

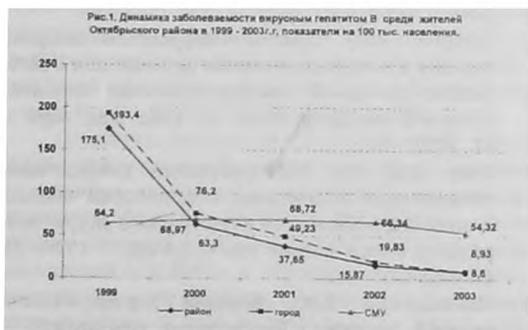
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Е.Р. Громько, А.В. Переверзев,
И.Ю. Боголюбова

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДПРОЦЕССА ВИРУСНО-ГО ГЕПАТИТА В В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ г. ЕКАТЕРИНБУРГА

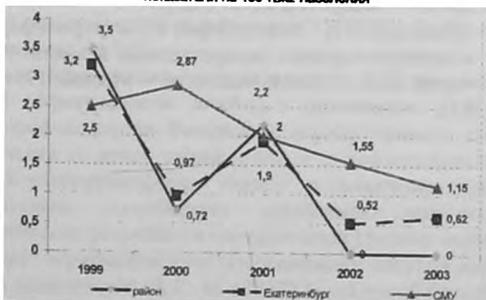
Октябрьский центр санэпиднадзора г. Екатеринбурга

В течение 1999-2003 гг. заболеваемость вирусным гепатитом В в районе сохраняла устойчивую тенденцию к снижению. Пик заболеваемости был отмечен в 1999 г., когда произошла резкая активизация эпидемического процесса. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил $175,1 \pm 10,5$ (рис. 1). К 2002 г. уровень заболеваемости снизился в 20,4 раза и составил $15,87 \pm 3,4$ на 100 тыс. населения, разница показателя каждого последующего года по сравнению с предыдущим оказывалась достоверной ($t > 2$). В 2003 г. произошло дальнейшее снижение заболеваемости в 1,85 раза. Разница показателей 2002 и 2003 гг. оказалась недостоверной ($t = 1,73$).



За анализируемый период ежегодные уровни

Рис.2. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом В среди детей до 14 лет в 1999 - 2003г.г., показатели на 100 тыс. населения.



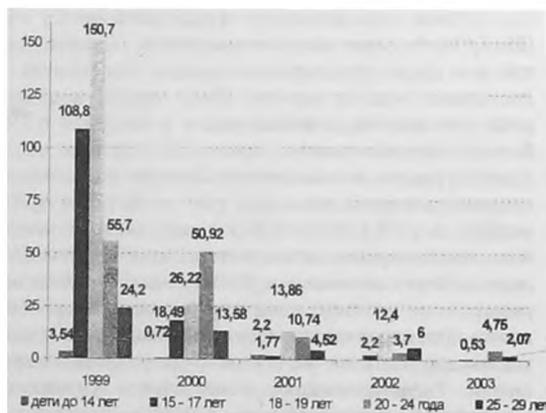
заболеваемости по району не превышали среднего-родских показателей. Превышение среднегого-летних уровней отмечалось на пике заболеваемости в 1999 г. – в 2,7 раза. В остальные годы рассматриваемого периода превышения СМУ не зарегистрировано (рис. 2).

Наряду со снижением показателей заболеваемости ВГВ в районе, снизилась и его доля в структуре всех острых вирусных гепатитов (табл. 1).

Таблица 1
Доля вирусного гепатита В в общей структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами, (%)

Год	1999	2000	2001	2002	2003
Удельный вес ВГВ	70,5	53,1	46,7	32,8	11,3

Рис.3. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом В в различных возрастных группах в 1999 - 2003г.г., показатели на 10 тыс. населения соответствующих возрастных групп



Снизился также уровень смертности с 0,15 в 1999 г. до 0,09 на 100 тыс. населения в 2000 г., в 2001-2003 гг. случаев смерти не зарегистрировано.

В 1999-2003 гг. во всех возрастных группах населения района заболеваемость постепенно снижалась. Среди детей до 14 лет заболеваемость ВГВ снизилась с 3,5 (1999 г.) до 2,2 случаев на 10 тыс. детей, а в 2002-2003 гг. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания. Значительно снизилась заболеваемость ВГВ среди подростков 15-17 лет – с 108,8 (1999 г.) до 0,53 случаев на 10 тыс. подростков в 2003 г. Аналогичное снижение заболеваемости ВГВ отмечается среди молодежи 18-19, 20-24 и 25-29 лет (рис.3).

