

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

А.А. Нафеев

APPROACHES TO QUALITY ASSESSMENT OF ANTI-EPIDEMIOLOGICAL MEASURES FOR THE PREVENTION AND STRUGGLE WITH WILDLAND - FOCAL INFECTIONS

A.A. Nafeev

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», Ульяновский
государственный университет, медицинский факультет

Арсенал методов специалистов санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений в профилактике природно-очаговых инфекций зависит от ряда причин: от спектра регистрируемых на административной территории инфекционных заболеваний с природной очаговостью; от материальных и финансовых ресурсов; от состояния изученности природно-очаговых инфекций (определение локальных очагов, переносчиков и резервуаров возбудителей, типизация (генотипирование) возбудителя).

Ключевые слова: природно-очаговые инфекции, дератизация, дезинсекция, вакцинация, оценка, противоэпидемические мероприятия.

Arsenal of methods used by specialists of epidemiological and medical institutions in preventing natural focal infection depends on a number of reasons: from the spectrum of recorded in the administrative area infectious diseases with natural foci, the material and financial resources, of the state of knowledge of natural focal infections (the definition of local foci of vectors and reservoirs of pathogens, typing (genotyping), the causative agent).

Keywords: natural foci of infection, rodent control, pest control, vaccination, evaluation, control measures.

Арсенал методов специалистов санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений в профилактике природно-очаговых инфекций зависит от ряда причин, вот лишь некоторые из них:

- от спектра регистрируемых на административной территории инфекционных заболеваний с природной очаговостью;
- от материальных и финансовых ресурсов;
- от состояния изученности природно-очаговых инфекций (определение локальных очагов, переносчиков и резервуаров возбудителей, типизация (генотипирование) возбудителя).

Арсенал критериев и показателей, по которым можно оценить качество, полноту и эффект проводимых противоэпидемических мероприятий включает в себя уровень развития клинической диагностики, куда входят качество диагностической работы клиницистов и качество лабораторных исследований; объемы и направления дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

При характеристике этих мероприятий обнаруживается ряд слабых моментов, которые

в конечном итоге скажутся на эффективности проводимых противоэпидемических мероприятий. Так, итоговая оценка качества диагностики инфекционных заболеваний с природной очаговостью основывается на частоте расхождений в диагнозах, поставленных в поликлиническом звене медицинской службы, или при поступлении в стационар с окончательным диагнозом. На территории Ульяновской области при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) первоначальные диагнозы, выставляемые на поликлиническом этапе оказания медицинской помощи, зависят от состояния эндемичности данного административного района — чем более эндемичнее территория, тем окончательный диагноз ГЛПС выставляется, как правило, уже на ранних сроках (при поступлении на стационарное лечение); при лептоспирозах первоначальные диагнозы варьируются — от не установленного гепатита до лихорадки неясного генеза, ОРЗ и т. д. В последнее время участились случаи, когда при обращении за медицинской помощью выставляется диагноз ГЛПС, а после проведения специфических лабораторных тестов выставляется диагноз лептоспироз и наоборот

— вместо первоначального диагноза лептоспироз в сыворотке крови при серологическом обследовании в динамике обнаруживается нарастание титра антител к хантавирусам ГЛПС при отсутствии таковых к лептоспирам, что однозначно указывает на ГЛПС. При клещевых инфекциях — клещевой весенний энцефалит (КВЭ), иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) — клинические подходы различаются. В Ульяновской области КВЭ встречается сравнительно редко (от 1 до 3 случаев заболеваний в год), поэтому, как правило, окончательный диагноз выставляется всегда в поздние сроки после неоднократных лабораторных тестов, а на стадии обследования проходит под диагнозом ИКБ. Учитывая это, на территории области внедрено комплексное тестирование сывороток крови поступающих в вирусологическую лабораторию от лиц с присасыванием клещей для исследования на КВЭ, ИКБ, эрлихиоз и гранулоцитарный анаплазмоз человека. Эта необходимость обусловлена лабораторными результатами, так по итогам 2007 г. при серологическом исследовании 354 сывороток были получены следующие результаты: антитела к вирусу КЭ обнаружены в 1,7 % случаев; антитела к боррелиям ИКБ — в 7,1 %, антитела к анаплазмозу — в 6,2 %. При этом заболеваемость составила в отчетном году 1 случай КЭ и 55 случаев ИКБ.

