

## Заболееаемость населения г.Могилева острыми кишечными инфекциями

Эпидемическая ситуация по инфекционным и паразитарным заболеваниям среди населения г.Могилева в 2014 году оставалась сложной, но в то же время контролируемой: достигнута достаточно высокая эффективность эпидемиологического надзора в отношении большинства инфекций и обеспечено в целом надежное и устойчивое санитарное и эпидемическое благополучие города (рис.).

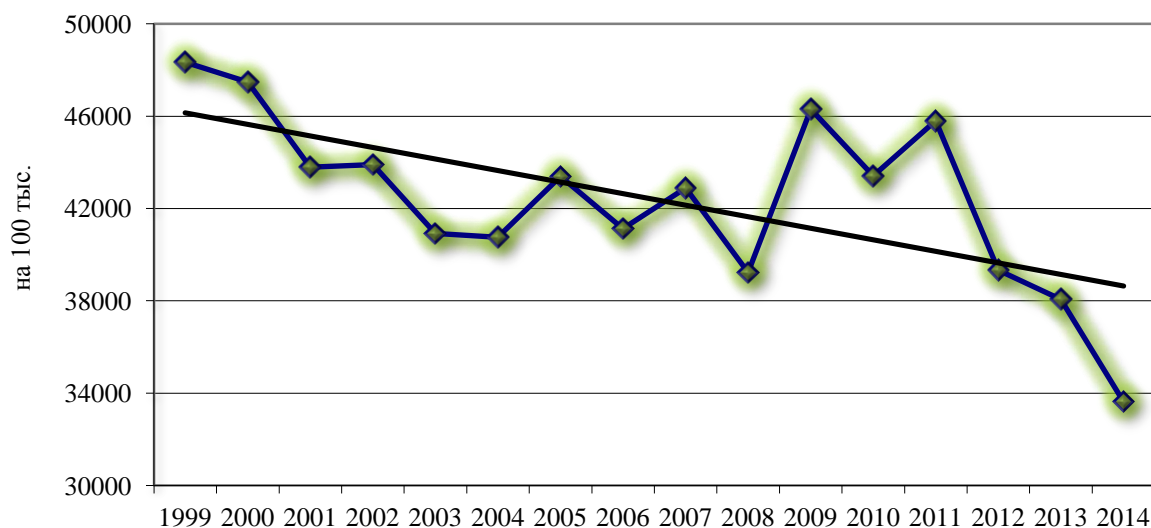


Рис. Динамика инфекционной и паразитарной заболеваемости населения г. Могилёва в 1997-2014гг.

Достигнута стабилизация уровней заболеваемости ОКИ (показатель составляет 195,8 на 10 тыс.), по-прежнему превышены областные показатели (в 1,3 раза), но остаются в пределах прогнозируемого (рис.).

