

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*В статье приведены данные по инфекционной заболеваемости и смертности, в том числе острыми кишечными инфекциями, в Республике Казахстан, в том числе по Южно-Казахстанской области, и зарубежом. Показана связь между социально-экономическими изменениями и изменениями в этиологической структуре острых кишечных инфекций. Приведены результаты социологического исследования среди врачей и студентов.*

**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, диарея, диагностика, инфекционная заболеваемость.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от инфекционных болезней ежегодно в мире умирает около 17 млн. человек. Несмотря на различия в структуре причин смертности, данная социально-гигиеническая проблема является острой не только для развивающихся стран, но и для благополучных государств Западной Европы и Северной Америки. Это диктует необходимость снижения негативного воздействия инфекционных болезней на население, а также на систему здравоохранения и экономику стран. Последнее десятилетие в Республике Казахстан (РК) наблюдается как рост «старых» инфекций, так и появление новых ее видов (например, ВИЧ/СПИД) [1, 2, 3]. Согласно данным, приведенным в Ежегодном докладе президента РК Н.А. Назарбаева о состоянии здоровья населения в 2015 году, в нашей стране было зарегистрировано 2,8 млн. случаев инфекционных и паразитарных заболеваний или 3745,6 на 100 тыс. населения. При этом сохраняется достаточно высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Следует отметить, что регистрируемые инфекционные болезни отражают только часть их истинного распространения, так как вне учета часто остаются легкие и стертые клинические формы заболеваний. На фоне сложившейся эпидемической ситуации особую актуальность приобретает разработка научно обоснованных предложений по совершенствованию организации медицинской помощи инфекционным больным. Кроме того, остаются недостаточно изученными влияния социально-гигиенических и медико-организационных факторов риска на развитие инфекционной патологии, в том числе, ОКИ. Однако, несмотря на большую научно-практическую значимость проблемы, до сих пор отмечается дефицит работ, посвященных проблемам профилактики инфекционных заболеваний и повышения качества медицинской помощи инфекционным больным.

Острые кишечные инфекции остаются актуальной проблемой для здравоохранения Казахстана. ОКИ в структуре инфекционной заболеваемости продолжают занимать одно из ведущих мест, а в Южно-Казахстанской области (ЮКО), опережая острые респираторно-вирусные инфекции, выходят на первые места. Согласно данным ВОЗ, к основным причинам заболеваемости и смертности детей 0-5 лет в РК относится диарея. В РК ежегодно от острых диарейных заболеваний умирает около 2 тысяч детей в возрасте до 5 лет. Кишечные инфекции становятся причинами смертности 40% детей до 1 года жизни. В республике ежегодно только от кишечных инфекций умирает около 2,5 тысяч младенцев.

Рост числа кишечных инфекций связан с процессами массовой миграции и урбанизации и, как следствие этого, значительным ростом городского населения. Также связан и с экстремально высокими колебаниями температуры внешней среды, особенно в летнее время. Необходимо отметить и о сохраняющихся трудностях в решении вопросов снабжения населения доброкачественной питьевой водой. В данных условиях особо значимыми являются ранняя диагностика ОКИ и совершенствование медицинской помощи на первичном этапе. Дальнейшее проведение необходимых противоэпидемических мероприятий снизит риск для окружающих большого людей.

На сегодняшний день влияние социально-гигиенических и медико-организационных факторов риска на развитие инфекционной патологии, в том числе ОКИ, изучены недостаточно. Данная проблема имеет большую практическую значимость и требует разработки современных научно обоснованных предложений по дальнейшему совершенствованию медицинской помощи инфекционным больным. Сложившаяся ситуация требует нового подхода в решении проблем, связанных с профилактикой кишечных инфекционных болезней и повышением качества оказания медицинской помощи инфекционным больным [4, 5, 6, 7]. Все это и определило цель и задачи настоящего исследования.

**Целью исследования** была разработка научно обоснованных практических рекомендации по совершенствованию организации специализированной медицинской помощи больным кишечными инфекциями.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в городе Шымкент – административном центре ЮКО. По состоянию на 01.01.2016 года численность населения области составила 2841,1 тысяч человек, городского населения - 978,0 тысяч человек. Материалами для исследования служили официальные учетные документации городской инфекционной больницы и ежегодные отчетные данные отдела медицинской статистики организации городов и сельских районов области.

