

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Т.В. Соломай

Управление Роспотребнадзора по Московской области, г. Мытищи

Резюме. Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения и школы. Описана роль нарушений санитарно-противоэпидемического режима в развитии вспышечной заболеваемости. Предложен комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения кишечных инфекций в детских организованных коллективах.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции (ОКИ), детские организованные коллективы.

Уровень заболеваемости кишечными инфекциями является индикаторным показателем социального благоустройства общества и зависит в первую очередь от:

- качества питьевого водоснабжения и канализования территории;
- обеспеченности доброкачественными, безопасными в эпидемическом отношении продуктами питания;
- приверженности людей к соблюдению правил личной гигиены [1, 2].

Особую актуальность проблема ОКИ приобретает в детских организованных коллективах, что определяется высокой вероятностью заноса инфекции в коллектив, теснотой контакта и действием единых факторов передачи инфекции при нарушении противоэпидемического режима.

Заболеваемость кишечными инфекциями в Московской области в течение последних восьми лет остается на высоком уровне. Показатели заболеваемости детского населения существенно превалируют над заболеваемостью взрослых (рис. 1).

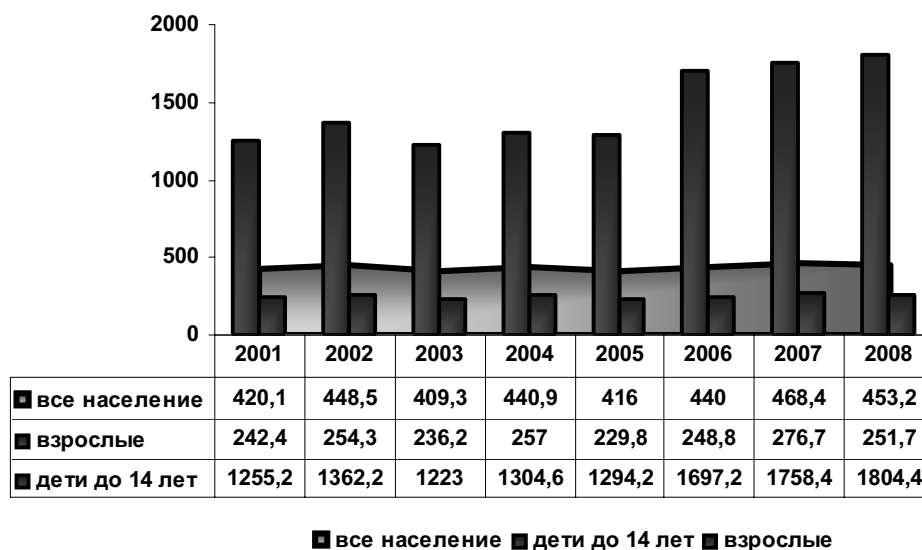


Рис. 1 Заболеваемость кишечными инфекциями в Московской области в 2001–2008 гг. (на 100 тыс.)

В этиологической структуре кишечных инфекций у детей преобладают инфекции неустановленной этиологии (78,1%). На долю сальмонеллеза приходится 7,74%, кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой – 6,53%, ротавирусной инфекции – 5,01%, дизентерии – 2,62% (рис.2).

В структуре заболевших ОКИ детей в 2008 г. на долю случаев, зарегистрированных в детских организованных коллективах, пришлось 67,04%. Показатели заболеваемости кишечными инфекциями школьников и детей дошкольных учреждений существенно друг от друга не отличались и составили 18,6 и 17,5 на 1000 данного контингента соответственно.

По данным анализа 6200 случаев ОКИ среди организованных детей в возрасте от 2-х до 14

лет заражение внутри организованного коллектива произошло в 25,9% случаев, в том числе 2,5% пришлось на вспышечную заболеваемость (рис. 3).

Заражение преимущественно происходило контактно бытовым путем, удельный вес которого среди организованных дошкольников был несколько выше, нежели среди школьников и составил 97,4% и 89,15% соответственно. Роль пищевого пути передачи в тех и других учреждениях была примерно равнозначной: 2,6% в дошкольных коллективах и 2,0% в школах. Передача кишечных инфекций через воду в детских дошкольных учреждениях не осуществлялась. В школах удельный вес водного пути составил 8,85% (рис. 4).

Такое распределение по путям передачи объясняется, прежде всего:

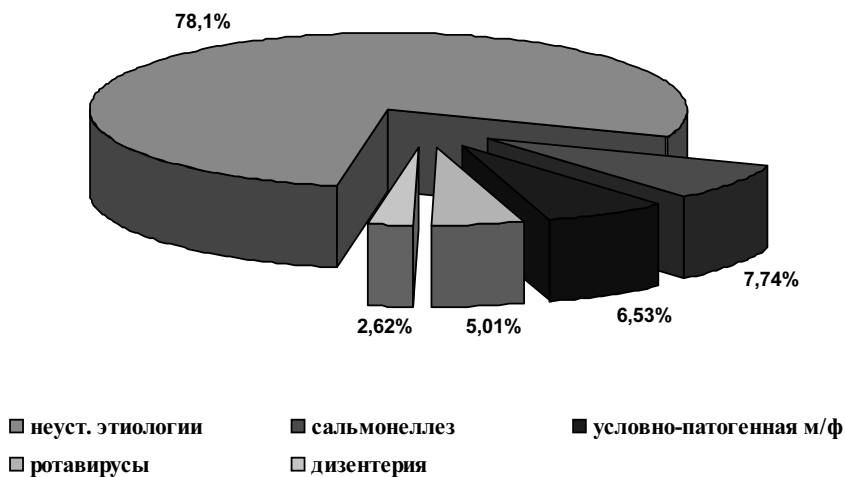


Рис. 2. Этиологическая структура ОКИ у детей в Московской области в 2008 г. (%)

