

РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ КАК КРИТЕРИЙ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОМ МОНИТОРИНГЕ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

А.О. Абрамова¹, Н.М. Ключникова², В.Ф. Панин²

¹ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань;

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», г. Рязань

В структуре общей заболеваемости населения России на долю инфекционных болезней приходится около 40%. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (далее — ОКИ) занимает второе место среди инфекционной патологии и по-прежнему является важным объектом эпидемиологического надзора в связи со средним ежегодным темпом прироста 6–7%.

Нами исследовано влияние ряда показателей (природно-климатических, санитарно-гигиенических, демографических) на уровень заболеваемости населения ОКИ в Рязанской области с использованием метода корреляционного анализа.

Анализ данных показал влияние качества водопроводной воды на уровень заболеваемости кишечными инфекциями населения, проживающего на территории региона. Результаты расчета выявили прямую положительную связь средней и слабой силы между показателями заболеваемости дизентерией и содержанием общих колиформных и термотолерантных колиформных бактерий ($r_1 = 0,345$ и $r_2 = 0,22$ соответственно), прямую положительную связь слабой силы между содержанием в пробах воды нитритов и показателями заболеваемости дизентерией ($r = 0,14$), а также между содержанием нитритов и показателями заболеваемости ОКИ установленной этиологии ($r = 0,2$).

Также была установлена прямая положительная связь слабой и средней силы между показателями заболеваемости острыми кишечными инфекциями, такими как сальмонеллез, дизентерия, ОКИ установленной и не установленной этиологии, и общей численностью населения районов региона ($r_1 = 0,24$, $r_2 = 0,23$, $r_3 = 0,33$, $r_4 = 0,51$ соответственно). Расчет коэффициента корреляции отдельно по возрастным группам 0–1 год, 1–3 года, 3–6 лет, 6–14 лет выявил схожие результаты.

Анализ результатов зависимости уровня заболеваемости ОКИ от природно-климатических факторов выявил слабую прямую положительную связь между изменениями среднегодовой температуры и ОКИ установленной и не установленной этиологии ($r = 0,11$), а также прямую положительную связь средней силы между уровнями заболеваемости сальмонеллезом, дизентерией, ОКИ установленной и не установленной этиологии и инсоляцией на горизонтальной поверхности ($r_1 = 0,3$, $r_2 = 0,39$, $r_3 = 0,46$, $r_4 = 0,39$ соответственно).

КОГОРТНЫЙ АНАЛИЗ ОКОНЧАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.Б. Авдентова¹, Е.М. Белиловский², С.Е. Борисов³

¹Ярославский областной противотуберкулезный диспансер, г. Ярославль;

²ВОЗ, офис в Российской Федерации, Москва;

³Московский городской научно-практический Центр борьбы с туберкулезом, Москва

Введение. Система диспансерного наблюдения за больными туберкулезом (ТБ), действующая в Российской Федерации, позволяет проводить не только когортный анализ эффективности отдельных курсов химиотерапии, но и когортный анализ интегральных результатов комплексного лечения больного спустя несколько лет после его выявления.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов лечения когорт впервые выявленных больных туберкулезом легких (ВВ ТЛ), зарегистрированных и взятых на диспансерный учет до и после реализации приказов Минздрава России № 50 и № 109 (2003–2004 гг.), разработанных с учетом принципов, рекомендованных ВОЗ.

Материалы и методы. Ретроспективное когортное исследование двух когорт (К1 и К2), включающих всех ВВ ТЛ, зарегистрированных в г. Ярославле в 2000–2003 гг. (831 больной) и в 2004–2006 гг. (614 больных). Долговременные исходы, такие, как «выздоровление» (перевод в III Группу диспансерного учета или снятие с учета), «умер от ТБ» или «умер не от ТБ» и другие, анализировались по истечении 4 лет диспансерного наблюдения. При обработке данных использовалась модель пропорциональных рисков Кокса.

Результаты. Принадлежность к К1 или К2 не была статистически связана с исходами «умер от ТБ» или «умер не от ТБ». Исход «выздоровление» был чаще у К2 для ВВ ТЛ с бактериовыделением: отношение рисков (ОР) = 4,3; 95% доверительный интервал (ДИ): 6,1–3,0. Связь с исходами «умер от ТБ» и «умер не от ТБ» имели следующие факторы: отсутствие работы (ОР = 4,4; 2,5–7,7 и ОР = 2,6; 2,0–3,5, соответственно), инвалидность (ОР = 4,7; 2,2–9,9 и ОР = 2,8; 1,9–4,2), статус пенсионера (ОР = 3,0; 1,4–6,5 и ОР = 2,9; 1,9–4,2), возраст старше 34 (ОР = 2,5; 1,5–4,2 и ОР = 3,1; 2,2–4,3), пассивное или активное выявление ТБ (ОР = 2,8; 1,7–4,6 и ОР = 1,5; 1,1–1,9).

Заключение. Когортный анализ долговременных исходов лечения, на основе данных о курсах химиотерапии и диспансерном слежении показал значимый рост доли пациентов с исходом «выздоровление» после реализации приказов 2003–2004 гг., разработанных с учетом международных рекомендаций. В то же время выявление больных с тяжелыми процессами и социальные факторы по-прежнему оказывают значительное негативное влияние на долю неуспешного лечения.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ДИФТЕРИИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.И. Алимова

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в Тюменской области, г. Тюмень

В Тюменской области на протяжении последних лет с 2004 по 2011 гг. не регистрируется заболеваемость дифтерией и носительство токсигенного штамма дифтерийной инфекции.

Благодаря проводимым профилактическим мероприятиям и проведению эпидемиологического надзора за дифтерийной инфекцией удается сдерживать благоприятную эпидемиологическую обстановку по дифтерии на всей территории Тюменской области.

Ежегодно в области проводятся плановые профилактические прививки против дифтерии в рамках национального календаря прививок.

Показатели привитости населения против дифтерии ежегодно сохраняются на высоком уровне и превышают 95% от числа состоящих на учете по каждой возрастной группе: у детей до 14 лет — 99,2% (2010 г. — 99,4%), подростков — 99,9% (2010 г. — 99,9%), взрослых — 96,7% (2010 г. — 97,7%).

Своевременный охват прививками против дифтерии у детей в декретированном возрасте 12 месяцев составляет 97,8% (2010 г. — 97,7%), в 24 месяца — 97,5% (2010 г. — 97,2%).

Высокий охват прививками против дифтерии подтверждается результатами ежегодно проводимого серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к дифтерии в индикаторных группах населения: среди детей в возрасте 3–4 года с защитным уровнем антител от числа исследуемых сывороток — 98,7%, подростков 16–17 лет — 100%, взрослых — 96,3%.

С целью оценки эпидемиологической ситуации осуществляется слежение за циркуляцией возбудителей дифтерии. Ежегодно обследуется до 20 000 человек с диагностической и профилактической целью, в том числе выявляются положительные находки: нетоксигенные штаммы коринебактерий дифтерии *gravis* и *mitis* (в абс.ч. в 2011 г. — 6, 2010 г. — 28).

Активная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок обеспечивает формирование и поддержание коллективного иммунитета среди населения на высоком уровне и препятствует появлению и развитию инфекционного процесса среди управляемых инфекций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА МАССОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

А.В. Анкудинова¹, В.В. Романенко¹, Е.А. Мокрушина²,
О.Б. Попова², Е.В. Маленьких³, Л.Ю. Ворончихина⁴

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области», г. Екатеринбург; ²ТО Управления Роспотребнадзора по Свердловской области в городе Кушва, городе Верхняя тура и городе Качканар, г. Кушва; ³ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области в городе Кушва, городе Верхняя тура и городе Качканар», г. Кушва; ⁴МБУЗ «Качканарская центральная районная больница», г. Качканар

В Свердловской области в структуре всех инфекционных заболеваний без гриппа и ОРЗ ветряная оспа занимает первое место — в 2011 г. показатель заболеваемости составил 520,3 на 100 тыс. населе-

ния, в возрастной структуре заболевших 95,6% — дети до 17 лет (показатель заболеваемости составил 2728‰). Ежегодные экономические потери, наносимые этим заболеванием составляют более 100 млн рублей.

С целью оценки эпидемиологической эффективности массовой иммунизации ветряной оспы был реализован пилотный проект на территории Качканарского ГО: показатели заболеваемости ветряной оспой превышали среднеобластной уровень в 1,2–2,5 раза, детское население закреплено за одной поликлиникой, что позволяет обеспечить более тщательное планирование и возможность дальнейшего контроля за ходом иммунизации. В течение 2-х месяцев (октябрь–ноябрь 2010 г.) были привиты вакциной «Варилрикс» 3628 человек (68,3% от числа подлежащих), из них: 2371 — дети до 13 лет. С декабря 2010 г. началась плановая иммунизация детей в возрасте 12 месяцев, продолжена подчищающая иммунизация ранее непривитых и неболевших. Эпидемиологическая эффективность массовой иммунизации была оценена уже в декабре 2010 г. (показатель заболеваемости за месяц составил 7,1‰, что в 9,2 раз ниже среднемноголетнего уровня заболеваемости за аналогичный период).

За 2011 год в Качканарском ГО ветряной оспой заболело 19 человек (показатель заболеваемости 42,4‰), что ниже среднемноголетнего уровня в 18,3 раз: и если в первой половине года заболело 15 человек, то во второй — только 4 человека. Из 19 заболевших — 17 не были привиты против ветряной оспы (в т.ч.: 5 — дети до года, 9 — дети дошкольного и школьного возраста (отказ родителей и у 3-х в анамнезе указание на ранее перенесенное заболевание), 3 — взрослые (у всех в анамнезе есть данные о ранее перенесенном заболевании)), 2 — ребенка были привиты против ветряной оспы в первые 96 часов после контакта (заболевание протекало в легкой степени: нормальная температура тела, единичные высыпания). Таким образом, тактика массовой иммунизации против ветряной оспы с последующим переходом на плановую иммунизацию детей в возрасте 1 год доказала свою эпидемиологическую эффективность.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В СЕЛЬСКИХ ОЧАГАХ

А.А. Башкирев¹, О.А. Землянский¹, Е.Е. Оглезнева¹,
Е.Б. Тюрина²

¹ФГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный исследовательский университет;
²ОГКУЗ Противотуберкулезный диспансер

За 2011 г. на территории Белгородской области было зарегистрировано 317 очагов туберкулеза с бактериовыделением, что на 23,4% меньше, чем в 2010 г. Проблемным вопросом в области является высокие уровни заболеваемости сельского населения — 51,5 случаев на 100 тыс. сельского населения, против 41 случая — среди всего населения области за истекший год. В 2011 г. впервые выявленный туберкулез был зарегистрирован в 278 населенных пунктах области, из них 46,4% составили сельские поселения, где ежегодно в течение 5 последних лет выявлялись больные туберкулезом, квалифицированные нами как «территории риска». За 2011 г. на территории 50% населенных пунктов являющихся «территориями

риска» по заболеваемости туберкулезом, уровень охвата флюорографическими осмотрами населения старше 15 лет составлял 60–70% к общей численности населения при нормативном охвате рекомендованном ВОЗ не менее 80%,

Анализ динамики численности сельских очагов показал, что на фоне снижения количества пораженных населенных пунктов (с 384 очагов в 2006 г. до 278 в 2011 г.) происходит концентрация туберкулеза на территории 129 населенных пунктов риска, которые в структуре всех пораженных территорий составляют 46,4%.

Наиболее неблагоприятными оказались 8 сельских районов из 20 сельских районов с 15-ю и более семейными очагами. В большинстве случаев показатели высокой заболеваемости заразными формами туберкулеза по указанному восьми территориям коррелирует с низким охватом населения профилактическими осмотрами на туберкулез. Показатели вторичной заболеваемости в этих сельских очагах в 9 раз превышают общий уровень заболеваемости населения.

Для эффективной работы по снижению численности сельских очагов необходима концентрация усилий по осуществлению комплекса противоэпидемических мероприятий в сельских поселениях, особенно на территориях с высоким риском, где ежегодно выявляются больные активным туберкулезом.

РОСТ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ M. TUBERCULOSIS КАК ФАКТОР, ОТЯГОЩАЮЩИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

А.А. Башкирев¹, Е.Б. Тюрина¹, О.А. Землянский¹, Е.Е. Оглезнева²

¹ФГАОУ ВПО Белгородский государственный научный национальный университет, г. Белгород; ²Управление Роспотребнадзора по Белгородской области

В последние годы внимание мировой медицинской общественности приковано к факту роста заболеваемости людей туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Это связано с отсутствием эффекта от стандартного лечения противотуберкулезными препаратами первого ряда, успешно применяемыми при обычной форме туберкулеза. Для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью требуются противотуберкулезные препараты второго ряда, которые имеют большое число отрицательных побочных действий на организм пациента, и во много раз удорожают лечение.

Несмотря на то, что территория Белгородской области находится в числе десяти субъектов Российской Федерации с наиболее низким показателями заболеваемости (46,6 на 100 тыс. населения в 2010 г.). Вместе с тем, одним из проблемных вопросов в области является рост первичной лекарственной устойчивости туберкулеза, данный показатель значительно (в 2 и более раз) выше, чем в среднем по Центральному федеральному округу. Так, в 2010 г. среди впервые выявленных больных у 18,5% были выявлены лекарственно устойчивые формы туберкулеза, по РФ — 17,1%.

На 11 административных территориях уровень заболеваемости ТБ-МЛУ превысил среднеобластной показатель в 2 и более раза. Наиболее неблагоприятными были три территории, где удельный вес у пер-

вые выявленных больных был 32–53%. Доля больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью среди всех больных туберкулезом, состоящих на учете с бактериовыделением в 2010 г. составила 54,8%, что в 2 раза выше, чем в РФ (29,3%).

АНАЛИЗ ВСПЫШКИ ОКИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ОАО «АВТОВАЗ» г. ТОЛЬЯТТИ В АВГУСТЕ 2011 г.

С.М. Безделин, И.Г. Угарова

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Самарской области в городе Тольятти, г. Тольятти

В августе 2011 г. в г. Тольятти Самарской области был зарегистрирован случай групповой заболеваемости дизентерией Зонне среди работников 16 разных производств ОАО «АВТОВАЗ» с 127 пострадавшими (116 мужчин, 11 женщин), из них 120 больных (39 — средней тяжести, 81 — легкими формами) и 7 бактерионосителей. Госпитализировано 39 больных, 88 пролечено амбулаторно. У 50 человек из 120 больных и у 7 из 770 контактных лиц выделена единый возбудитель — шигелла Зонне (*Shigella sonnei*, тип II).

Механизм передачи инфекции — фекально-оральный, учитывая количество случаев и одномоментность начала клинических проявлений заболевания, путь передачи — пищевой. Вероятной причиной вспышки явилось употребление в пищу всеми заболевшими работниками ОАО «АВТОВАЗ» сметаны 15% жирности в полистирольных стаканах по 100 г, произведенной ООО «Димитровград-молоко» в Ульяновской области с нарушением технологии приготовления и фасовки сметаны (единый продукт у всех заболевших, питавшихся 08.08.2011–10.08.2011 г. в 29 пунктах питания на территории завода). В ходе расследования вспышки выявлено следующее: несоблюдение молокозаводом температуры пастеризации сливок для производства сметаны, нарушение правил дезинфекции оборудования для производства и фасовки сметаны, несоблюдение поточности при работе санпропускника для работников предприятия, несоответствие по показателю БГКП отобранных на молокозаводе 2 проб сливок и молока, 5 проб сметаны 15% жирности, взятых на анализ в пунктах питания ОАО «АВТОВАЗ», и др.

