

Чойбеков К.Н., Согомоян Э.А., Рыскулбекова А.Б.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГОРОДЕ БИШКЕК

В настоящем сообщении приводятся краткие данные по характеристике основных эпидемиологических закономерностей дизентерии и прочих кишечных инфекций в г.Бишкек за 1998-2008гг.

A brief characterization of the epidemiology of dysentery and other intestinal diseases in Bishkek city for 1998-2008 is presented in the article

В г.Бишкек достигнуты значительные успехи в снижении заболеваемости группы инфекций, для борьбы с которыми органы здравоохранения располагают эффективными средствами специфической профилактики и научно разработанной системы лечебно-профилактических мероприятий.

Вместе с тем проблемы острых кишечных инфекций особенно бактериальной дизентерии, продолжает оставаться одной из наиболее актуальных, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, смертности, нерешенностью многих вопросов их эпидемиологии и профилактики.

В структуре инфекционных заболеваний (кроме гриппа и ОРЗ) сумма острых кишечных инфекций в г.Бишкек составляет до 62,3%.

Следовательно, систематическое изучение закономерностей развития эпидемического процесса острых кишечных инфекций (ОКИ) особенно дизентерии совершенно необходимо для целенаправленного планирования и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В настоящем сообщении приводятся краткие данные по характеристике основных эпидемиологических закономерностей дизентерии и прочих кишечных инфекций в г.Бишкек за 1998-2008 гг.

Эпидемиологический анализ проведен на основании изучения динамики ОКИ в т.ч. дизентерии с 1998 по 2008гг.. рассматривались территориального распространения, внутригодовой и возрастной заболеваемости, этиологической структуры, интенсивность эпидемического процесса с учетом материалов характеризующих санитарно-гигиеническое состояние и степень коммунального благоустройства города.

Изучение динамики заболеваемости дизентерией и прочими острыми кишечными инфекциями за 1998-2008гг. показало, что она подвержена значительным колебаниям.

Показатели заболеваемости дизентерии по городу колебались от 58,9 до 236,8, по гастроэнтероколитам установленной этиологии (ГЭК у/э) от 24,9 до 55,8, по гастроэнтероколитам неустановленной этиологии (ГЭК н/э) от 164,6 до 496,4 на 100 000 населения.

Заболеваемость дизентерии имела волнообразный характер, годы подъема чередовались годами некоторого снижения. Наиболее высокие показатели отмечались за последние 11 лет в 1998, 1999, 2002 и 2006гг. Интервалы между периодами подъемов были различными и какие-либо закономерности в их чередовании отсутствовала.



Рис №1 Аналогичная динамика отмечалась и при прочих острых кишечных заболеваниях.

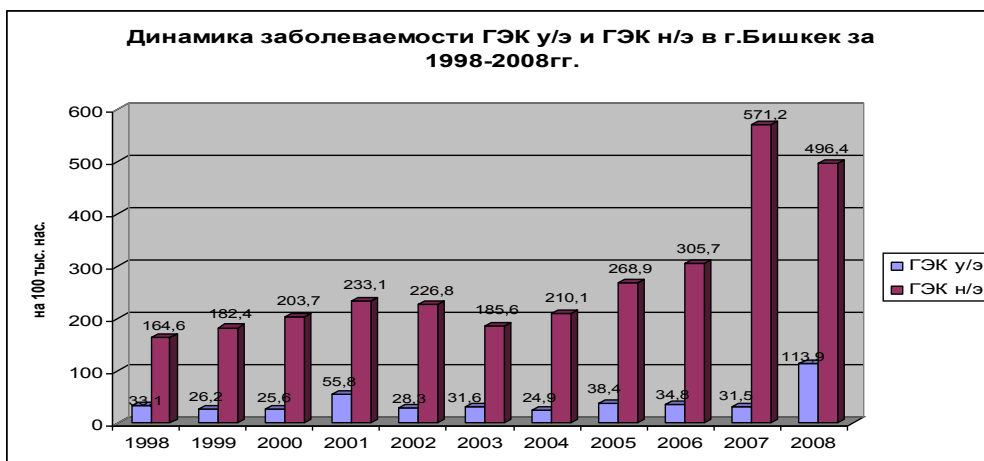


Рис №2

В среднем за 11 лет (1998-2008гг.) удельный вес острой дизентерии в сумме острых кишечных инфекций по городу составил 30%, ГЭК у/э-8,6%, ГЭК н/э-61,5%.

