

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А И ДИЗЕНТЕРИЕЙ В СЕМЬЯХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ ГГ. УЛАН-УДЭ И ИРКУТСКА (СООБЩЕНИЕ 2)*Л.О. Полякова, А.Б. Болошинов, И.В. Безгодов, В.Н. Сергеева*(Иркутский государственный педагогический университет, ректор — к.ф.-м.н., проф. А.В. Гаврилюк;
ТУ «Роспотребнадзор» по Республике Бурятия, гл. врач А.Б. Болошинов;
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области», гл. врач — И.В. Безгодов)**Резюме.** Представлены результаты изучения эпидемиологической значимости в передаче вирусного гепатита А и дизентерии факторов, характеризующих условия проживания в семьях. Дана их количественная оценка.**Ключевые слова:** гепатит А, заболеваемость, семья, факторы передачи.

Заболеваемость населения инфекциями вирусной и бактериальной этиологии составляет не менее 60 — 70 % всей патологии человека [1]. При кишечных инфекциях социально-гигиеническим факторам отводится ведущая роль в эпидемиологическом процессе. Однако, эффективность эпидемиологического надзора зависит от целенаправленности профилактических мероприятий, а значит от расстановки правильных акцентов в оценке значимости каждого из факторов, участвующих в распространении кишечных инфекций. В связи с этим целью работы явилось установление эпидемиологической значимости для кишечных инфекций (гепатита А и дизентерии) факторов, характеризующих условия проживания в семьях, и их количественная оценка.

Материалы и методы

Исследование проводилось в гг. Улан-Удэ и Иркутске. Материалом для исследования служили специально разработанные учетные документы, которые заполнялись путем выборочного опроса населения в контрастных по благоустройству районах 2-х городов. Объем выборки в г. Улан-Удэ составил 3,0 %, в г. Иркутске — 1,0%. Случайность выборки достигалась опросом жителей каждой 30-й квартиры или дома (независимо от этажности, нумерации домов и типа застройки). Учетный документ заполняли на каждого члена семьи предварительно проинструктированными студентами ИГПУ. Единицей выборки являлась семья. Учетный, по которому проводили наблюдение, содержал признаки, характеризовавшие коммунальные условия проживания семьи и заболеваемость вирусным гепатитом А (ВГА) и дизентерией. Опытную и контрольную группы формировали в зависимости от наличия или отсутствия наблюдаемого признака. Например, водоснабжение есть — контроль, водоснабжения нет — опыт. Заболеваемость указанными инфекциями в сравниваемых группах анализировали с мая 2003 по апрель 2004 гг.

Методической основой исследования явилось проспективное контролируемое наблюдение, при котором сначала путем случайной выборки из населения комплектуются равные во всех отношениях, кроме изучаемого признака, группы наблюдаемых лиц, а затем в этих группах проводится сравнение уровня заболеваемости [2].

В отношении факторов санитарно-коммуналь-

ного благоустройства, которые имели достоверное значение для какой-либо территории, рассчитывали их удельный вес в распространении ВГА и дизентерии, т. е. давали количественную оценку каждому из них. Расчет проводили на число лиц, вошедших в выборку по каждому конкретному фактору. Статистическую обработку результатов проводили с помощью специально разработанной компьютерной программы.

Результаты и обсуждение

Характеристика санитарно-коммунальных условий проживания семей. Коммунальное благоустройство проживания населения складывается из типа застройки, обеспеченности жилой площадью, в частности, отдельными квартирами, характера водоснабжения, наличия канализации и других. Эти вопросы и были подвергнуты изучению.

Таблица 1

Условия проживания выборочных групп населения гг. Улан-Удэ и Иркутска

Признак	Количество семей, %	
	Иркутск	Улан-Удэ
Проживание в многоквартирном доме	84,0	76,7
5 кв. м на человека	2,8	3,2
Более 10 кв. м на человека	55,5	49,8
Водоснабжение посредством водопровода	99,1	98,3
Водопровод в доме	90,0	79,0
Горячая вода в квартире	80,5	75,0
Канализация	централизованная	73,4
	местная	26,6

Почти все позиции, характеризующие условия проживания в семьях обоих городов, были примерно одинаковыми, хотя Улан-Удэ несколько уступал Иркутску. В большей степени это касалось условий канализования. Так, местной канализацией пользовалось почти 1/3 семей, вошедших в выборку по г. Улан-Удэ. В Иркутске эта величина составила 4,7% (табл. 1).