В целях локализации вспышки был своевременно осуществлен полный комплекс организационных, медицинских, противоэпидемических и профилактических мероприятий, в том числе проведено 4 внеплановых мероприятия по контролю с целью установления причин и выявления условий возникновения инфекционных заболеваний, определен круг контактных, проведены лабораторные исследования, установлено мед. наблюдение за контактными в очаге, проведена заключительная дезинфекция в производственных помещениях и пунктах питания. За выявленные нарушения санитарного законодательства составлено 8 протоколов об административных правонарушениях, в том числе 3 на юридическое лицо, наложено 8 административных штрафов на общую сумму 46 000 руб. В результате в короткие сроки был локализован и ликвидирован эпидемический очаг дизентерии в ОАО «АВТОВАЗ», новых случаев не выявлено, удалось предотвратить формирование вторичных очагов с контактно-бытовым путем передачи.

К ВОПРОСУ О РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ПОДХОД К ОТБОРУ ЛИЦ НА ЕЕ ПРОВЕДЕНИЕ

И.А. Большакова, Н.М. Корецкая

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Профилактика туберкулеза как нозокомиальной инфекции при неблагоприятной эпидситуации, особенно с учетом растущей лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ) — важная проблема в современных условиях. Студенты медВУЗов — самостоятельная группа риска заболевания туберкулезом, ибо практические занятия проходят в медицинских учреждениях, производственная среда которых в значительной мере контактирована МБТ.

Цель работы: обоснование ревакцинации БЦЖ студентов медицинских ВУЗов как группы повышенного риска и организация отбора на ее проведение.

Анализ 98 случаев впервые выявленного туберкулеза у студентов Красноярского государственного медицинского университета (КрасГМУ) установил, что у подавляющего большинства из них (94,9%) специфический процесс развивался после начала обучения на клинических кафедрах (III–IV курс — 56,1%, V–VI — 38,8%), где студенты могли иметь контакт с больными туберкулезом. Это обстоятельство позволило расценить обучение в медицинском ВУЗе как фактор риска первичного инфицирования МБТ и развития заболевания туберкулезом, доказательством чего является наличие в структуре заболеваемости первичного туберкулеза в 4,1%.

В «Календаре профилактических прививок» отменена ревакцинация БЦЖ лицам молодого возраста, одной из мотивировок которой являлись трудности в дифференциальной диагностике инфекционной и поствакцинальной аллергии. В этой связи для определения наличия инфицирования МБТ и специфического иммунитета мы предлагаем параллельное проведение пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л и Диаскинтеста. Такое обследование, проведенное 109 студентам V курса лечебного и педиатрического факультетов КрасГМУ, показало, что у 11,0% имел место отрицательный результат как пробы Манту, так и Диаскинтеста. Данный факт свидетельствует об отсутствии инфицирования и об отсутствии специфического иммунитета.

Следовательно, отрицательные результаты этих двух проб являются показанием для проведения ревакцинации БЦЖ, в результате чего студенты придут работать в лечебные учреждения имея сформированный противотуберкулезный иммунитет, что позволит снизить заболеваемость туберкулезом студентов медицинских ВУЗов и окажет положительное влияние на показатель заболеваемости туберкулезом медицинских работников, сохранит их здоровье и предотвратит нозокомиальное распространение инфекции. Необходимо внесение корректив в «Календарь профилактических прививок» о ревакцинации БЦЖ лиц молодого возраста по эпидемиологическим показаниям.

РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА РИСКА В ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

И.А. Большакова, Н.М. Корецкая

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

При напряженной эпидситуации по туберкулезу наиболее четкий индикатор состояния эпидобстановки — показатель заболеваемости туберкулезом (ПЗТ) детей. Его средняя величина в г. Красноярске за последние 5 лет превышает таковой в Российской Федерации в 1,4 раза.

Цель: проанализировать заболеваемость туберкулезом, ее особенности и оценить значимость эпидемиологического фактора риска в развитии специфического процесса у детей г. Красноярска за 2006–2010 гг.

Средний ПЗТ за указанный период составил $21,3 \pm 2,6$ на 100 тыс. населения и в динамике наблюдалось его снижение с 21,8 до 17,2 на 100 тыс. детей. Соотношение ПЗТ детей с ПЗТ всего населения составило в среднем 1:4,1 с колебаниями от 1:3 в 2006 г., до 1:6,4 в 2009 г. Увеличение данного соотношения с 1:6,4 в 2009 г., до 1:4,9 в 2010 г. — неблагоприятный признак, свидетельствующий об ухудшении эпидситуации по туберкулезу в популяции. В динамике имело место снижение ПЗТ детей в возрастных группах от 0 до 3-х (с 21,5 до 8,4) и от 3-х до 7-ми лет (с 52,6 до 19,9 на 100 тыс. детей данного возраста).

Изучение значения эпидемиологического фактора риска (наличие контакта с больными туберкулезом) проведено у заболевших за 5-летний период 148 детей, из которых $37,8 \pm 4,0\%$ имели в анамнезе контакт, причем у $27,0 \pm 3,6\%$ он был постоянным. Контакт с бациллярными больными имелся в $25,7 \pm 3,6\%$, причем двойной или из очага смерти наблюдался в $6,8 \pm 2,1\%$. В очагах туберкулезной инфекции проживал каждый десятый из заболевших. Несмотря на то, что за 5-летний период ПЗТ детей в очагах снизился с 305,2 до 85,8 на 100 тыс. контактирующих, даже при имеющемся снижении он в 5 раз выше ПЗТ в популяции. Столь высокая заболеваемость детей из очагов связана с отсутствием их 100% изоляцией в санаторные учреждения (средний показатель — 77,7%). Отсутствие контроля со стороны медицинских работников за проведением химиофилактики всем нуждающимся в ней детям имеет особо важное значение, ибо ее осуществление в амбулаторных условиях под контролем только родителей ребенка в большинстве случаев малоэффективно. Это прежде всего связано с тем, что значительная часть родителей заболевших детей относится к социально неблагополучным слоям населения.

Таким образом, в современных условиях эпидемиологический фактор играет решающее значение в развитии заболевания туберкулезом детей, что требует не только их обязательной изоляции из очагов туберкулезной инфекции, но и проведения контролируемой медработниками химиофилактики в 100% случаев.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

С.И. Булатова, М.В. Кони́на, Е.М. Гу́ня,
С.А. Новиков

Управление Роспотребнадзора по Республике Марий Эл,
г. Йошкар-Ола

В период с 2005 по 2009 годы в Республике Марий Эл регистрировался рост заболеваемости туберкулезом с максимальным показателем в 2009 г. (83,1 на 100 тыс. населения) и превышением на 7,0% показателя по Российской Федерации; в 2010 и 2011 гг. зарегистрировано снижение заболеваемости активными формами туберкулеза. Вместе с тем, эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в республике оценивается как напряженная в связи с тем, что ежегодно регистрируется 15–17 случаев заболевания активными формами туберкулеза у детей до 14 лет; заболевают преимущественно лица трудоспособного возраста (20–59 лет — 79,1%), не имеющие постоянного места работы (49,0%), ежегодно регистрируется 10–12 случаев заболевания среди контактных в очагах туберкулезной инфекции. При этом удельный вес активно выявленных новых случаев туберкулеза в эти годы составлял от 58,4 до 66,0%.

Управлением Роспотребнадзора по Республике Марий Эл предпринимались меры по увеличению охвата населения ранними формами выявления туберкулеза и усилению противоэпидемических мероприятий в очагах. Предложения по этим вопросам ежегодно вносились в адрес Правительства, Государственного Собрания, Министерства здравоохранения Республики Марий Эл, глав муниципальных образований, главных врачей лечебно-профилактических учреждений. В результате предложения Управления учтены в новой республиканской целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Республике Марий Эл на 2010–2012 гг.».

Использовалась практика совместных с Прокуратурой республики проверок работы лечебно-профилактических учреждений и обсуждением итогов на трехсторонней коллегии Прокуратуры Республики Марий Эл, Управления Роспотребнадзора по Республике Марий Эл, Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

Результатами проделанной работы стали: увеличение охвата профилактическими осмотрами населения республики (2008 г. — 60,3%, 2009 г. — 65,4%, 2010 г. — 65,6%, 2011 г. — 70,1%), в том числе флюорографическими (2008 г. — 53,0%, 2009 г. — 53,9%, 2010 г. — 53,5%, 2011 г. — 54,6%), увеличение охвата заключительной дезинфекцией очагов (2008 г. — 78,7%, 2009 г. — 97,7%, 2010 г. — 94,7%, 2011 г. — 97,8%), в том числе камерным способом (2008 г. — 62,2%, 2009 г. — 61,3%, в 2010 г. — 61,7%, 2011 г. — 85,6%), открытие в 2010 г. современного противотуберкулезного отделения в одном из районов республики, приобретение в 2011 г. дополнительно передвижной флюорографической установки.

ПРОБЛЕМЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РСО–АЛАНИЯ

Т.М. Бутаев¹, Г.К. Гадзиева¹, Н.И. Отараева²,
М.С. Царикаева²

¹Управление Роспотребнадзора по Республике Северная Осетия–Алания, г. Владикавказ; ²ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ

В период с 1993 по 2001 гг. в Республике Северная Осетия–Алания регистрировался рост заболеваемости туберкулезом с максимальным показателем в 2001 г. (93,0 на 100 тыс. населения). В последующие годы (2002–2011) отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом на 36,8%, показатели колеблются от 81,2 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 51,3 — в 2011 г., в том числе заболеваемость бациллярными формами туберкулеза — на 52,7% (37,0 и 17,5 соответственно). В этот же период снизилась заболеваемость среди детского населения на 60,8% (77,5 и 30,4 соответственно), но уровень по-прежнему превышает среднефедеративный (15,47 и 15,27). Более половины больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза выявляются при обращаемости за медицинской помощью (55,5–54,2%). При этом, в 2011 г. по сравнению с 2002 г. охват туберкулинодиагностикой увеличился на 12,6% (84,7 и 95,4%), выполнение плана флюорографического обследования не превышает 72,9%. Осуществляется профилактическая вакцинация против туберкулеза, которой за 2002–2011 гг. охвачено около 100% новорожденных, ревакцинацией в декретированные возрасты 89,6–97,3% соответственно. В настоящее время, помимо учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора, проводящих профилактические, противоэпидемические и другие медицинские мероприятия, к решению проблемы туберкулеза, как одного из социально значимых заболеваний, активно подключились Парламент и Правительство республики. Реализуется Закон РСО–Алания «О предупреждении распространения туберкулеза в РСО–Алания», являющийся основополагающим документом, объединяющим различные ведомства в борьбе с туберкулезом в республике. Завершена реализация Республиканской целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в РСО–Алания на 2006–2010 гг.». Вопрос борьбы с туберкулезом регулярно обсуждается на заседаниях комитета по здравоохранению и социальной политике Парламента республики, санитарно-противоэпидемической комиссии при Правительстве РСО–Алания, межведомственной комиссии по борьбе с туберкулезом.

Приоритетными направлениями работы в ближайшие годы должны стать совершенствование системы профилактики и раннего выявления больных туберкулезом, иммунизации населения, свободное и достаточное обеспечение основными противотуберкулезными препаратами, проведение адекватных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА «QUANTIFERON-TB GOLD IN-TUBE» В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Е.В. Васильева, В.Н. Вербов, Арег А. Тотоян

ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Одним из направлений оптимизации диагностики туберкулеза (ТБ) является использование антигенов, специфических для *Mycobacterium tuberculosis*.

В последние годы в странах Европы и США разработаны новые иммунологические методы диагностики ТБ, основанные на измерении иммунного ответа Т-лимфоцитов на высокоспецифичные микобактериальные антигены ESAT-6 и CFP-10, выраженного продукцией гамма-интерферона в 24 ч культуре цельной крови (Interferon Gamma Release Assays-IGRAs). Поскольку эти антигены отсутствуют не только у микобактерий вакцинного штамма, но и у большинства нетуберкулезных микобактерий за исключением *Mycobacterium marinum* и *Mycobacterium kansasii*, то их применение повышает специфичность получаемых результатов. В этом случае предварительная БЦЖ-вакцинация не оказывает значительного влияния на результаты индукции гамма-интерферона *in vitro*. По данным многочисленных зарубежных исследований тесты IGRAs для выявления инфицирования *M. tuberculosis* являются высокоэффективными. В России область возможного применения тестов IGRAs изучена недостаточно.

Целью исследования явилось изучение диагностической значимости теста “QuantiFERON-TB Gold In-tube” (Cellestis, Victoria, Australia) для диагностики ТБ у взрослых лиц. В исследование были включены пациенты СПбГПТД ($n = 31$) в возрасте от 18 до 75 лет с впервые выявленным преимущественно инфильтративным туберкулезом легких, подтвержденным культуральным методом до начала специфической противотуберкулезной терапии, а также сотрудники туберкулезных диспансеров ($n = 27$), сотрудники других медицинских учреждений ($n = 7$) и здоровые доноры ($n = 28$). В тесте “QuantiFERON-TB Gold In-Tube” положительные результаты были получены: в группе больных — у 68% исследованных (21 из 31), в группе здоровых доноров — у 11% (3 из 28), в группе сотрудников туберкулезных диспансеров — у 67% (18 из 27), в группе сотрудников других медицинских учреждений — 0% (0 из 7). Чувствительность выявления больных активным ТБ и диагностики ЛТБИ у сотрудников туберкулезных диспансеров (лица с высоким риском заболевания ТБ) составила 68 и 67% соответственно. Специфичность теста в группе здоровых доноров составила 89%, а в группе с низким уровнем риска заболевания (сотрудники других медицинских учреждений) — 100%.

На основании полученных нами данных можно говорить о высокой специфичности теста “QuantiFERON-TB Gold In-Tube” для скрининга населения с целью формирования групп риска по заболеванию ТБ. Однако применение этого теста не позволяет дифференцировать активный ТБ и латентную инфекцию.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Т.А. Власенко, Ф.Х. Адулова

Управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю, г. Ачинск

В городе Ачинске, так же как в Красноярском крае и в целом по России, туберкулез остается угрожающей медико-социальной проблемой. Анализ среднего многолетнего показателя заболеваемости туберкулезом, данные прогноза указывают на сохранение в дальнейшем стойкого неблагоприятия эпидемиологической ситуации по туберкулезу ($t = 0,17$). Аналогичная ситуация по заболеваемости туберку-

лезом и среди детского населения г. Ачинска ($t = 0,11$): показатель заболеваемости в течение 2010–2011 гг. превышал краевой на 23,8 и 11,5% соответственно.

Продолжает уменьшаться соотношение мужчин и женщин среди впервые выявленных больных за счет роста доли женщин в структуре заболевших (2006 г. — 2,4:1; 2008 г. — 1,8:1; 2011 г. — до 1,5:1). В структуре контингентов впервые выявленных больных (2004–2011 гг.), преобладало трудоспособное неработающее население — 59,2%, отмечался рост доли инвалидов по другим заболеваниям — на 16,7% и уменьшение доли работающего населения — на 34,3%.

На фоне увеличения охвата флюорографическим обследованием взрослого населения с 60,7% до 72,1%, число больных выявленных при профилактическом осмотре осталось на прежнем уровне: в 2004 г. 0,13%, 2011 г. 0,15%, ($t = 0,22$), какая либо тенденция отсутствует ($t = 0,60$). Установлено статистически достоверное снижение числа больных выявленных с распадом и в запущенной форме заболевания: в 2004 г. 59,7%, 2011 г. 42,9, ($t = 3,23$) и в 2004 г. 9,7%, 2011 г. 4,3, ($t = 2,89$) соответственно, что свидетельствует об улучшении качества выявления больных и качества диагностики этого заболевания среди контролируемого организованного населения. Удалось добиться статистически достоверного снижения показателя смертности с 2004 г. на 35,4%, (доверительный коэффициент различий 2,34, доверительный коэффициент изучаемой тенденции 2,36), что является главным индикатором повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий в городе Ачинске.

