## 1.4. Инфекционная и паразитарная заболеваемость

Эпидемическая ситуация по инфекционным и паразитарным заболеваниям среди населения г.Могилева в 2008 году оставалась **сложной, но в то же время контролируемой: мы сохранили многолетнюю тенденцию к снижению** общей инфекционной заболеваемости (рис. 43).

 **Рис. 43. Динамика инфекционной и паразитарной заболеваемости населения**

 **г. Могилёва в 1997-2008гг.**

95,8% инфекционной и паразитарной заболеваемости, зарегистрированной в 2008 году, приходится на сумму острых респираторных инфекций. За время эпидемии, продолжающейся чуть более 3-х недель, переболело 6,3% населения. Целенаправленно проводимые мероприятия в предэпидемический и эпидемический периоды позволили снизить заболеваемость по итогам года на 7,3%, но она по-прежнему оставалась выше республиканского уровня (рис. 44).

 **Рис. 44. Динамика заболеваемости населения города Могилева и РБ острыми**

 **респираторными заболеваниями, в т.ч. гриппом за период с 2000-2008гг.**

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями остается в городе традиционно выше областной (на 64%), в пределах прогнозируемой и, несмотря на увеличение регистрации по сравнению с прошлым годом на 8,9%, **сохраняет тенденцию к снижению** по многолетним данным (рис.45).

**Рис. 45. Динамика заболеваемости ОКИ населения г.  Могилева 1997-2008гг.**

Удалось удержать на высоком уровне этиологическую расшифровку кишечных инфекций (2007г. - 84,5%, 2008г. – 80,7%) (рис. 46).

 **Рис. 46. Динамика показателя этиологической расшифровки заболеваемости**

 **населения г. Могилева 2002-2008гг.**

 Как и в прошлые годы особенности годового эпидемического процесса определяли возбудители с преимущественно водным пусковым путем передачи – ротавирусы, уровень заболеваемости которыми возрос по сравнению с прошлым годом на 22,97% и составляет 57,1% от суммы ОКИ, 71,2% - от этиологически расшифрованных диарей (рис.47).

 **Рис. 47. Динамика этиологической структуры заболеваемости ОКИ населения**

 **г. Могилёва 1994-2008гг.**

Ротавирусная инфекция определяла и возрастную «группу риска» в целом по кишечным инфекциям, которой уже «традиционно» остаются дети первых 2-х лет жизни, на долю которых в структуре ОКИ приходится 52,95%, а интенсивность заболеваемости ОКИ составляет 3360,66 на 100 тыс. населения, что выше показателя в целом по территории в 19.87 раз (рис. 48).

 **Рис. 48. Многолетняя динамика возрастной структуры заболеваемости суммой**

 **ОКИ населения г. Могилёва 2006-2008гг.**

Эпидемиологический процесс распространения сальмонеллезом по-прежнему характеризовался высоким уровнем заболеваемости, превышающим показатели прошлого года (на 34,34%) и областные (на 38%), высокой бактериологической верификацией (92%), полиэтиологичностью (в эпидпроцессе участвовало 12 типов сальмонелл), превалированием в этиологической структуре как и в прошлые годы сальмонеллы Блегдам и энтеритидис (в 2007 году – 66%, 2008 году – 78,7% среди бакподтвержденных) (рис.49.)

**Рис. 49. Структура заболеваемости сальмонеллёзом населения города Могилёва**

 **с учётом этиологического агента за 1991-2008гг.**

 Сезонный подъем наблюдался в период с июля по октябрь. Превышение верхнего предела среднемесячной среднемноголетней заболеваемости наблюдалось в сентябре-октябре, в основном обусловленное групповой заболеваемостью, связанной с инфицированием на поминках в Белыничском районе (рис.50).

 **Рис. 50. Сезонная динамика заболеваемости сальмонеллезом по г. Могилеву за 2001-2008гг.**

Из 18 пострадавших от сальмонеллеза Блегдам 16 человек являлись жителями города Могилева. Причиной инфицирования послужило употребление в пищу инфицированных пищевых продуктов: курицы тушеной, колбасы копченой, мяса копченого (шинка), при бактериологическом исследовании которых обнаружена сальмонелла, идентичная сальмонелле, выделенной от больных лиц, употреблявших данные продукты. Распространению инфекции способствовало нарушение режимов приготовления, хранения и транспортировки готовых блюд (готовые блюда хранились и доставлялись без холода, в домашней посуде, длительно сохраняющей тепло (эффект термоса)). Отсутствовали условия для мытья и обеззараживания столовой посуды.