Таким образом, выборочные группы населения на обследованных территориях почти не различались условиями проживания. Исключение составил только характер канализования. Это позволило объединить весь массив выборки в целях

укрупнения групп, различающихся наличием и отсутствием каждого из изучавшихся признаков. Особенно это имело смысл для изучения условий канализования Иркутска, т.к. здесь семей, пользующихся местной канализацией, было значительно меньше.

Заболеваемость ВГА и ОКИ в семьях, проживающих в различных санитарных условиях. Заболеваемость ВГА и дизентерией в семьях имела закономерную зависимость от типа застройки, обеспеченности жилплощадью, условий водоснабжения и канализования (табл. 2 — 5).

Так, заболеваемость ВГА лиц, проживающих в полностью благоустроенных современных многоквартирных домах, была меньшей по сравнению с

населением, живущим в общежитиях и отдельных, частично или полностью неблагоустроенных, домах ($p < 0,01$ во всех случаях). Статистически значимым оказался и фактор проживания в неизолированной квартире (табл. 2). Заболеваемость ВГА и дизентерией в этих семьях была достоверно ниже, чем в семьях, проживающих в коммунальных квартирах. Причем, разница показателей была значительной — в 2-3 раза. Проживание в отдельной квартире обуславливает меньшее общение между жильцами и, следовательно, риск заноса инфекции и заражения в этих условиях снижается. Установлено, что удельный вес фактора отсутствия изолированной квартиры в распространении ВГА составляет 17%.

Таблица 2

Тип жилья и заболеваемость гепатитом А и кишечными инфекциями (за 2000-2004 гг.) в семьях гг. Иркутска и Улан-Удэ

Тип жилья	Число семей		Число лиц в них	Заболеваемость									
	абс.	%		Вирусным гепатитом А				Брюшным тифом			Дизентерией		
				абс.	%0	χ ² Р	Эпидемиологическая значимость фактора	абс.	%0	χ ² Р	абс.	%0	χ ² Р
Многokвартирный дом	3646	86,0	9806	77	7,8	6,929	7%	2	0,2±0,3	-	83	8,4	2,769
Общежитие*	280	6,6	616	11	17,8	< 0, 01		-	-	-	14	22,7	> 0,5
Отдельный неблаго-устроенный дом*	312	7,4	814	16	19,6	12,064	10%	2	2,5±3,5		33	40,5	48,9
						< 0, 001							<0,001
Всего:	4238	100,0	11236	104	9,2			4	0,3±0,3		139	12,7	
Изолиро-ванная квартира	3896	89,3	9792	86	8,7	30,393	17%	4	0,4±0,4				
Неизолиро-ванная квартира	466	10,7	1028	28	27,2	< 0,001		-	-		117	11,9	6,640
											22	21,4	< 0,01
Всего:	4362	100,0	10820	114	10,5			4	0,4±0,4		139	12,8	

Примечание: сравниваются с графой «Многokвартирный дом»

Для распространения инфекции статистически значимой оказался и уровень обеспеченности жилой площадью 1 человека. Так, по мере возрастания этой величины с 5 кв. м до 6-10, 11-15 и 16-20 кв. м в условиях семейного

проживания заболеваемость гепатитом А и дизентерией достоверно снижалась (табл. 3). Причем доля фактора обеспеченности жилой площадью на 1 человека среди других была высокой и составила от 47 до 55% (табл. 3).

Таблица 3

Обеспеченность жилой площадью семей гг. Иркутска и Улан-Удэ на 1 человека и многолетняя (2000-2004 гг.) заболеваемость гепатитом А и кишечными инфекциями в них

Жилая площадь на 1 чел. (м²)	Число семей		Число лиц в них	Заболеваемость									
	Вирусным гепатитом А				Брюшным тифом			Дизентерией					
	абс.	%		абс.	%0	χ² Р	Эпид- мио- логи- ческая значимость фактора	абс.	%0	χ² Р	абс.	%0	χ² Р
5*	128	2,8	500	11	22,0	13,045 < 0,01	48%	-	-	-	10	20,0	7,021 < 0,01
6-10*	1832	41,2	5884	68	11,5	5,919 < 0,05	55%	1	0,15±0,3		83	14,1	5,627 < 0,05
11-15*	976	21,9	2534	28	11,0	4,698 < 0,05	47%	2	0,7±1,1	-	33	13,0	3,849 < 0,05
16-20*	1000	22,5	1532	7	4,5	-	-	1	0,6±1,3		10	6,5	
Свыше 20	512	11,5	426	11	2,3			-	-		12	2,3	-
Всего:	4448	100,0	10876	115	10,5			4	3,6±1,1		137	12,5	