Созданная комплексная система оказания противотуберкулезной помощи населению, ориентированная на своевременное выявление туберкулеза и оказание специализированного комбинированного противотуберкулезного лечения, дала свои результаты, тем не менее, на территории города сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости. Учитывая, что туберкулез является в первую очередь социально обусловленной инфекционной болезнью, решение проблемы мы видим в разработке и реализации программ: «Дополнительные меры социальной поддержки отдельных категорий граждан», «Комплексная программа социально-экономического развития г. Ачинска до 2017 года», «Курс на социальную ответственность», которые объединяют социальное и санитарное направление профилактики туберкулеза.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА

В.М. Воронок¹, Т.Н. Детковская¹, С.Л. Колпаков²

¹Управление Роспотребнадзора по Приморскому краю, г. Владивосток; ²ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Владивосток

Актуальность изучения ветряной оспы в Приморском крае определяется высокой заболеваемостью детей. При разработке эпидемиологического надзора на региональном уровне особое внимание нами уделено стратегии иммунопрофилактики. Проведено изучение механизмов формирования за-

болеваемости ветряной оспой в Приморском крае и Владивостоке с 2002 по 2011 гг. Болезнь эндемична для всего края. В тенденциях и цикличности многолетней динамике выявлены особенности для южного, центрального и северного Приморья. Это позволило предполагать, что в условиях сформировавшегося устойчивого резервуара инфекции имеются элементы автономного развития эпидемического процесса. Максимальная заболеваемость ветряной оспой зарегистрирована в городе Находка (776,1‰) и Лесозаводске (751,2‰). Средний многолетний уровень Владивостока составил 557,9‰. В многолетней динамике отмечалась сглаженная цикличность, совпадавшая с Артемом, Находкой и Уссурийском.

В годовой динамике заболеваемости ветряной оспой во Владивостоке проявился ее устойчивый, закономерный характер. Минимальная заболеваемость в августе–октябре. При этом вариабельность показателей очень низкая во все годы. Различия уровней в многолетней динамике определяется сезонными месяцами — январем–июнем. Закономерным является для большинства лет снижение заболеваемости в феврале, вероятно, как результат новогодних каникул и праздников. Еще одной очень важной закономерностью ветряной оспы является устойчивая возрастная структура и заболеваемость, изученная для каждого возраста детей. Максимальная заболеваемость у детей четырех лет, далее — дети 5 и 3 лет. Отмечается заболеваемость у детей до года. Значимы уровни у лиц старше 14 лет. Данные группы имеют равномерное распределение уровней в многолетней и годовой динамике. Еще одной закономерностью является «стереотип» заболеваемости по поколениям, у лиц, родившихся в одном году. Вне зависимости от цикличности, риска заболеть, наиболее интенсивно дети болеют на 3–5 году жизни.

В эпидемиологическом надзоре следует реализовать комплекс мероприятий по профилактике сезонных подъемов. Прерывание механизма передачи будет эффективным, когда количество контактных лиц минимально. В межсезонный период — в августе. В сезонный период — в январе. Специфическая плановая профилактика ветряной оспы должна максимально снизить заболеваемость детей 3–6 лет. У детей школьного возраста и взрослых показанием к иммунопрофилактике является индивидуальная предрасположенность и повышенный риск заболеть.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Р. Галимова¹, Л.М. Зотова², Н.П. Трошкина², В.Г. Зотов³

¹Управление Роспотребнадзора по Самарской области;

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области»;

³Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области

Заболеваемость эпидемическим паротитом в Самарской области за весь период наблюдения за этой инфекцией (с 1982 г.) практически аналогична проявлениям заболеваемости корью и краснухой. Для эпидемического процесса эпидемического паротита была характерна 3–5-летняя цикличность при колебаниях показателей заболеваемости от 1,6 до 508,6 случаев на 100 тыс. население.

Максимальный уровень заболеваемости был зарегистрирован в 1998 г. (508,6 случаев на 100 тыс. населения) и превысил средний уровень заболеваемости по стране (98,9 случаев на 100 тыс. населения) в 5,1 раза.

Массовые профилактические прививки, включая кампании дополнительных «подчищающих» иммунизаций, оказали действенное воздействие на распространение инфекции, показатель своевременности охвата вакцинацией и ревакцинацией в декретированных группах населения поддерживается на высоком уровне (более 98%), в возрастной группе 1–14 лет охват прививками составил 99,6%, 15–17 лет — 99,9%. Результаты серомониторинга индикаторных групп населения показали высокий удельный вес лиц, имеющих защитные титры антител против вируса эпидемического паротита.

В результате, с 2002 года, отмечалось статистически достоверное уменьшение числа больных эпидемическим паротитом. К 2008 г. уровень заболеваемости эпидемическим паротитом в области сократился в сравнении с допрививочным периодом (средний 32,7 случаев) в 348 раз и достиг уровня ранее не зарегистрированного — 0,94 случаев на 100 тыс. населения. В последующие годы заболеваемость эпидемическим паротитом продолжала свое снижение, по итогам 2011 г. на территории области случаев заболеваний эпидемическим паротитом не регистрировалось.

Приоритетными направлениями в работе остаются мероприятия по:

- поддержанию целевых показателей охвата населения области прививками против эпидемического паротита, включая достоверность и степень напряженности иммунитета;
- повышению квалификации медицинских работников лечебно-профилактических учреждений по вопросам клиники, диагностики и профилактики эпидемического паротита;
- широкому информированию населения о мерах профилактики эпидемического паротита и негативных последствиях отказов от проведения прививок.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ НА ТЕРРИТОРИЯХ РОСЛАВЛЬСКОГО, ЕРШИЧСКОГО, ШУМЯЧСКОГО РАЙОНОВ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Ф. Герасимова, Л.В. Шлюшенкова

Территориальный отдел в Рославльском, Ершицком, Шумячском районах Управления Роспотребнадзора по Смоленской области

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу на территориях Рославльского, Ершицкого и Шумячского районов Смоленской области остается напряженной. В 2011 г. зарегистрировано 72 случая впервые выявленного активного туберкулеза (2010 г. — 73 случая). Показатель заболеваемости составил 76,9 на 100 тыс. населения (2010 г. — 78,0 случаев). Наиболее высокая заболеваемость имеет место в Рославльском районе, где отмечен рост заболеваемости с 77,9 на 100 тыс. в 2010 г. до 79,1 на 100 тыс. в 2011 г.

Среди впервые выявленных заболевших значительный удельный вес составляют лица, не обследованные в течение 2-х и более лет (2010 г. — 48,3%, 2011 г. — 43,3%).

Среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания больные с бациллярными формами составили 36,7% (2010 г. — 34,5%). Сельское население, как и в предыдущие годы, болеет в 1,5 раза чаще, чем городское.

Показатель смертности в 2011 г. составил 26 на 100 тыс. населения против 24 в 2010 г. Из числа лиц, умерших в 2011 г., пятерым диагноз впервые был поставлен в этом году (22%). Основная причина — устойчивость возбудителя к применявшимся препаратам.

Всего на диспансерном учете в Рославльском районе состоит 282 человека, из них 74 с открытой формой (2010 г. 280 случаев, из БК+ 80). В Ершицком районе — 21, в Шумяцком — 40, из них БК+ 7 и 16 соответственно.

Процент охвата профилактическими осмотрами лиц, относящихся к декретированным группам по трем районам оставался высоким и составил от 95,8 до 99,0%. В 2010 г. туберкулез среди данных лиц не регистрировался. В 2011 г. заболевания выявлены у 3-х лиц, работающих в сфере торговли, профессионального образования, агропромышленного комплекса.

Организована и проведена кампания профилактических мероприятий в рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом. Проведены мероприятия не только среди медицинских работников, но и среди населения районов. Проведено более 80 бесед, в организованных коллективах прочитано 15 лекций, проведено 3 совещания с медработниками села, в СМИ опубликовано 3 статьи на тему: «От туберкулеза никто не застрахован» и т.д.

По данным форм федерального статистического наблюдения (№ 5, 6) в 2011 г. вакцинировано и ревакцинировано против туберкулеза 837 человек, из них новорожденных 775 или 96,2% от числа подлежащих.

Для обеспечения мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулеза среди населения районов, необходимо:

- расширить аспект обследования населения по раннему выявлению туберкулеза;
- обеспечить бесперебойную поставку эффективных противотуберкулезных препаратов в специализированные лечебные учреждения, в том числе и других лекарственных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний у туберкулезных больных;
- своевременное и качественное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, в том числе заключительных обработок в очагах туберкулеза;
- обеспечение информирования населения по вопросам профилактики туберкулеза.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Горбанев¹, Н.Г. Павлова¹, Е.А. Михайлова¹, Л.А. Кафтырева²

¹Управление Роспотребнадзора по Ленинградской области, Санкт-Петербург; ²ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

В Ленинградской области сальмонеллезы представляют существенную проблему для всех районов. Эпидемиологическое неблагополучие характеризу-

ется возникновением круглогодично спорадических и групповых случаев заболеваний. По статистическим данным с 2001 г. заболеваемость сальмонеллезами в области имела устойчивую тенденцию к снижению. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдался в 2001 г., показатель составил 51,6 на 100 тыс. населения области. В дальнейшем показатели снизились и колебались от 20,7 (в 2005 г.) до 36,3 в 2008 г. При сравнительной оценке эпидемиологического процесса сальмонеллезом на территории Ленинградской области и Российской Федерации установлено, что многолетние кривые заболеваемости повторяют друг друга в синхронизации подъемов и спадов, максимальная заболеваемость имела место в 2001 г. Однако, при совпадении цикличности, показатели заболеваемости в Ленинградской области были ниже, чем средние по России. Несмотря на то, что в области за последнее десятилетие наблюдалась общая тенденция к снижению кишечных инфекций с фекально-оральным механизмом передачи в общей структуре заболеваемости, сальмонеллезы занимали одно из ведущих мест. Доля сальмонеллезом в области варьировала от 1,5% (в 2001 г.) до 8,8% (в 2008 г.). В структуре заболеваемости во все годы преобладали сальмонеллезы, обусловленные сальмонеллами группы Д, которые составляли от 69% (в 2006 г.) до 81% (в 2009 г.). Этиологическая структура сальмонеллезом в Ленинградской области за последние 15 лет не претерпела существенных изменений. Спектр сероваров сальмонелл, выделенных от людей в целом по области включал более 20 серологических вариантов. Серовар S. Enteritidis являлся ведущим, на его долю приходилось более 70% от всех выделенных сальмонелл. Данные эпидемиологического исследования спорадических и групповых случаев заболеваемости указывают, что факторами передачи при сальмонеллезе, вызванном S. Enteritidis, могли быть продукты промышленного птицеводства (мясо птицы, яйца, яйцопродукты).

Согласно информации Северо-Западного регионального центра по сальмонеллезам (Санкт-Петербургский НИИЭМ им. Пастера) такое явление эпидемического процесса сальмонеллезной инфекции характерно для всех территорий северо-запада.

ДИНАМИКА ВЫСЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ЛЮДЕЙ В 2009–2011 гг.

В.В. Губернаторова, А.В. Цыганова, В.В. Булыгина, Е.В. Тихонова

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ивановской области», г. Иваново

В 2009 г. в Ивановской области выделено 229 сальмонелл от людей (63,1% от общего количества патогенных культур Enterobacteriaceae), в 2010 г. — 125 сальмонелл (42,7%), в 2011 г. — 129 сальмонелл (50,4%). Высеваемость сальмонелл по области составила по годам (0,39, 0,24, 0,24%). Видно, что высеваемость сальмонелл снизилась и в 2010–2011 гг. держалась на одном уровне. В общей структуре патогенных культур Enterobacteriaceae произошло снижение удельного веса сальмонелл (63,1, 42,7, 50,4% соответственно).

В последние годы наметилась тенденция снижения высеваемости типичной в нашей местности S. Enteritidis (0,30, 0,16, 0,14% соответственно)

и увеличения высеваемости *S. Infantis* (0,01, 0,03, 0,04% соответственно). Также отмечается разнообразие выделяемых сальмонелл: *S. Coeln*, *S. Derby*, *S. Typhimurium*, *S. Bovismorbificans*, *S. Litchfield*, *S. Isangi*, *S. Virchow*, *S. Dublin*, *S. Mbandaka*, *S. Brandenburg*, *S. Tshiongwé*, *S. Montevideo*, *S. Nchanga*, *S. Senftenberg*, *S. London*, *S. Eschweiler*, *S. Eastbourne*, *S. Muenchen* и др.

В структуре сальмонелл хорошо видно увеличение удельного веса сальмонелл группы С (4,8%, 20,0%, 27,9% соответственно) с параллельным снижением удельного веса сальмонелл группы Д (77,7%, 69,6%, 57,4%). Сальмонеллы группы Е не выделялись от людей в последние 2 года, а в 2009 г. их удельный вес был наименьшим среди всех групп и составил 3,1%. Удельный вес сальмонелл группы В удерживается примерно на одном уровне с небольшим снижением в 2010 г. (14,4%, 10,4%, 14,7%).

Максимальный удельный вес занимали: в группе В в 2009 г. — *S. Typhimurium* (66,7%), в 2010 г. — *S. Derby* (46,2%), в 2011 г. — *S. Typhimurium* (57,9%), в группе С — в 2009 г. — *S. Infantis* (63,6%), в 2010 г. — *S. Infantis* (72,0%), в 2011 г. — *S. Infantis* (55,6%), в группе Д — в 2009 г. — *S. Enteritidis* (99,4%), в 2010 г. — *S. Enteritidis* (97,7%), в 2011 г. — *S. Enteritidis* (100%), в группе Е в 2009 г. — *S. London* (57,1%). В 2010–2011 гг. сальмонеллы группы Е не выделялись.

Таким образом, за прошедшие три года произошло изменение структуры сероваров сальмонелл, вызывающих кишечную инфекцию у людей. По-прежнему в качестве этиологического фактора преобладает *S. Enteritidis*, однако значительно возросла роль *S. Infantis*. Также можно сказать, что к 2011 г. установилась наименьшая высеваемость сальмонелл в целом в сравнении с 2009–2010 гг.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ КАК ФАКТОРА ЗДОРОВЬЯ г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

В.Т. Гуменюк¹, Л.Ф. Черниговец², Л.Г. Пархоменко¹,
Е.Ю. Лукьянович¹

¹Филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в г. Ростове-на-Дону; ²ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Мониторинг инфекционных болезней является ключевым элементом стратегии сдерживания эпидемий (Н.И. Грекова, 2009). Эпидемиологический анализ и оценка форм статистической отчетности №2 «Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости» в г. Ростове-на-Дону за 2000–2011 гг. позволили определить роль инфекционных болезней в патологии населения. Ежегодно в г. Ростове-на-Дону регистрируется 210–270 тыс. случаев с колебаниями показателей на 100 тыс. населения от 19710,9 в 2006 г. (минимальный) до 25548,2 в 2011 г. (максимальный). Наибольшую долю составляют грипп и ОРВИ, составляя около 93,0% (в 2011 г. — 92,1%, в 2010 г. — 92,8%). Оставшуюся совокупность формируют следующие наиболее эпидемиологически значимые для здравоохранения г. Ростова-на-Дону группы заболеваний: инфекции с фекально-оральным механизмом заражения (2,1–2,2%), паразитозы (0,9–1,1%). Обращает внимание заболеваемость сальмонеллезом Д (в 2000 г. — 6,35, 2011 г. — 32,06 на 100 тыс. населения), прочими ОКИ (в 2000 г. — 215,1, 2011 г. — 458,0). Из паразитозов актуальными на протяжении ана-

лизируемого периода остается энтеробиоз (2000 г. — 313,3, 2011 г. — 127,0), лямблиоз (2000 г. — 102,1, 2011 г. — 64,78), чесотка (2000 г. — 42,8, 2011 г. — 9,73), микроспория (2000 г. — 17,89, 2011 г. — 25,47). Кроме того, исключительно актуальной является проблема укусов животными. Так показатель на 100 тыс. населения составлял в 2000 г. — 291,0, в 2011 г. — 311,5, учитывая, что с 2006 по 2011 гг. зарегистрировано 11 лабораторно подтвержденных случаев бешенства у домашних и диких животных. Характеристику ситуации с Лихорадкой Западного Нила представляют следующие динамические показатели в 2000 г. — 0,1, 2007 г. — 1,33, 2010 г. — 4,0, 2011 г. — 0,38 на 100 тыс. населения. Среди больных с вирусными гепатитами (ВГ) регистрируется снижение заболеваемости с 191,0 в 2000 г. до 64,5 на 100 тыс. населения в 2011 г. Показатель заболеваемости острым ВГ и хроническим ВГ составил соответственно 63,2 и 30,21 в 2000 г. и 4,68 и 27,0 в 2011 г. Серьезного внимания заслуживает проблема кори и коклюша. Так, после отсутствия заболеваемости корью в 2009 г. и 2010 г., в 2011 г. в городе осложнилась ситуация и показатель составил 4,58. За анализируемый период отмечается нестабильная ситуация по заболеваемости коклюшем (2000 г. — 12,2, 2001 г. — 3,89, 2005 г. — 0,96, 2007 г. — 3,51, 2011 г. — 16,99 на 100 тыс. населения). После многолетнего снижения заболеваемости ветряной оспой в 2011 г. отмечался рост в 1,7 раза по сравнению с 2010 г. (2000 г. — 424,0, 2005–2010 гг. соответственно 436,8–471,0–366,1–405,7–406,8–335,6, 2011 г. — 577,0). Таким образом, оценка структуры инфекционной заболеваемости позволяет выделить приоритетные нозоформы и определить очередность разработки и реализации управленческих решений.

