

Алтымышева Н.А., Касымбекова К.Т.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

N.A. Altymysheva, K.T. Kasymbekova

**THE EPIDEMIOLOGY OF ACUTE ENTERIC INFECTIONS OF UNESTABLISHED
ETIOLOGY IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 616.34-002. - 036.2

Представляемая научная статья посвящена изучению острых кишечных инфекций (ОКИ) неустановленной этиологии.

Авторами проведен эпидемиологический анализ многолетней динамики заболеваемости, сезонность, возрастная структура и летальность от ОКИ неустановленной этиологии.

Полученные материалы по изучению эпидемиологии ОКИ в кыргызской Республике позволили систематизировать имеющиеся данные выявить территории риска, возрастные группы, а также сезонность реализации ОКИ неустановленной этиологии в нашей республике.

The article is concerned with the study of acute enteric infections of unestablished etiology.

The authors carried out epidemiologic analysis of the incidence of acute enteric infections over years, their seasonal and age patterns and case-fatality rates.

The data obtained on the epidemiology of acute enteric infections in the Kyrgyz Republic allowed their systematization, identification of risk territories, age groups and seasonality of acute enteric infections in the republic.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из актуальных проблем здравоохранения в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, особенно среди детей раннего возраста. Помимо ущерба здоровью населения, ОКИ наносят серьезный экономический ущерб. В США экономические потери от ОКИ составили около 1,5 млрд. долларов, в России – 253,45 млрд. руб. [1–4].

В структуре заболеваемости ОКИ в республике высокий удельный вес (до 55,2%) занимают гастроэнтероколиты неустановленной этиологии, что обосновывает необходимость изучения закономерностей эпидемиологического процесса для разработки профилактических мероприятий, сокращения социально– экономического ущерба, охраны здоровья детского населения республики.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава (ДГСЭН МЗ) Кыргызской Республики. Материалами исследования явились ретроспективные данные:

– ДГСЭН МЗ Кыргызской Республики по заболеваемости острыми кишечными инфекциями (с 1992 по 2004 годы включительно)

– Официальная учетно-отчетная документация Государственного статистического учета заболеваемости формы №1 Государственной статистической отчетности «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях»

– Первичные материалы (справки, карты) эпидемиологического обследования очагов и др.

– Многолетние материалы заболеваемости ОКИ с 1992 по 2004 гг. по республике, административным областям республики и г. Бишкек.

– Эпидемиологические карты обследования очагов (ф.357/у), журналы учета и регистрации инфекционных заболеваний (ф.60/у).

В работе использовали комплексный эпидемиологический метод исследования, включающий изучение многолетней динамики и структуры заболеваемости ОКИ. Была проведена эпидемиологическая оценка помесечной заболеваемости в целом, а также в различных возрастных группах населения. Изучена возрастная структура, летальность, сезонность, удельный вес различных нозологических форм ОКИ в общей заболеваемости.

Результаты и обсуждение.

Динамика заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии. Многолетний ретроспективный анализ заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии по республике свидетельствует о стабильно высоком уровне заболеваемости, варьирующем от 182,5 до 270,1 на 100 тысяч населения. Выявленной тенденции к снижению заболеваемости ОКИ не обнаружено.

Территориальная распространенность заболеваемости. При сравнительном многолетнем анализе заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии на юге и севере страны выявлено, что заболеваемость в южном регионе значительно превышает среднереспубликанские показатели и заболеваемость на севере. Максимальный уровень был зарегистрирован в 1992 г., когда заболеваемость на юге составляла 381,65‰, на севере республики была в 1,88 раз ниже (203,38‰). Минимальные показатели заболеваемости отмечались как на севере, так на юге в 2004 году,

где уровень заболеваемости на юге снизился в 2,65 раз (составив 143,9‰), на севере в 1,19 раза (153,9‰). В последующие годы отмечались

периоды роста и спада заболеваемости, но всегда она была выше на юге (рис. 1)