 Одним из главных итогов совместной работы санитарной и лечебной служб является создание коллективного иммунитета. Показатели привитости населения в основном соответствуют оптимальным – более 97%. (рис.51).

 **Рис. 51. Сравнительная динамика показателей привитости населения**

 **г. Могилёва и критериев РБ 2006-2008гг.**

Ниже оптимальных: показатели ревакцинации против дифтерии детей 11 лет (96,3%) по причине необходимости соблюдения вновь принятого интервала между прививками в 5 лет и против вирусного гепатита В в 13 лет (92,1%) - по причине не достаточного поступления вакцины в 2007 году и 2008 году.

 Продолжавшаяся целенаправленная работа позволила довести до соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям все прививочные кабинеты всех организованных детских и подростковых коллективов, где разрешено проведение вакцинации, а также достигнуть 100% обеспеченности термоконтейнерами медпунктов и здравпунктов немедицинских организаций (рис.52).

 **Рис. 52. Сравнительная динамика показателей обеспеченности термосумками**

 **в г. Могилёве за 2005-2008гг.**

Как положительный момент необходимо отметить открытие в 2008 году платного кабинета по иммунопрофилактике на базе УЗ «МОДБ», где будут проводиться прививки, в т.ч. и не включенные в перечень обязательных (против рака шейки матки, гемофильной инфекции, ветряной оспы).

 Анализ заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики, свидетельствует о достаточной эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, выполнен очередной этап по достижению целевых показателей к 2010 году, разработанных по ряду инфекций с учетом рекомендаций ВОЗ (рис.53).

 **Рис. 53. Фактические показатели заболеваемости инфекциями, против которых применяется**

 **массовая иммунизация в г.Могилеве за 2007-2008гг. в сравнении с целевыми показателями к 2010г.**

 Не зарегистрировано случаев столбняка, полиомиелита, кори, дифтерии. По сравнению с прошлым годом снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом (на 30,6%), коклюшем (на 27,8%), вирусным гепатитом В (на 30,2%). Случай краснухи выявлен у не привитого против данной инфекции взрослого (рис. 54).

 Рис. 54. Динамика заболеваемости населения г.Могилева краснухой и эпидемическим

 паротитом, коклюшем в сравнении с областными показателями за 2002-2008 гг..

 В рамках программы искоренения полиомиелита показатель выявления острых вялых параличей (ОВП) почти в 4 раза превосходит оптимальный (2 случая – 3,98 на 100 тыс. детей при нормативе не менее 1).

 С целью изучения целесообразности введения плановой иммунизации против Хиб-инфекции, вызывающей тяжелые менингиты, эпиглотиты, в 2008 году в городе начат совместный проект с городом Минском по внедрению мониторинга за эпидемическим процессом и эффективной тактики профилактических и противоэпидемических мероприятий.

 Среди неуправляемых средствами иммунопрофилактики инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи обращают на себя внимание, такие как менингококковая инфекция, скарлатина, инфекционный мононуклеоз, показатели заболеваемости которыми существенно превышают уровень прошлого года (соответственно в 1,99 раз, в 1,52 раза, в 1,59 раз)

 Зарегистрировано 16 случаев менингококковой инфекции, что составляет 4,32 на 100 тыс. населения и превышает областной показатель в 1.54 раза. Среди заболевших 81,3% - дети. Летальность составила 6,25% (умер 1 ребенок) при средне республиканском показателе 3,8% (рис.55).

****

 **Рис. 55. Сравнительный анализ заболеваемости населения менингококковой инфекции**

 Группой риска по скарлатине остаются дети, посещающие детские дошкольные учреждения, составляющие среди заболевших 90,73%. Вовлечено в эпидпроцесс 73,9% детских дошкольных учреждений, в т.ч. более чем в 50% из них регистрировались повторные, связанные между собой эпидемиологически, случаи заболеваний.

 С 2004 года ВГА стал управляемой инфекцией: продолжающаяся в текущем году иммунизация против ВГА учащихся 1 классов и контактных детей в возрасте до 18 лет в организованных коллективах и домашних очагах позволила избежать заболеваемости детей и подростков, регистрации повторных случаев заболеваний в очагах (рис.56).