МОНИТОРИНГ, НАДЗОР И КОНТРОЛЬ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В.В. Далматов, В.Л. Стасенко

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия
Минздрава России, г. Омск

Мониторинг, надзор и контроль — основные виды деятельности эпидемиолога. Следует отметить неоднозначное понимание, как указанных дефиниций, так и содержания практической деятельности. Эпидемиологическая деятельность, несомненно, носит управленческий характер, методологической основой которого служат общая теория систем и теория управления.

Управление есть процесс приведения системы в состояние равновесия или достижения цели (Сурмин Ю.П., 2003). Управление присуще только системным объектам. Этапы процесса управления включают: сбор и обработка информации; анализ, систематизация информации и формулирование диагноза ситуации; выбор метода управления, внедрение выбранного метода управления; оценку эффективности выбранного метода управления (обратная связь). Информационный и аналитический этапы формируют диагностическую систему — систему надзора (эпидемиологического надзора) являющейся подсистемой системы управления (контроля), которая становится таковой только при наличии организационно-исполнительской (управленческой) подсистемы.

Следуя содержанию понятия «мониторинг» — специально организованное, систематическое на-

блюдение за состоянием объектов, явлений, процессов, этот вид деятельности реализуется только на этапе информационного обеспечения системы управления (контроля). Эпидемиологический надзор (surveillance) включает непрерывный систематический сбор, анализ и интерпретацию данных о здоровье, важных для планирования, реализации и оценки деятельности в интересах общественного здоровья (CDC, 1996), охватывая информационное и аналитическое обеспечение системы управления (контроля). Наконец, выбор и реализация на основе результатов системы надзора управленческих решений закономерно формирует полный цикл управления (контроля) с запуском механизма обратной связи и непрерывного функционирования системы контроля. Эпидемиологический контроль (control) непрерывная эпидемиологическая управленческая деятельность, направленная на снижение потерь (вследствие заболеваемости, смертности, инвалидизации) и улучшение здоровья населения (Национальная концепция профилактики ИСМП, 2011).

Таким образом, мониторинг, надзор и контроль — виды эпидемиологической деятельности различных уровней (этапов) ее организации, с четкой дифференциацией целей, задач и практических действий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РОЛИ РОТАВИРУСОВ В МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ УСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

М.А. Данилова¹, Л.В. Лялина²

¹Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Якутск;

²ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

Выявление значимости ротавирусной инфекции в формировании заболеваемости острыми кишечными инфекциями начали проводить в Республике Саха (Якутия) в начале 2000 годов. Полученные материалы достаточно убедительно свидетельствовали о том, что появившаяся в 1999–2001 гг. зимне-осенняя сезонность острых кишечных инфекций установленной этиологии, которая ранее отсутствовала, определяется, прежде всего, ротавирусной инфекцией. При исключении ротавирусной инфекции из структуры острых кишечных инфекций установленной этиологии ее сезонность исчезала.

В настоящее время ротавирусная инфекция стала определять не только сезонность острых кишечных инфекций установленной этиологии, но и всю ее заболеваемость. При анализе многолетней заболеваемости кишечными инфекциями отмечается рост удельного веса острых кишечных инфекций установленной этиологии с 8% в 1999 г. до 24% в 2011 г., и параллельное увеличение долевого участия ротавирусной инфекции в заболеваемости острыми кишечными инфекциями установленной этиологии с 5% в 1999 г. до 80,8% в 2011 г. Показатель заболеваемости ротавирусной инфекцией за анализируемый период 1999–2011 гг. вырос в 101 раз (с 1,1 в 1999 г. до 111,2 на 100 тыс. населения в 2011 г.).

Причинами роста заболеваемости населения Республики Саха (Якутия) ротавирусной инфекцией стали наряду с истинным увеличением ежегодно-

го числа заболевших также и регистрационный рост за счет увеличения охвата лабораторным обследованием лиц с подозрением на острые кишечные инфекции, главным образом, детей в возрасте до 3-х лет.

Уровень заболеваемости ротавирусной инфекцией населения Республики Саха (Якутия) определяется в основном заболеваемостью детей, удельный вес которых составляет 99%. Высокие показатели заболеваемости ротавирусными гастроэнтеритами регистрируются у детей первого и второго года жизни, что позволяет отнести их к группам риска (в 2011 г. 3408,0 и 1498,5 на 100 тыс. населения соответственно). Во внутригодичной динамике заболеваемости ротавирусной инфекцией выраженный сезонный подъем заболеваемости отмечается с декабря по апрель, при этом наибольшие показатели регистрируются в декабре (77,9 на 100 тыс. населения) и феврале (63,4 на 100 тыс. населения).

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ КОНТРОЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Г.М. Дмитриева, С.В. Куркатов, Л.В. Саямова

Управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю, г. Красноярск

В Красноярском крае ежегодно медицинское освидетельствование проходят от 11 тысяч до 19 тысяч иностранных граждан и лиц без гражданства, по результатам которого выявляется от 103 случаев (в 2007 г.) до 201 случая (в 2011 г.) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих — ВИЧ-инфекция, туберкулез и сифилис. С начала работы по реализации Постановления главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г.Г. Онищенко от 14.12.2007 № 86 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства» наметилась тенденция увеличения количества выявленных больных среди обследованных иностранных граждан и лиц без гражданства.

На основании приказа Роспотребнадзора от 14.09.2010 № 336 «О порядке подготовки, представления и рассмотрения в системе Роспотребнадзора материалов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации» в Красноярском крае создана межведомственная комиссия под председательством руководителя Управления Роспотребнадзора по Красноярскому краю, в составе представителей министерства здравоохранения края, Управления Федеральной миграционной службы по Красноярскому краю (УФМС), Управления внутренних дел по Красноярскому краю (УВД).

За период работы с 01.12.2011 по настоящее время межведомственной комиссией рассмотрено 215 дел о нежелательности пребывания иностранных граждан в связи с инфекционным заболеванием, опасным для окружающих, принято решений о нежелательности пребывания — 141, утверждено Роспотребнадзором — 117 или 82,9% (при российском показателе — 51,0%), в 69 случаях принято решение о лечении выявленных больных (больные сифилисом и ВИЧ-инфекцией). По информации УФМС 85 граждан из 117 (72,6%) самостоятельно выехали

с территории Красноярского края, по 2-м больным (1,7%) принято решение о депортации и 1 больной — депортирован, двое человек (1,7%) — выдворено и по 2-м лицам направлена информация в другие регионы по месту миграционного учета; 1 человек (0,9%) содержится под арестом, в 25 случаях (21,4%) проводятся мероприятия по установлению местонахождения с привлечением сотрудников правоохранительных органов.

Принятые решения о нежелательности пребывания, межведомственное взаимодействие позволяют обеспечивать санитарно-эпидемиологическое благополучие населения края.

САНИТАРНО-ВЕТЕРИНАРНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л.Ю. Елизарова

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, г. Асбест

В многолетней динамике на территории заболеваемость сальмонеллезом поддерживается на довольно высоком уровне (выше среднего показателя по Свердловской области в 2 и более раза), несмотря на это, в период с 1994 по 2011 гг. наблюдается снижение заболеваемости: по г. Асбесту — показатель заболеваемости снизился с 250,5 до 44,69 на 100 тыс. населения в 2011 г; по п. Рефтинский — с показателя 472,5 до 62,9 на 100 тыс. населения в 2011 г. В этиологической структуре заболеваемости до 1994 г. преобладали серовар *S. typhimurium*, с 1994 г. лидером являются сальмонеллы группы Д (*S. Enteritidis*). Заболеваемость сальмонеллезом жителей связана с действием пищевого пути передачи инфекции, обусловленного реализацией инфицированной продукции крупного птицепромышленного комплекса.

Благодаря действующей системе эпидемиологического надзора и проведенным профилактическим мероприятиям на крупном птицеводческом комплексе, расположенном на территории (производительность более 40 тыс. тонн мяса птицы, ассортимент — 380 наименований птицепродукции), заболеваемость сальмонеллезом среди населения имеет стойкую тенденцию к снижению, санитарно-ветеринарные мероприятия формируют 4 основных направления:

- контроль поступающего сырья и кормов для птицы, компонентов для переработки мяса птицы (все подлежит обязательному контролю со стороны производственной лаборатории);
- контроль состояния родительского стада и бройлеров (Микробиологическая защита. Применение конкурентной микрофлоры. Профилактические вакцинации в отношении серотипов *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. infantis*. Применение лечебного корма.);
- контроль всех процессов убоя, воздушно-капельного охлаждения, переработки, хранения птицепродукции. На предприятии выполняется программа производственного контроля, реализуется совместный с госсанэпидслужбой план по профилактике сальмонеллеза;
- целенаправленная работа по обучению персонала культуре, санитарии и гигиене производства, с обязательной аттестацией.

С введением с 2010 г. вакцинации птицы количество обнаружений сальмонелл в погибших эмбрионах снизилось с 1,8 до 0,03%, что свидетельствует об уменьшении циркуляции сальмонелл среди поголовья, количество находок в птицепродукции снизилось с 2% за период с 2003–2010 гг. до 0,5% в 2011 г., находок в яйце с 2009 г. нет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. УФА

Г.Е. Ефимов¹, Т.В. Кайданек¹, З.Р. Камаева², Г.М. Шайхиева¹

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²Управление Роспотребнадзора по РБ, г. Уфа

Исследовали эпидемиологические проявления коклюшной инфекции на территории г. Уфа по данным отчетной формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 1998–2010 гг.

В структуре патологии с аэрозольным механизмом передачи на долю коклюша в анализируемые годы приходилось 0,47% от общего числа заболевших инфекциями дыхательных путей (без гриппа и ОРЗ). При этом среднееголетняя заболеваемость составила $3,3 \pm 0,5$ на 100 тыс. населения, которая на 95,8% была обусловлена вовлечением в эпидемический процесс коклюшной инфекции детского населения. По уровню заболеваемости ($16,1 \pm 3,0\text{‰}$) дети в 38,3 раза превосходили ее интенсивность у лиц старше 15 лет ($0,42 \pm 0,2\text{‰}$). В данной группе ее динамика формировалась при неблагоприятной тенденции (Тпр. — 2,4%), а у детей 0–14 лет она напротив, имела позитивную направленность с умеренным темпом среднегодового снижения трендовых показателей (Тсн. — 2,4%).

В повозрастной динамике по среднееголетним данным показатели заболеваемости коклюшем у детей 1–2, 3–6 и 7–14 лет характеризовались близкими значениями ($13,3 \pm 5,9\text{‰}$; $12,9 \pm 5,1\text{‰}$ и $13,8 \pm 3,5\text{‰}$ соответственно), которые значимо уступали ее интенсивности, зарегистрированной среди детей до 1 года ($60,0 \pm 17,3\text{‰}$). На их долю, как и на других территориях РФ, приходилась значительная часть (21,4%) от числа всех заболевших детей (Панасенко А.М., Краснова Е.И., 2006). Это, вероятно, было обусловлено не столько дефектами организации и проведения прививочной работы против коклюшной инфекции на исследуемой территории, сколько неэффективностью используемой вакцины. Ранее рядом исследователей было показано, что вакцинный штамм *V. Pertussis* цельноклеточной вакцины существенно отличается по своим биологическим свойствам от тех, которые циркулируют в последние десятилетия (Мазурова И.К. и др., 2008; Борисова И.Э., Селезнева Т.С., 2008). Очевидно, с этим были связаны случаи регистрации на исследуемой территории заболеваний среди привитого детского населения (54,8%), и особенно у детей до 1 года. Данная возрастная когорта детей, при высоком их охвате прививками против коклюша (не менее 95%), более 4-х раз превосходила другие группы детского населения по заболеваемости этой инфекцией, которая у них формировалась при стабильном темпе среднегодового прироста трендовых показателей (0,4%). Кроме того, не исключается влияние на этот процесс осо-

бенностей иммунной реактивности детей первого года жизни, проявляющиеся в виде несостоятельности адаптивных возможностей клеточного звена иммунитета (Бабаченко И.В. и др., 2008).

Приведенные материалы, свидетельствуя о благоприятном характере развития среди детского населения исследуемой территории динамики заболеваемости коклюшем, указывают также на неэффективность проводимой вакцинации, что выразилось в регистрации случаев заболеваний у привитых детей, и особенно детей до 1 года. В действительности, данный показатель не может отражать истинную ситуацию по этой инфекции, поскольку бактериологическое ее подтверждение имеет место лишь в 15% случаев (Ценева Г.Я., Курова Н.Н., 2003). Указанное требует внедрения ацеллюлярной вакцины в практику борьбы с коклюшной инфекцией, а также молекулярно-генетических и других методов ее диагностики, что позволит в значительной степени повысить этиологическую расшифровку, эффективность этиотропного лечения и выявляемость источников инфекции, необходимых в целом для совершенствования существующей системы эпидемиологического надзора за данной патологией (Борисова О.Ю. и др., 2009; Сперанская В.Н. и др., 2011).

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Н.П. Ефремова, Ю.В. Данилова

ГБОУ ВПО Челябинская Государственная медицинская академия Минздрава России, г. Челябинск

Очаг туберкулеза — место пребывания источника инфекции с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение инфицирования и развития заболеваний туберкулезом. Различают 5 видов очагов: 1-я группа — очаги, сформированные бактериовыделителями, где для ребенка имеется несколько факторов риска; 2-я группа — очаги, сформированные бактериовыделителем, но без факторов риска для ребенка; 3-я группа — очаги, сформированные больным без установленного бактериовыделения с наличием факторов риска для ребенка; 4-я группа — очаги, сформированные условными бактериовыделителями без факторов риска для ребенка; 5-ю группу составляют очаги зоонозного происхождения.

Эпидемиологическая обстановка в семейных очагах туберкулезной инфекции (ТИ) определяется несколькими факторами — медико-социальными особенностями источника заражения и контакта с ним, резистентностью организма контактирующих, а также внешними условиями, при которых осуществляется контакт. Наиболее ранимой категорией в очагах туберкулеза являются дети, воспринимающие туберкулезную инфекцию с меньшей сопротивляемостью, чем взрослые. Поэтому эпидемический процесс среди детского населения протекает более выражено, вызывая непропорциональный рост показателей. Рост удельного веса детей среди больных туберкулезом является крайне неблагоприятным признаком, который свидетельствует об ухудшении эпидемической обстановки по туберкулезу, которая в настоящее время находится на уровне 60-х годов прошлого века. Необходимо отметить, что число лиц, контактирующих с больным туберкулезом, значительно шире,

чем число лиц, наблюдающихся по 4-й группе диспансерного учета. В изменившихся условиях, наряду повсеместно увеличивающейся заболеваемостью туберкулезом, существенно возросло число скрытых источников инфекции, являющихся опасными для детей раннего и дошкольного возраста.

