, и основной период приходится на летние и осенние месяцы.

Район дельты Нила являлся единственным в стране, где обитает промежуточный хозяин кишечного шистозоматоза моллюск *Biomphalaria alexandrina*. Моллюски особенно многочисленны в северной части дельты. Здесь пораженность населения кишечным шистозоматозом до-

стигает 60%. В южной части, расположенной несколько выше над уровнем моря, их количество уменьшается в связи с увеличением скорости течения воды и пораженность населения падает до 6% [20, стр. 610].

Как и в случае мочеполового шистозоматоза, существующая сезонность заражения обусловлена температурным режимом воды. Максимальная инфицированность моллюсков наблюдается в июле — сентябре. На этот же период приходится наибольшее количество случаев заражения.

Широкая кампания борьбы, проводимая органами здравоохранения, несколько снижает заболеваемость в отдельных районах. Так, в провинции Кальюбия, где лечение больных и борьба с моллюсками ведутся с 1954 г., заболеваемость за четыре года снизилась с 44 до 29,1% [3, стр. 82]. Однако, вследствие того что условия, определяющие существование инвазии, в основном остаются неизменными, шистозоматоз по-прежнему является одной из основных проблем здравоохранения.

Район дельты характеризуется благоприятными условиями и для передачи малярии. Обилие каналов, рисовых полей, множества стоячих водоемов, образующихся вследствие близкого залегания к поверхности грунтовых вод, создают множество мест выплода для переносчика трехдневной малярии комара *Anopheles pharoensis*. Поэтому заболеваемость малярией в дельте Нила была одной из самых высоких в стране: до 42,5 случая на 100 тыс. жителей в 1950—1952 гг. [8, стр. 22]. В эти же годы на Нижний Египет приходилось 68—74% всех свежих случаев заболевания малярией, зарегистрированных в стране. Максимальное количество случаев заражения малярией приходится на период массового лёта комара — с июня по октябрь. В настоящее время в результате проведения борьбы с малярией риск заражения этой болезнью в Нижнем Египте значительно снижен.

Большое место в заболеваемости жителей Нижнего Египта занимают желудочно-кишечные инфекции (дизентерия, амебиаз, брюшной тиф и др.). По неполным данным, в 1950—1952 гг. в провинциях дельты наблюдалось от 6 до 30 случаев (на 100 000 человек) заболевания брюшным тифом. Особенно высока заболеваемость в городах (от 80 до 180 случаев на 100 000 жителей) [8, стр. 20]. Данные отдельных обследований позволяют говорить о пораженности значительной части населения дизентерией и амебиазом. Так, Чандлер обнаружил цисты *Entamoeba histolytica* у 55—59% обследованных им жителей деревень в окрестностях Каира (наблюдения велись в 1948—1951 гг.). В возрастной группе старше четырех лет цистоносительство было поголовным [10, стр. 70, 71].

Заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями резко увеличивается в летние месяцы с ростом количества мух. Большое значение имеет питье некипяченой воды из каналов и колодцев, которые всюду сильно загрязнены, особенно в пределах деревень.

Низкий санитарно-гигиенический уровень жизни является причиной высокой пораженности населения дельты аскаридозом. Этому способствует и большая влажность почв, обусловленная обилием воды и высоким уровнем грунтовых вод. Пораженность аскаридозом варьирует от 20 до 80% [22, стр. 98]. Наименьшая наблюдается в северной части дельты, где отмечена повышенная засоленность почв. Распространение аскаридоза вызвано также употреблением в пищу плохо вымытых овощей, так как в Нижнем Египте для удобрения почв особенно часто применяются фекалии.

Среди сельского населения Нижнего Египта широко распространен анкилостомоз (возбудитель *Ancylostoma duodenale*). По данным обследова-

дования 6 млн. жителей дельты, инвазированность в 30-х годах достигала 21—38% [22, стр. 481]. В результате длительной борьбы с заболеванием в 1958 г. средняя пораженность жителей по провинциям дельты не превышала 10%, за исключением Минуфии (13,3%) и Шаркии (19,4%) [12, стр. 369]. Случаи заражения наиболее часты на берегах прудов, каналов и особенно самого Нила, где вдоль тропинок, ведущих к заборам воды, обнаружено наибольшее количество личинок. Поэтому пораженность жителей деревень в непосредственной близости от реки намного выше (58—73%), чем в стороне от нее (18% в 3 км от реки) [22, стр. 487]. В Нижнем Египте заражение анкилостомозом происходит также на полях с влажной почвой легкого механического состава, которая благоприятствует развитию личинок анкилостом. Проникновению инвазии в организм способствует хождение босиком (11,9—31,5% против 0,6—2,8% в деревнях, где носят обувь) [25, 1960, т. 57, № 4, стр. 391].