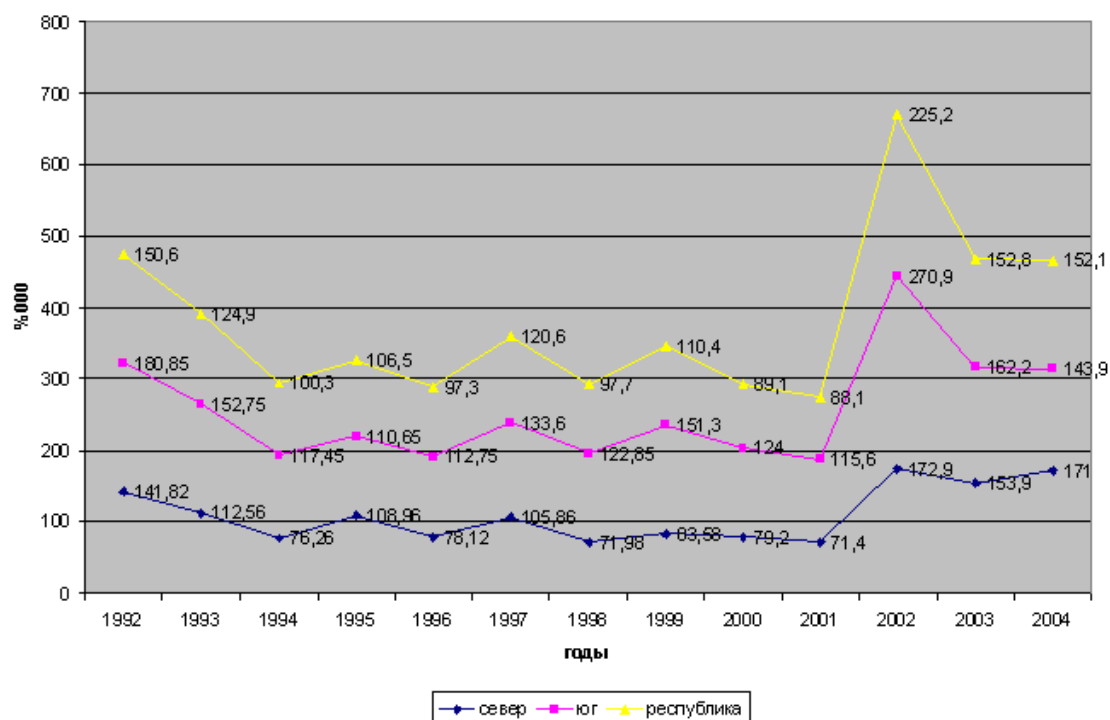


Рис.1. Многолетняя динамика заболеваемости ОКИ неустоновленной этиологии (север, юг республики, 1992-2004 гг.)