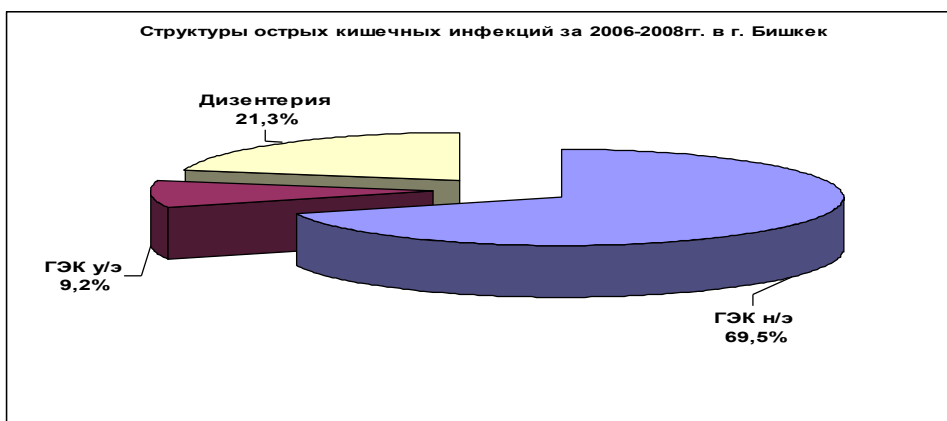


Рис №3

Почти 82,6% диареей неустановленным возбудителем приходится на детей до 14 лет, в том числе 73,7% на детей до 2 лет. Дифференциальная профилактика этих заболеваний возможна лишь при условии расшифровки их этиологии и определения на этой основе эпидемиологических закономерностей распространения.

Сравнительный анализ заболеваемости ОКИ по отдельным ЦСМ города выявил неравномерность ее распространения. При общегородском показателе заболеваемости дизентерии-154,8 по ЦСМ №14 показатель составляет 278,9, по ЦСМ №12-236,7, по ЦСМ №1-179,8, по ЦСМ №19-34,7.

Территория где заболеваемость суммой ОКИ значительно превышает общегородской уровень определяют неблагополучие города требуют особого внимания со стороны санэпидслужбы и общелечебной сети.

Характерной чертой эпидемического процесса при ОКИ является ярко выраженная сезонность. В период сезонного подъема регистрируется значительная часть больных, что и определяет в конечном итоге, уровень заболеваемости. Отсюда следует, что выявленные механизмы сезонного подъема - ключ к снижению заболеваемости дизентерии и прочими кишечными инфекциями. Неслучайно, что интерес к сезонности возрастает в последние годы.

Существует много гипотез о причинах сезонного подъема изменение активности путей передачи, увеличение в рационе питания доли овощей и фруктов, действие климатических факторов, переформирование детских коллективов, миграция населения, комплексное воздействие ряда причин.

Несомненно, что в период сезонного подъема: происходит активизация механизма передачи возбудителей, однако остается неясным, чем это обусловлено, какие конкретно факторы являются доминирующими, при пищевом, водном и контактно-бытовом путях передачи среди той или иной групп населения. Выявление таких факторов позволило бы целенаправленно мероприятия, повысить эффективность работы.

Л.В. Громашевский (1947, 1962, 1965) подчеркнул, что в межэпидемический период

заболеваемость дизентерией обуславливается постоянно действующими путями передачи инфекции, зависимыми в первую очередь от санитарной культуры населения (грязные руки, предметы домашнего обихода, пищевые продукты). Допускается, что эти пути передачи реализуются круглогодично и не обнаруживают каких-либо закономерных колебаний. Далее Л.В.Громашевский заключает, что в июне-июле в связи со сложившимися погодными условиями вследствие массового выхлода мух механизм передачи активизируется, при этом ведущее место занимает пищевой путь передачи. Появление новых источников при максимальной активности мух приводит к дальнейшей интенсификации эпидемического процесса.

На основании теории соответствия (В,И,Покровский и Ю,П,Солодовников, 1979) установлена эпидемиологическая самостоятельность дизентерии Григорьева_ Шига, Флекснера(и Ньюкасл) и Зонне, выявлены детерминанты различий в движении этих нозоформ во времени и пространства, введен их раздельный статистический учет, осуществляется реально прогнозирование заболеваемости этими шигеллезами.

Сезонный подъем дизентерии Флекснера начинался с июня достигал максимума в августе и с октября месяца постепенно снижался, продолжаясь до марта следующего года. Продолжительность сезонного подъема составила 4 месяца, на которые приходилось 67,3% от годовой заболеваемости (индекс сезонность-2,1, показатель сезонного подъема 51,0%). Максимальный показатель заболеваемости в августе (23,1%) превысил минимальный в феврале (2,8%) в 8,3 раза.