Низкая (по сравнению с Верхним Египтом) пораженность жителей дельты Нила анкилостомозом обусловлена большой плотностью почв, отличающихся более тяжелым механическим составом и вызванной длительным круглогодичным орошением засоленностью.

К району дельты были приурочены очаги вухерериоза. Переносчиком его является синантропный комар *Culex pipiens*, нападающий на человека ночью и в плохо освещенных помещениях. Наиболее поражены вухерериозом были районы Розетты и окрестности Каира. В первом при обследовании в 1936 г. 1 тыс. человек у 10% были найдены микрофилярии и у 1,8% — слоновость ног. В окрестностях Каира микрофилярии были обнаружены у 24—28% обследованных жителей. Высокая пораженность населения этих районов объяснялась обилием колодцев с солонцеватой водой (соленость до 1,46%) и пересыхающих водоемов, являющихся местами выплода переносчика. Большая часть этих колодцев была засыпана, в результате чего пораженность населения губернаторств Гарбия и Шаркия уже к 1946 г. снизилась до 4—7% [14, стр. 581, 582].

Долина Нила, или Верхний Египет, отличается от дельты более жарким и сухим климатом. Среднемесячные температуры воздуха летом: 26—29°, зимой: 15—19°. Осадки практически отсутствуют в течение всего года. Единственным водным источником является сама река. В боковых каналах и колодцах вода сильно загрязнена, часто в ней недостает необходимых человеку микроэлементов, вследствие чего у жителей, пользующихся этой водой, встречается эндемический зуб, отсутствующий в деревнях на берегу самой реки.

Узкая долина реки с давних времен являлась местом поселения людей. Существующее здесь с глубокой древности земледелие базировалось на искусственном орошении, для которого использовались паводковые воды реки. В последнее время в долине стало шире применяться постоянное насосное орошение. Основная культура в северной части — хлопчатник, между городами Мена и Асуан — сахарный тростник. В отличие от дельты размеры хозяйств в долине меньше. Несмотря на то что население долины составляет всего 38% населения страны, плотность в долине больше, что является одной из причин миграции местных жителей в Нижний Египет.

Как и в дельте Нила, серьезную проблему представляет собой шистозоматоз. В долине отсутствует возбудитель кишечного шистозоматоза, так же как и его промежуточный хозяин моллюск *B. alexandrina*. В последние два года сообщалось о появлении в Верхнем Египте моллюсков *Biomphalaria*. Введение постоянного орошения вызывает

новышение уровня грунтовых вод, что позволяет моллюскам хорошо переносить короткий период осушения каналов. Этим объясняется расширение его ареала [17, стр. 2]. Поэтому не исключена возможность появления случаев заболевания кишечным шистозоматозом в этой части страны.

Промежуточный хозяин мочеполового шистозоматоза — моллюск *B. truncatus*, и случаи заболевания встречаются во всех провинциях Верхнего Египта. Однако условия обитания моллюска в долине при большой сухости воздуха и бассейновом орошении, когда каналы большую часть года лишены воды, значительно хуже, чем в дельте (инвазивность населения около 5%). В районах постоянного орошения пораженность населения высока: в Ком-Омбо — 75%, в Наг-Хаммади — 80% [19, стр. 23], и заражение происходит круглогодично с минимумом, приходящимся на период паводка на Ниле.

Большая сухость климата, уменьшение числа мест выплода комара *A. pharoensis* являются причиной более низкой, чем в дельте, пораженности жителей трехдневной малярией. В 1950—1952 гг. на Верхний Египет приходилось 10—20% всех свежих случаев заболевания в стране, и заболеваемость по провинциям не превышала десяти случаев на 100 тыс. жителей [8, стр. 22].