Проверку гипотезы циркульности кишечных инфекций (ОКИ, дизентерии и сальмонеллёзных гастроэнтеритов) проводили путём статистического анализа временных рядов и определения линейного тренда. Для этого предполагали, что основная тенденция (тренд) данного ряда складывается из линейной и периодических составляющих. В соответствии с этим предположением строили математическую модель, описывающую значения ряда в момент времени  $t$ . Значимость модели определяли методами дисперсионного анализа, а именно проверкой гипотезы о равенстве дисперсии, обусловленной регрессией и дисперсией случайных остатков.

Для составления социально-гигиенической характеристики больных и оценки качества медицинской помощи, а также состояния организации деятельности инфекционной службы осуществлено социологическое исследование. Данные о каждом обследуемом дополнялись сведениями из учетной медицинской документации «Карта стационарного больного».

При проведении исследования применялись сплошной и выборочный, текущий и ретроспективный методы наблюдения. В соответствии с программой исследования использовался комплекс методов: социально-гигиенический, социологический, экспертный, математико-статистический.

При разработке полученных данных применялись следующие математико-статистические подходы: вычисление средних величин и интенсивных показателей, оценка достоверности различий результатов по критерию t.

**Основные результаты исследования.** Анализ заболеваемости населения ЮКО и г.Шымкент острыми кишечными инфекционными болезнями за 2010-2016 годы, в том числе бактериальной дизентерией, сальмонеллезом за тот же период показал, что суммарная заболеваемость населения инфекционными и паразитарными болезнями за указанный период характеризуется стойкой тенденцией к снижению регистрируемых уровней [8].

В целом по ЮКО и г.Шымкент интенсивные показатели, отражающие эпидемиологическую ситуацию, уменьшались из года в год и в 2016г., по сравнению с 2010г., снизились на 2,0% с показателя 1617,2 на 100 тысяч населения до 1585,2 на 100 тыс. населения.

Увеличение уровня суммарной заболеваемости по сравнению с 2010г. отмечено только в 2013 году (на 1,7%).

В ЮКО за анализируемый период колебания уровня заболеваемости были незначительные, в пределах  $\pm 1,9,0\%$ , общее снижение к 2015г. по сравнению с 2010г. на - 0,4%.

В г.Шымкент за анализируемый период уровень заболеваемости инфекционными патологиями составил 3498,7 (в 2010г) и 1254,6‰ (в 2015г), а в сельских районах соответственно 2250,1 и 1655,0‰.

В целом по РК заболеваемость населения ОКИ составила в 2010г.-183,7 на 100 тыс. населения, в 2015г.- 136,8‰, т.е. ниже на 52%.

ЮКО, несмотря на тенденцию к снижению ОКИ, остаётся неблагополучной по этим инфекциям. В исследуемый период в целом по области заболеваемость снизилась в 2 раза (с 222,7 на 100тыс. населения до 208,4). Рост имел место в г.Туркестан на 4,8% (от 212,9% до 224,7‰), в Байдибекском районе - в 1,9 раза, Ордабасинском - в 1,4 раза, Сарыагашском - на 7,6%, Сузакском - на 19,8%. В результате, в 2016г. показатели заболеваемости в большинстве районов остались высокими (107,59 - 228,38 на 100 тыс. населения), а в г.Шымкент с 2010 по 2016 год (с 301,9‰ до 218,9). В исследуемый период на всей территории области с 16,9‰ до (12,2‰) и г.Шымкент с 27,1‰ до (19,6‰) заболеваемость бактериальной дизентерией к 2015 году снизилась и представлена в виде единичных, не связанных между собой случаев.

Однако, ситуация неравнозначна по районам, в отдельные годы отмечен подъём заболеваемости со значительным превышением среднего областного показателя.

ЮКО по показателям заболеваемости бактериальной дизентерией относится к территории с неустойчивой эпидемиологической ситуацией. Если в целом по области заболеваемость снизилась в 4 раза, в отдельные годы в городах Шымкент и Кентау, а также в ряде районов показатели не превышали средний областной уровень (районы Байдибекский, Казыгуртский, Тюлькубасский, Сузакский, Шардаринский).