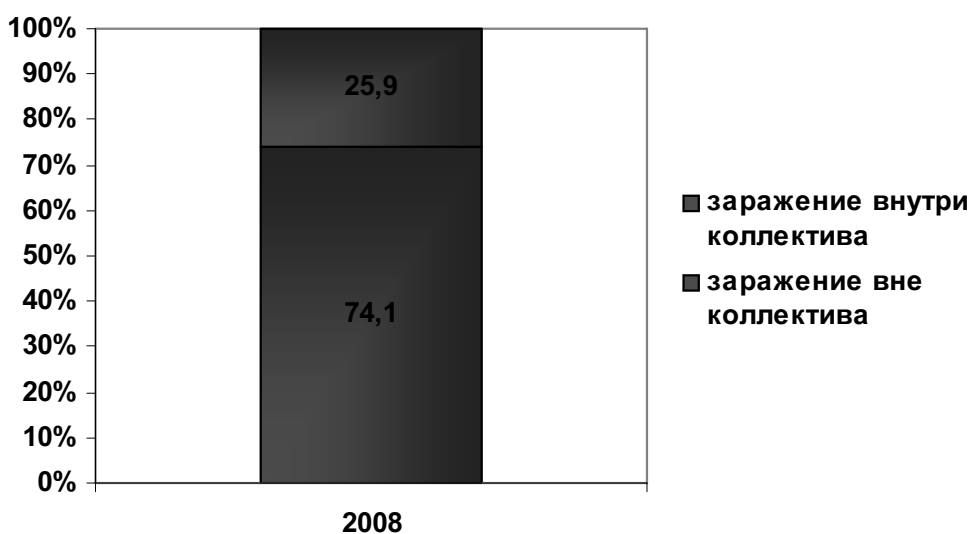


Рис. 3. Структура заболевших ОКИ организованных детей в зависимости от места заражения (%)

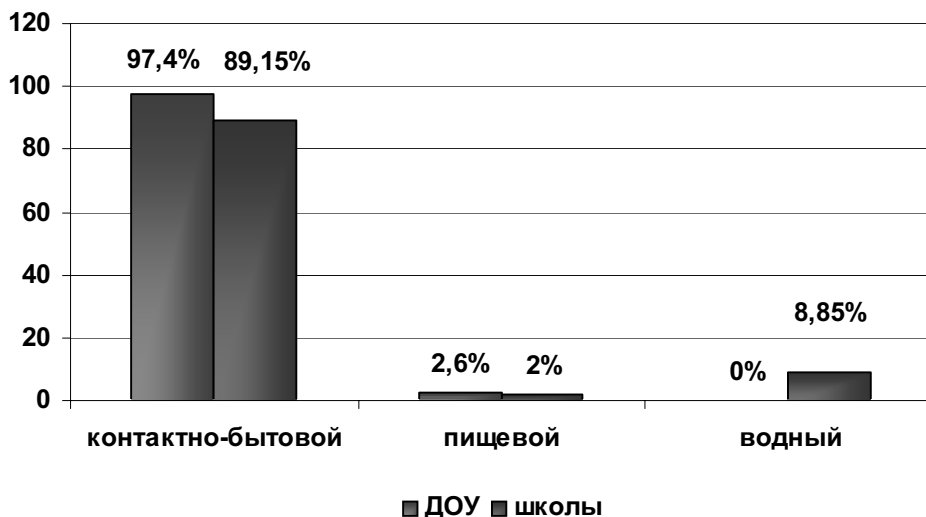


Рис. 4. Структура путей передачи ОКИ в организованных детских коллективах Московской области (%)

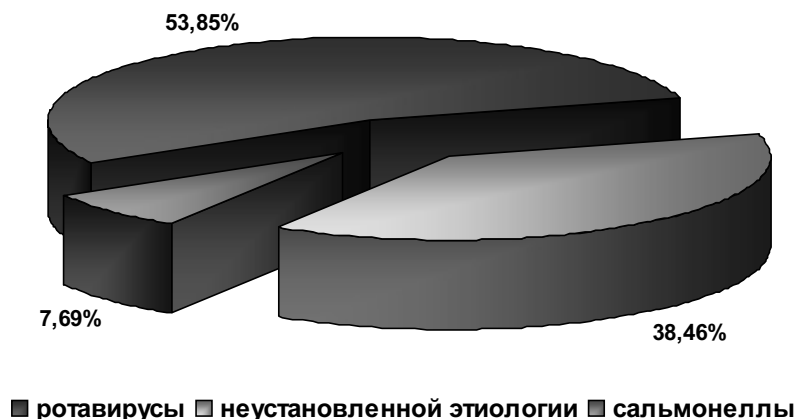


Рис. 5. Этиологическая структура вспышек ОКИ в детских организованных коллективах Московской области в 2008 г.