Примечание: сравниваются с графой «16-20»

Наиболее вероятно, что этими же зависимостями обусловлены различия в заболеваемости в связи с характером водоснабжения (табл. 4), поскольку наличие водопровода в доме и на улице, а также обеспечению или отсутствию горячей воды соответствует проживание в многоквартирных

и отдельных домах. Такая зависимость была характерна как для гепатита А, так и для дизентерии. Эпидемиологическая значимость факторов отсутствия в доме водопровода и горячей воды составили для гепатита А, соответственно, 10% и 25%.

Таблица 4

Водоснабжение в семьях гг. Иркутска и Улан-Удэ и многолетняя (2000-2004 гг.) заболеваемость гепатитом А и кишечными инфекциями в них

Водо-снабжение и характер водоразбора	Число семей		Число лиц в них	Заболеваемость									
	абс.	%		Вирусным гепатитом А				Брюшным тифом			Дизентерией		
				абс.	%0	Χ² Р	Эпиде-мио-логи-ческая значи-мость фак-тора	абс.	%0	Χ² Р	абс.	%0	Χ² Р
Водопровод в доме	3966	90,0	10018	103	10,3	10,661 <0,001	10%	2	0,2		105	10,5	34,02 < 0,001
Водопровод на улице				434	9,8			1136	24		21,1	2	
Колодец индивидуальный	2	0,04	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Привозная вода	2	0,04	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Открытый водоем	2	0,04	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего:	4406	100,0	11170	127	11,3			4	0,3		140	12,5	
Горячая вода													
Есть	3550	80,5	9330	72	7,7	32,965 <0,001	38%	1	0,1	-	83	8,9	47,696 <0,001
Нет	864	19,5	2184	47	21,5			2	0,9		59	27,0	
Всего:	4414	100,0	11514	119	10,3			3	0,2		142	12,3	

При рассмотрении заболеваемости в семьях, проживающих в квартирах с наличием канализации и ее отсутствием, установлена зависимость между указанными обстоятельствами. Так, среди лиц, пользующихся уличными туалетами, заболеваемость гепатитом А была в

2, а дизентерией в 3 раза выше, чем у проживающих в квартирах с туалетами ($p < 0,01$) (табл. 5). Удельный вес заболеваний ВГА, связанных с использованием дворовых туалетов, среди всей суммы заболеваний у лиц, попавших в выборку, составил в 10,0%.