Несколько отличались сезонность дизентерии Зонне. Подъем заболеваемости июле (средняя температура воздуха + 24°C), резко снижался до декабря месяца (-1,0С) и на спорадическом уровне держался до мая месяца (+12,8С) следующего года. Продолжительность сезонного подъема 3 месяца, на которые приходится 85,5% годовой заболеваемости. Максимальный подъем заболеваемости в августе (44,7%) превышал минимальный в апреле (0,2%) в 223,5 раза . рис №3

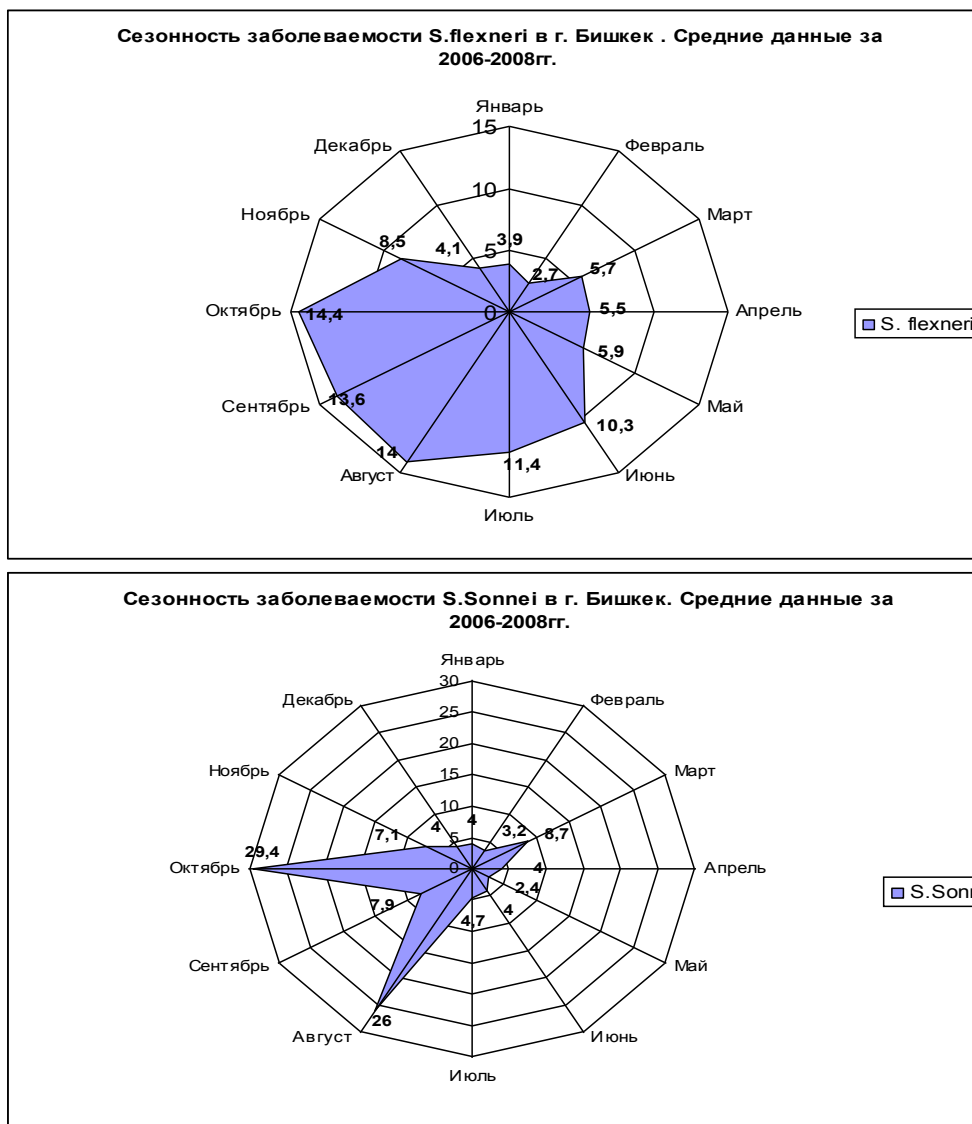


Рис № 4

Заболеваемость ГЭК у/э и ГЭК н/э в городе с небольшими колебаниями по месяцам регистрировалась в течение всего года.

Одной из важных эпидемиологических особенностей дизентерии и прочих ОКИ является наибольшая распространенность ее среди детей. Высокий уровень заболеваемости дизентерии отмечался в возрастной группе до 2 лет (0-6 мес.- 10,8, 7 -12мес-12,9, 1год – 13,3 на 1000 населения). На втором месте была заболеваемость в возрастной группе детей 2 года жизни (8,1) и на третьем у детей 3-6 лет (4,1). С увеличением возраста заболеваемость постепенно снижается.

Установлено, что подъем заболеваемости дизентерией в отдельные годы были обусловлены в основном среди детей дошкольного возраста.