**Рис. 56. Динамика заболеваемости вирусным гепатитам А населения г. Могилёва 1987-2008гг.**

Рост заболеваемости в 2 раза по сравнению с прошлым годом обусловлен регистрацией 8-ми случаев заболеваний среди взрослых.

 **Рис. 57. Динамика заболеваемости вирусными гепатитами В и С населения**

 **г. Могилёва 1987 – 2008 гг.**

 Уровень заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами ниже уровня прошлого года на 22,2 % за счет снижения заболеваемости ВГВ на 44,7% (рис. 57). Болеют взрослые. «Группой риска» остается наиболее активная в половом и социальном плане возрастная группа 20-29 лет, удельный вес которой среди заболевших составляет 42,9%, частота заболеваний (4,22 на 100 тыс. населения) в 2.2 раза выше, чем в целом по городу.

Основными источниками остаются хронические больные и носители, регистрация которых ежегодно во много раз превышает показатели выявляемости острого гепатита, особенно при гепатите С (рис.58).

 **Рис. 58. Сравнительная динамика заболеваемости ВГС, ХВГС и носительством**

 **a\HCV населения г. Могилёва 1998-2008гг.**

Всего выявлено в 2008 году носителей, в т.ч. носителей НbsAg – 48 человек, носителей антиНСV – 200. На 1.01.09г. на пожизненном учете в ЛПО состоит 1132 хронических больных вирусным гепатитом, из них вновь выявлено в 2008 году –125 человек.

Основной путь передачи, определяемый по острым формам, по-прежнему половой – 57,2%).Зарегистрирован случай профессионального инфицирования ВГС у медработника*.*

Сохраняется с 1998 года тенденция к снижению заболеваемости венерическими инфекциями. Но по-прежнему регистрируемый уровень сифилиса (18,62 на 100 тыс. населения) более чем в 37 раз превышает заболеваемость предэпидемического периода (1988 год – показатель на 100 тыс. 0,5) (рис. 59).

Рис. 59. Тенденция заболеваемости населения венерическими заболеваниями

Из-за идентичности путей распространения выявление больных и носителей парентеральными вирусными гепатитами и венбольных может рассматриваться, как показатель вероятности распространения ВИЧ-инфекции. На 1 января 2009 года среди населения города по кумулятивным данным с 1987 года зарегистрирован 103 ВИЧ-инфицированных, 7 из них вновь выявлены в анализируемом году, что составляет 12,1% от зарегистрированных по области случаев (рис.60).

 Рис. 60. Динамика заболеваемости населения ВИЧ/СПИД по г.Могилёву за 1995-2008гг.

Особенностями эпидпроцесса на настоящий момент является то, что увеличивается доля полового пути передачи, растет вовлеченность в эпидпроцесс лиц старше 30-ти лет с благополучным социальным статусом, женщин, увеличивается количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в т.ч. знавших свой ВИЧ-статус, возрастает количество больных с клиническими проявлениями.

С 2007 года продолжает работу постоянно действующий шестичасовой семинар-тренинг для обучения представителей немедицинских организаций и учреждений. Обучено 230 человек.

Социально-экономическими факторами обусловлена и заболеваемость туберкулезом, выявляемая на уровне прошлого года и составляющая 42,36 случаев на 100 тыс. населения, что ниже областных показателей на 29%. (рис.61).

Рис. 61. Динамика заболеваемости туберкулезом населения г. Могилёва

 в сравнении с областными показателями за 2003-2008 гг.

Снизилась на 2,86% заболеваемость туберкулеза органов дыхания, составляющего в структуре туберкулеза 89,2%, уменьшилась на 20,6% выявляемость бациллярными формами. Отмечается снижение заболеваемости «обязательных» контингентов (на 22%), в основном за счет работников пищевых предприятий (в 2,45 раза).

В то же время остается высоким удельный вес «группы соцриска» в структуре заболевших. Продолжает оставаться неблагополучной ситуация по туберкулезу среди медработников, уровень заболеваемости которых возрос по сравнению с прошлым годом в 3 раза и превышает в 18,5 раз заболеваемость по территории. Из выявленных 10 случаев – в 5-ти подтвержден профессиональный характер.

 Рис. 62. Динамика заболеваемости туберкулезом декретированного контингента

 г.Могилёва за период 2004-2008гг.