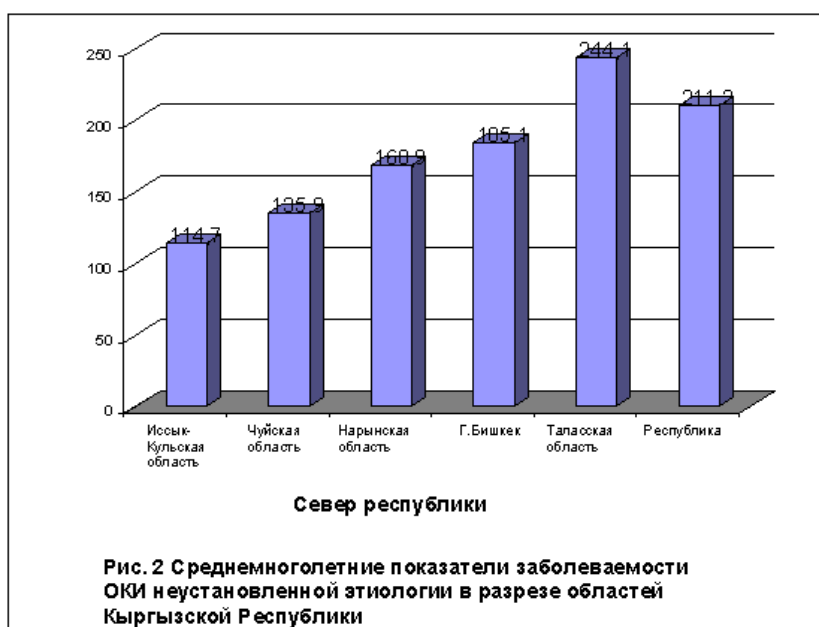
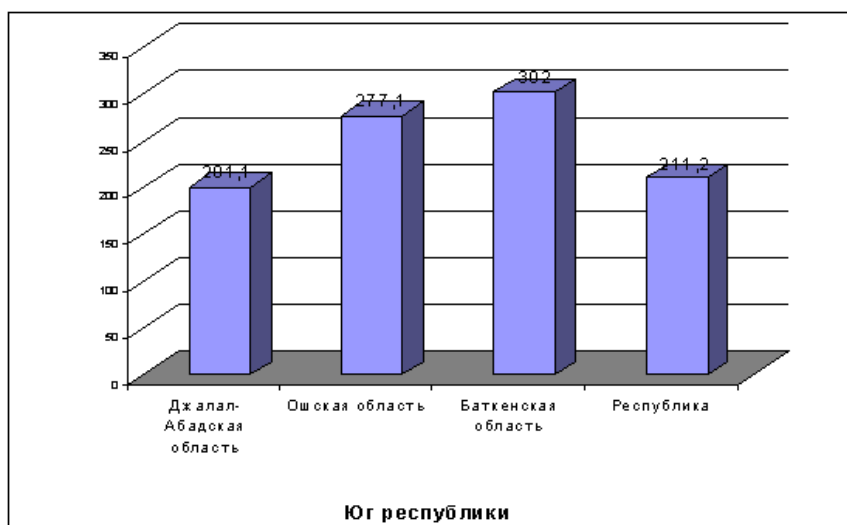
На всех административных территориях юга республики, за исключением Жалал-Абадской области, показатели заболеваемости ГЭК с неустоновленным возбудителем превышали среднереспубликанские. Особенно в Ошской и Баткенской областях, где среднеголетние показатели за 13 летний период составляли 277,1‰ и 302,0‰ (рис.2).

Заболеваемость на севере республики была в 1,2–1,8 раз ниже среднереспубликанской. Исключение составила Таласская область, где среднеголетний показатель был 244,1‰ сравнительно с 211,2‰ по республике. Высокие показатели зарегистрированы также в Нарынской областях и г.Бишкек – 168,9‰ и 185,1‰. Наименьший показатель был в Иссык-Кульской и Чуйской областях (114,7‰ и 135,9‰ соответственно).

Таким образом, заболеваемость ОКИ неустоновленной этиологии имела выраженную террито-

риальную неравномерность распределения. В целом во все годы она была выше на юге. В разрезе отдельных областей двух контрастных климатогеографических регионов отмечались колебания ее показателей. В южных регионах наиболее высокой она была в Баткенской и Жалал-Абадской областях. На севере наиболее высокий уровень заболеваемости был в Таласской, Нарынской областях и г.Бишкек.

Возрастная структура заболеваемости. Наиболее высокая заболеваемость ОКИ неустоновленной этиологии регистрировалась в группе детей первого года жизни, среди которых среднеголетний показатель заболеваемости составлял 3601,8‰ и в 6,3 раза превышал заболеваемость детей 1–6 лет жизни (570,56‰). У детей 7–14 лет заболеваемость ОКИ неустоновленной этиологии была намного ниже и составляла 69,78‰. Заболеваемость взрослого населения достигала уровня 75,55‰.



По отдельным регионам заболеваемость в различных возрастных группах имела свои особенности. Заболеваемость детей до 1 года на севере и юге страны была практически одинаковой. В то время как заболеваемость детей 1–6 лет жизни была существенно выше на юге страны по отношению к северу (331,06‰ и 184,87‰ соответственно, $p < 0,01$).

Заболеваемость городского и сельского населения. Различий заболеваемости сельского населения и городского населения на севере и юге страны не выявлено. Вместе с тем, заболеваемость на селе в южных регионах республики достоверно превышала заболеваемость сельского населения на севере (249‰ и 161,4‰ соответственно, $p < 0,001$).

