

аномалии обнаруживаются у 3-4% новорожденных. В последние годы врожденные пороки развития усложнились и приобрели множественный и многосистемный характер.

Внутриутробная CMV – инфекция занимает существенное место в патологии плода и новорожденных детей и является одной из наиболее часто диагностируемых в данном возрасте. В то же время, Н.Ю. Власенко (2003) отмечает рост внутриутробных инфекций, которые в настоящее время являются основной причиной смерти новорожденных, более чем в 5 раз только за последние 8 лет. Особую актуальность заболевание имеет в детском возрасте в связи с высоким уровнем инфицированности, возможностью развития тяжелых клинических форм и прогностически неблагоприятных последствий в отдаленном будущем, даже при субклинических вариантах течения. В США у 1-2% всех новорожденных CMV определяется в моче при рождении. Частота выявления антител к CMV у женщин в разных странах варьирует от 40 до 100%, а выделение CMV из шейки матки имеет место почти у 10% здоровых женщин. Актуальность цитомегаловирусной инфекции возрастает и в связи с ухудшением качества окружающей среды, приводящего к нарушениям системы иммунитета [4].

Женщины детородного возраста с отягощенным акушерским анамнезом подлежат обследованию на наличие цитомегаловирусной инфекции.

Рекомендуемые методы лабораторных исследований – иммуноферментный анализ (ИФА) на маркеры (IgM и IgG) анти ВПГ и ЦМВ в сыворотках крови признан высокоспецифичным (99-100%) и чувствительным (95-99%) методом исследования с минимальной затратой времени (4-6 часов) на постановку реакции и получение результатов;

При необходимости женщинам назначается иммунокорректирующая терапия, направленная на предупреждение поражения плода будущей планируемой беременности. Последующая беременность рекомендуется по достижении стойкой ремиссии процесса.

Литература

1. Сидорова И.С. Чериненко И.Н. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. - №3. – С. 7-13.
2. Орджоникидзе Н.В. Тютюнник В.А. Цитомегаловирусная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. – 2002. - №3. – С. 59-63.
3. Кузьмин В.Н. Диагностика, лечение и профилактика цитомегаловирусной инфекции у беременных // Лечащий врач. 2002. №11. - С. 22-25.
4. Краснов В.В., Малышева Е.Б. Цитомегаловирусная инфекция (скрытая угроза): Пособие для врачей. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. – 64 с.

Қырғыз Республикасында балалардағы цитомегаловирусты инфекция

Г.К. Садыбакасова

Жұмыста 2003-2008 жж. Қырғыз Республикасындағы цитомегаловирусты инфекциясының эпидемиологиялық, клиникалық ерекшеліктерін зерттеудің нәтижелері келтірілген.

Түйінді сөздер: цитомегаловирусты инфекция, балалар, жүктілік, ИФА.

Citomegalovirusnaya infection beside детей in Kyrgyzskoy Republic

G.K. Sadybakasova

In work are brought results of the study epydemiological, clinical particularities цитомегаловирусной to infections in Kyrgyzskoy Republic for 2003-2008rr. Key words: cytomegalovirus infection, children, pregnancy, IFA.

Key words:

УДК 616.022.1/.3/.574.1

ВНЕПОСЕЛКОВОЕ И ВНУТРИПОСЕЛКОВОЕ ЗАРАЖЕНИЕ ГЛПС ВО ВСПЫШКЕ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2006 ГОДАХ

Г. Сарыбаева¹, А. Дмитровский², Р.А. Сентова

Программа Прикладной эпидемиологии, Региональная программа
Си Ди Си/Центральная Азия, Казахстан¹; Си Ди Си, Центрально-Азиатский офис²

Впервые в Казахстане были получены свидетельства внепоселкового и

внутрипоселкового заражения ГЛПС. Внепоселковое заражение ГЛПС происходит раньше внутрипоселкового заражения. Противоэпидемические мероприятия в обязательном порядке должны включать дератизацию населенных пунктов.

Ключевые слова: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), внепоселковое заражение, внутрипоселковое заражение, дератизация.

Введение

В Казахстане первые данные о случаях ГЛПС были получены в 2000 году. За период с 2000 по 2004 годы всего было зарегистрировано 32 случая заболевания ГЛПС [1]. В осенне-зимний период 2005-2006 годов ситуация по ГЛПС в регионе резко ухудшилась. В этот период было зарегистрировано большее число случаев ГЛПС по сравнению с другими годами - всего 103 случая.