Всесторонний анализ статистических данных, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу и противотуберкулезной работы, позволяет объективно оценить тенденции в ходе эпидемического процесса, определить первоочередные мероприятия для ограничения распространения туберкулеза среди населения.

К экстенсивным показателям относится риск первичного инфицирования (вираж). К интенсивным показателям относят заболеваемость и инфицированность в очагах туберкулезной инфекции. Риск первичного инфицирования (РПИ, вираж) — отношение числа детей с виражом к числу всех обследованных методом туберкулинодиагностики, рассчитанное на 100 человек. Показатель РПИ более 1,0 свидетельствует об ухудшении эпидемической ситуации по туберкулезу. РПИ в последнее десятилетие увеличился более чем в 2 раза. В РФ существуют территории с гиподиагностикой виража и территории, где неудовлетворительно осуществляется диагностика поствакцинальной аллергии и имеет место завышенный показатель РПИ.

В настоящее время РПИ среди дошкольников выше, чем среди школьников. У 50% детей из очагов ТИ вираж протекает по гиперергическому типу. Как следствие необходимо отметить, что лечение виража обычно запаздывает на 6–12 месяцев, что тоже способствует заболеванию ребенка туберкулезом в очаге.

В литературе имеются неоднозначные сведения об инфицированности туберкулезом детей, что объясняется изучением разного контингента и эпидемическими особенностями различных регионов. Определение уровня инфицированности имеет большое значение, так как характеризует резервуар ТИ и поэтому возможности возникновения новых случаев заболевания. Благодаря высокому показателю смертности от туберкулеза среди взрослых, увеличения посмертно выявленных случаев туберкулеза, остро прогрессирующих и деструктивных клинических форм среди социально-дезадаптированных лиц и лиц, освободившихся из мест лишения свободы, в будущем ожидается увеличение уровня инфицированности и увеличения заболевших детей из очагов ТИ.

Пик инфицированности приходится на возраст 4–6 лет, что представляет собой неблагоприятную тенденцию. Инфицированность в очагах, по данным литературы, у детей из контактов в 3–15 раз выше, чем у детей из здорового окружения и составляет 33–47%. Наиболее высокий показатель инфицированности наблюдается в очагах 1-го типа, а также в очагах смерти, что одинаково характерно для РФ и Челябинской области.

Нерегулярная туберкулинодиагностика, несвоевременность учета результатов исследования среди детей приводят к поздней диагностике первичного инфицирования. Рост инфицирования среди детей говорит об ухудшении эпидемической ситуации по туберкулезу в Челябинской области, недовыявлении очагов ТИ. Как правило, дети в оча-

гах туберкулеза инфицируются раньше, чем выявляется бациллярный больной. Рост первичного инфицирования среди детей дошкольного и школьного возраста также свидетельствует о недовыявленности очагов ТИ.

Следует сказать, что большинство детей с вирусом имеет умеренную чувствительность к туберкулину. Более выраженные реакции наблюдаются уже в стадии первичного инфицирования. Выявлена зависимость между развитием гиперергических реакций у детей в очагах туберкулеза и фазами туберкулезного процесса у источника инфекции.

Наиболее часто гиперпробы возникают, если у источника инфекции туберкулез находится в фазах кальцинации или рубцевания. Наиболее высокие уровни инфицированности и заболеваемости туберкулезом детей наблюдаются в очагах 1-го и 3-го типа, а также в очагах смерти, что диктует необходимость проведения обязательных противотуберкулезных мероприятий в данных очагах.

Среди больных туберкулезом детей в очагах преобладают давно инфицированные с монотонными реакциями Манту и локальными процессами туберкулезной этиологии. У детей, не получивших химиофилактику, наблюдается гиперергия, нарастающая чувствительность к туберкулину, и, как правило, осложненное течение туберкулеза. У 23,5–29,4% детей РФ из очагов туберкулиновые реакции являются сомнительными, отрицательные реакции — у 15% больных, а у 7% — выраж туберкулиновой чувствительности.

В зависимости от того, насколько эффективно организован догоспитальный скрининговый этап диагностики, зависит число направленных и обследованных в диспансере пациентов, а они формируют эпидемиологический показатель заболеваемости.

Заболеваемость детей в очагах туберкулеза — это число впервые выявленных больных детей из очагов в текущем году, рассчитанное на 100 тыс. населения. Заболеваемость в очагах туберкулеза растет с 1990 г., что связано с ухудшением работы в очагах, уменьшением возможности изоляции здоровых детей от источников инфекции и отсутствием обеспечения бактериовыделителей отдельной жилплощадью, закрытием специальных детских дошкольных учреждений.

Заболеваемость детей из очагов ТИ в 3–122 раза выше, чем в целом в популяции. По данным литературы, около 35,5% детей из очагов ТИ заболевают. Ежегодно увеличивается показатель заболеваемости детей из очагов туберкулеза на 10%, особенно среди дошкольников. Наиболее часто заболевают дети из очагов туберкулеза, инфицированные 2–5 лет назад, получившие не все прививки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ЧЕЛЯБИНСКЕ

Н.П. Ефремова, Ю.В. Данилова

ГБОУ ВПО Челябинская Государственная медицинская академия Минздрава России, г. Челябинск

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в г. Челябинске сохраняется напряженной, наметилась тенденция к стабилизации и даже снижению некоторых показателей в 2012 г. по сравнению с 2011 г. Уровень заболеваемости туберкулезом собственного населения города и с уче-

том всех категорий снизился на 11,2% составив соответственно 52,1 и 58,4 на 100 тыс. населения (против 58,7 и 63,5 в 2011 г.).

В структуре клинических форм уменьшился удельный вес деструктивных процессов с бактериовыделением. Однако, несмотря на снижение уровня заболеваемости, возросла распространенность туберкулеза на 3,1%, составив 213,7 на 100 тыс., за счет прибывших из УИН в связи с амнистией. Улучшился показатель эффективности лечения вновь выявленных больных. Прекращение бактериовыделения достигнуто у 81,2% вновь выявленных больных, закрытие полости распада 71,5%. Это самые высокие показатели за последние 10 лет.

Однако, несмотря на положительные тенденции в эпидемиологии туберкулеза, сохраняется на прежнем уровне заболеваемость детей и подростков (3,7 и 23,3 на 100 тыс. населения соответствующих возрастных групп) и смертность от туберкулеза (15,6 на 100 тыс. населения).

Большое внимание уделяется проведению профилактических осмотров на туберкулез. Охват профилактической ФГ лиц старше 15 лет составил в 2012 г. 66,3%, туберкулинодиагностикой — 100% детей и подростков. Проводится целенаправленная работа по привлечению к обследованию лиц, не прошедших флюорографию более 2 лет.

Для совершенствования организации противотуберкулезной службы в городе разработана и активно выполняется целевая программа «Профилактика туберкулеза в г. Челябинске», утвержденная Городской Думой. Она предусматривает улучшение материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, оснащение их современным диагностическим оборудованием, централизованную поставку туберкулина и вакцины БЦЖ и БЦЖ-М, повышение квалификации персонала противотуберкулезной службы.

Научные исследования, проведенные в течение последних 10–15 лет, позволили установить среди инфицированных лиц так называемые группы повышенного риска развития туберкулеза (группы риска). К группе риска прежде всего относятся лица с остаточными изменениями излеченного туберкулеза, или, как их иногда называют, остаточные туберкулезные изменения (ОТИ).

Туберкулез у этих лиц, как показали эпидемиологические исследования, возникает в 20–30 раз чаще, чем у тех, у кого такие изменения не определяются. Выявить ОТИ возможно, применяя флюорографическое исследование населения в порядке профилактических осмотров, или в поликлинике при обследовании всех лиц, обратившихся за медицинской помощью впервые в данном году.

В результате многолетних систематических флюорографических исследований удалось выявить довольно большую группу «рентген-положительных» лиц с наличием ОТИ. Эти люди были взяты под диспансерное наблюдение по VII группе диспансерного учета. Оказалось, что у некоторых из них было спонтанное излечение от туберкулеза, о наличии которого эти люди не подозревали. Другие носители ОТИ подвергались лечению и у них наступило излечение туберкулеза. Среди лиц со спонтанным выздоровлением повторное развитие туберкулеза наблюдается редко (0,2% случаев), а среди ранее лечившихся — чаще (0,6% случаев).

У инфицированных туберкулезом, особенно у лиц с наличием ОТИ, риск развития туберкулеза увеличивается при сахарном диабете, силикозе и других видах пневмокониоза, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронических воспалительных заболеваниях легких. Он возрастает у больных, длительно принимающих кортикостероидные препараты, при психических заболеваниях, алкоголизме, иммунодефицитах различного происхождения, в том числе врожденного генеза.

Таким образом, туберкулез среди взрослых людей в настоящее время очень часто возникает у больных с различными заболеваниями, которые нередко имеют выраженную клиническую картину и тем самым затрудняют диагностику туберкулеза, особенно при малосимптомном, постепенном начале. Туберкулез довольно часто развивается у лиц пожилого и старческого возраста, для которого характерно наличие различных хронических заболеваний. Наряду с эндогенной реактивацией участилось развитие туберкулеза вследствие экзогенной суперинфекции в результате контакта с больными-бактериовыделителями.

К сожалению, в настоящее время далеко не все лица, относящиеся к группам риска, находятся на диспансерном учете и, следовательно, под диспансерным наблюдением. Диспансерное наблюдение осуществляется за всеми лицами, находящимися в контакте с заразными больными туберкулезом (IV группа диспансерного учета).

Как указывалось ранее, диспансерное наблюдение проводится за всеми лицами с наличием выраженных ОТИ (VII группа диспансерного учета).

При наличии сомнительной активности туберкулезного процесса лица с рентгенологическими изменениями берутся на учет по 0 группе диспансерного наблюдения и им проводится превентивное лечение противотуберкулезными препаратами в течение 6 мес. Остальные категории населения, относящиеся к группам риска, не состоят на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере, поэтому профилактическая работа фтизиатра с этими контингентами относится к так называемой внедиспансерной и проводится совместно с участковыми терапевтами поликлиники.

Эта работа заключается в совместном обследовании больных сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, лиц с хроническими заболеваниями легких, в том числе пневмокониозом, длительно получающих кортикостероиды (бронхиальная астма, различные коллагенозы и др.). Выполнить эту работу сложно, потому что многие больные (например, сахарным диабетом, пневмокониозом и др.) нередко наблюдаются не участковым терапевтом, а эндокринологом, профпатологом и др. В таких условиях результативность зависит от организации внедиспансерной профилактической работы диспансера и утвержденного комплексного плана на каждый год.

Еще раз подчеркнем, что в последние годы в нашей стране появились социальные факторы, влияющие на заболеваемость туберкулезом. Изучение социального состава больных туберкулезом и различных групп населения свидетельствует о том, что туберкулезом заболевают социально «ущербные» люди с низким образованием, социально не устроенные, без постоянного места работы и определенного

места жительства, занимающиеся бродяжничеством и ведущие асоциальный образ жизни. Серьезной проблемой является туберкулез у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, психическими заболеваниями.

Высокая пораженность туберкулезом людей, находящихся в ИТУ, требует совместных усилий органов здравоохранения, противотуберкулезных учреждений и медицинской службы МВД. Решение комплекса социальных задач выходит за рамки компетенции работников здравоохранения и требует участия административных органов.

ФАКТОРЫ РИСКА СТРЕПТОКОККОЗОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Д.А. Жарков, С.Д. Жоголев, А.Б. Белов, А.В. Сидоренко, И.Ю. Медведев

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Обширная группа стрептококковых инфекций (СИ) представлена комплексом разнообразных, преимущественно антропонозных инфекционных болезней, вызываемых возбудителями рода *Streptococcus*. В общей и инфекционной патологии населения по суммарной значимости СИ занимают одно из ведущих мест среди самых актуальных болезней людей. Нами изучены уровни заболеваемости СИ и проведен анализ по факторам риска среди различных категорий военнослужащих в современных условиях.

Динамика заболеваемости стрептококкозами в группах военнослужащих по призыву и контракту в течение 10 лет оказалась схожей. Кривые многолетней динамики заболеваемости носили волнообразный характер с тенденцией к снижению. Среднемноголетний уровень ее составил 129,64‰ и 53,49‰, соответственно. Абсолютное снижение заболеваемости СИ у военнослужащих по призыву за анализируемый период составил -0,87‰, а средний темп прироста + 0,08% в год ($p < 0,05$). Аналогичные показатели у военнослужащих по контракту были более выражены и составили -3,71‰ и -6,21% в год ($p < 0,05$).

При анализе заболеваемости по факторам риска установлено, что одной из ведущих причин, влияющих на заболеваемость стрептококкозами, в первую очередь с аэрозольным механизмом передачи, для военнослужащих по призыву являлся фактор «перемещения» личного состава. Следующий — нарушение уставных норм размещения, особенно — несоответствие кубатуры воздуха гигиеническим требованиям. В проведенных исследованиях была определена обратная корреляционная зависимость между объемом воздуха, приходящегося на одного военнослужащего и уровнем заболеваемости стрептококкозами в подразделении.

При проведении анализа метеорологических факторов и их влияния на уровни заболеваемости СИ, установлено, что для всех периодов года в коллективах военнослужащих по призыву и по контракту выявлена существенная вероятностная взаимосвязь заболеваемости с целым рядом метеорологических показателей. Так, тесная корреляционная связь была установлена для среднемесячной температуры воздуха, скорости ветра, обратная — с повторяемостью безветренной погоды.