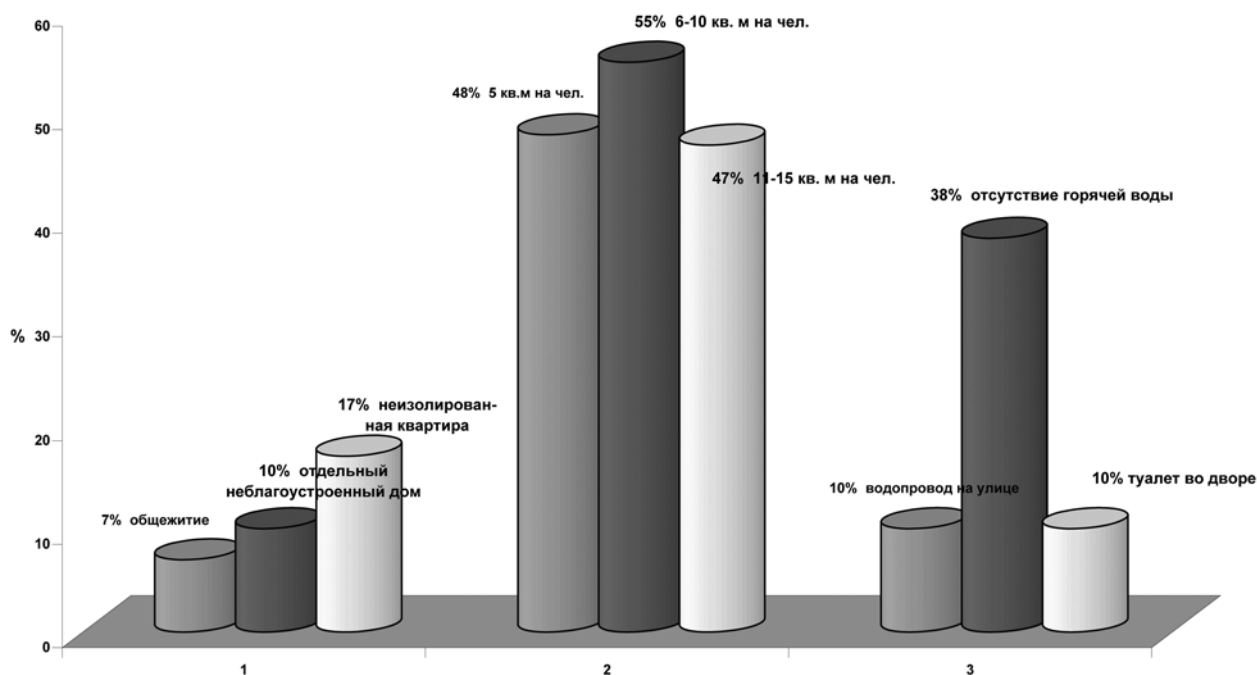
Таблица 5

Способ удаления нечистот в семьях и многолетняя (2000-2005 гг.) заболеваемость гепатитом А и кишечными инфекциями в них в гг. Иркутске и Улан-Удэ

Признак	Удаление нечистот	Число семей		Число лиц в них	Заболеваемость									
		Вирусным гепатитом А				Брюшным тифом			Дизентерией					
		абс.	%				абс.	%0	Х² Р	абс.	%0	Х² Р		
Канализация	Туалет в доме	2760	95,0	6830	55	8,0	12,301 <0,001	10%	-	-		80 11	11,7 27,6	7,672 <0,01
	Туалет во дворе	136	4,7	398	10	25,0			-	-	-			
Всего:		2896	100,0	7228	65	8,9			-	-		91	25,9	

В итоге следует отметить, что все изучавшиеся факторы, имеющие отношение к санитарно-коммунальным условиям проживания в семье, имели влияние на заболеваемость как гепатитом А, так и дизентерией. Причем в быту установлено эпидемиологическое значение для ВГА уплотненности

проживания (обеспеченности жилой площадью на 1 человека) до 55%. Все эпидемиологические значимые гигиенические факторы, характеризующие условия проживания семей жителей гг. Улан-Удэ и Иркутска, и их удельный вес в распространении ВГА представлены на рис. 1.



Примечание: 1 — тип жилья; 2 — обеспеченность кв. м на 1 человека; 3 — характер водоснабжения и канализования

Рис. 1. Факторы, определяющие распространение гепатита А в бытовых условиях

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.И. Роль и задачи эпидемиолога в системе государственного санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1996. — № 1. — С. 5 — 8.
2. Хейфец Л. Б. Теоретические и методические основы оценки эффективности специфической профилактики. — М.: Медицина, 1968. — 355 с.

MORBIDITY OF VIRAL HEPATITIS AND DYSENTERY IN FAMILIES LIVING IN DIFFERENT HOME CONDITIONS IN ULAN-UDE AND IRKUTSK (REPORT № 2)

L.O. Polyakova, A.B. Boloshinov, I.V. Bezgodov, V.N. Sergeeva

(Irkutsk State Pedagogical University, FGUZ «Hygienical and Epidemiological Center of Irkutsk region»)

The review is devoted to results of studying epidemiological dangerous transmissions factories to viral hepatitis and dysentery in family conditions. The amount characteristic is done.

© ЕГОРОВА Т.В. — 2006

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ПОСТКАПИЛЛЯРОТОКСИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Т.В. Егорова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Г.М.Орлова)

Резюме. Посткапилляротоксический гломерулонефрит — опасное проявление геморрагического васкулита. Наиболее частый клинический вариант — латентный гломерулонефрит. Независимыми предикторами почечной недостаточности являются: возраст дебюта ГВ 31-45 лет, артериальная гипертензия и гиперазотемия в дебюте заболевания, суточная протеинурия более 1 г. Отсутствие антикоагулянтной терапии и высокий коагуляционный потенциал крови неблагоприятно сказываются на исходе заболевания.

Ключевые слова: геморрагический васкулит, гломерулонефрит, почечная недостаточность.

Поражение микроциркуляторного русла почек при геморрагическом васкулите (ГВ), как правило, определяет прогноз заболевания, являясь потен-

циально опасным проявлением [1, 6, 7]. Несмотря на первоначально кажущийся благоприятным исход болезни, в последующем почти у половины