Высокая заболеваемость ГЭК н/э отмечалась среди детей в возрасте 0-6 мес (143,8 на 1000

население), на втором месте-7-12 мес. (115,3), на третьем –1 год (76,5). Удельный вес больных детей в возрасте 0-6 лет составляет 80% от общей заболеваемости ГЭК н/э.

При ГЭК у/э заболеваемость среди детей 0-6 мес. составляет 35,2 на 1000 население, 7-12 мес. -32,1, в 1 год -3,5.

Удельный вес больных детей в возрасте 0-6 составляет 86,3%. Удельный вес детей до 14 лет в общей заболеваемости составляет при дизентерии 52,4%, при ГЭК у/э -87,8%, при ГЭК н/э-82,7%.

Фактически вся заболеваемость прочими острыми кишечными инфекциями определяется детьми до 14 летнего возраста.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями была наиболее высокой среди детей не посещающих детские дошкольные учреждения. При дизентерии заболеваемость «неоргани-

зованных» детей ясельного возраста в 2008 году превысила заболеваемости «организованных» детей в 21,7 раза, садовского возраста в 9,6 раза. При ГЭК н/э и ГЭК у/э соответственно 47,7 и 5,6 раза.

Причина в том, что дети воспитывающихся в домашних условиях часто нарушают санитарно-гигиенические условия. Болеет ГЭК у/э и ГЭК н/э в основном грудные дети, искусственно вскармливаемые, с ослабленным питанием (гипо и атрофики) и перенесшие незадолго перед этим ту или иную инфекцию. Состояние питания при дизентерии и прочих ОКИ играет чрезвычайно большую роль не только у детей раннего возраста, но и более старших. Ни при одном инфекционном заболевании это значение так рельефно не выражено как при острых кишечных заболеваниях.

Особенности поведения детей младшего возраста, в частности их физиологическая склонность сосанию различных предметов (игрушки, соски и др.) также приводит к высокой заболеваемости. Частота заражения детей увеличивается с момента прерывания зубов, так как дети, из-за сильного зуда десен начинают брать в рот самые различные предметы.

Установлена тесная корреляционная связь заболеваемости дизентерией и прочими острыми кишечными инфекциями с температурой воздуха. Его влияние на эпидемический процесс может реализоваться как через изменение неспецифической резистентности макроорганизма, так и через условий переживания возбудителей во внешней среде. Температура воздуха может рассматриваться как главный пусковой фактор, увеличивающий интенсивность эпидемического процесса в летнее время.

Наряду с температурным фактором: с июня по сентябрь начинается сезон купания в городских искусственных и других мелких водоемах, что также способствует инфицированию купающих возбудителями кишечных инфекций и способствует росту заболеваемости ОКИ.

Выводы:

1. Несмотря на известные колебания заболеваемости, выравнивание показателей по

прямой - методом наименьших квадратов и расчет темпов прироста свидетельствует о снижении заболеваемости дизентерией в городе с 1998 по 2008 гг. со среднегодовым темпов 6,3%. Одновременно отмечается рост ГЭК у/э-0,4% и ГЭК н/э -31,9%.

2. Характерной чертой внутригодовой заболеваемости при ОКИ является ярко выраженная сезонность. В период сезонного подъема регистрируется значительная часть больных: при дизентерии 75,6%, ГЭК у/э-67,5%, ГЭК н/э-59,2%, что определяет в конечном итоге, годовой уровень заболеваемости. Отсюда следует, что выявление причин и механизма сезонного подъема ключ к снижению заболеваемости дизентерии и прочими кишечными инфекциями.

3. Одной из наиболее важных эпидемиологических особенностей ОКИ является наибольшая заболеваемость среди детей (0-14 лет) превышает показатели взрослых в 4 раза, при ГЭК у/э в 102 раза, при ГЭК н/э в 18 раз. Удельный вес детей при дизентерии составил - 52,45, ГЭК у/э-87,8%, ГЭК н/э-82,7%.

4. Учитывая высокий уровень заболеваемости ОКИ среди «неорганизованных» детей, воспитывающихся в домашних условиях, необходимо активизировать работу группы семейных врачей (ГСВ) по повышению общей и санитарной культуры, а также в детских дошкольных учреждениях и школах.

5. Анализ шигеллезозов необходимо проводить с учетом общей заболеваемости дизентерией и ее основными этиологическими формами: дизентерией Флекснера и Зонне. Необходимо отдельно исследовать энтериты у/э и энтериты н/э. Анализ по нозологическим формам нужно проводить с учетом «организованных» и «неорганизованных» групп населения.

Литература:

1. Покровский В.И., Блюгер А.Я., Солодовников Ю.П. и др. Дизентерия, шигеллезы. Рига «Зинатне» 1979
2. Громашевский Л.В., Общая эпидемиология М. Медицина 1965