В ЮКО и г.Шымкент заболеваемость сальмонеллёзом, как и другими кишечными инфекциями, имеет довольно стойкую тенденцию к снижению, которое в 2010 году составило (10,9‰, а в 2015 году до 10,57 на 100 тыс. населения). Темпы снижения этих заболеваний сдерживаются почти ежегодной регистрацией вспышек и групповых заболеваний пищевого характера. Следует отметить, что уровень этой инфекции определяется и качеством лабораторной диагностики. В ЮКО за все анализируемые годы уровень заболеваемости оставался низким в пределах 5,42-3,84 на 100 тыс. населения, как и в других областях. Основная заболеваемость регистрируется среди городского населения.

Таким образом, в ЮКО и г.Шымкент период 2010-2016г. характеризуется значительным улучшением эпидемиологической ситуации по заболеваемости населения основными нозологическими формами кишечных инфекций, ранее имевшими широкое распространение [8].

На территории всей области и г.Шымкент зарегистрировано снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом А, суммой ОКИ, бактериальной дизентерией и сальмонеллёзом. В отдельных районах областей случаи заболеваний в отдельные годы не регистрировались.

Вместе с тем, темпы снижения заболеваемости различны, в ряде городов и районов интенсивные показатели значительно превышают среднеобластные показатели в связи с чем, существует риск распространения инфекций и роста заболеваемости при нерешённых вопросах обеспечения населения питьевой водой, качественной и безопасной пищевой продукцией, условий проживания, организации санитарной очистки, своевременного проведения дезинфекционных мероприятий.

ОКИ, возникновение и распространение которых тесно связано с социально-гигиеническими и эпидемиологическими факторами условий проживания, до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в структуре общей патологии, особенно в детском возрасте. Проведена сравнительная оценка суммарной заболеваемости ОКИ, а также заболеваемости наиболее значимыми кишечными бактериальными инфекциями - бактериальной дизентерией и сальмонеллёзными гастроэнтеритами населения региона с фоновым (г.Шымкент) и повышенным (сельские районы) уровнем напряжённости санитарно-гигиенического состояния, как в целом, так и в разных возрастных категориях (0-2, 3-6 и 7-14 лет). Приведены результаты, свидетельствующие о том, что в ЮКО, характеризующейся повышенной социально-гигиенической напряжённостью, заболеваемость ОКИ достоверно превышает показатели в сопоставимом по основным параметрам среды обитания, за исключением эпидемиологии, населённом пункте. При этом более выраженная динамичность уровня заболеваемости отмечена в г.Шымкент. Это может быть следствием изменения, как биологических свойств возбудителей, так и механизмов антиинфекционной защиты жителей региона в результате адаптации к условиям проживания.

В современных условиях здоровье населения во многом определяется социально-гигиеническим благополучием среды его проживания. Предупреждение массовых и спорадических инфекционных и неинфекционных заболеваний, связанных с водопотреблением, питанием населения и действием социально-гигиенических факторов, является важнейшей задачей государства.

Город Шымкент является крупным промышленным центром ЮКО и районы территориально расположены в одном климатическом поясе и географическом регионе в среднем в 150 км друг от друга. Однако, при сопоставимости

прочих условий проживания населения этих населенных пунктов, санитарно-гигиенические и социально-гигиенические факторы превышают таковую в районах, находящихся в условиях её фоновых значений, в 4-5 раз.

В связи с этим был проведен анализ заболеваемости всего населения (взрослые, дети) и различных возрастных групп детей ОКИ в целом, а также сальмонеллёзами и бактериальной дизентерией в частности, в г.Шымкент и в административных районах.

Суммарный уровень заболеваемости ОКИ взрослого и детского населения в целом за период 2010-2016 гг. в г.Шымкент постепенно снижался, достигая выраженного минимального уровня в 2016 году. При этом, показатель заболеваемости у детей составил 31,4‰, у взрослых - 134,1‰ в 2010 году и 30,4‰ и 131,6‰ в 2016 году.