Однако в отдельные годы возможно не только значительное увеличение числа случаев трехдневной малярии, но и возникновение эпидемий тропической малярии вследствие проникновения комара *A. gambiae* (переносчика тропической малярии) из Судана на север по долине реки. Во время последней крупной вспышки 1942—1944 гг. в долине было зарегистрировано около 12 тыс. случаев смерти от этого заболевания [24, стр. 20]. Трудность борьбы с малярией в долине Нила связана с постоянным заносом инфекции из Судана, куда большое число жителей из южных провинций страны уходит на сезонные заработки на хлопководческие плантации. Отсюда необычайно высокий паразитарный индекс, наблюдаемый в отдельных районах Верхнего Египта. Например, в Ком-Омбо паразитарный индекс в 1955 г. достигал 240 на 10 тыс. жителей, в то время как в других частях страны он не превышал 50 [24, стр. 23].

Вследствие плохих санитарных условий жизни заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями велика. Как показали обследования Флойда нескольких десятков деревень в течение 1954 г., возбудители дизентерии были обнаружены по крайней мере у 97,3% детей [13, стр. 295].

Сухость климата является причиной меньшей по сравнению с дельтой пораженности жителей долины Нила аскаридозом. По данным обследования Скотта (30-е годы), больных аскаридозом в Верхнем Египте примерно в пять раз меньше, чем в Нижнем, и в среднем пораженность населения в долине не превышает 20% [21, стр. 114]. Одна из причин этого — более редкое употребление фекалий в качестве удобрения, так как при господствовавшей здесь бассейновой системе удобрения заменял плодородный нильский ил.

Природные условия долины Нила более благоприятны для развития личинок анкилостомы: почвы имеют более легкий механический состав, менее плотные и меньше засолены по сравнению с почвами дельты. Как показали обследования Скотта, пораженность жителей долины анкилостомозом в 30-х годах варьировала по провинциям от 20 до 60% [22, стр. 481]. Как и в Нижнем Египте, в результате борьбы с этим заболеванием наблюдалось его снижение и средняя пораженность населения по провинциям в 1958 г. не превышала 20% [12, стр. 369]. В райо-

нах бассейнового орошения наиболее благоприятные условия для заражения складываются сразу после спада паводковых вод, в районах постоянного орошения — в теплое время года. В отличие от Нижнего Египта случаи заражения на полях редки.

Пустынные районы характеризуются жарким и сухим климатом. Летом температура воздуха достигает днем 32—42°, а максимальная: 49—51°. Под действием солнечных лучей поверхность почвы сильно нагревается (летом до 70° и выше). Прямые солнечные лучи убивают микроорганизмы, поэтому песок в пустыне почти стерильно чист. Большие суточные амплитуды температуры воздуха (30° и больше) вызывают большое количество простудных заболеваний (пневмония, бронхиты). Крупозная пневмония — причина высокой смертности.

Сильная запыленность атмосферы в сочетании с крайней сухостью воздуха приводит к раздражению органов дыхания и появлению ринитов, ларингитов, бронхитов.

В пустынном районе подземные воды являются единственным источником водоснабжения. К местам выхода или близкого залегания их приурочено основное население пустыни. Колодцы и источники, как правило, неглубоки и содержат в различной степени минерализованную воду с содержанием солей 1—8 г/л, относящуюся к хлоридному, хлоридно-сульфатному и сульфатно-хлоридному классам [5, стр. 157—166]. Как показали последние исследования, пустынные районы страны обладают богатыми запасами подземных вод. В настоящее время пробурено много скважин, дающих чистую, слабо минерализованную воду. Это лучшая питьевая вода в пустыне, не нуждающаяся в очистке.

В отдельных оазисах недостаток солей йода и избыток солей кальция, магния, марганца, хлора в воде и почве приводят к возникновению у жителей эндемического зоба. Так, по данным обследования 1955 г., в деревнях оазиса Дахла от 12 до 43% населения имело эндемический зоб. Наиболее часто это заболевание встречалось у детей в возрасте 10—15 лет [15, стр. 89].

Основное население пустынь сконцентрировано в оазисах и состоит из земледельцев (оседлых жителей) и скотоводов, кочующих от одного оазиса к другому. Густая сеть оросительных каналов и обилие водоемов, затененных деревьями, часто создают благоприятные условия для возникновения трансмиссивных заболеваний, шистозоматоза, отсутствующих на территории всего пустынного района. Большая скученность населения в оазисах способствует быстрому распространению инфекционных заболеваний, нередко принимающих характер эпидемических вспышек.