На основе вышеизложенного можно определить основные направления профилактики стрептококков в воинских коллективах в современных условиях: размещение военнослужащих в соответствии с требованиями санитарных и уставных норм; профилактика переохлаждений личного состава при организации учебно-боевой подготовки в воинских частях; дезинфекция воздуха спальных помещений казарм с использованием рециркуляторов; целенаправленное гигиеническое обучение и воспитание военнослужащих.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Н.А. Забродин¹, В.В. Данилова¹, И.В. Корюкова¹, А.А. Чирков², С.В. Катаева²

¹Управление Роспотребнадзора по Удмуртской Республике, г. Ижевск; ²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Удмуртской Республике», г. Ижевск

Одной из актуальных проблем воздушно-капельных инфекций, «управляемых» средствами специфической профилактики на современном этапе, остается высокая заболеваемость коклюшем. Введение плановой иммунизации детей значительно сократило заболеваемость данной инфекцией в Удмуртии и позволило добиться в 1983 г. наименьшего уровня заболеваемости за весь период эпидемиологического наблюдения — 0,44 на 100 тыс. населения. Однако уже с конца 80-х годов в республике отмечается тенденция к интенсивному росту числа больных с максимальным подъемом в 1993 г. В текущем столетии наблюдались маловыраженные подъемы в 2003 и 2006 гг. Уровень заболеваемости стабилизировался на показателях 2,2–4,4 на 100 тыс. населения. В структуре заболевших дети составили 98%. Максимальный показатель заболеваемости выявлен у детей до 1 года, преимущественно не закончивших курс вакцинации или не привитых по причинам отказа родителей от прививок (8,6%), наличия медицинских отводов (15,2%). Показатели иммунизации детей в рамках Национального календаря профилактических прививок против коклюша равны 95–96%. Случаи заболевания выявлены среди ранее привитых лиц (65%), в основном у школьников (59,7%), что указывает на снижение у них противококлюшного иммунитета. Показатель заболеваемости не привитых (47,9 на 100 тыс. населения) выше в 21,8 раза, чем у привитых (2,2 на 100 тыс. населения). Отмечается преобладание среднетяжелых и тяжелых клинических форм коклюша (77%). Осложнения в виде бронхита и пневмонии наблюдались у 51,6% больных. Значительную роль в повышении заболеваемости коклюшем играет несвоевременная диагностика, наличие у заболевших смешанной инфекции, выполнение не в полном объеме противоэпидемических мероприятий в очагах, отсутствие ПЦР-диагностики в лечебно-профилактических учреждениях. На современном этапе для снижения заболеваемости коклюшем крайне важно разработка новой тактики иммунизации детей, внедрение в практику здравоохранения высококачественных методов диагностики и профилактики заболевания.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Н.А. Забродин, В.В. Хлопотов, В.В. Данилова, Е.С. Горева, И.В. Корюкова

Управление Роспотребнадзора по Удмуртской Республике, г. Ижевск

Одним из ведущих и перспективных направлений в ликвидации инфекционных болезней является иммунизация населения современными вакцинными препаратами. Неблагополучная эпидемическая ситуация по ряду инфекций, сложившаяся на территории Удмуртии в конце 20 века, вызвала необходимость принятия региональных целевых программ по вакцинопрофилактике, с начала разработки которых в 1994 г. было реализовано 5 аналогичных программ, Последняя из них принята Государственным Советом Удмуртии в 2010 г. В рамках выполненных программных мероприятий по сравнению с допрограммным уровнем удалось снизить заболеваемость «управляемыми» инфекциями в 58 раз. В республике нет кори, краснухи, полиомиелита, единичны дифтерия, эпидемический паротит, вирусный гепатит В. Положительная динамика снижения заболеваемости была достигнута вследствие повышения охвата детей и взрослых профилактическими прививками в рамках Национального прививочного календаря. Своевременно охвачено вакцинацией против дифтерии 97,0% детей, коклюша — 96,6%, полиомиелита — 97,6%, кори — 98,2%, эпидпаротита — 98,2%, краснухи — 98,2%, ВГВ — 97,2%. Взрослые категории привиты в рамках календаря на 96–98%. В республике созданы централизованные прививочные картотеки, функционируют кабинеты иммунопрофилактики, внедрены компьютерные системы по учету и планированию прививок детям и взрослым. В каждой детской поликлинике работает иммунологическая комиссия, что позволило ежегодно прививать до 70% детей из «группы риска», снизить процент медицинских отводов в 5,3 раза. Координирует работу по вакцинопрофилактике созданный в 1996 г. Республиканский центр по вакцинопрофилактике. Ежегодно проводятся республиканские конференции по актуальным вопросам вакцинологии, на семинарах по вакцинопрофилактике обучаются около 8000 медицинских работников, ежеквартально издается информационный прививочный бюллетень. Успешно проведены операции «подчистки» по полиомиелиту, кори и мероприятия в рамках ЕНИ. В Удмуртии осуществляется серологический мониторинг эффективности иммунизации населения. Процент серонегативных лиц составляет по столбняку 1,8%, дифтерии — 6,1%, кори — 0,9%, эпидпаротиту — 1,3%, краснухе — 0,6%, нет серонегативных детей к полиовирусам. Таким образом, в республике значительное внимание уделяется специфической профилактике как одному из ведущих мероприятий, способствующих снижению и ликвидации инфекционных болезней.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

О.С. Заводнова, И.Л. Лисовская

ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ставрополь

По данным Всемирной организации здравоохранения, у 2,5% всех новорожденных встреча-

ются различные пороки развития. Часто встречающиеся врожденные пороки развития имеют преимущественно мультифакториальную природу. Врожденная патология органа зрения среди причин слабовидения составляет 82,2–92,2%, а в структуре слепоты 77,8%.

Проведен анализ частоты встречаемости врожденных аномалий глаза и его придаточного аппарата (ВАГ и ПА) в Ставропольском крае. По данным ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополя за период с 2006 по 2011 г. выявлено 362 ребенка в возрасте от 0 до 14 лет с ВАГ и ПА. Это составляет 3,4% от общего числа детей данного возраста с патологией глаза и его придаточного аппарата. В структуре ВАГ и ПА преобладают врожденная катаракта (25,7%), врожденная глаукома (10,2%), центральная хориоретинопатия (9,9%), макулодистрофия (9,7%), гемангиома (8,6%). Реже регистрируются макрокорнея (6,9%), абиотрофия сетчатки (6,6%), врожденный птоз (5,8%).

Проведен анализ выявляемости ВАГ и ПА дифференцированно по сельским районам и крупным городам (Ставрополь, Невинномысск). Максимальное число детей с ВАГ и ПА зарегистрировано в г. Ставрополе (22,1%), Минераловодском районе (14,9%), Шпаковском районе (8,6%). Самыми благополучными районами Ставропольского края с единичными случаями врожденных аномалий глаза являются Апанасенковский, Новоселецкий, Арзгирский, Степновский. Роль крупного Невинномысского промышленного узла в структуре ВАГ и ПА невелика — 4,7%. Имеются региональные особенности ВАГ и ПА. Так, максимальное число детей с врожденной катарактой регистрируется в Минераловодском районе (15%) и г. Ставрополе (12,9%), Красногвардейском и Кировском районах (по 6,5%). В Новоалександровском, Труновском, Андроповском, Новоселецком районах за последние 5 лет не выявлено ни одного больного. Врожденная глаукома с большим преимуществом наблюдается в г. Ставрополе (32,4%), не регистрируется в Красногвардейском, Труновском, Апанасенковском, Грачевском, Кочубеевском, Буденновском районах. В других районах Ставропольского края — единичные случаи. Центральная хориоретинопатия чаще встречается в Советском районе (19,4%), г. Ставрополе (13,9%), Изобильненском и Минераловодском районах (по 11,1%), макулодистрофия — в Минераловодском районе (17,1%), Предгорном и Изобильненском районах (8,6%).

Таким образом, для Ставропольского края характерны высокая частота ВАГ и ПА в структуре офтальмопатологии, региональные эпидемиологические особенности.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Злепко, Т.П. Крючкова, Е.М. Краснова, О.Б. Бондарева

Управление Роспотребнадзора по Волгоградской области, г. Волгоград

Эпидемическая ситуация по острым кишечным инфекциям на территории Волгоградской области остается напряженной. За 2011 год на территории Волгоградской области зарегистрировано 14 508

случаев ОКИ, показатель заболеваемости 560,2 на 100 тыс. населения, и ниже показателя 2010 г. на 6,0%.

В структуре заболеваемости суммы ОКИ лидирующее место занимают инфекции неустановленной этиологии (ОКИНЭ) — 10 084 случая (389,4 на 100 тыс. населения), что составляет 69,0% от суммы ОКИ и находится практически на уровне прошлого года (68,5%).

В возрастной структуре ОКИНЭ преобладает заболеваемость среди детского населения: 48,0% случаев заболеваний приходится на возраст до 14 лет. Доля инфекций установленной этиологии в сумме ОКИ 23,0% или 3377 случаев.

Как и в предыдущие годы районы, в которых активно занимаются расшифровкой случаев ОКИ: Жирновский, Городищенский, Михайловский, Октябрьский, Светлоярский, Фроловский районы и их показатели превышают среднеобластные.

За 2011 год отмечается снижение заболеваемости дизентерией на 38%, показатель заболеваемости в 2011 г. составляет 13,75 на 100 тыс. населения, в 2010 г. — 21,12.

Доля бактериологически подтвержденной дизентерии составляет 84%. Наибольшее количество среди лабораторно подтвержденной дизентерии приходится на долю дизентерии Флекснера — 203 случая или 57%. На фоне снижения заболеваемости в целом по области в Городищенском, Котовском, Светлоярском, Палласовском районах и г. Волгограде показатели заболеваемости дизентерией выше среднеобластных.

Заболеваемость сальмонеллезом носит спорадический характер, а в этиологической структуре преобладает сальмонелла группы Д: сальмонелла энтеритидис — 75%.

В связи с улучшением лабораторной диагностики за 2011 год зарегистрировано 6 случаев кишечных инфекций вирусной этиологии, в том числе 3 случая ОКИ, вызванной вирусом Норволк. Учитывая факт, что истинный уровень заболеваемости кишечными инфекциями вирусной этиологии значительно выше в связи с преобладанием легких клинических форм этой инфекции, низкой обращаемостью за медицинской помощью. В связи с этим требуется широкое внедрение в клинико-диагностические лаборатории ЛПУ современных методов диагностических исследований.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.Н. Иванова¹, А.В. Валицкая²

¹ГБУЗ ТО «Областная инфекционная клиническая больница», г. Тюмень; ²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области», г. Тюмень

Тюменская область является неблагополучным регионом по острым кишечным инфекциям (ОКИ), число которых ежегодно регистрируется в среднем на уровне 10 332 случая, их удельный вес в структуре инфекционной заболеваемости составляет 26–52% в разные годы. За многолетний период (1993–2011 гг.) средний показатель суммы ОКИ составил $713,9 \pm 3,82\text{‰}$, с умеренно выраженной тенденцией к росту (Троста = 8,29%), а заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии — на уровне $493,1 \pm 2,71\text{‰}$

(Троста = 8,56%); средний показатель ОКИ установленной этиологии — $261,3 \pm 1,67\text{‰}$ (Троста = 7,58%). В структуре заболеваемости ОКИ доля верифицированных инфекций составила $36,7 \pm 0,47\%$, в том числе ротавирусная инфекция — $7,5 \pm 0,18\%$. Соотношение заболеваемости ротавирусной инфекцией и ОКИ неустановленной этиологии колебалось от 1:208 (2000 г.) до 1:0,97 (2011 г.). Результатом улучшения лабораторной диагностики является регистрация заболеваемости не только в городах, но и в 10 сельских районах. Интенсивность эпидемического процесса этой инфекции до 2006 г. среди горожан была в 28,8 раза выше, чем на селе, а в последние 6 лет — только в 3,4 раза. При анализе динамики эпидемического процесса основная доля заболеваемости приходилась на круглогодичную — 54,5%; на сезонную составляющую — 42,6%, на вспышечную — 2,9%. Выявлена зимне-весенняя сезонность с пиком подъема в январе–апреле. Активизация заболеваемости в холодное время года происходила во всех возрастных группах, в особенности у детей 7–14 лет, у которых имели место два подъема — в сентябре–октябре, связанные с действием водного фактора, и в апреле–мае, совпадающего с инфицированием водопроводной воды во время снеготаяния и паводка. Ротавирусы были обнаружены в $4,8 \pm 1,3\%$ проб водопроводной воды, в $7,1 \pm 4,8\%$ из воды открытых водоемов и в $11,1 \pm 1,2\%$ из сточных вод. При обследовании контактных в очагах ротавирус был выявлен с одинаковой частотой у детей и взрослых (24,7 и 22,3% соответственно).

В результате [P]G-типирования ротавирусов группы А, выделенных от больных, генотип [P8]G4 установлен в $54,2 \pm 10,4\%$, [P8]G1-генотип — в $33,3 \pm 9,6\%$, а [P]GX выделялся в $4,2 \pm 0,4\%$.

Норовирусные ОКИ, регистрируемые в регионе с 2009 г., характеризовались средним показателем на уровне $6,09 \pm 0,65\text{‰}$ (в г. Тюмени — $11,47 \pm 1,35\text{‰}$). У детей до 14 лет этот показатель составлял $33,8 \pm 1,4\text{‰}$ (в г. Тюмени — $69,9 \pm 6,2\text{‰}$).

На основе полученных данных были внесены изменения в региональную систему лабораторного контроля циркуляции возбудителей ОКИ вирусной этиологии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙНАХ И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

А.Н. Казаков, Д.В. Кобылкин, В.Н. Небредовский
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Имеющийся опыт реального противоэпидемического обеспечения локальных конфликтов дает основание сделать некоторые выводы и предположения. Практически во всех имевших место локальных вооруженных конфликтах последних десятилетий (Афганистан, Абхазия, Приднестровье, первая и вторая Чеченские кампании, Грузино-Осетинский конфликт) с участием наших войск одной из ведущих проблем командования и медицинской службы была высокая инфекционная заболеваемость, существенно влиявшая на боеспособность войск. Так, в период ведения боевых действий в Афганистане из общей заболеваемости военнослужащих 40 А доля инфекционных патологий в различные годы составляла от 37,9 до 60,4%, а соотношение боевых санитар-

ных потерь к санитарным потерям инфекционными больными колебалось в пределах 1:5 до 1:12

Наиболее сложную проблему представляет прогнозирование санитарно-эпидемиологической обстановки по уровню и структуре инфекционной заболеваемости и состоянию здоровья личного состава. В этом деле неправомерен перенос опыта решения этой задачи по методике и результатам эпидемиологического анализа в условиях стационарного размещения войск при отсутствии существенных изменений факторов их службы и быта.

Одним из важнейших профилактических и противоэпидемических мероприятий в подготовительный период считаем организацию профилактических прививок личному составу, направляемому в зоны локальных конфликтов. Этот вопрос должен решаться в каждом конкретном случае Главным полем тщательной комплексной оценки и прогнозирования санитарно-эпидемической обстановки.

В ходе локального конфликта содержание и объем противоэпидемических мероприятий и санитарно-эпидемиологического надзора может определяться не столько необходимостью их осуществления, сколько возможностью, обусловленной характером боевой деятельности войск.

Одним из основополагающих направлений организации СЭН и противоэпидемической работы в районе локального конфликта следует считать проведение эпидемиологической диагностики. Следует отметить, что в этом деле до сих пор имеется много проблем, в частности, организация получения достоверной ежедневной информации в виде донесений об инфекционной заболеваемости и других данных санитарно-эпидемиологического характера.

В связи с особенностями военно-политической обстановки и невозможности получения достоверных сведений об инфекционной заболеваемости населения и других данных возрастает значимость санитарно-эпидемиологической разведки по принципу целенаправленности в отношении конкретных объектов и инфекций и показателей санитарного состояния внешней среды, в первую очередь источников водоснабжения. Войсковая медицинская служба в ходе локального конфликта располагает в этом отношении ограниченными возможностями в связи с необходимостью первоочередного решения задач диагностического характера за счет подвижных санитарно-эпидемиологических групп округа и Центра. Возрастает роль диагностических лабораторных исследований по оценке результатов разведки и наблюдения. Примером этому может служить возникшая необходимость расшифровки лихорадок неясной этиологии в Афганистана, вирусных гепатитов в Чечне.

На этапе вывода частый и подразделений ОГВ из зоны локального конфликта медицинская служба должна руководствоваться тем, чтобы содержание и объем противоэпидемических мероприятий не препятствовали бы срокам вывода войск. Поэтому врачи частей должны ограничиваться мерами по выявлению больных и подозрительных на инфекционные заболевания путем опроса и осмотра без лабораторного обследования, их изоляцией и быстрейшем эвакуацией в госпиталь. Вывод частей и подразделений при относительно сложной санитарно-эпидемической обстановке по антропо-

нозным и зоонозным инфекциям связан с угрозой их заноса и распространения как в пути следования, так и в местах постоянной дислокации

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ЭПИДПРОЦЕССА ДИФТЕРИИ НА ТЕРРИТОРИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВАНИИ ВЫСЕВАЕМОСТИ ЕЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

С.Е. Калугина, О.А. Сагайдак

Управление Роспотребнадзора по Курганской области, г. Курган

Для прогнозирования развития эпидпроцесса дифтерии на основе результатов высеваемости возбудителей дифтерии использованы данные по Курганской области за 2001–2009 гг. Всего за эти годы проведено 279 744 исследования биологического материала (мазки из зева и носа) бактериологическим методом от лиц с профилактической целью и по клиническим, и эпидемическим показаниям. Выявлено 384 штамма, где на биовар гравис и митис приходится соответственно 23,6 и 75,1%. Незначительный удельный вес составляет биовар ультцеранс — 1,3%.