Причины диагностических ошибок связаны с трудностями дифференциальной диагностики клинически сходных инфекционных заболеваний, полиморфизмом клинических проявлений многих из них, недоучетом эпидемиологических данных и недостаточным, а порой отсутствием, использованием возможностей лабораторного подтверждения. К сожалению, приходится констатировать наличие современного негативного момента, проявляющегося в том, что лечебно-профилактические учреждения под прикрытием отсутствия финансовых средств отказываются проводить специфические лабораторные исследования, и диагнозы нередко выставляются на основании только клинических и эпидемиологических данных, что приводит к субъективным ошибкам в постановке окончательных диагнозов тех или иных заболеваний, а эпидемиологам не позволяет установить истинный ареал распространения возбудителей ПОИ и провести своевременные противоэпидемические мероприятия.

Потребность в дератизации определяют по результатам периодического учета числен-

ности грызунов на обслуживаемых объектах, а заражения людей ГЛПС и лептоспирозом происходят зачастую в природных или антропогенных очагах, где не проводятся дератизационные мероприятия. Немаловажное значение имеют сроки их проведения, так после выработки предварительного прогноза, основополагающегося на данных зоологических исследований, администрациями территорий (главами поселений) должны выделяться финансовые средства для проведения профилактической дератизации. На практике дело обстоит иначе: только в разгар заболеваний людей, под напряженным народным волнением и паникой начинают проводиться дератизационные мероприятия, которые в этот период, как правило, не могут дать максимального защитного эффекта.

Потребность в дезинсекции определяют по результатам оценки численности соответствующих видов членистоногих на отдельных объектах, по их плотности на обслуживаемой территории, степени беспокойства, причиняемого населению, а также по наблюдаемой эпидемической обстановке. Проведение данных мероприятий ориентировано прежде всего на места массового отдыха (детские летние лагеря, санатории, дома отдыха, кемпинги, турбазы и т.д.), поэтому заражения людей в местах дислокации этих учреждений, как правило, редки, в то же время массовыми остаются случаи заражения в природе, где обработки лесных массивов, со времени отмены использования ДДТ, не проводятся.

Из специфических мер защиты следует отметить в Ульяновской области иммунизацию против КВЭ и туляремии. Как отмечалось выше, КВЭ имеет редкую спорадическую регистрацию, в таком же положении находится и туляремия. Болеет КВЭ и туляремией непривитое население, не относящееся к группам повышенного риска. Проводить масштабные прививочные кампании против этих инфекций имеет смысл только в тех случаях и в тех субъектах, где этого требует эпидемиологическая обстановка и, прежде всего, уровень и периодичность регистрируемой заболеваемости [1; 2].

Качество санитарно-просветительной работы оценивают по ее содержанию, своевременности проведения, научному и методическому уровню. К сожалению, ее роль в современный период недооценивается, в связи с чем практически не финансируется. Центр медицинской профилактики в Ульяновской

области в своем Уставе выделил главным направлением своей деятельности профилактику неинфекционных заболеваний. На телевидении и радио проблемы с эфирным временем, которое постоянно урезается, печатная продукция не издается из-за отсутствия финансирования, поэтому для населения главным источником получения специализированной информации являются медицинские учреждения и медицинские работники, а это резко ограничивает охватываемые контингенты и их количество.

Практика противоэпидемического обслуживания населения отличается от научно-го эпидемиологического опыта отсутствием контроля. Поэтому показатели эффективности всегда являются ориентировочными. Еще сложнее определить при профилактике природно-очаговых инфекций. Что считать результатом высокой эффективности проводимых мероприятий — снижение заболеваемости в активных природных очагах, стабилизацию

заболеваемости, отсутствие вспышечной заболеваемости, снижение (отсутствие) резервуара инфекции в природе (а этого добиться очень сложно), отсутствие среди заболевших привитых, прекращение регистрации заболеваний (но здесь следует ряд негативных моментов указанных выше — отсутствие лабораторного обследования, малоквалифицированные кадры, атипичные клинические формы заболеваний и т. д.).

Отсутствие разработанных в России стандартов и подходов приводит к субъективной оценке на местах эффекта и результативности проводимых профилактических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Предтеченский А.Б., Гавриленко О.Л., Каира А.Н. и др. //ЗНиСО. 2006. № 11. С. 15—18.
2. Романенко В.В., Юрловских А.И., Скрябина С.В. и др. //Эпидемиол. и вакцинопр. 2007. № 5. С. 20—26.