Сезонность ОКИ неустановленной этиологии. В целом по республике ОКИ неустановленной этиологии характеризовались сезонным подъемом заболеваемости. Самый низкий уровень заболеваемости отмечался в декабре-мае. Затем регистрировался неуклонный подъем с мая по сентябрь, с последующим спадом в октябре-ноябре месяцах. Сезонный подъем приходился на июль-сентябрь с максимальными показателями заболеваемости в сентябре.

Сравнительный анализ сезонности на юге и севере республики свидетельствует, что на юге страны подъем заболеваемости отмечался в июле, заканчиваясь в октябре. На севере период подъема заболеваемости начинался позже, с июля месяца, заканчиваясь в ноябре.

В Иссык-Кульской области и г.Бишкек период сезонного подъема заболеваемости был дольше – 5 месяцев (июль-ноябрь), с пиком заболеваемости в сентябре. В столице республики отмечалась сглаженность диаграммы сезонности, т.к. и в зимне-весенний период регистрировались заболевания неустановленной этиологии. Помимо осенне-летнего подъема заболеваемости регистрировалось увеличение количества случаев заболеваний данной группы в январе месяце. Выраженный сдвиг заболеваемости в столице в холодное время года характерен для энтеральных вирусных инфекций.

В более холодном климатическом регионе республики (Нарынской области), период подъема заболеваемости начинался не в июле, а в августе месяце и заканчивался в октябре. Продолжительность сезонного подъема была короче, составив 3 месяца. Максимальный уровень заболеваемости был также в сентябре.

В южных регионах республики подъем заболеваемости начинался в октябре-ноябре, составляя 4–5 месяцев. Характерно, что в Баткенской области помимо максимального подъема заболеваемости в августе-сентябре, отмечался рост заболеваемости в марте-июне, что может быть обусловлено также энтеротропными вирусами, имеющим склонность к зимне-весенней сезонности. Очевидно, это совпадает с периодом таяния снега и загрязнения открытых водоемов, используемых населением как источник питьевой воды (55% населения не обеспечены централизованным водоснабжением). Период эпидемического благополучия по заболеваемости был очень коротким (ноябрь-февраль месяцы), в то время как в других регионах республики, за исключением г. Бишкек, этот период составил 7 месяцев (декабрь-июнь).

Выводы

1. Значительный удельный вес в структуре ОКИ занимают гастроэнтероколиты (ГЭК) неустановленной этиологии (152,1‰ в 2004 году).

2. Заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии характеризуется крайней неравномерностью распространения, превалирует заболеваемость в южных регионах республики.

3. Анализ возрастной структуры ОКИ неустановленной этиологии свидетельствует о превалировании заболеваний среди детей до 1 года жизни.

4. Заболеваемость ГЭК неустановленной этиологии характеризовалась летне-осенней сезонностью. Для юга республики было характерно более раннее начало подъема заболеваемости и большая продолжительность сезонного подъема.

5. Высокие показатели заболеваемости ГЭК неустановленной этиологии в младших возрастных группах (до 1 года), а также максимально высокие показатели летальности среди этих детей, подтверждают необходимость изучения проблемы энтеральных вирусных инфекций, которые по литературным данным являются одним из основных этиологических агентов ОКВИ.

Литература

1. Jamison DT. Disease control priorities in developing countries: an overview. In: Jamison//DT, Mosly WH, Measham AR, Bobadilla JL, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. – Oxford: Oxford University Press. – 1993:3– 34.
2. Филатов Н.Н., Шаханина И.Л., Брико Н.И. Социально-гигиенический мониторинг и эпидемиологический надзор в условиях Москвы. – М., 2001.
3. Покровский В.И., Смагулов К.З., Машилов В.П. и др. Состояние и перспективы совершенствования и диагностики острых кишечных инфекций на догоспитальном этапе // ЖМЭИ. – 1993. – № 1. – С.88.
4. Черкасский Б.Л. Современные особенности эпидемиологии кишечных инфекций в Российской Федерации. // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 1997. – №5. – С. 12–15.