В сельских районах пиковые значения определяемого показателя по годам не совпадали с таковыми по г.Шымкенту. Несмотря на улучшение, согласно отчётам Департамента здравоохранения по ЮКО, показателей социального благополучия населения, относительные показатели заболеваемости в сельских районах снижались незначительно. Анализ суммарной заболеваемости детского населения ОКИ в различных возрастных группах детей (0-14 лет) показал, что в целом, как и в г.Шымкенте, так и в сельской местности заболеваемость ОКИ также можно рассматривать как динамический процесс. При этом максимальные значения показателей по г.Шымкенту и сельским районам совпадали и по годам, и по интенсивности. Самые высокие относительные показатели заболеваемости в обоих объектах исследования наблюдались в группе детей от 0 до 2-х лет. При этом, по сравнению с г.Шымкент, показатели, определённые в сельских районах, были достоверно выше. У детей в возрасте от 3 до 6 лет относительные значения заболеваемости ОКИ в г.Шымкент были также достоверно меньше, чем в сельской местности.

В возрастной группе детей 7-14 лет наблюдаются самые низкие уровни заболеваемости ОКИ среди всех возрастных групп детского населения. Но и здесь максимумы и минимумы определяемого показателя в сравниваемых регионах совпали по годам. Однако, как и во всех анализируемых группах в сельских районах значения показателей в периоды, как максимумов, так и минимумов достоверно превышали показатели региона сравнения.

Среди ОКИ бактериальной природы в настоящее время наиболее часто встречаются сальмонеллёзы и бактериальная дизентерия. Поэтому был проведен анализ заболеваемости в сравниваемых административных объектах именно по этим двум нозологическим формам.

В г.Шымкент максимальный и минимальный уровни общей заболеваемости сальмонеллёзами регистрировались в 2010 и 2016 годах. Согласно отчётам Департамента здравоохранения по ЮКО, показатели социального благополучия населения г.Шымкента росли и эпидемиологическая обстановка, связанная с заболеваемостью сальмонеллёзами, улучшалась. В 2016г. общее количество зарегистрированных сальмонеллёзов составило 12,9‰, что относительно меньше, чем в 2010 г (13,4‰).

Общая картина суммарной заболеваемости сальмонеллёзами в административных районах за исследуемый период характеризовалась максимумом 2010 году (13,8‰), что сопоставимо с показателем г.Шымкент. Однако значения анализируемого показателя в административных районах значительно превышали показатели по г.Шымкент.

В целом среди детского населения г.Шымкент сальмонеллёзы наиболее часто регистрировались в 2010 году (19,7‰), также максимум заболеваемости в административных районах приходился на 2010 год (19,9‰), а её значения на протяжении всего времени наблюдения превышали таковые в г.Шымкент.

В группе детей до 2-х лет также, как и в целом по ОКИ, наблюдались самые высокие относительные значения показателя по сравнению с остальными изученными группами детей с данным заболеванием. Максимальные значения заболеваемости среди детей этой возрастной группы в обоих объектах исследования приходились на одни и те же годы. Однако среди детей административных районов показатели заболеваемости были наибольшими.

В возрасте от 3 до 6 лет максимальные значения заболеваемости сальмонеллёзами в г.Шымкент приходились на 2010 год и составили 14,8‰, а в административных районах - 14,9‰.

Сальмонеллёзная инфекция у детей 7-14 лет встречалась ещё реже. У детей этой возрастной группы г.Шымкент значения заболеваемости были достоверно наиболее низкими (от 7,1‰ в 2010 году до 6,5‰ в 2016г.). Минимальное значение определяемого показателя регистрировалось в 2016 году и составило 6,5‰, что было в 1,09 раза меньше максимального значения зарегистрированного в 2010 году.

У детей 7-14 лет в сельских районах сальмонеллёзная инфекция встречалась также реже всего, однако её количественные показатели были значительно выше аналогичных в сравнении с регионом фонового значения санитарно-гигиенических состояний. Минимальное значение определяемого показателя в сельских районах, как и в г.Шымкенте, регистрировалось в 2016 году (13,3‰ и 12,9‰). Однако это было всего в 1,03 раза меньше максимального значения 2010г. (13,4‰ и 13,8‰) и в 1,05 раза выше определяемого показателя в этой возрастной группе по г.Шымкенту в 2010г.

Общая заболеваемость бактериальной дизентерией диагностировалась в сельских административных районах (87,3‰) и Шымкенте (73,1‰) почти в 6,5 раза чаще, чем сальмонеллёз, являлась отражением ситуации в области. В г.Шымкент и сельских районах максимумы заболеваемости бактериальной дизентерией были зарегистрированы в 2010 году.

При этом в количественном выражении значение изучаемого показателя в сельских административных районах превышало значение того же показателя в г.Шымкент в 1,04 раза.

