

9. *Muhe L.* A four-year cohort study of HIV seropositive Ethiopian infants and children: clinical course and disease patterns // *Ethiop. Med. J.* 1997. № 35 (2). P. 103–115.

10. *Munoz G., Ramirez E., Ojeda M.* et al. Laboratory diagnosis of HIV infection in children born to HIV woman in Chile // *Int. Conf. AIDS.* 1994. Vol. 10 (1). P. 255.

11. *Olayinka B. A., Obi C. L.* Symptomatic HIV-infection in infants according to serostatus of mothers during pregnancy//*East Afr. Med. J.* 1999. № 76 (10). P. 566–570.

12. *Perez-Rodriguez G. E., Gorbea-Robles M.C., Torres-Gonzalez F.* AIDS in children. 8 years experience at La Raza Medical Center Infectology Hospital, Mexican Social Security Institute//*Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1992. № 49 (9). P. 581–584.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ОРДЖОНИКИДЗЕВСКОМ РАЙОНЕ г. ЕКАТЕРИНБУРГА

*К. Е. Лысова, С. В. Романов,
О. У. Фархутдинов*

Центр госсанэпиднадзора
в Орджоникидзевском районе
г. Екатеринбург

Профилактика ОКИ заболеваний и борьба с ними основывается главным образом на осуществлении общесанитарных мер в среде обслуживания населения. Система эпиднадзора за кишечными инфекциями в районе построена на следующих основных мероприятиях [1]:

– оперативном и ретроспективном анализе уровня и структуры заболеваемости в социально-возрастных группах населения с выходом на факторы риска и определения причин;

- анализе микробного пейзажа с учетом культур, выделяемых людьми и из объектов внешней среды;
- выделении эпидемиологически значимых объектов в среде производства и реализации продуктов питания;
- систематическом контроле за качеством питьевой воды, используемой населением для питья и бытовых нужд;
- обработке и оценке эффективных и рентабельных мероприятий по снижению, ликвидации и профилактике инфекционных заболеваний.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Орджоникидзевском районе за период 1995–1997 гг. имела тенденцию к снижению. Сумма ОКИ в 1995 г. составила 1569 случаев (577,6 на 100 тыс. населения), в 1996 г. – 1205 случаев (450,4 на 100 тыс. населения), в 1997 г. – 920 случаев (343,2 на 100 тыс. населения). Эта динамика уровня заболеваемости характерна для всех составляющих сумму ОКИ. Была проанализирована заболеваемость острой дизентерией и сальмонеллезом в районе за последние 11 лет (1987–1997). Для изучения многолетней динамики эпидпроцесса при дизентерии и сальмонеллезе, а также тенденции заболеваемости был использован метод статической разработки – выравнивание динамического ряда по способу наименьших квадратов (табл. 1).

Таблица 1

Динамика заболеваемости дизентерией и сальмонеллезом в Орджоникидзевском районе в показателях на 100 тыс. населения

Заболевание	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Дизентерия	382,1	190,9	136,3	72,4	124,1	78,1	73,9	104,8	148,7	85,2	27,6
Сальмонеллез	36,4	33,3	38,7	74,2	117,2	138,5	90,1	134,1	82,1	67,6	60,0

Таким образом, заболеваемость дизентерией имела в рассматриваемые годы благополучную тенденцию (снижение уровня заболеваемости).

Кроме тенденции определялся и среднегодовой темп сни-

жения заболеваемости дизентерией, который составил – 23,1%. Среднегодовой темп роста сальмонеллеза – 5,1%.

Совокупное население по риску заражения и заболевания неоднородно, поэтому необходимо выделение относительно однородных в эпидемиологическом отношении групп. Активность эпидемического процесса при дизентерии и вирусном гепатите А в социально-возрастных группах населения оценена в интенсивных и экстенсивных показателях.

Таблица 2

Группа населения	Дизентерия	Вирусный гепатит А
Организованные дети	318,4	131,1
Неорганизованные дети	524,6	179,1
Школьники	143,2	292,4
Взрослые	53,8	87,4
Всего	88,4	88,4

В Орджоникидзевском районе показатели заболеваемости взрослых ВГА и дизентерией наиболее низкие (табл. 2 и 3). Но поскольку взрослые составляют большую часть населения, удельный вес их в общей структуре высок. Самые высокие показатели заболеваемости дизентерией регистрируются в группе неорганизованных дошкольников. Они болеют чаще своих организованных сверстников в 1,7 раза. Это объясняется значительным увеличением детей, не посещающих ДДУ (38% в 1993 г., 58% в 1997 г. всех дошкольников), поскольку контроль за их питанием значительно ниже, чем за организованными детьми. Общим для проявления эпидпроцесса при ВГА и дизентерии является то, что школьники болеют чаще, чем взрослые. Группа риска по ВГА – школьники. Заболеваемость среди них выше среднерайонной.