В ходе эпидемиологического расследования было установлено, что практически все, кто заболел в начальный период вспышки, посещали лесную зону, где и могли заразиться ГЛПС [2]. То есть существовали свидетельства внепоселкового заражения ГЛПС.

В зависимости от внутрипоселкового или внепоселкового заражения ГЛПС различаются рекомендуемые контрольные и профилактические мероприятия. Для профилактики внепоселкового заражения может быть рекомендовано ограничение посещения леса, а также рекомендации по поведению в лесу, то есть уменьшение контактов с потенциальным источником инфекции. Также рекомендуется принятие индивидуальных мер предосторожности, снижающих вероятность заражения при контакте с источником инфекции, а именно использование респираторных масок.

Эти же рекомендации, то есть снижение числа контактов с потенциальным источником инфекции и уменьшение вероятности заражения при контакте с источником, применимы для профилактики внутрипоселкового заражения ГЛПС. Кроме того, для профилактики внутрипоселкового заражения рекомендуется дератизация, как способ уменьшения потенциальных источников инфекции [3].

Поэтому изучение предполагаемого места заражения – внутри или вне населенных пунктов – играет принципиальную роль в выборе противоэпидемических мероприятий, в первую очередь, для проведения дератизации.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили официальные данные о зарегистрированных случаях ГЛПС в Западно-Казахстанской области в период вспышки 2005-2006 годов (всего 103 случая):

- место жительства случая;
- дата заболевания;

- демографические характеристики случая (пол и возраст).

Результаты и обсуждение

Географический ареал вспышки ГЛПС 2005-2006 годов находился в северо-восточной части Западно-Казахстанской области. Вспышка охватила четыре района: Бурлинский, Зеленовский, Чингирлауский и Теректинский. Наиболее пораженными из них оказались Бурлинский и Зеленовский районы (соответственно 68 и 23 заболевших). Оба этих района имеют протяженную границу с Оренбургской областью РФ.

В среднем по области уровень пораженности ГЛПС во время вспышки 2005-2006 годов составил 1,7 на 10000 населения. Однако, естественно, что заболеваемость фиксировалась по области и даже в пораженных районах неравномерно. Наиболее высокий уровень пораженности был зарегистрирован в Бурлинском (12,3 на 10000) и Зеленовском (4,3 на 10000) районах. Самый низкий уровень пораженности среди административных территорий, пораженных вспышкой, был отмечен в Уральской городской администрации, включающей город Уральск и прилегающие населенные пункты. Эпидемиологическое расследование, проведенное специалистами областного управления Государственного санитарно-эпидемиологического надзора ЗКО, показало, что все случаи в г. Уральске связаны с выездом за пределы города преимущественно в Бурлинский район.

Наибольшее количество случаев было зарегистрировано в поселке Бурлин (19) и Утвинка (13) Бурлинского района (таблица 1).

В десяти поселках было зарегистрировано по одному случаю ГЛПС, в том числе в трех поселках Чингирлауского и в двух поселках Теректинского районов. То есть в населенных пунктах этих районов регистрировались лишь по одному случаю ГЛПС. Уровень пораженности ГЛПС в населенных пунктах Бурлинского и Зеленовского районов колебался от 2 на 10 000 населения до 735 на 10 000 населения.

В зависимости от уровня пораженности населенные пункты можно разделить на три группы:

- населенные пункты, в которых показатель пораженности не превышал 100 на 10000 населения (всего 13 из 17 населенных пунктов);

Таблица 1 - Уровень пораженности ГЛПС в населенных пунктах Бурлинского Зеленовского районов Западно-Казахстанской области в 2005-2006 годах (на 10 000 населения)

Населенный пункт	Количество случаев ГЛПС в 2005-2006гг.	Численность населения	Пораженность на 10 000 населения
Бурлинский район	68	55200	12,3
п. Бурлин	19	3149	60,3
п. Жарсуат	6	1101	54,5
п. Приуральный	9	1372	65,6
п. Канай	4	625	64,0
п. Дмитрово	1	323	31,0
п. Утвинка	13	177	734,5
п. Бумаколь	4	702	57,0
п. Облавка	2	455	44,0
г. Аксай	7	33857	2,1
п. Успеновка	2	524	38,2
п. Кызыл-Тал	1	575	17,4
Зеленовский район	23	53800	4,3
п. Январцево	7	1265	55,3
п. Кирсаново	8	430	186,0
п. Красноармейск	5	595	84,0
п. Петрово	1	81	123,5
п. Дарьинск	1	5031	2,0
п. Спартак	1	75	133,3

– населенные пункты, где показатель пораженности колебался между 100 и 200 на 10000 населения (3);

– и населенные пункты, где пораженность превышала 200 на 10000 населения (1).