На первом месте в патологии жителей оазисов стоят желудочно-кишечные заболевания. В оазисе Сива случаи смерти от этой группы заболеваний составляли в 1959 г. 35% всех смертных случаев [11, стр. 182]. Высока заболеваемость дизентерией и амебиазом. Как показали паразитологические наблюдения, проведенные в оазисах, в 1962—1963 гг. цисты *E. histolytica* встречаются у 7—40% обследованных. Высокая соленость вод и почв, неблагоприятная для сохранения бактерий, является причиной относительно низкой заболеваемости салмонеллезами (пораженность ниже 3%) [25, 1964, т. 61, № 83, стр. 324, 325].

Вследствие обилия мест выплода переносчиков малярии комаров *A. sergenti* и *A. pharoensis*, высокой температуры воздуха, обеспечивающей быстрое развитие переносчика и паразита, большой плотности населения оазисы были одними из самых опасных мест в стране по риску заражения малярией. В 1950—1952 гг. заболеваемость малярией достигала 100—180 случаев на 100 тыс. населения [8, стр. 22]. В настоя-

щее время в результате борьбы с этой болезнью, проводимой органами здравоохранения, возможность заражения малярией значительно снижена. Большие трудности для борьбы с малярией создают передвижения скотоводов-кочевников.

Основной причиной отсутствия шистозоматоза в некоторых оазисах является высокая соленость воды, препятствующая поселению моллюсков, промежуточных хозяев заболевания (оазисы Сива, Гара). В оазисах, где соленость воды низкая, при наличии искусственного орошения создаются исключительно благоприятные условия для развития паразита и моллюска *B. truncatus* (оазисы Дахла, Эль-Харга). Поэтому пораженность населения мочеполовым шистозоматозом в них достигала 35—70% [25, 1964, т. 61, стр. 324]. Благодаря проведению в оазисах систематической борьбы с моллюсками и лечения больных случаи заболевания в настоящее время отсутствуют. Однако природные предпосылки и большое количество больных в стране создают реальную угрозу восстановления этих очагов.

Почвенно-климатические условия в оазисах неблагоприятны для существования геогельминтозов. Анкилостомоз отсутствует, кроме оазиса Бахария. Заболеваемость аскаридозом очень низкая.

После создания Объединенной Арабской Республики большое внимание уделяется развитию здравоохранения. Если за 70 лет до революции на цели здравоохранения было израсходовано 95 млн. ег. ф., то за 1952—1962 гг. расходы достигли 115,5 млн. [3, стр. 85]. Большие успехи достигнуты в подготовке медицинских кадров. К 1964 г. количество ежегодно выпускаемых врачей достигло 1 тыс. человек против 200 в 1952 г. Количество жителей на одного врача уменьшилось с 4 тыс. в 1952 г. до 2 тыс. в 1954 г. [26, стр. 211, 212]. Проводится реконструкция старых и строительство новых лечебных учреждений. Количество больничных коек в стране увеличилось в 1963—1964 гг. в 4,6 раза по сравнению с 1952 г. [26, стр. 204].

Большое внимание уделяется развитию сельского здравоохранения, улучшению условий жизни и труда в египетской деревне. Уже в 1953 г. было принято решение о создании сельских пунктов здравоохранения, обязанностью которых было проведение лечебной, профилактической и санитарно-просветительской работы. В 1963—1964 гг. насчитывались уже 263 пункта (с общим количеством коек 3678). Наряду с ними существуют объединенные центры (283 в 1963—1964 гг.), имеющие медицинские отделения с общим количеством коек 3952 [26, стр. 203, 204].

В 1963—1964 гг. в пустынном районе действовало 95 пунктов здравоохранения (660 больничных коек) [26, стр. 205], в то время как в 1952 г. здесь было всего 13 больниц (с общим количеством коек 177), в которых работали 15 врачей [8, стр. 32].