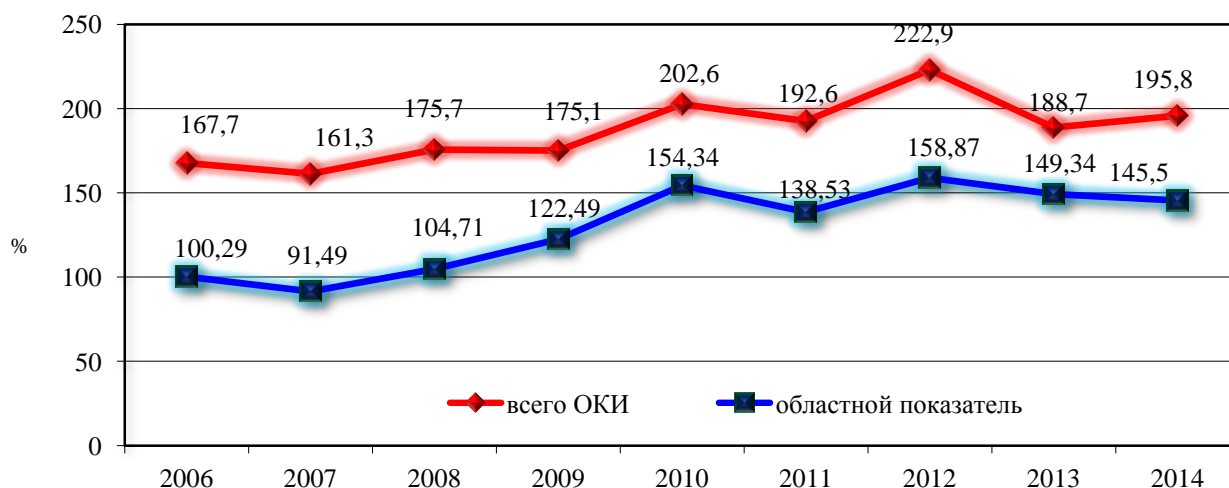
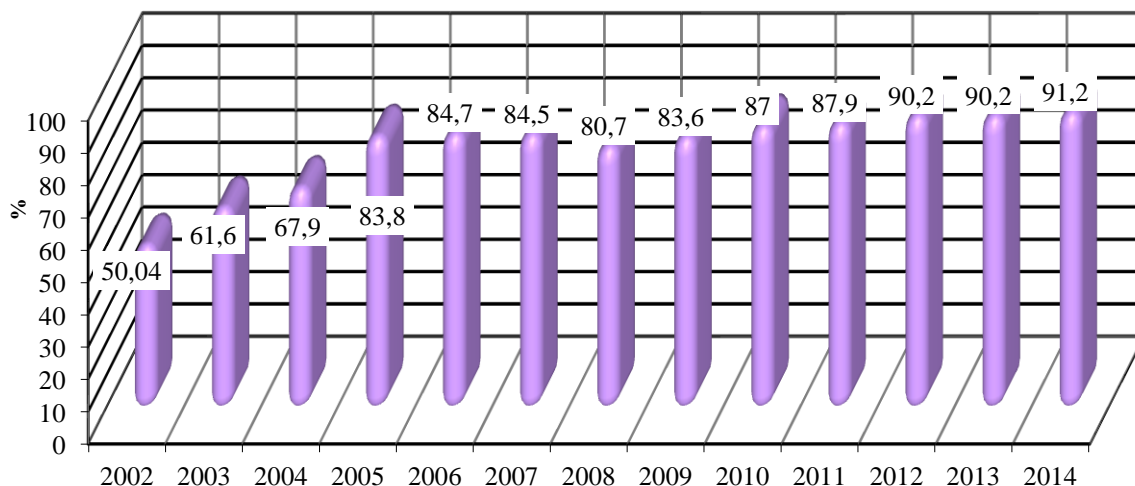


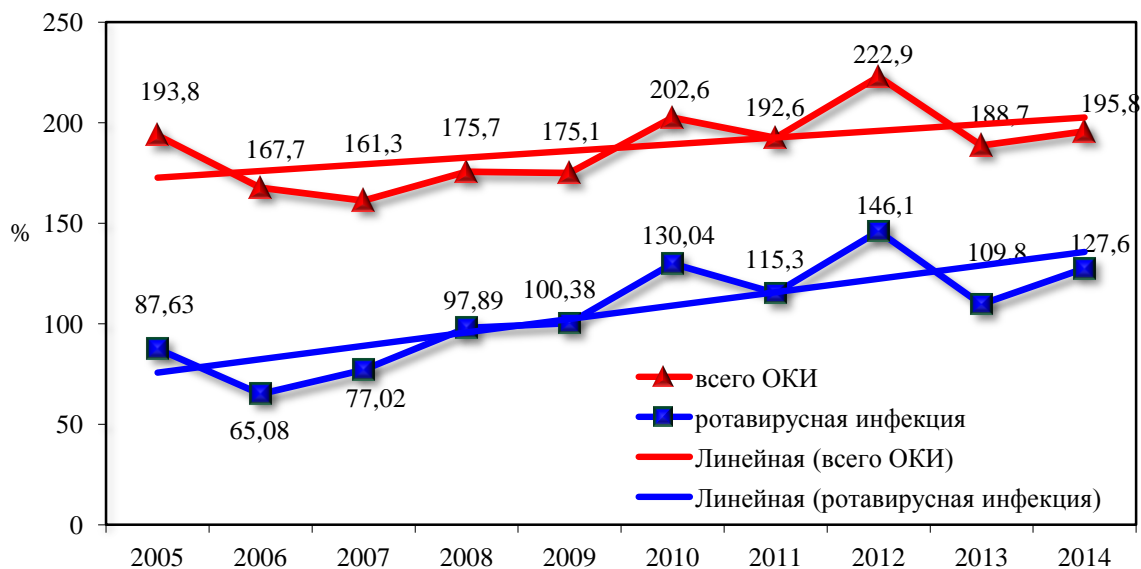
Рис. Динамика заболеваемости ОКИ населения г. Могилева 2006-2014гг.