У детей в возрасте до 2-х лет также вне зависимости от места проживания максимумы заболеваемости приходились на одни и те же временные промежутки, а значения исследуемого показателя в периоды максимумов 2010 года имели наименьшие различия. В периоды 2010-2016 годов заболеваемость детей сельских административных районов была достоверно выше заболеваемости детей г.Шымкент.

В возрастной группе детей от 3 до 6 лет при отсутствии достоверных отличий в уровне заболеваемости в периоды минимумов (2015-2016г.г.) и во время пиков заболеваемости (2009-2010г.г.) её значения в сельских административных районах были достоверно выше показателей, определённых в г.Шымкент.

В заключение можно отметить, что приведенные результаты свидетельствуют о том, что в крупных городах с различной степенью напряженности санитарно-гигиенического состояния, заболеваемость ОКИ достоверно

превышает показатели в сопоставимом по основным параметрам среды обитания населённом пункте. Это может быть следствием изменения, как биологических свойств возбудителей, так и механизмов антиинфекционной защиты жителей региона в результате адаптации к условиям проживания.

Интересным представляется тот факт, что вне зависимости от характера нозологии более высокая заболеваемость регистрировалась у детей в самой младшей из проанализированных возрастных групп – в возрасте до 2-х лет, а самая низкая – в старшей группе от 7 до 14 лет. Учитывая патогенез развития рассматриваемых нозологических форм ОКИ, это может быть связано с различиями в иммунореактивности организма ребёнка, зависящей от периодов развития иммунной системы.

Необходимо отметить, что различия в заболеваемости ОКИ между г.Шымкент с фоновыми значениями напряжения санитарно-гигиенического состояния и в сельских районах с санитарно-гигиеническим состоянием, превышающим в 1,03 раз фоновые значения, наиболее выражены в периоды максимумов. По нашему мнению, более выраженный характер заболеваемости может быть связан с тем, что ухудшением условий проживания и качеством питьевого водоснабжения устанавливается взаимосвязь уровней появления различных заболеваний.

Эти скачки напряжённости санитарно-гигиенического состояния могут служить пусковым фактором изменений как биологических свойств возбудителей, что показано нами на примере сальмонеллеза и бактериальной дизентерии, так и состояния иммунной системы организма человека, особенно ребёнка, делая его более уязвимым для инфекционных агентов.

Острые кишечные инфекционные болезни в начале XXI века все еще остаются одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ ежегодно кишечными инфекционными болезнями болеют более 490000 человека, 5000000 летальных исходов обусловлены инфекционными болезнями, которые по-прежнему остаются ведущей причиной смертности детей младенческого возраста и первой причиной преждевременной смертности.

Наиболее высокая заболеваемость регистрируется у детей раннего возраста: 2,46 случая заболевания в год на 1 ребенка в возрасте до 3 лет.

Несмотря на успехи медицинской науки и практического здравоохранения, ОКИ остаются одной из актуальных проблем современности. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют до 1—1,2 млрд. диарейных заболеваний, от которых умирает около 4 млн. человек, причем 60—70% заболевших составляют дети в возрасте до 14 лет. Наибольшую угрозу они представляют для детей раннего возраста, в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности среди них. По данным российских авторов, кишечные инфекции занимают 3—4 место среди всех инфекционных заболеваний у детей. Помимо ущерба здоровью населения, они наносят серьезный экономический ущерб. В США экономические потери от острых кишечных заболеваний составили около 1,5 млрд. долларов, в России — 253,45 млрд. руб.

Проблема ОКИ полностью сохранила свою актуальность и для РК в силу сложившихся неблагоприятных социально-экономических последствий - социально-экономического кризиса, безработицы, миграции сельского населения из села в город и ухудшения санитарно-бытовых условий жизни. Высокие уровни заболеваемости кишечными инфекциями определяют значимость проведения эпидемиологических исследований для разработки профилактических мероприятий, сокращения социально-экономического ущерба, охраны здоровья детского населения.

Для оценки знаний о влиянии поведенческих факторов риска на распространение кишечных инфекций нами было проведено анкетирование студентов, обучающихся в ВУЗах г.Шымкента. Анкета содержала 20 вопросов, из ответов на которые мы получали информацию о знаниях профилактики кишечных инфекций, типе водопользования, вопросах соблюдения личной гигиены, гигиены мест проживания и наличия вредных привычек.

