

учреждениях и заболеваемости лямблиозом в этих коллективах на протяжении 6 лет достоверной связи установить не удалось.

Еще одним важным фактором, оказывающим влияние на заболеваемость лямблиозом, является качество диагностики и начало лечения после выявления заболевания. Проведенными при выполнении научно-практической работы исследованиями достоверно установлено, что между моментом выявления у больного лямблиоза и началом лечения в амбулаторных условиях проходит значительный промежуток времени. Прежде всего это связано со стоимостью лечения. Для больших семей лечение становится невозможным, и больные остаются без лечения, если не происходит своевременная госпитализация больного. Более половины больных (55 %) не лечатся с момента выявления лямблиоза и заражают контактных в семьях, организованных коллективах. Недостаточна и госпитализация больных – 1 % от всех заболевших. Госпитализируются в основном лица из социально неблагополучных семей и лечатся лица, у которых лямблиоз выявлен при стационарном обследовании как сопутствующее заболевание. Исходя из полученных результатов диагностики и лечения больных лямблиозом, ЦГСЭН принимаются решения об отстранении больных и носителей лямблий от работы и посещения организованных детских коллективов до окончания лечения.

Таким образом, изучение основных факторов, влияющих на развитие эпидпроцесса лямблиоза в административных территориях Свердловской области, позволило сделать следующие выводы:

1. Необходима дальнейшая разработка нормативно-правовой базы, четко регламентирующей действия всех заинтересованных ведомств и организаций, участвующих в реализации санитарно гигиенических (профилактических) мероприятий по предупреждению лямблиоза, включая вопросы реализации надзорных функций, лабораторного контроля и др.

2. Организационные мероприятия по созданию эпидемиологического надзора за лямблиозом должны основываться на выборочном и дифференцированном подходе к определению территорий или населенных пунктов, а также хозяйственных и природных объектов, коллективов и групп населения, подлежащих надзорным эпидемиологическим мероприятиям.

3. Необходима разработка комплексных межведомственных программ по уменьшению воздействия на население факторов риска по лямблиозу, включая вопросы оздоровления отдельных коллективов и групп населения.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЯМБЛИОЗОМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.Л. Струин, Л.А. Феденко, В.В. Романенко
Центр госсанэпиднадзора в Свердловской области

Вся территория Свердловской области на протяжении последних 10 лет является неблагополучной по лямблиозу. Среднеобластной уровень

заболеваемости традиционно превышает среднероссийские показатели в 1,5 – 2 раза (в 2001 г. 142,6 против 90,9), по отдельным административным территориям области показатели заболеваемости колеблются от 5,0 до 716,3 на 100 тыс. населения.

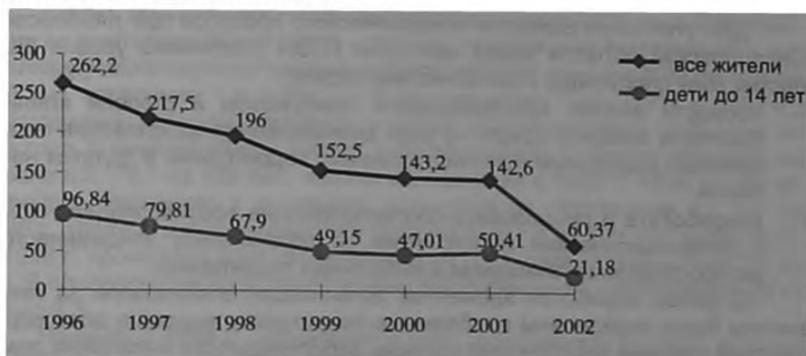


Рисунок 1. Динамика заболеваемости лямблиозом населения, в т.ч. детского, в Свердловской области (на 100 тыс.)