Удалось удержать на высоком уровне этиологическую расшифровку (2014 – 91,2%, 2013г. – 90,2%, 2012г. – 90,2%, 2011 г. – 87,9 %) (рис.).



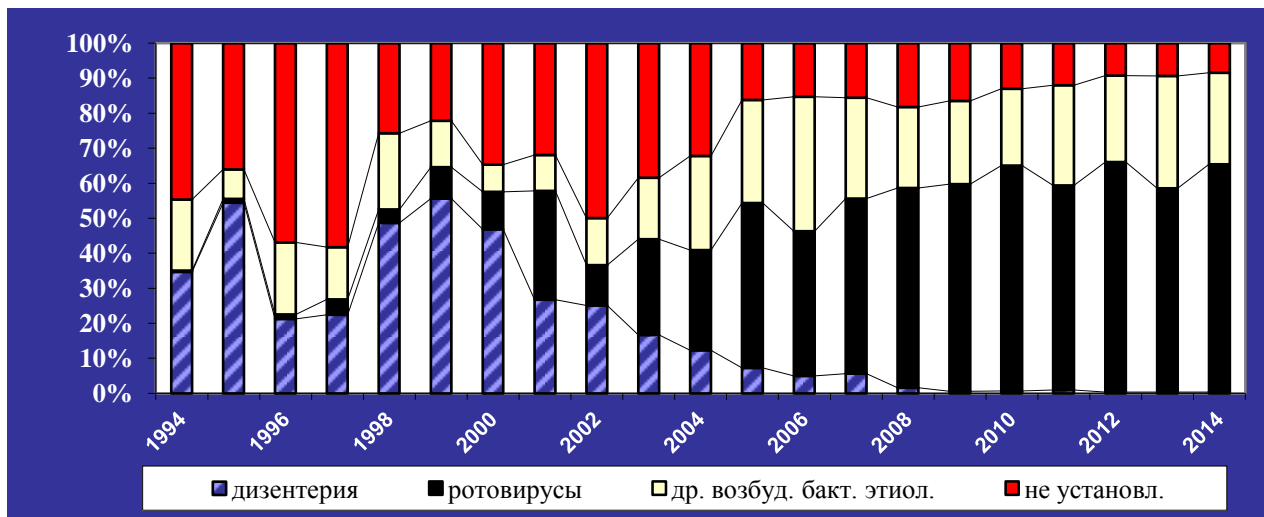
**Рис. Динамика показателя этиологической расшифровки заболеваемости населения г.Могилева 2002-2014гг.**

Динамику заболеваемости и характеристики эпидпроцесса по-прежнему определяла ротавирусная инфекция, по сравнению с прошлым годом наблюдается рост (на 16,2%) (рис.).



**Рис. Динамика заболеваемости ротавирусной инфекции населения г. Могилева за период с 2005-2014гг.**

В структуре ОКИ ротавирусная инфекция составляет 65% (в 2013 году – 58,2%) (рис.).