В стране ведутся большие работы по ликвидации эндемических болезней, глазных заболеваний, туберкулеза и др. Проводится обязательное бесплатное лечение больных шистозоматозом в 1469 больницах, пунктах здравоохранения и центрах [26, стр. 206, 207]. Осуществление экспериментальных проектов борьбы с шистозоматозом (в губернаторствах Кальюбия, Бехейра, Гиза, Эль-Тахрир, Файюм) позволит окончательно уяснить экологию промежуточных хозяев заболевания и разработать мероприятия для ликвидации заболевания по всей стране. Подготавливается проект полного уничтожения малярии. Большая работа по борьбе с туберкулезом привела к значительному снижению смертности от этой болезни (в 1952 г. 20 человек на 100 тыс. жителей, в 1963 г.—7) [26, стр. 208].

Все это вместе с дальнейшим улучшением условий жизни и повы-

шением материально-культурного уровня населения позволит разрешить основные проблемы здравоохранения, каковыми являются борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями, охрана материнства и младенчества и др., от решения которых зависит улучшение здоровья населения страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. «География», Реферативный журнал, М.
2. Длин Н. А., Объединенная Арабская Республика (ОАР), М., 1963.
3. Кобахидзе Т. А., Организация здравоохранения в ОАР, — «Советское здравоохранение», М., 1966, № 5.
4. «Официальные документы Всемирной организации здравоохранения», Женева, 1963, № 122.
5. Силин-Бекчурин А. И., Подземные воды Африки, М., 1962.
6. «Хроника Всемирной организации здравоохранения», Женева, 1959, т. 13, № 1.
7. Abdou S., The Cholera Epidemic in Egypt: Mode of Spread, — «Lancet», London, 1947, vol. 2, № 6480.
8. «Annual Report on the Work of the Ministry of Public Health for the Year 1952», Cairo, 1955.
9. The Atlas of Services, Cairo, 1955.
10. Chandler A. C., A Comparison of Helminthic and Protozoan Infections in two Egyptian Villages two Years after the Installation of Sanitary Improvements in one of them, — «American Journal of Tropical Medicine and Hygiene», Baltimore, 1954, vol. 3, № 1.
11. Dzierżykray-Rogalski T., Niektóre problemy demograficzne Oazy. Silwah (Egipt), — «Roczniki Akademii medycznej w Białymstoku», 1961, vol. 7.
12. «Epidemiological and Vital Statistics Rapport», Genève, 1963, vol. 16, № 5—6.
13. Floyd T. M., The Incidence of Shigella Organisms in a Group of Egyptian Village Children, — «American Journal of Tropical Medicine and Hygiene», 1954, vol. 3, № 2.
14. Hawking F., The Distribution of Bancroftian Filariasis in Africa, — «Bulletin of the World Health Organization», Genève, 1957, vol. 16, № 3.
15. Kelly F. C., Snedden W. W., Prevalence and Geographical Distribution of the Endemic Goitre, — «Bulletin of the World Health Organization», 1958, vol. 18, № 1—2.
16. Lanoux J. N., Relation between Irrigation Engineering and Bilharziasis, — там же, № 5—6.
17. Mousa A. H., Bilharziasis as a National Health Problem in the United Arab Republic, — in: «Bilharziasis», ed. by Wolstenholme G. S. W., Boston, 1962.
18. «Le Nouveau Régime et la Santé République», Cairo, 1955.
19. «Research Institute and Endemic Disease Hospital, 4-th Annual Report, 1934», Cairo, 1936.
20. Scott J. A., The Incidence and Distribution of the Human Schistosomiasis in Egypt, — «American Journal of Hygiene», Baltimore, 1937, vol. 25, № 3.
21. Scott J. A., Observation on Infection with the Common Round Worm *Ascaris lumbricoides* in Egypt, — «American Journal of Hygiene», 1939, vol. 30, № 3, Section D.
22. Scott J. A., The Prevalence and Distribution of Hookworm Infection in Egypt, — «American Journal of Hygiene», 1937, vol. 26, № 3.
23. Shousha A. T., L'épidémie de cholera en Egypte (1947), — «Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé», Genève, 1948, vol. 1, № 2.
24. Sobky M. F., The Malaria Problem in Egypt and the Preliminary Planning for its Eradication by Stages, — «Bulletin of Endemic Diseases», Baghdad, 1959, vol. 3, № 1—2.
25. «Tropical Diseases Bulletin», London.
26. «United Arab Republic. Yearbook for 1964», Cairo, 1965.
27. «World Health Statistics Annual», Genève, 1963—1966.
28. «Yearbook of Food and Agricultural Statistics», Rome, 1961, vol. 15.