Случаи ГЛПС в населенных пунктах были достаточно разнесены по времени. В среднем между двумя последовательными случаями заболевания ГЛПС в населенном пункте, где было зарегистрировано два и более случая, проходило 8 дней. В отдельных населенных пунктах, особенно где регистрировалось малое количество случаев, период времени между последовательными случаями заболевания был значительно шире. Например, в п. Канай было зарегистрировано 4 случая с интервалом 19 дней между последовательными случаями, в Успеновке – 2 случая с интервалом 19 дней и в Облавке – 2 случая с интервалом 45 дней. В противоположность им, в поселках Бурлин, Утвинка и Кирсаново интервалы между последовательными случаями были значительно уже и составили 5, 5 и 3 дня соответственно.

Однако, данные об интервалах между последовательными случаями заболевания не принимают во внимание численность жителей в этих населенных пунктах. Чтобы учесть это обстоятельство, вычислим заболеваемость не по году, как она обычно считается, а по дню. При этом заболеваемость будет вычисляться только для тех дней, которые находятся

в интервале от первого до последнего случая заболевания в данном населенном пункте. То есть мы введем такое понятие, как заболеваемость ГЛПС на 10 000 населения в день в период вспышки. Данный показатель, который отражает вероятность контакта жителя с источником инфекции, имеет самое высокое значение в двух населенных пунктах – Утвинке и Кирсаново (12,0 и 8,6 случаев ГЛПС в день на 10 000 населения соответственно) (таблица 2).

Если взять два источника инфекции, один из которых расположен внутри населенного пункта (поселковый), другой – за пределами населенного пункта (внепоселковый), то можно предположить, что вследствие плотности населения вероятность контакта человека с источником инфекции, который расположен за пределами населенного пункта, будет значительно ниже по сравнению с вероятностью контакта с источником инфекции внутри поселения. Таким образом, можно предположить, что высокий уровень заболеваемости в Утвинке и Кирсаново может быть связан с наличием поселковых источников инфекции, и, наоборот, низкий уровень заболеваемости в Аксае, Бурлине и Облавке связан с преобладанием внепоселковых источников.

Для посещения леса с целью заготовок характерна сезонность – с позднего лета (август) до середины осени (середина октября). То есть влияние внепоселковых факторов риска на эпидемический процесс может быть ограничено по

Таблица 2 - Уровень заболеваемости ГЛПС в населенных пунктах Бурлинского и Зеленовского районов Западно-Казахстанской области в период вспышки (в день на 10 000 населения)

Населенный пункт	Количество случаев ГЛПС в 2005-2006 гг.	Численность населения	Средний интервал между последовательными случаями заболевания, дней	Заболеваемость ГЛПС на 10000 населения в день в период вспышки
п. Бурлин	19	3149	5,1	0,62
п. Жарсуат	6	1101	15,4	0,59
п. Приуральный	9	1372	8,1	0,90
п. Канай	4	625	6,0	2,67
п. Утвинка	13	177	4,7	12,02
п. Бумаколь	4	702	6,0	2,37
п. Облавка	2	455	45,0	0,49
г. Аксай	7	33857	9,7	0,03
п. Успеновка	2	524	19,0	1,00
п. Январцево	7	1265	6,2	1,28
п. Кирсаново	8	430	2,7	8,61
п. Красноармейск	5	595	11,0	1,53

времени в отличие от поселковых факторов риска, которые носят постоянный характер. В связи с этим большой интерес представляет п. Утвинка, где существуют свидетельства внутрипоселкового заражения ГЛПС. Первый случай заболевания ГЛПС в данном населенном пункте пришелся на 20 ноября 2005 года. С учетом инкубационного периода возможное заражение первого случая произошло в конце октября 2005 года, то есть после снижения значимости внепоселковых факторов риска. При этом в Утвинке был зарегистрирован самый высокий уровень заболеваемости ГЛПС (12 случаев на 10000 населения в день), что, как было отмечено ранее, также говорит в пользу внутрипоселкового заражения.

Из 103 случаев ГЛПС, зарегистрированных в 2005-2006 годах, 88 (85%) составили мужчины и 15 (15%) женщины. Соотношение заболевших мужчин и женщин составило 6 к одному, то есть на 6 заболевших мужчин приходилась лишь одна заболевшая женщина.