Высеваемость коринебактерий дифтерии имеет волнообразный характер и начинает увеличиваться в «предэпидемические» годы, так в 2002 г. при отсутствии заболеваемости дифтерией в 2 раза увеличивается высеваемость среди лиц обследуемых с профилактической целью, и на фоне продолжающегося преобладания биовара митис (75%) идет рост удельного веса биовара гравис с 12,5% в 2001 г. до 25% в 2002 г., что можно расценить предвестником неблагополучия. Соотношение биоваров митис-гравис в эти годы 3:1. В 2003–2005 гг. идет очередной подъем заболеваемости после 3-х лет относительного благополучия, и на фоне нарастания количества выделяемых штаммов митис, параллельно увеличивается и доля штамма гравис до 25,7–35%. В 2004 г., когда зарегистрировано наибольшее число заболеваний дифтерией для этого циклического подъема (66,7%), соотношение биоваров митис и гравис составляло 1,8:1.

Таким образом, в эпидемические годы соотношение биоваров митис и гравис практически выравнивается, но заболеваемость дифтерией определял во всех случаях токсигенный штамм коринебактерии гравис. На этот вариант приходится 95,9% от всех выделенных токсигенных культур, у варианта митис токсигенность ни в одном случае не установлена. В настоящий момент преобладающим в области является биовар митис, удельный вес которого составляет 75,2%, что характерно для постэпидемических лет. Учитывая вышеизложенное, эпидпроцесс дифтерии в области можно охарактеризовать, как не эпидемический и проявляющийся спорадической заболеваемостью (по 1 случаю в 2009 г. и 2010 г.). Это подтверждает и выделение единичных не токсигенных штаммов биовара митис от лиц, обследуемых с профилактической целью, так в 2008 г. снижение высеваемости в этой группе произошло в 3,5 раза, в 2009 г. в 2 раза на фоне увеличения в 1,8 раза числа обследуемых лиц [в предэпидемические годы этот показатель увеличивался в 2 раза (2002 г.), в эпидемические в 7–12 раз (2003–2005 гг.)].

ПРИМЕНЕНИЕ МОБИЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ НА БАЗЕ АВТОШАССИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И.Г. Карнаухов, И.Н. Шарова, Е.С. Казакова, С.А. Щербакова, Д.А. Щербаков, А.В. Топорков, В.В. Кутырев

ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», г. Саратов

Примером новых технологий при проведении мероприятий по эпидемиологическому надзору и санитарной охране территории является использование мобильных лабораторий на базе автошасси. Мобильные лаборатории различного профиля в настоящее время достаточно широко применяются в разных областях человеческой деятельности как в России, так и в зарубежных странах.

В системе Роспотребнадзора это направление получило развитие, начиная с 2006 года. В 2006 г. в РосНИПЧИ «Микроб» была разработана мобильная лаборатория эпидразведки и индикации на базе автомашины «Газель», которая с 2007 г. постоянно используется при проведении эпизоотологического мониторинга природных очагов чумы на территории России, мониторинга природно-очаговых инфекционных болезней на территории Саратовской области.

В 2007–2010 гг. в ходе осуществления модернизации специализированных противочумных бригад противочумных институтов Роспотребнадзора в РосНИПЧИ «Микроб» был разработан мобильный комплекс лабораторий различного профиля на базе автомашин КАМАЗ и спецавтоприцепов, который может осуществлять весь спектр лабораторных исследований при чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера. Данные комплексы будут задействованы в ходе обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия при проведении Олимпийских игр в Сочи в 2014 г. и при проведении Универсиады в 2013 г. в Казани.

В рамках реализации федеральной целевой программы «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009–2013 гг.)» в РосНИПЧИ «Микроб» разработана проектная документация на мобильную лабораторию на базе автошасси для осуществления эпизоотологического мониторинга природно-очаговых и других особо опасных инфекций, включающую два модуля на базе автомашин повышенной проходимости КАМАЗ и спецавтоприцепа. Все описанные выше разработки защищены патентами Российской Федерации.

Таким образом, использование мобильных лабораторий на базе автошасси при проведении мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения России является перспективным направлением, позволяющим более эффективно, на более высоком технологическом уровне осуществлять указанные мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАРАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

Ю.Н. Каськов, Ю.И. Подкорытов, В.А. Логинова, П.В. Кретов

Управление Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту, Москва

Железные дороги — филиалы ОАО «Российские железные дороги», проходят по территориям нескольких субъектов Российской Федерации (РФ), что обуславливает особенности эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными заболеваниями на железнодорожном транспорте. Объекты хозяйственной деятельности на конкретной территории (водоснабжение, продукты питания, природопользование и пр.) являются общими, как для местного населения, так и для железнодорожников. При этом некоторые объекты путевого хозяйства железных дорог находятся в зоне природно-очаговых инфекций, создавая риск заболеваний железнодорожников работающих в эндемичных очагах.

Показатели инфекционной и паразитарной заболеваемости на железнодорожном транспорте значительно ниже, чем в среднем по РФ. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) установленной этиологии на 100 тыс. населения в 2011 г. составила — 22,56, ОКИ неустановленной этиологии — 76,80 случаев. Из природно-очаговых инфекций наиболее часто регистрируются заболевания геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), клещевым вирусным энцефалитом и клещевым боррелиозом, реже — туляремией, псевдотуберкулезом, Ку-лихорадкой, лептоспирозами. При этом существенного снижения уровня заболеваемости ГЛПС за последние годы не отмечается. Средний ($X \pm \sigma$) показатель заболеваемости ГЛПС по сети железных дорог России, за 2006–2011 гг. составил $2,88 \pm 0,66$ случаев на 100 тыс. нас. (по РФ за 2010 г. — $3,22\text{‰}$). Средний ($X \pm \sigma$) показатель заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом составил $0,83 \pm 0,28\text{‰}$, без существенного заболевания за 2006–2011 гг. Средние ($X \pm \sigma$) показатели заболеваемости паразитами за 2007–2011 гг. составили: энтеробиоз — $20,45 \pm 6,27\text{‰}$, описторхоз — $16,07 \pm 2,19\text{‰}$, лямблиоз — $16,06 \pm 3,38\text{‰}$, аскаридоз — $11,40 \pm 1,41\text{‰}$. При этом наблюдается тенденция к снижению показателей заболеваемости лямблиозом и аскаридозом. Уровни заболеваемости энтеробиозом и описторхозом остаются без существенных изменений.

Таким образом, решение вопросов профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний на железнодорожном транспорте во многом зависит от качества взаимодействия органов и учреждений Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту с соответствующими органами и учреждениями Роспотребнадзора по субъектам РФ. При этом важным моментом является уровень подготовленности специалистов медико-профилактического профиля, прежде всего эпидемиологов, а также формирование эпидемиологической направленности у санитарных врачей, на до- и после-дипломном уровне.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА

О.Н. Княгина¹, И.Н. Окунь¹, Л.М. Бахтина²

¹Управление Роспотребнадзора по Нижегородской области, г. Нижний Новгород; ²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40», г. Нижний Новгород

Период 2007–2008 гг. характеризовался эпидемиологическим неблагополучием по заболеваемости гнойно-септическими инфекциями (ГСИ) в учреждениях родовспоможения (УРВ) г. Н. Новгорода, когда заболеваемость новорожденных составила 7,8 на 1000 новорожденных против 1,2 в 2004 г. и родильниц 2,1 на 1000 родов против 0,7 в 2004 г. Реорганизация санитарной службы в 2004–2005 гг., образование новых структур, отработка между ними взаимодействия и разграничения задач и функций привели к ослаблению эпидемиологического надзора за ВБИ. Проведенная всесторонняя оценка организации работы по профилактике ВБИ выявила ряд серьезных проблем: несоответствие информационных потоков о случаях ГСИ истинному уровню заболеваемости на всех звеньях сбора информации, отсутствие в стационарах отлаженной системы инфекционного контроля, несоблюдение требований санитарного законодательства, отсутствие отработанного алгоритма взаимодействия по данной группе инфекций на уровне территориальных отделов Управления Роспотребнадзора и филиалов Центров гигиены и эпидемиологии, заниженный уровень регистрации в федеральной статистической отчетности внутрибольничных ГСИ за счет необоснованной оценки их как ВУИ у новорожденных или эндогенного инфицирования у родильниц. С целью стабилизации и снижения уровня заболеваемости были проведены организационные мероприятия как в целом на территории области, так и на уровне конкретного ЛПУ. Изданы распорядительные документы о проведении мероприятий по профилактике ГСИ и повышению эффективности эпиднадзора. Вопросы организации работы ЛПУ были заслушаны на заседаниях областных и городских СПК. Разработаны и внедрены в работу ЛПУ стандартные акты эпидрасследования случаев ГСИ. В УРВ организован мониторинг за циркуляцией возбудителей ГСИ и устойчивости к дезсредствам с участием специалистов НижГМА и ННИИЭМ им. И.Н. Блохиной Роспотребнадзора. Введен ежедневный мониторинг состояния заболеваемости ГСИ по данным официальной регистрации на уровне Центра гигиены и эпидемиологии, откуда обобщенная информация в электронном виде направляется в территориальные отделы Роспотребнадзора и Управление для анализа эпидситуации и принятия управленческих решений в целом и на уровне конкретного ЛПУ. Об эффективности проведенных мероприятий можно судить по стабилизации в 2008 г. и снижению в 2011 г. заболеваемости новорожденных и родильниц, снижение доли групповой заболеваемости.

РЕГРЕССИОННАЯ МОДЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Г.В. Кожарская

ГБУЗ Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум», г. Екатеринбург

Определена зависимость состояния системы инфекционной безопасности медицинской организа-

ции от основных факторов — уровня финансирования, профессиональной грамотности медицинского персонала и качества информационной поддержки деятельности врача-эпидемиолога.

Для построения математической модели использованы архивные данные, проведено их табулирование, графическое представление, формирование выборки из генеральной совокупности, математический пакет Statistica 6,0, а также — гипотеза об иерархической структуре факторов и откликов:

$$Y = A + B \times X1 + C \times X2 + D \times X3 (1),$$

где Y — оценка инфекционной безопасности объекта (4 уровня, 32 вершины в иерархии); $X1$ — качество финансирования (3 уровня, 9 вершин); $X2$ — качество подготовки персонала (2 уровня, 6 вершин); $X3$ — качество информационной поддержки (4 уровня, 21 вершина).

Мера: безразмерные величины с нормировкой — текущее значение параметра/требуемое. Конкретный вид полученного уравнения регрессии:

$$Y = -0,19 + 0,35 \times X1 + 0,49 \times X2 + 0,45 \times X3 (2)$$

использован для анализа деятельности системы инфекционной безопасности и контроля за последние 5 лет.

На фоне снижения бюджетного финансирования центра в 2009 г. состояние инфекционной безопасности продолжает оставаться благополучным благодаря значительным финансовым вложениям в предыдущие годы в материальную базу и оборудование, а также в обучение медицинских работников и интеллектуально-информационную поддержку деятельности врача-эпидемиолога.

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОПУЛЯЦИИ

Т.А. Кондратенко, Л.Ф. Черниговец, Н.Г. Тютюнькова, И.К. Дорофеева, Е.А. Максимова, Ф.В. Логвин

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

Правильно определить место эпидемиологии в современной медицинской науке возможно только при знании основных этапов ее развития. Как известно, первый этап — добактериологический продолжался с древнейших времен до конца XIX века, второй — бактериологический и третий — последняя треть XX века, когда изменилась структура заболеваемости с выходом на одно из ведущих мест неинфекционной патологии. Популяционный подход при изучении разнообразной патологии является третьим этапом. В соответствии с научными представлениями целями познания являются описание заболеваемости населения, ее распределение с учетом времени, места возникновения и индивидуальных характеристик заболевших, анализ проявлений и их прогнозирование. Иными словами в современных условиях предметом эпидемиологии становится здоровье населения (здоровье популяции), так как заболеваемость населения является одной из целого ряда характеристик, оценивающих здоровье на популяционном уровне. Реагирующих на этиологические причины группы населения (группы риска) разделяют на группы риска по показателям здоровья. К ним относят следующее: лица, имеющие изменение регуляторных систем, выходящие за пределы нормативных показателей, лица, имеющие функциональные изменения регуляторных систем, лица с изменением

физического развития, лица длительно болеющие, лица с инвалидностью, умершие.

Важнейшей чертой эпидемиологии является также причинный подход, установление причинно-следственных связей и разработка профилактических мероприятий (первичная профилактика). Учитывая вышеизложенное, основной задачей кафедры эпидемиологии РостГМУ является подготовка специалистов-эпидемиологов нового поколения, владеющих всем спектром эпидемиологических исследований в области как инфекционной, так и неинфекционной патологии, способных выявить причины и факторы риска заболеваемости населения и разрабатывать научно-обоснованные направления профилактики болезней. Однако программа и учебный план не отвечают современным требованиям и должны быть реформированы на всех факультетах.

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ — ОСНОВА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Н.М. Корецкая, А.Н. Наркевич

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Цель: оценить эпидемиологическую значимость больных с несвоевременно выявленным туберкулезом легких.

В разработку взяты 632 истории болезни впервые выявленных больных наиболее эпидемиологически опасными формами туберкулеза: диссеминированной, фиброзно-кавернозной, казеозной пневмонией (бактериовыделение определялось соответственно в 71,4, 91,7 и 93,0%). Несвоевременное выявление (наличие бактериовыделения и распада) имело место у 73,7% больных. Подробно изучена характеристика бактериовыделения (массивность, лекарственная устойчивость, жизнеспособность) и причины несвоевременного выявления заболевания.

У 65,9% бактериовыделителей бактериовыделение носило массивный характер и лишь у 34,1% скудный. Высокой жизнеспособностью (рост до 30 дней с количеством колоний более 100) обладало 60,8% выделенных штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ), низкой (рост выше 30 дней с количеством колоний менее 20) — лишь 12,4%. Лекарственную резистентность имели у 44,7% МБТ (монорезистентность — лишь 7,7%, поли — 15,1%, а наиболее высокой была множественная лекарственная устойчивость (устойчивость к изониазиду и рифампицину, независимо от отсутствия или наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам) — 21,9%). Последнее предполагает повышенную трансмиссивность МБТ, что наряду с установленным преобладанием высокой жизнеспособности возбудителя, массивным бактериовыделением у преобладающего числа больных делает их высоко эпидемиологически опасными.

Одна из главных причин несвоевременного выявления специфического процесса — нарушение декретированных сроков прохождения проверочного флюорообследования (ПФЛО): они были нарушены у 64,2% больных (от 2–3 лет не обследовались 17,6%, свыше 3-х — 49,6%).

Таким образом, несвоевременно выявленные больные ввиду массивности выделения МБТ, почти

в $\frac{1}{2}$ случаев лекарственно устойчивых, в $\frac{2}{3}$ — обладающих высокой жизнеспособностью, представляют высокую эпидемиологическую опасность, что требует активизации работы по активному выявлению туберкулеза среди населения путем привлечения к ПФЛГО длительно не обследованных лиц, что позволит своевременно выявить специфический процесс. Необходимо также 3-х кратное исследование мокроты на МБТ у всех подозрительных на туберкулез лиц с целью выделения наиболее опасной категории больных. Эти мероприятия будут способствовать уменьшению резервуара туберкулезной инфекции, а следовательно, снижению показателей инфицированности и заболеваемости.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ, У СОТРУДНИКОВ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ФАКТОРЫ, ИХ АКТИВИЗИРУЮЩИЕ

А.С. Корначев, К.Б. Степанова, Т.Е. Тюлькова, Ю.В. Чирко, И.В. Бакштановская, Г.А. Кальгина
ФБУН ТНИИКИП Роспотребнадзора, г. Тюмень

В ходе исследования особенностей реализации эпидемиологического процесса внутрибольничного туберкулеза среди сотрудников Тюменского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, продолжавшегося в течение 2004–2011 гг., установлено, что улучшение состояния иммунной и эндокринной системы у сотрудников в 2010–2011 гг. сопровождалось их стратификацией на пять подгрупп по динамике развития у них антигенного прессинга, вернее сказать, по степени негативного воздействия факторов, угрожающих состоянию иммунной и эндокринной системы.