Таблица 3

Уровень заболеваемости дизентерией и ВГА
в сравнении с среднемноголетним

	Среднее число больных в год		СМУ на 100 тыс.	Среднее число больных в год		СМУ на 100 тыс.
	Дизентерия			Вирусный гепатит А		
ДДУ	34	14%	318+54,5	13	4,0%	131,1+35,0
Неорганизо- ванные дети	41	17%	524,6+27,6	14	4,0%	179,1+47,8
Школьники	123	51%	236,4+21,2	126	39%	244,1+21,6
Дети всего	48	20%	143,2+20,6	99	31%	292,4+24,9
Взрослые	120	49%	53,8+4,9	195	61%	87,4+6,2
Совокупное население	243	100%	88,4+5,7	321	100%	117,1+10,8

Годовая динамика заболеваемости ВГА характеризуется осенним подъемом (использованы показатели 1993–1997 гг.). Значимым периодом риска для школьников является начало учебного года. Основным фактором риска является формирование и переукрепление организованных коллективов, сопровождающееся увеличением людей в цепи циркуляции возбудителя [2, 3]. К мероприятиям, способным повлиять на прослойку восприимчивых к вирусу ГА, относится иммунопрофилактика. В 1995 г. была проведена массовая пассивная иммунизация школьников района в возрастной группе 7–14 лет. Было проиммунизировано 15926 человек, или 95% от подлежащих. В результате заболеваемость среди школьников снизилась в 3,6 раза. Из привитых никто не заболел.

На протяжении года в результате периодически активизирующихся и нерегулярных причин возникают колебания уровня заболеваемости (табл. 4). Сезонный подъем связан с действием ограниченных во времени факторов природного, биологического и социального характера [1, 2]. Для определения уровня межсезонной заболеваемости ВГА и дизентерией был построен вариационный ряд.

ционный ряд из средних многолетних показателей заболеваемости за месяц.

По интенсивным показателям заболеваемости ГА основными группами риска являются неорганизованные дошкольники и школьники. Поскольку взрослые составляют большую часть населения, удельный вес их в структуре общей заболеваемости высок – 60,7%.

Таблица 4

Помесячное распределение ВГА в Орджоникидзевском районе за 5 лет (в расчете на 100 тыс. населения)

Год	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.
1997	10,0	5,2	7,5	3,7	3,3	2,9	2,5	3,3	6,3	7,9	11,6	8,2
1996	22,4	8,2	11,2	7,8	12,3	10,8	12,3	12,0	20,5	22,8	20,1	17,1
1995	16,9	12,8	11,4	11,4	11,0	7,3	7,3	10,3	29,0	30,2	35,0	21,0
1994	2,8	2,8	2,1	2,4	2,8	1,1	3,5	7,3	10,4	17,4	10,4	6,3
1993	15,2	13,5	11,1	5,9	5,5	5,1	2,4	5,1	4,5	6,6	8,7	5,9
Ср. год	13,5	8,5	8,7	6,2	7,0	5,4	5,6	7,6	14,1	17,0	17,1	11,7

Показатели заболеваемости каждой из рассматриваемых инфекций в одних и тех же социально-возрастных группах неодинаковы: дошкольники чаще болеют дизентерией, чем ВГА; неорганизованные дети чаще болеют, чем организованные. Заболеваемость вирусным гепатитом среди школьников в 2 раза выше, чем дизентерией. В структуре заболеваемости доля детей, болеющих дизентерией, выше, чем ВГА (соответственно 51,6 и 39,5%). В структуре заболеваемости по возрастам школьники составляют 1/3 при ВГА и 1/5 при дизентерии.

При развитии гипотез, объясняющих эпидпроцесс при ВГА, была сделана попытка найти причины, на которые при современном уровне практических возможностей можно эффективно воздействовать для снижения заболеваемости.

Согласно существующим теориям заболеваемость ВГА зависит от качества питьевой воды. Статистически и эпидемиологически значимыми для нашего района являются территории соц-

города Уралмаш и соцгорода Эльмаш, т. к. население этих микрорайонов потребляет питьевую воду из разных водоисточников:

– население соцгорода Уралмаш – из разводящей сети ТОО «Градмаш»,

– население соцгорода Эльмаш – из разводящей сети МП «Водоканал».

Для выявления связи между заболеваемостью ВГА и качеством водопроводной воды был вычислен коэффициент корреляции. Были использованы показатели заболеваемости за 5 лет (1993–1997). Полученные результаты позволяют утверждать, что в микрорайоне Уралмаш между ВГА и качеством водопроводной воды существует прямая связь: $r = 0,82$, $Mn = 0,15$.

А в микрорайоне Эльмаш можно говорить об умеренной связи, но коэффициент корреляции нельзя считать достоверным, т. к. $r < 3$.