Уровни заболеваемости среди различных контингентов на протяжении рассматриваемого периода также варьировали. Так, на пике заболеваемости (1999-2000 гг.) наибольшие показатели отмечены среди учащихся средних учебных заведений, студентов ВУЗов. В последующие годы уровни заболеваемости в данных группах снизились, а в 2002 г. случаев заболеваний среди них не регистрировалось (рис.4). В 2003 г. зарегистрирован лишь 1 случай у студента, регистрировались случаи в группах «рабочие и служащие» и «неработающие». В 1999-2001 гг. сущест-

венные уровни заболеваемости отмечены среди работающего населения (2,1 на тысячу населения), в группе «рабочие и служащие» (1,2 на тысячу населения). В 2002-2003 гг. не зарегистрировано заболеваний среди учащихся средних учебных заведений, школьников, а заболеваемость в группе «неработающие» снизилась по сравнению с 1999 г. в 16,2 раза. Один случай инфицирования среди медиков был зарегистрирован в 1999 г., причем инфицирование не было связано с профессиональной деятельностью. В последующие годы случаев заболеваний среди данного «контингента риска» не отмечалось.

Рис.4. Динамика заболеваемости вирусом гепатитом В в различных социальных группах населения 1999-2003гг. показатели на тысячу населения соответствующих групп

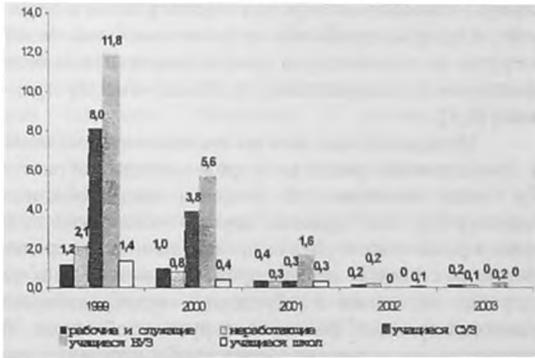
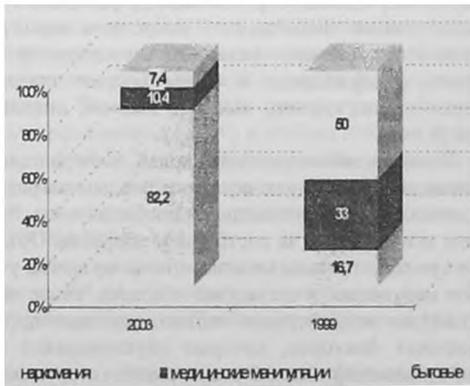


Рис.5. Структура предположительных причин инфицирования HBV в 1999 и 2003 годах в градусах

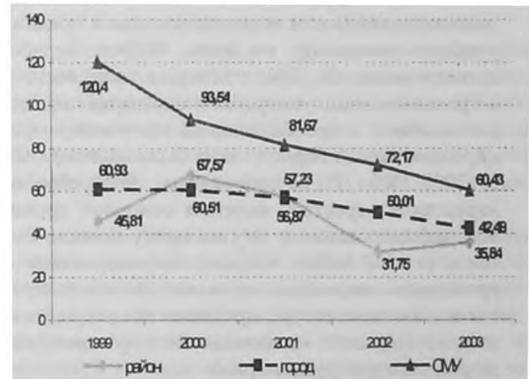


При анализе предположительных причин инфицирования установлено, что в течение 1999-2001 гг. преобладающей причиной являлось парентеральное употребление наркотических веществ, причем удельный вес данного фактора инфицирования снизился с 82,2% в 1999 г. до 64% в 2001 г. С 2002 г. ведущей причиной стало бытовое заражение. Если в 1999 г. его удельный вес в структуре инфицирования составлял 7,45%, то в 2002-2003 гг. он вырос до 50%. Увеличился также процент инфицирований, связанных с оказанием медицинской помощи с 10,4% в 1999 г. до 33,3% в 2003 г. (рис.5). Пути инфицирования при

проведении медицинских манипуляций в рассматриваемые годы неоднозначны. В 1999-2001 гг. регистрировались пути инфицирования, связанные с проведением разнообразных медицинских манипуляций, в том числе наиболее часто связанные с оказанием стоматологической помощи, постановкой инъекций. Кроме того, инфицирование происходило при проведении лабораторных исследований, оказании гинекологической помощи, переливании крови и ее компонентов. В 2002-2003 гг. в 100% предположительный путь инфицирования – оперативные вмешательства.

С 1999 г. по 2002 г. наблюдалась тенденция к снижению удельного веса случаев с предположительной установленной причиной инфицирования. Так, если в 1999 г. удельный вес таких случаев составил 70,8%, то в 2002 г. он составил лишь 18, но в 2003 г. вновь вырос до 50%.

Рис.6. Динамика случаев носительства HBsAg среди жителей Октябрьского района в 1999-2003гг. показатели на 100 тыс. населения



При анализе носительства HbsAg у жителей Октябрьского района в рассматриваемый период, наибольший показатель отмечался в 2000 г. – 67,6 на 100 тыс. населения (рис.6). Безусловно, это явилось следствием активизации эпидемического процесса в 1999 г. К 2003 г. данный показатель снизился в 1,9 раза и составил 35,8 на 100 тыс. населения. За весь рассматриваемый период состояние носительства по району оценивалось как благополучное и не превышало среднееголетних уровней; небольшое превышение районного уровня над среднегородским отмечалось также в 2000 г. (67,6 против 60,5 на 100 тыс. населения в среднем по городу). Уровень носительства HbsAg среди такой «группы риска» как медики, снизился с 22,5 на тысячу обследованных медиков в 1999 г. до 1,6 на 1000 обследованных медиков в 2002 г. (в 14,1 раза) и вновь вырос в 2003 г., составил 4,98 на 1000 обследованных медиков (в 3 раза). Среди различных специальностей медицинских работников показатель носительства HbsAg все эти годы был различен. Так, в 1999 г. самый высокий уровень носительства отмечался у хирургов и составлял 133,3 на тысячу обследованных; далее шли терапевты (показатель 60,97), стоматологи (показатель 58,3). К 2002 г. уровень носительства у хирургов снизился в 14 раз и составил 9,5, не выявлялись случаи носительства у терапевтов и стоматологов. В 2003 г. вновь вырос по-