– более тесным контактом детей в дошкольных учреждениях и отсутствием у них должных навыков соблюдения правил личной гигиены;

– отсутствием должной организации питьевого режима в школах и употреблением школьниками сырой воды.

В 2008 г. в детских организованных коллективах зарегистрировано 13 вспышек, что составило 59,1% от всех вспышек, зарегистрированных в Московской области. Чаще вспышки регистрировались в детских дошкольных учреждениях: 9 ситуаций с общим числом пострадавших 65 чел. В школах было выявлено 4 вспышки, в результате которых пострадал 81 чел.

В этиологической структуре преобладали вспышки, вызванные ротавирусами (53,85%). Удельный вес вспышек, этиологию которых рас-

шифровать не удалось, составил 38,46%. На долю сальмонеллезных вспышек пришлось 7,69% (рис. 5).

Из перечисленных ситуаций наиболее массовой была вспышка ротавирусной инфекции в одной из школ в Одинцовском районе в результате которой пострадало 45 чел., в том числе 44 ребенка.

Вспышка зарегистрирована в середине января 2008 г. сразу после зимних школьных каникул. Заболевания развивались практически одновременно в большинстве классов школы, что позволило первоначально предположить пищевой характер вспышки. Однако, в ходе эпидрасследования были выявлены нарушения в организации водоснабжения учреждения, а именно: несанкционированная врезка в сеть на уровне ВЗУ, затоп-

Результаты микробиологических исследований смывов, пищи и воды в детских дошкольных учреждениях и школах в 2008 г.

Исследуемый материал	Категория учреждений	Исследовано проб	Из них не удовлетворительных по микробиологии	%
Смывы	дошкольные учреждения	12790	263	2,06%
	школы	24096	704	2,92%
Пища	дошкольные учреждения	2228	104	4,67%
	школы	1470	38	2,59%
Вода	дошкольные учреждения	2908	40	1,38%
	школы	3497	6	0,17%

ление одного из распределительных колодцев водой. Ситуация усугубилась после плановой промывки фильтров на водозаборных сооружениях, в результате которой произошла контаминация питьевой воды, поступающей в распределительную сеть школы.

Данный факт подтвержден результатами лабораторного исследования: в пробах воды, отобранных на пищеблоке и в корпусе школы, были обнаружены антигены ротавирусов. Использование водопроводной воды для организации питьевого режима (кулеры) и промывки готовой продукции на пищеблоке школы (салат китайский кочанный, макаронные изделия) послужило причиной массовой заболеваемости ротавирусной инфекцией.

Основными причинами заноса и распространения кишечных инфекций в детских организованных коллективах по данным проведенного анализа стали нарушения санитарно-противоэпидемического режима, а именно:

- несоблюдение требований к приему детей в организованные коллективы;
- допуск к работе персонала не прошедшего профилактический медицинский осмотр, либо не отстранение от работы лиц с признаками кишечной инфекции;
- не соблюдение правил личной гигиены персоналом: использование единой спецодежды для уборки помещений, приготовления и раздачи пищи и др.;
- не соблюдение требований к санитарному содержанию помещений и проведению текущей дезинфекции;
- не своевременная ликвидация аварийных ситуаций на канализационно-водопроводных сетях;
- нарушение условий хранения, товарного соседства и сроков реализации пищевых продуктов;

– отсутствие сопроводительной документации на пищевую продукцию, подтверждающей ее качество и безопасность;

- нарушение технологии приготовления блюд;
- отсутствие организации питьевого режима (преимущественно в школах).

Факты указанных нарушений подтверждаются результатами микробиологических исследований смывов, пищи и воды (табл.)

Резюмируя вышеизложенное необходимо отметить, что первостепенными задачами по профилактике кишечных инфекций в детских организованных коллективах являются:

1. своевременное выявление и устранение нарушений противоэпидемического режима;
2. проведение информационно-разъяснительной работы с персоналом учреждений, в том числе по программам гигиенического обучения;
3. проведение информационно-разъяснительной работы по вопросам личной профилактики кишечных инфекций с воспитанниками и их родителями;
4. при возникновении случаев кишечных инфекций в детских организованных коллективах особую значимость приобретает своевременность и полнота проведения противоэпидемических мероприятий, а именно: выявление всех заболевших и их изоляция, устранение факторов передачи инфекции, проведение дезинфекционных мероприятий.

Литература

1. Еровиченков А.А. Диарея путешественников // Инфекционные болезни. – М. – 2009. – Т. 7. – № 1. – С. 54–58.
2. Савилов Е.Д., Астафьев В.А., Злобин В.И. Особенности распространения инфекционной заболеваемости с фекально-оральным механизмом передачи на территории Российской Федерации // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – М. – 2009. – № 2 (45). – С. 27–31.