До 25 территорий области ежегодно сохраняют или имеют увеличение уровня заболеваемости этой патологией, в связи с чем по своим социальным затратам лямблиоз приобрел доминирующее положение среди инфекций и удельный вес его среди основных паразитозов за 5 – 7 лет составляет в среднем 19,6 %. Преобладающее число (88,3 %) заболеваний лямблиозом приходится на городское население. По возрастной структуре установлено: если в 1997 г. на долю взрослого населения области приходилось 26,1 % больных лямблиозом, то в 2001 г. – до 41 %.

Среди детского населения наибольшая заболеваемость регистрируется в группе 3 – 6 лет, средний многолетний уровень (СМУ) – 88,9. При этом на организованных детей 3 – 6 лет, посещающих ДДУ, приходится 65 % заболеваний данной возрастной группы. Следует отметить, что заболеваемость детей в ДДУ согласно статистическим данным в целом по области ниже, чем у неорганизованных детей. Эти данные не отражают истинной паразитологической ситуации, так как при углубленном изучении пораженности детского населения лямблиозом было установлено, что в действительности заболеваемость детей из ДДУ в 2,5 раза превышает заболеваемость среди неорганизованных детей (55,8 против 22,0). Показатель заболеваемости лямблиозом школьников сопоставим с группой неорганизованных детей 3 – 6 лет (23,4 против 22,0).

Пораженность детей лямблиозом в отдельных ДДУ составила 40 – 45 %, что свидетельствует о высокой степени контакта детей с возбудителем. Это подтверждается и тем, что при обследовании в домашних очагах контактных по больным из ДДУ, в 27,7 % выявлялись носители и больные лямблиозом. Среди контактных по школьникам носители и больные лямб-

лиозом выявлены соответственно в 32,7 %, среди взрослого населения – 17,5 %. При обследовании работников ДДУ выявлено носительство лямблиоза у 11,5 %. Надо полагать, что заражение этой категории граждан происходит от больных детей и носителей лямблий.

Для уточнения развития эпидемического процесса при лямблиозе в Свердловской области перед центрами ГСЭН различного уровня были поставлены следующие стратегические задачи:

- провести анализ заболеваемости лямблиозом и степени влияния факторов внешней среды на риск возникновения заболевания по выбранным отдельным административным территориям и группам населения;
- разработать и реализовать соответствующие противозидемические и профилактические мероприятия по ограничению эпидемического распространения лямблиоза в выбранных территориях.

С целью отработки элементов организации эпиднадзора за лямблиозом были определены проблемные территории, имеющие достоверно высокий средний многолетний уровень заболеваемости населения лямблиозом. Учет заболеваемости населения лямблиозом в этих территориях проводился только по первичным заболеваниям, не повторяющимся у одного больного в течение 5 лет, а оценка качества диагностики проводилась путем организации внутреннего и внешнего контроля. Качество лечения оценивалось по отсутствию новых случаев заболевания в основных группах.

Таким образом, при оценке эффективности профилактических мероприятий при лямблиозе должны учитываться показатели, отражающие динамику эпидемической обстановки: уровень зарегистрированной заболеваемости, пораженность, социально-возрастной и территориальный состав населения, охват лечением больных, контактных, носителей, выполнение санитарно-гигиенических мероприятий.

ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

О.В. Батова, Т.А. Попова, Н.М. Башкова
Центр госсанэпиднадзора в г. Екатеринбург

В России, начиная с 20-х гг., зарегистрированы две эпидемии менингококковой инфекции (МКИ), первая из которых длилась с 1926 по 1948 г. и вторая – с 1969 по 1995 г. В начавшийся межэпидемический период показатели заболеваемости стабилизировались на очень низком уровне 0,2 на 100 тыс. населения и произошла замена эпидемического штамма менингококка серогруппы А – 11 % на неэпидемический – серогруппу В (70 – 80 %).

Анализируя эпидемиологические показатели и временные характеристики подъема и спада заболеваемости, можно прогнозировать третью эпидемию в России, которая должна стартовать в 2010 – 2011 гг. Но учи-