Минимальный возраст среди случаев ГЛПС составил 4 года, максимальный - 70 лет, медиана и средний возраст пришлись на 33 года. Возрастные характеристики заболевших мужчин и женщин значимо не отличались друг от друга. Распределение случаев ГЛПС по половозрастным группам показало, что 79 из 103 случаев - это мужчины в возрасте от 15 до 54 лет, что составило 77% от всех заболевших.

Поскольку количество случаев среди детей до 14 лет включительно практически не отличалось по полу, мы сделали предположение, что разделе-

ние по признаку пола для анализа заболеваемости ГЛПС имеет смысл лишь для взрослых заболевших. Это позволило нам выделить три группы заболевших: дети (до 14 лет включительно) - 7%; мужчины (15 лет и старше) - 12%; женщины (15 лет и старше) - 81%.

При анализе дат заболеваний ГЛПС среди мужчин, женщин и детей было установлено, что заражение женщин и детей, в среднем, происходило позже, чем у мужчин. То есть в начальном периоде вспышки заражались практически только мужчины. Лишь с одиннадцатой недели от даты заболевания первого случая во вспышку начали вовлекаться женщины и дети. Медиана дат заболевания у мужчин пришлась на 20 ноября 2005 года, тогда как у женщин и детей она была сдвинута более чем на три недели позже (13 и 12 декабря 2005 года соответственно).

Тест Дункана, распределяющий мужчин, женщин и детей на однородные группы в зависимости от дат заболевания, статистически подтверждает наше предположение о более позднем включении женщин и детей во вспышку ГЛПС (таблица 3).

По дате заболевания он выделил мужчин в первую группу, женщин и детей - во вторую группу. В результате проведенного дисперсионного анализа также были получены свидетельства статистически значимых различий дат заболеваний среди мужчин, женщин и детей ($p=0,002$).

Различия по дате заболевания ГЛПС среди мужчин с одной стороны, женщин и детей - с другой стороны, снова подводят нас к внутри- и внепоселковому заражению ГЛПС. Как было сказано

Таблица 3 - Объединение мужчин, женщин и детей в однородные группы по дате заболевания ГЛПС с использованием теста Дункана (Западно-Казахстанская область, 2005-2006 гг.)

	Количество случаев ГЛПС	Первая группа	Вторая группа
		среднее количество дней, прошедших от начала вспышки (3.09.2005) до дат заболевания	
Мужчины	84	78	
Женщины	12		98
Дети (до 14 лет включительно)	7		103

выше, внепоселковое заражение имеет временные ограничения, связанные с окончанием в середине осени активных походов в лес с целью заготовок. Группой риска для внепоселкового заражения являются жители поселков, которые часто выходят в лес и активно работают там. Это, как правило, мужчины.

Внутрипоселковое заражение связано с источниками инфекции (грызунами) внутри поселков. При внутрипоселковом заражении риск заболеть ГЛПС имеют все жители поселка. То есть при преобладании внепоселкового заражения ГЛПС можно увидеть сходство демографических характеристик заболевших по сравнению с теми жителями, которые часто выходят в лес (взрослые мужчины в трудоспособном возрасте). При преобладании внутрипоселкового заражения демографические

характеристики заболевших не должны значительно отличаться от демографических характеристик всех жителей. В этом случае заболевшие ГЛПС в равной степени будут представлены мужчинами и женщинами, стариками и детьми. Поэтому одним из способов определения, какое заражение – поселковое или внепоселковое – преобладало в населенных пунктах, пораженных вспышкой, является анализ распределения заболевших по полу и возрасту.

Анализ зарегистрированных случаев ГЛПС показал, что преобладание мужчин, в частности взрослых мужчин, среди заболевших ГЛПС имело место в подавляющем большинстве поселков. Лишь в двух поселках, Бумаколе и Утвинке доля женщин и детей была примерно равна доле мужчин, что статистически значимо отличалось от остальных поселков (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение зарегистрированных случаев ГЛПС на мужчин (первая группа), женщин и детей (вторая группа), в населенных пунктах с количеством случаев два и более (ЗКО, 2005-2006гг.)