Социальными проблемами остаются педикулез и чесотка, уровень выявляемости которых снизился по сравнению с прошлым годом, но по-прежнему превышает областные показатели (рис. 63).

**Рис. 63. Динамика заболеваемости населения г. Могилева и Могилевской области чесоткой.**

Контроль за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий по чесотке в общежитиях позволил снизить заболеваемость в привычной «группе риска» - студентов СУЗов в 1,8 раза. В то же время увеличилась выявляемость чесотки в группе детей, посещающих ДДУ (на 54%) и обучающихся в ВУЗах (на 16%).(рис.64).

**Рис. 64. Социально-возрастная динамика заболеваемости чесоткой населения г. Могилёва**

Сохраняется актуальность платяного педикулеза как среди лиц, не имеющих постоянного места жительства и ведет асоциальный образ жизни, так и среди организованных, т.е. имеющих работу, посещающих детские и подростковые коллективы. (рис.65).

 **Рис. 65. Динамика пораженности педикулезом населения г. Могилёва и**

 **Могилевского района (с учетом бомжей) 2003 - 2008гг.**

Несмотря на неблагоприятные прогнозы по птичьему гриппу была достигнута одна из поставленных задач: обеспечено устойчивое эпидблагополучие по карантинным инфекциям, повышена реальная готовность ЛПО и немедицинских служб к работе по санитарной охране территории. Практические навыки по организации противоэпидемических мероприятий отрабатывались на показательных тренировочных учениях по локализации очага птичьего гриппа среди животных и среди населения, на соревнованиях санитарных дружин.

На фоне ухудшения эпизоотической обстановки по бешенству в области (рост выявляемости случаев среди животных на 20% по сравнению с прошлым годом) выявлено 3 случая бешенства среди лис в городе. Обостряет обстановку и ежегодное обращение за медпомощью по поводу покусов более 1000 человек.

Но вместе с тем, благодаря целенаправленно проводимой санитарно-образовательной работе среди населения и в «группах риска» уменьшилось по сравнению с прошлым годом число лиц, подлежащих иммунизации как контактные с бешеными животными (в 4,7 раза), снизилось количество отказчиков от прививок (на 28%), а также количество лиц, прервавших курс экстренной иммунопрофилактики (на 62,7%) (рис. 66).

**Рис. 66. Сравнительная динамика показателей оказания антирабической помощи населению г.Могилева 2007-2008гг.**

Несмотря на ежегодное выявление высокой пораженности грызунов лептоспирозом и иерсиниозом, уровень заболеваемости данными инфекциями населения регистрируется на единичном уровне, случаев лептоспироза в анализируемом году – не выявлялось (рис. 67).

****

Удалось сохранить тенденцию к снижению заболеваемости населения гельминтозами, уровень которых традиционно ниже областных показателей (рис.68).

 **Рис. 68. Сравнительная динамика инвазированности аскаридозом и энтеробиозом населения**

 **г. Могилева и Могилевской области 1993-2008гг.**

 Целенаправленная работа с клиницистами по проведению 100% профилактического лечения после покусов клещами повлияла на 2-х кратное снижение заболеваемости Лайм-боррелиозами среди населения (рис. 69).

 **Рис. 69. Динамика обращаемости населения в ЛПО г. Могилёва по поводу покусов**

 **клещей и проведению профилактических мероприятий.**

Нестабильность эпидситуации по паразитозам обусловлены регистрацией завозного случая малярии, не регистрируемой с 2004 года, 12 случаев токсакороза (2007г. – 7), 1 случая эхинококкоза (2007г. – 2), 1 случая гименолипедоза (2007г. 0, 1 случая дифиллоботриоза (2007г.- 0) 11 случаев криптоспоридиоза (2007г. – 5), увеличением загрязненности внешней среды паразитарными патогенами (с 0,08% в 2007 году до 0,2% в 2008 году).

**ВЫВОД:** Анализ имеющихся материалов свидетельствует о стабильной положительной динамике достигнутых показателей. Обеспечен оптимальный уровень привитости детского и взрослого населения. Выполнен очередной этап по достижению целевых показателей заболеваемости к 2010 году, разработанных по ряду инфекций с учетом рекомендаций ВОЗ. Создана основа для реализации комплексного подхода и участия, как медицинских, так и немедицинских структур в решении проблем профилактики социально-значимых инфекций санитарной охраны территории.