казатель носительства у хирургов (в 2 раза), выявлены носители среди дерматовенерологов, врачей реанимационных отделений. Среди среднего и младшего медицинского персонала показатель носительства снизился с 14,7 на тысячу обследований в 1999 г. до 5,5 на тысячу обследований в 2003 г. (в 2,7 раза).

Выводы

1. Пик заболеваемости ВГВ пришелся на 1999 г., когда в эпидемический процесс была вовлечена такая угрожаемая группа риска как «лица, употребляющие наркотические вещества парэнтерально». Данная группа и обусловила высокие уровни заболеваемости в районе.
2. Если на пике заболеваемости случаи инфицирования регистрировались в возрастных группах «15-17» и «18-19», а также у детей до 14 лет, то в последующие годы инфекция «повзрослела», перейдя в возрастную группу «20-29» лет. В течение 2002-2003 гг. не зарегистрировано случаев заболеваний у детей.
3. Основными «пораженными» контингентами на пике заболеваемости являлись учащиеся средних учебных заведений, студенты ВУЗов, неработающее население, среди которых чаще всего и встречались лица, употребляющие наркотики парэнтерально, а преобладающей причиной инфицирования в этот период также была наркомания.
4. В 2002-2003 гг. парэнтеральное употребление наркотиков перестало являться основной причиной инфицирования и ему на смену пришло бытовое (в том числе половое) инфицирование и проведение медицинских манипуляций (оперативные вмешательства, предполагающие использование большого количества многоцветного медицинского инструментария).
5. Вирус продолжает активно циркулировать в популяции как за счет «здорового» вирусносительства, так и больных хроническим гепатитом В, о чем свидетельствуют показатели носительства HbsAg среди населения района (кроме традиционных путей передачи вируса – половой, вертикальный, инъекционный – доказана передача вируса в быту при тесном контакте).
6. Большое значение имеет иммунизация населения против вируса гепатита В и, в первую очередь, вакцинация групп риска: новорожденные, школьники, медики, лица с хроническими заболеваниями, часто обращающиеся за медицинской помощью, близкое окружение лиц, инфицированных вирусом («здоровые» носители, больные острыми и хроническими формами).

О.М. Заздравных, О.Л. Андреева,
Г.Н. Леонтьева, А.В.Ярунин

ФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА РАБОЧИХ МЕДЕПЛАВИТЕЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия,
Центральная городская больница № 1,
г. Верхняя Пышма

В настоящее время большое внимание уделяется оценке экологической ситуации населенных мест и, прежде всего, в крупных индустриально развитых городах. Результаты таких исследований позволяют нередко отнести их к городам «экологического бедствия», в которых проблемы по снижению техногенной нагрузки на окружающую среду и здоровье населения реализуются федеральными и областными программами [4,8].

Между тем, «малые» по численности населения и промышленно развитые города нередко остаются вне зоны внимания со стороны вышеуказанных структур [8]. Как правило, научно-технический прогресс в различных отраслях промышленности нередко сопряжен с риском неблагоприятного воздействия на здоровье населения и обусловлен непосредственно влиянием вредных факторов окружающей среды. В частности, это положение относится к населению городов, где интенсивно развита цветная металлургия [11,14].

Производство цветных металлов является источником загрязнения окружающей среды различными химическими веществами – диоксидом серы, диоксидом азота, оксидом углерода, взвешенными веществами, содержащими в своем составе тяжелые металлы – медь, свинец, мышьяк, кадмий, никель и другие [8,14].

Высокая заболеваемость людей, работающих и проживающих в районах со значительным загрязнением атмосферы, обуславливает необходимость проведения мониторинга за состоянием здоровья. Объясняется это тем, что многие клиницисты не всегда учитывают нарушения в организме человека, ранее подвергавшегося воздействию неблагоприятных производственных факторов, которые обуславливают изменение неспецифической резистентности организма и отрицательно влияют на эффективность лечения [4,9,14]. Поступление химических веществ в организм, даже в небольших количествах, приводит к снижению репаративных процессов в печени, дегенеративным ее изменениям, нарушению ферментативной деятельности [3,9].

Выраженность проявлений и сроки развития синдрома эндогенной интоксикации во многом зависят от функционального состояния физиологических систем защиты, направленных на нейтрализацию и выведение токсических продуктов [12].

При эндотоксикозе, свойственном большинству патологических состояний, в организме создаются условия для образования форм альбумина с изменен-