Населенный пункт	Количество случаев ГЛПС	Мужчины	Женщины и дети
г.Аксай	7	100%	0%
г.Уральск	7	100%	0%
п.Жарсуат	6	100%	0%
п.Бурлин	19	79%	21%
п.Бумаколь	4	50%	50%*
п.Канай	4	100%	0%
п.Красноармейск	5	80%	20%
п.Кирсаново	8	75%	25%
п.Облавка	2	100%	0%
п.Приуральный	9	78%	22%
п.Утвинка	13	54%	46%**
п.Январцево	7	100%	0%
ВСЕГО	103	82%	18%

Примечание: * $p=0,09$, ** $p=0,006$

К двум свидетельствам внутрипоселкового заражения в п.Утвинка, а именно высокому уровню заболеваемости и позднему сроку заболеваний, добавилось еще одно доказательство – схожесть половозрастной структуры заболевших с половозрастной структурой жителей поселка,

среди которых есть мужчины, женщины, старики и дети.

Заключение

В ходе анализа вспышки ГЛПС в Западно-Казахстанской области в 2005-2006 годах по ме-

сту, времени и человеку впервые были получены свидетельства внутрипоселкового заражения ГЛПС, которое имело место в п.Утвинка. Также было установлено, что внепоселковое заражение ГЛПС происходит раньше внутрипоселкового заражения.

Исходя из этого, противоэпидемические мероприятия в обязательном порядке должны включать дератизацию населенных пунктов, в которых выявлены случаи ГЛПС. Проведение дератизации в населенных пунктах должно проводиться практически сразу после выявления первых случаев ГЛПС, которые, как правило, еще не связаны с заражением внутри поселков. Это дает возможность своевременного предотвращения внутрипоселкового заражения ГЛПС.

Литература

1. Бидашко Ф.Г., Гражданов А. К., Рахманкулов Р. Р., Пак М. В., Белоножкина Л. Б., Андрищенко В. В., Токтаров М. И., Қдырсих Б. Г., Некоторые аспекты эпизоотологии Урало-Илекского очага геморрагической лихорадки с почечным синдромом // ж. Карантийные и зоонозные инфекции в Казахстане, Алматы.-В.2(10).-2004.- С.96-104
2. Сарыбаева Г. К., Дмитровский А.М. Вспышка Геморрагической лихорадки с почечным синдромом в сезон 2005-2006 годов в Западном Казахстане //ж. «Гигиена, Эпидемиология и иммунобиология», г.Алматы, №4, 2006
3. Hantavirus Pulmonary Syndrome: Updated Recommendations for Risk Reduction. National Center for Infectious Diseases, United States (<http://www.cdc.gov/ncidod/disease/hanta/hps/index.htm>).

Батыс Қазақстан облысындағы 2005-2006 жылдарындағы бүйректік синдромды геморрагиялық безгектер ошағындағы поселке ішінде және сыртында жұқтыруы

Г. Сарыбаева, А. Дмитровский, Р.А. Сеитова

Поселке ішіндегі және сыртындағы Бүйректік Синдромды Геморрагиялық Безгектер (БСГБ) жұқтыру куәлігін алғаш рет Қазақстанда алынды. Поселке сыртындағы БСГБ жұқтыру поселке ішіндегіден бұрын болады. Эпидемияға қарсы іш-шаралар міндетті түрде елді-мекенде дератизациялауды енгізу керек.

Түйінді сөздер:

Out-settlement and in-settlement Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome Infections in outbreak held in Western Kazakhstan region in 2005-2006

G. Sarybaeva, A. Dmitrovskiy, R.A. Seitova

For the first time in Kazakhstan we have got evidences of Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome (HFRS) infections happened outside and inside settlements. Out-settlement infections occurred before in-settlement ones. HFRS prevention and control measures have to include deraturation of settlements where HFRS cases found.

Key words: Gemorragicheskaya fever with kidney syndrome (GLPS), внепоселковое contamination, внутрипоселковое contamination, дератизация.

УДК 616.9:616-053.2/5-575.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕТСКИХ КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ (1999-2008 гг.) КЫРГЫЗСТАНА

А.К. Турусбекова

Медицинский факультет ОшГУ, г. Ош

В работе приведены результаты ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости детскими капельными инфекциями в Ошской области за период 1999-2008гг.

Ключевые слова: детские капельные инфекции, заболеваемость, эпидемиологический анализ, вакцинация.

Дифтерия, коклюш, корь, краснуха, паротит относятся к группе детских капельных инфекций. Заболевания обычно диагностируются среди детей.

Это связано с высокой восприимчивостью к инфекциям и формированию иммунитета у переболевших. Против названных инфекций широко применяется