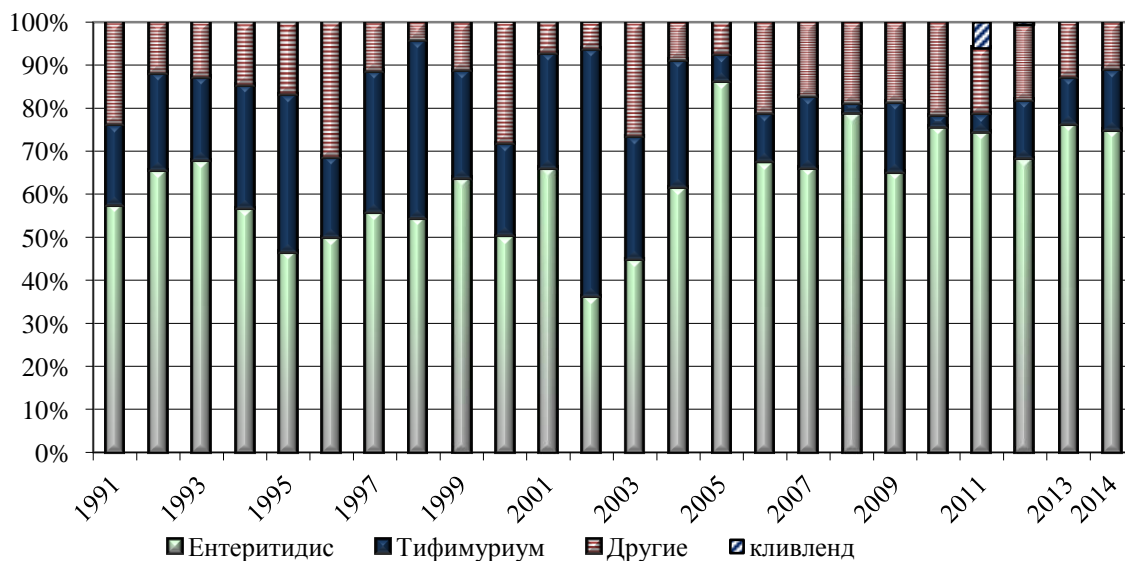


**Рис. Динамика этиологической структуры заболеваемости ОКИ населения г. Могилёва 1994-2014 гг.**

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 57,2%. Несмотря на доказанный (наряду с традиционными) воздушно-капельный путь распространения удалось избежать вспышечной заболеваемости в организованных коллективах.

В 2014 году продолжилось снижение заболеваемости сальмонеллезом по сравнению с прошлым годом на 12%, в т.ч. и в возрастной группе 0-2 года жизни на 16,2%.

Изменений в характеристике эпидпроцесса не наблюдалось. Отмечается высокая бакподтвержденность (96,6%), полиэтиологичность (в эпидпроцессе участвовало 13 типов сальмонелл), превалирование в этиологической структуре сальмонеллы *Энтеритидис* (76,4% среди бакподтвержденных) (рис.).



**Рис. Динамика этиологической структуры заболеваемости сальмонеллезом населения г. Могилева 1991- 2014 гг.**

Группой риска остаются дети первых 2-х лет жизни – 24,5% от всех заболевших.

При кишечных инфекциях единый фактор передачи - не установлен. Исследование вероятных факторов передачи на основной этиологический агент (на ротавирусы) на протяжении многих лет не дал ни одного положительного результата. Отсутствие вспышечной заболеваемости, отрицательные лабораторные исследования косвенно свидетельствуют о неучастии в эпидпроцессе пищевых продуктов промышленного производства.

При сальмонеллезе основным фактором остается продукция животноводства (79%), главным образом – птицеводства, что подтверждается не только результатами факторного опроса, но и выделением тех же самых сальмонелл, что и от людей, из внешней среды, из пищевых продуктов, отобранных на пищевых объектах, и от животных.

Обращает на себя внимание, что по данным эпидрасследования нарушения, способствующие инфицированию наблюдались в 93% случаев, в т.ч. нарушения технологии приготовления пищи в 42%.

Актуальной проблемой 2014г. стала ситуация по энтеровирусной инфекции, расцененной как «вновь возвратившейся», «неуправляемой» инфекцией.