Респондентами были 900 студентов, из которых лица женского пола составили - 56,2 %, мужского пола - 43,8 %. Возраст варьировал от 17 до 22 лет.

На вопрос «Знаете ли Вы, как передаются кишечные инфекции?» большинство респондентов (75,8 %) ответили положительно. Но среди студентов, оказались и такие, которые об этом не знали - 24,2%.

На вопрос, какой водой пользуются, респонденты указали, что они используют воду из центрального водопользователя (93,7 %) и только 6,3 % студентов отметили, что пользуются водой из открытого источника.

Одним из факторов возможного заражения кишечными инфекциями являются овощи и фрукты, которые могут быть контаминированы почвой. Поэтому наша анкета содержала вопрос о правилах мытья овощей и фруктов перед их употреблением. Как показали ответы большинства студентов, 90,8% промывают их под проточной водой. Однако были и такие, которые их совсем не мыли — 2,3%, а 6,9±1,1% студентов ошпаривали их кипятком перед употреблением.

К поведенческим факторам риска заражения кишечными инфекциями относятся вредные привычки. Оказалось, что около 32,5% (293) респондентов имеют следующие вредные привычки: кусают и грызут ногти - 57,6% (169), кладут ручку или карандаш в рот - 35,5% (104) и 6,8% (20) - кладут пальцы в рот. К вредным привычкам также можно отнести и передачу жвачки друг другу, таковыми оказались 2% студентов.

Для соблюдения правил личной гигиены необходимы соответствующие условия по месту учебы и проживания. На вопрос «Есть ли в учебном заведении условия для мытья рук?» 13,8% опрошенных дали отрицательный ответ, что свидетельствует о том, что в течение дня они не имеют возможности помыть руки. На вопрос «Когда моете руки?» оказалось, что перед едой моют - 43,6%, после еды - 17,4% и после посещения туалета - 38,9% студентов.

Для выявления знаний студентов о возможных путях заражения мы включили вопрос о факторах передачи кишечных инфекций. 38,3% респондентов считают, что фактором передачи являются грязные руки, 23,7% - овощи и фрукты, 14,8% случаев можно заразиться в общественном транспорте, в 14,5% - могут быть деньги, 6,7% респондентов - при работе на компьютере. Вместе с тем необходимо отметить, что в настоящее время изменились стереотипы водопотребления. Из данных анкет выяснилось, что 39,7% студентов пьют кипяченую воду, что вызывает сомнения. Фильтрованную, сырую и бутилированную воду употребляют 22,3%, 19,2% и 16,4% соответственно.

Среди практических врачей амбулаторно-поликлинических организаций, в том числе педиатров, терапевтов и инфекционистов также было проведено социологическое исследование, включавшее вопросы, касающиеся качества организации профилактики и диспансеризации инфекционных больных. Практически половина опрошенных терапевтов (48,9 на 100 опрошенных) полагает, что для повышения эффективности лабораторной диагностики инфекционных заболеваний необходимо укрепление существующих бактериологических лабораторий, оснащение их новым оборудованием и диагностикумами, в группе инфекционистов частота таких ответов была (23,7%) в 2,0 раза меньше. В тоже время более трети инфекционистов считают, что внедрение новых методов диагностики в крупных специализированных лабораториях и территориальных ЛПУ будет способствовать решению этой проблемы, частота таких ответов составила, соответственно 35,2% (инфекционисты) и 46,3% (терапевты). Выявлены существенные различия во мнении респондентов о возможности лечения инфекционных заболеваний в условиях дневного стационара. Большинство респондентов обеих групп считают невозможным лечение больных в условиях дневного стационара. Однако, доля таковых среди терапевтов была в 2,1 раза больше (83,2%), чем среди инфекционистов (41,7%). В группе врачей-инфекционистов в равной мере распространена точка зрения, что диспансерный контроль должны осуществлять инфекционист кабинета инфекционных заболеваний (КИЗа) и участковый терапевт, частота таких ответов составила по 46,7 на 100 ответивших. В тоже время большинство терапевтов считают (80,3 на 100 ответивших), что диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими инфекционное заболевание, является прерогативой инфекционистов КИЗа и только 16,9 на 100 ответивших полагают, что эта функция может быть возложена на участковых терапевтов.