На протяжении 5 лет (1993–1997) эпидпроцесс при дизентерии в Орджоникидзевском районе характеризовался увеличением удельного веса шигеллеза Флекснера в сумме острой дизентерии с 40% в 1993 до 67,5% в 1997 г. В этот период зарегистрированы две вспышки дизентерии Флекснера в психиатрической больнице № 26. Обе расценены как пищевые. Регистрировались летальные исходы (0,5% – 1994 г., 1,7% – 1997 г.). Вероятно, мы наблюдаем самоперестройку популяции шигелл Флекснера, фазу их эпидемиологического преобразования. Фактором, определяющим скорость формирования нового эпидемического варианта, является активность механизма передачи возбудителя. Как известно, механизм передачи шигелл Флекснера – фекально-оральный. Реально возможные пути передачи в районе – алиментарный и водный. Принимая во внимание имеющиеся данные, можно предположить, что ближайшие годы шигелла Флекснера будет доминировать среди бактериальных диарейных инфекций, вызванных микроорганизмами рода Шигелла. В связи с этим возможно сочетание летнего подъема заболеваемости при реализации водного пути передачи и зимнего – с пищевым фактором. Можно ожидать рост средних и тяжелых форм клинических проявлений у заболевших дизентерией, рост летальных исходов, особенно среди детей, пожилых людей и асоциальных лиц.

Основным мероприятием в системе эпиднадзора за острыми кишечными инфекциями является их лабораторная диагностика. В анализируемый период было уделено большое внимание работе с лечебно-профилактическими учреждениями по расшифровке ОКИ в соответствии с Постановлением главного государственного санитарного врача по Свердловской области «О лабораторной диагностике инфекционных заболеваний». Показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии в Орджоникидзевском районе выше областных и имеют тенденцию к росту. Их удельный вес в сумме ОКИ увеличился с 50% в 1995 до 59% в 1997 г., среди детского населения с 44% в 1995 до 53% в 1997 г.

При изучении причин низкой лабораторной расшифровки ОКИ наиболее вероятными были признаны следующие:

- централизация лабораторной базы, ее территориальное удаление от инфекционных стационаров, что приводит к ухудшению условий доставки материалов, забираемых от больных;
- имеющееся ограничение в количестве вирусологических обследований больных ОКИ;
- обследование больных с подозрением на диарею вирусной этиологии только на ротавирусный антиген.

Основные задачи и направления в работе по кишечным инфекциям и гепатиту А:

- предупреждение вспышечной и массовой заболеваемости путем контроля за осуществлением санитарно-гигиенических мероприятий по улучшению водоснабжения, соблюдению противоэпидемического режима в учреждениях риска;
- совершенствование эпиднадзора за ОКИ неустановленной этиологии, усиление контроля за качеством их расшифровки.

Литература

1. Беляков В. Д., Яфаев Р. Х. Эпидемиология. М., 1989.
2. Кишечные инфекции: Республик. межведомств. сб. Киев, 1989.
3. Черкасский Б. Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. М., 1994.

6. Проводить мониторинг за циркуляцией энтеровирусов во внешней среде (отбор сточных вод на очистных сооружениях 1 раз в месяц с ноября по апрель, 2 раза в месяц с апреля по октябрь; из канализационных колодцев детских инфекционных больниц 2 раза в месяц с апреля по октябрь).

Литература

1. Руководство ВОЗ по проведению дополнительных мероприятий, направленных на ликвидацию полиомиелита / Центр Госкомсанэпиднадзора РФ. М., 1996.

2. Фомин В. В., Чеснакова О. А. Полиомиелит // Детские инфекционные болезни. Екатеринбург, 2000. С. 331–355.

3. Ясинский А. А., Петина В. С. Программа ликвидации полиомиелита в РФ к 2000 г. Некоторые итоги и основные задачи по ее реализации. М., 1998. № 3–4, ч. 1. С. 9–14.

ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВИРУСОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА ПО МАТЕРИАЛАМ г. ЕКАТЕРИНБУРГА ЗА 1965–2000 гг.

*Н. П. Глинских, В. К. Слободенюк,
Н. М. Башкова, Н. Ю. Понамаренко,
Н. В. Пацук, Е. Н. Румако*

Екатеринбургский НИИ вирусных инфекции МЗ РФ
ФГУ «Центр госсанэпиднадзора в г. Екатеринбурге»

Устойчивая тенденция роста заболеваемости вирусными менингитами в г. Екатеринбурге начала проявляться в конце 70-х гг., когда стали возникать локальные вспышки серозного менингита. В эти же годы в разных странах мира отмечен рост неврологических заболеваний, обусловленных в большинстве случаев энтеровирусами. По данным ВОЗ, независимо от серотипа вируса, мак-