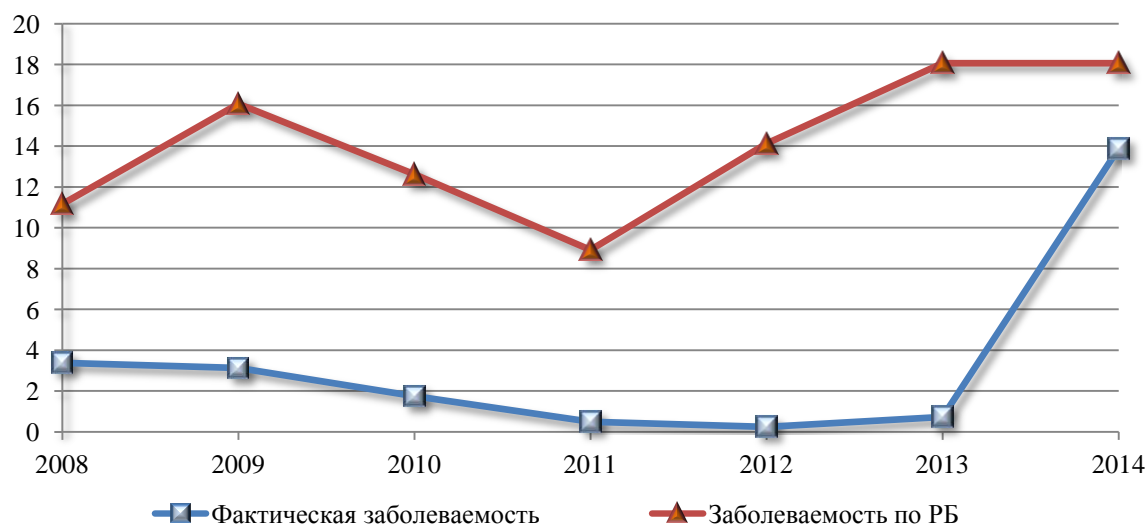
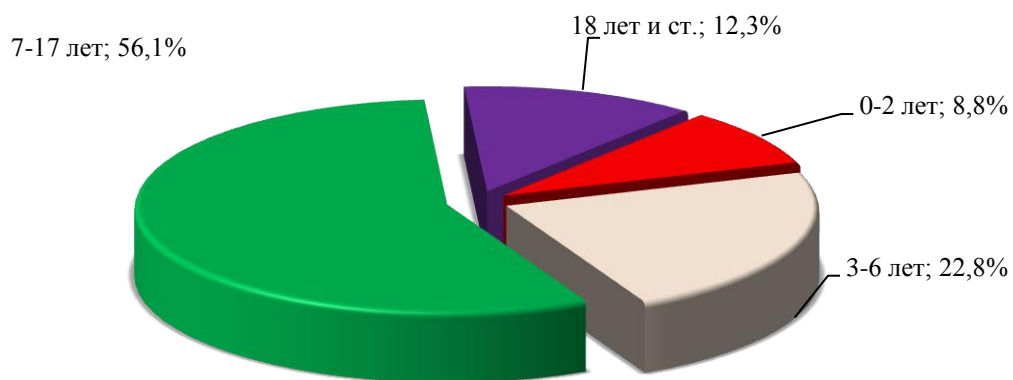


Рис. Динамика заболеваемости энтеровирусной инфекцией в г. Могилеве и РБ за период с 2008 по 2014гг.

Ситуация прогнозируема: третий год циклического подъема по Республике с постепенным вовлечением областных территорий с типичными характеристиками для эпидподъема: высоким удельным весом сезонной заболеваемости, наблюдающейся в обычные сроки (сентябрь-октябрь), превалированием в клинической структуре менингитов (53%), преобладанием детей до 17 лет (78%), в т.ч. 3-6 лет – 26% .



**Рис. 50. Возрастная структура заболеваемости ЭВИ в 2014г.**

Несмотря на жаркое лето и начало подъема в период формирования детских коллективов в сентябре. Благодаря принятым мерам удалось предотвратить групповую и вспышечную заболеваемость.