**Закключение.** Проблема ОКИ полностью сохранила свою актуальность для ЮКО в силу сложившихся неблагоприятных социально-экономических последствий. В структуре инфекционной патологии удельный вес кишечных инфекций без гриппа и ОРВИ составляет - 49%. Информированность населения области о путях передачи кишечных инфекции достаточно высокая. В частности, 80% студентов хорошо знают о путях и факторах передачи кишечных инфекций соблюдают правила личной гигиены. В то же время, вредными привычками страдают 30% опрошенных респондентов, которые являются одной из причин распространения кишечных инфекций. Результаты социологического исследования показали, что возможными факторами передачи кишечных инфекций являются в 38±1,5% - грязные руки, 25,4±1,4% - овощи и фрукты, 15,8±1,1% - общественный транспорт, 14,3±1,1% - деньги, 6,2±0,7% - компьютер. Полученные результаты послужили основой практических рекомендаций для врачей амбулаторно-поликлинических организаций и врачей инфекционистов ЮКО.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Покровский В.И. Актуальные направления совершенствования профилактики инфекционных болезней / В.И. Покровский, Г.Г. Онищенко, Б.Л. Черкасский // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. - №1. - С.4-8.
- 2 Шарапова О.В. Проблемы инфекционной заболеваемости в России в новом тысячелетии // Педиатрия.- 2004.- №4.- С. 4-6.
- 3 Щепин О.П. Проблемы здоровья населения и влияние здравоохранения на их решение // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. - 2004.- вып.2.- С. 9-15.
- 4 Исабеков Н.Б. Об основных тенденциях инфекционной заболеваемости детей в Липецкой области // Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики болезней на региональном уровне: сб. материалов межрегиональной науч.-практ. конф.- Пенза: 2004. - С. 74-75.
- 5 Коновалов О.Е. Динамика и тенденции инфекционной заболеваемости детей в Липецкой области // Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики болезней на региональном уровне: сб. материалов межрегиональной науч.-практ. конф.- Пенза: 2003.- вып. 2.- С.107-109.
- 6 Шевченко Ю.Л. Значение социальных факторов во взаимодействии человека и микроорганизмов. Роль здравоохранения в профилактике и лечении инфекционных болезней // Здравоохран. Рос. Федерации.- 2000.- №5.- С.3-7.
- 7 Учайкин В.Ф. Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей //Детские инфекции. – Научно-практический журнал Ассоциации педиатров-инфекционистов. – 2002. -№1. – С.4-7.
- 8 Анализ заболеваемости отдельными инфекционными болезнями в Республике Казахстан за 2002-2011 годы <http://www.allbest.ru/>

**Б.Б. МЕНДИБАЕВА, М.А. БУЛЕШОВ**

*«Оңтүстік-Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы» АҚ*

#### **ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫНЫҢ АРАСЫНДАҒЫ ІШЕК ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ҚАЛЫПТАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ТҰРҒЫДАН БАҒАЛАУ.**

**Түйін:** Мақалада Қазақстан Республикасындағы, оның ішінде Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша және шетелдегі инфекциялық аурушандық пен өлім, оның ішінде жіті ішек инфекцияларының, деректері көрсетілген. Әлеуметтік-экономикалық өзгерістер мен жіті ішек инфекциясының этиологиялық құрылымындағы өзгерістер арасындағы қарым-қатынас көрсетілген. Дәрігерлер және студенттер арасында жүргізілген әлеуметтік зерттеудің нәтижелері де көрсетілген.

**Түйінді сөздер:** жіті ішек инфекциялары, диарея, диагностика, инфекциялық аурушандық.

**B.B. MENDIBAIEVA, M.A. BULESHOV**

**SOCIO-HYGIENIC ASSESSMENT OF FEATURES OF FORMATION OF INTESTINAL INFECTION  
OF THE POPULATION OF SOUTH KAZAKHSTAN REGION**

**Resume:** The article presents data on infectious morbidity and mortality, including acute intestinal infections in the Republic of Kazakhstan, including in the South Kazakhstan region and abroad. The relationship between socio-economic changes and changes in the etiological structure of acute intestinal infections are given. Results of sociological research among doctors and students are given.

**Keywords:** acute intestinal infections, diarrhea, diagnostics, infectious morbidity.