Ведущим иммунологическим механизмом, определившим стратификацию персонала, являлся стресс. Степень проявления этого стресса, судя по концентрации кортизола в крови у каждой исследуемой подгруппы сотрудников, была различной, как по динамике, так и по интенсивности. Причем эти различия обладали статистической значимостью.

Установлено, что состояние здоровья сотрудников, обусловленное наличием или отсутствием соматической или инфекционной патологии, в момент выявления существенных нарушений иммунной и эндокринной системы не могло явиться предпосылкой, определяющей статистически значимые различия этих работников между собой по концентрации кортизола в последующие сеансы мониторинга.

Ключевой предпосылкой, участвующей в образовании причинной цепи, активизирующей механизмы, снижающие уровень иммунной защиты, являлась принадлежность сотрудников к определенным подразделениям, которые различались между собой интенсивностью бактериального загрязнения производственной среды, а также полнота использования персоналом средств защиты при реализации процессов, обладающих биологической опасностью.

Оказалось, что вероятность попадания сотрудников в кластер с отсутствием антигенного прессинга в 96% случаев определялась уровнем бактериального загрязнения производственной среды подразделений, где они работали, и только в 4% детерминировалась другими причинами. При этом если уровень бакте-

риального загрязнения подразделений не превышал 150 колониеобразующих единиц, то частота попадания персонала в данный кластер была выше 66%.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

Е.А. Кочергина¹, В.В. Семериков²

¹*ГБОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера»*

²*Минздравсоцразвития России; ²Управление здравоохранения администрации города Перми, г. Пермь*

Актуальность ветряной оспы для России и для любого региона в частности, обусловлена высоким уровнем заболеваемости, повсеместным широким распространением, существенным ростом заболеваемости среди взрослого населения в последнее десятилетие, а также наносимым экономическим ущербом.

Целью исследования явилось — определить эпидемиологические и экономические составляющие при ветряной оспе. Исследование проведено в крупном промышленном центре — городе Перми. В ходе исследования были использованы данные официальной регистрации ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае» за 1992–2011 гг. В работе применяли эпидемиологические и статистические методы исследования.

В крупном промышленном центре Пермского края — городе Перми за последние 20 лет заболеваемость ветряной оспой выросла в 2,6 раза (в 1992 г. показатель заболеваемости составил 306,7; в 2011 г. — 784,9 на 100 тыс. населения), темп прироста +23,91%. Ветряной оспой поражаются, главным образом дети до 14 лет (в 2011 г. показатель заболеваемости — 4862,4 на 100 тыс.). Самые высокие показатели заболеваемости отмечались в группе детей, посещающих организованные коллективы, в возрасте 3–6 лет (в 2011 г. показатель заболеваемости — 12 869,3 на 100 тыс.). При этом отмечено увеличение уровня заболеваемости среди взрослого населения в 7 раз (в 1992 г. показатель заболеваемости составил 8,45; в 2011 г. — 56,92 на 100 тыс.), который в десятки раз увеличивал риск осложнений и летальных исходов в этой возрастной группе.

Экономический ущерб от ветряной оспы, по данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае», только в 2011 г. составил 28 437,5 тыс. руб. при стоимости одного случая заболевания 3500 руб. В структуре экономического ущерба от инфекционных заболеваний экономические потери от этой инфекции занимают второе ранговое место, уступая только экономическим затратам от острых кишечных инфекций неустановленной этиологии.

Эпидемиологическая и экономическая составляющая ветряной оспы обосновывает необходимость включения вакцинации против этой инфекции в региональный календарь профилактических прививок.

ИНТЕНСИВНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИЯХ С РАЗЛИЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТЬЮ И ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

В.В. Кудрявцев, А.Я. Миндлина, А.Н. Герасимов

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

На многих территориях РФ заболеваемость ротавирусной инфекцией (РИ) детей составляет более 3000

на 100 тыс. населения, однако ряд регионов не регистрирует РИ до сегодняшнего дня. Уровни заболеваемости совокупного населения по среднемноголетним данным за 1997–2010 гг. в г. Москва составляли 18,45 на 100 тыс. населения, Подольском районе Московской области и в г. Калининград 68,11 и 92,61 на 100 тыс. нас. соответственно. Для многолетней динамики характерна асинхронная цикличность с продолжительностью циклов 2–5 лет и тенденция к повышению заболеваемости и зимне-весенняя сезонность. При этом подъем заболеваемости во всех возрастных группах начинается одновременно, но с особенностями на различных территориях. С целью более точной оценки интенсивности развития эпидемического процесса был использован метод математического моделирования. Проведен анализ распределения 29 116 лабораторно-подтвержденных случаев РИ за 2006–2010 гг. по возрастам с шагом в один год и территориям с учетом территориального деления. При аппроксимации зависимости заболеваемости от возраста с помощью полинома 2 порядка определена возрастная группа, в которой реально наиболее высокий риск заболеть на соответствующей территории. В Москве наиболее подверженный РИ возраст 1,47 лет, для Калининграда — 1,50 лет, а для Подольского района МО — 2,48 лет, то есть в Москве в эпидемический процесс дети вовлекаются в более раннем возрасте. По данным регистрируемых уровней заболеваемости и по данным математического моделирования наиболее высокий риск заболеть в группе детей до 1–2 лет в зависимости от территории, с возрастом он становится меньше. Исходя из рассчитанных величин контактных чисел для группы 1–17 (г. Москва — 26,1; г. Калининград — 25,2; Подольский р-н МО — 22,5), наибольший риск заболеть в г. Москва, далее в г. Калининград и Московской области. Анализ соотношения заболеваемости к условному риску заболеть за пять лет показал, что уровень диагностики РИ в г. Калининград высокий, а рост заболеваемости РИ связан не с улучшением диагностики, а с активизацией факторов риска. При этом в г. Москва и в Подольском районе МО рост заболеваемости не влияет на величину данного соотношения, что характеризует недостаточный уровень диагностики по сравнению с г. Калининград. Таким образом, в г. Москва при большей численности и плотности населения интенсивность эпидемического процесса намного выше, чем на других территориях и не соответствует зарегистрированным уровням, что требует оптимизации системы эпидемиологического надзора за РИ.

СИНДРОМНЫЙ НАДЗОР В СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

А.Н. Куличенко, О.В. Малецкая, Д.С. Агапитов
*ФКУЗ Ставропольский противочумный институт
Роспотребнадзора, г. Ставрополь*

В последнее десятилетие за рубежом значительное внимание уделяется синдромному надзору в системе противоэпидемического обеспечения населения (Buehler J.W. et al., 2003; Connolly M.A., 2005; Babin S.M., 2009). Этот подход может быть использовано отечественной системой реагирования на чрезвычайные ситуации эпидемического характера, включая акты биотерроризма. Синдромный надзор можно применить и при эпидемиологической диагностике вспышек при массовых мероприятиях,

в частности при Олимпийских играх, когда наблюдается многотысячный сбор спортсменов и гостей из многих стран мира на ограниченной территории.

В современных условиях эпидемиологическими рисками при массовых мероприятиях могут быть активизация механизмов передачи инфекционных болезней, в первую очередь с фекально-оральным и аспирационным механизмами передачи инфекции. Это связано с увеличением нагрузки на коммунальные системы жизнеобеспечения населения, увеличением объема используемой пищевой продукции и ростом нагрузки на сети общественного питания. При этом увеличивается количество объектов массового пребывания людей, в том числе гостиничных комплексов, приспособленных под них круизных лайнеров и т.д. Кроме того, должна учитываться возможность заноса участниками и гостями мероприятия опасных инфекционных болезней и актов биотерроризма. Синдромный надзор дает возможность ранней детекции реализации этих рисков в эпидемические осложнения путем раннего выявления синдромов инфекционных болезней, что позволяет своевременно использовать специфическую лабораторную диагностику с применением быстрых методов индикации.

В Руководстве ВОЗ (2009 г.) приведены 10 синдромов, надзор в отношении которых рекомендуется во время проведения массовых мероприятий. Это гастроэнтерит с кровью, гастроэнтерит с водянистыми выделениями, острая лихорадка с сыпью, менингит/энцефалит, дыхательная недостаточность без лихорадки, острая респираторная инфекция с лихорадкой, состояние в связи с высокой/низкой температурой внешней среды, острый вирусный гепатит, ботулиноподобный синдром, неожиданная смерть. При этом следует учитывать, что синдромный надзор не подменяет обычные системы эпидемиологического надзора, а является интегрированной их частью. В то же время, использование синдромного надзора во многих случаях позволяет ранее выявить возникшие эпидемиологические осложнения и предотвратить их масштабное развитие.

О МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Курбатская

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в Тюменской области, г. Тюмень

В Тюменской области проводятся противоэпидемические и профилактические мероприятия, направленные на профилактику и снижение заболеваемости кишечными инфекциями.

Правительством Тюменской области утвержден комплексный план мероприятий по предупреждению заболеваемости населения Тюменской области острыми кишечными инфекциями на 2010–2013 гг.

Ежегодно вопросы профилактики кишечных инфекций выносятся на рассмотрение санитарно-противоэпидемических комиссий во всех муниципальных образованиях области.

Заклучено Соглашение о взаимодействии при реализации контрольно-надзорных функций с органами государственной власти Тюменской области и территориальными органами федеральных органов исполнительной власти.

Ежегодно издаются постановления руководителя Управления Роспотребнадзора по Тюменской области, совместные с департаментом здравоохранения приказы, направленные на профилактику и снижение заболеваемости ОКИ.

Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области подготовлены предписания по вопросам профилактики острых кишечных инфекций в образовательных, социальных, летних оздоровительных, лечебно-профилактических учреждениях Тюменской области.

Мероприятия, направленные на обеспечение населения доброкачественной питьевой водой, разработанные Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области, включены в областные программы социально-экономического развития.

Для системного решения проблемы обеспечения населения области питьевой водой принят Закон «О питьевом водоснабжении в Тюменской области», реализуется областная целевая программа «Обеспечение населения юга Тюменской области питьевой водой».

Ежегодно проводятся семинары с работниками лечебно-профилактических, детских образовательных учреждений, потребительского рынка по вопросам профилактики острых кишечных инфекций. В средствах массовой информации, широко освещается санитарно-просветительная работа с населением о мерах личной и общественной профилактики острых кишечных инфекций, организована работа «горячей линии» по вопросам профилактики кишечных инфекций.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В.В. Кутырев

ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, г. Саратов

В Российской Федерации актуальность проблемы особо опасных инфекционных болезней обусловлена ростом эпидемиологического неблагополучия, эволюцией микроорганизмов и расширением спектра их лекарственной устойчивости, появлением новых нозологических форм с потенциалом глобального распространения, что требует совершенствования лабораторной диагностики, профилактики, лечения этих болезней, повышения эффективности эпидемиологического надзора и контроля в целом.

Основными направлениями дальнейшего развития лабораторной диагностики и эпидемиологического надзора опасных инфекционных болезней являются:

- создание алгоритма расшифровки вспышек заболеваний неясной этиологии, объединяющей эпидемиологическую и лабораторную диагностику;
- разработка и внедрение диагностических тест-систем нового поколения с использованием нано-, xMAP-, SELEX-, микроэррей-, молекулярно-генетических и других современных технологий, в том числе препаратов, позволяющих проводить исследования непосредственно у постели больного (lab-in-a point-of care);

- внедрение методических подходов, основанных на многофакторном анализе, позволяющем повысить информативность и экспрессность исследований;

- осуществление стандартизации организации и проведения лабораторной диагностики инфекционных болезней, включая исследования, проводимые на базе мобильных лабораторий и мобильных комплексов;

- создание компьютерных баз данных, содержащих последовательности полиморфных фрагментов или полных геномов возбудителей, в рамках функций, осуществляемых Государственными коллекциями высокопатогенных микроорганизмов;

- совершенствование системы молекулярного типирования микроорганизмов;

- внедрение современных ГИС-технологий в практику эпидемиологического надзора;

- автоматизация микробиологических исследований, позволяющая сократить количество ручных операций и время производственного цикла, а также повысить биологическую безопасность и качество проводимых работ;

- дальнейшее совершенствование системы «внешнего» и «внутреннего» контроля качества работы микробиологических лабораторий.

О ЗНАЧЕНИИ АНАЛИЗА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГА

С.Э. Лапа, Н.Н. Родина

Управление Роспотребнадзора по Забайкальскому краю

В современных условиях все большее внимание уделяется вопросам эффективности управления, стратегического планирования, повышению ответственности за достижение результатов. Это в свою очередь требует пересмотра направлений практической деятельности эпидемиолога. Остановимся на необходимости применения системы анализа общественного здоровья, изучения его региональных особенностей.

Демографическая ситуация в Забайкальском крае характеризуется стойким снижением численности населения, которое началось с 1992 года. Снижение численности населения в Забайкальском крае обусловлено как естественной, так и миграционной составляющими и в 2011 г. продолжала сокращаться. С 2000 г. отмечаются некоторые положительные тенденции естественного движения населения: увеличилась рождаемость с 11,0 до 15,9‰; с 2006 г. снизилась смертность с 17,2 до 13,8‰; увеличилась по отношению к 2005 г. (59,3 года) ожидаемая продолжительность жизни на 4,4 года; значительно снизилась младенческая смертность — до 7,5‰. В тоже время уровень рождаемости остается низким, уровень смертности — выше среднего, многолетняя динамика смертности сохраняет тенденцию к росту. Наиболее интенсивное нарастание показателей смертности отмечено в группах инфекционных и паразитарных болезней (в 3,0 раза), болезней пищеварительного тракта (в 2 раза).

Наряду с негативными тенденциями демографического развития отмечается и рост заболеваемости населения. В период с 2000 по 2009 гг. заболеваемость

выросла на 29,6%, в том числе среди детей на 73,4%, подростков — на 48,9%, взрослых — на 9,6%. Рост уровня смертности в группе инфекционных и паразитарных болезней происходит на фоне снижения заболеваемости, что нуждается в тщательном эпидемиологическом анализе, часть инфекционных заболеваний регистрируется в других группах болезней или остается вне поля зрения специалистов вследствие низкой медицинской активности населения, что говорит о более высоком их фактическом уровне.

Знание тенденций, характеризующих демографическое развитие территории, с одной стороны, позволяет обеспечивать динамическое наблюдение за условиями, активизирующими эпидемический процесс, с другой — определять влияние инфекционных заболеваний на демографические процессы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Лесникова, С.Н. Смелков, И.В. Удалова

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Вологодской области, г. Вологда

С целью стабилизации заболеваемости населения области туберкулезом на территории проводится целенаправленная организационная работа. Реализуется утвержденный Законодательным собранием областной Закон «О противотуберкулезной помощи населению».

Несмотря на то, что в 2011 г. уровень заболеваемости туберкулезом в 2 раза ниже российского показателя (66,7 на 100 тыс. населения), ситуация в области оценивается как нестабильная.

В 2011 г. в области отмечается снижение заболеваемости туберкулезом на 14,6%, бациллярными формами — на 23,8%. Показатель заболеваемости впервые выявленным туберкулезом составил 33,6 на 100 тыс. населения. Однако в 2010 г. (в сравнении с 2009 г.) рост заболеваемости туберкулезом составлял 8,6%, а бациллярными формами — на 14,9% (показатель заболеваемости — 39,4 на 100 тыс. населения).

На 18 административных территориях уровни заболеваемости превышают среднеобластной показатель. Наиболее неблагоприятными по туберкулезу территориями в 2011 г. были Белозерский, Вожегодский, Кадуйский, Междуреченский, Устюженский районы, где уровень заболеваемости превышает областной показатель в 1,7 раза.

Среди детей до 17 лет заболеваемость впервые выявленными формами туберкулеза увеличилась в 1,7 раза, в том числе туберкулезом органов дыхания на 25%. Ежегодно регистрируется от 2 до 5 случаев выделения микобактерий туберкулеза у детей.

Важным критерием оценки эпидемиологической ситуации является смертность от активного туберкулеза и его последствий. Смертность снизилась с 9,0 на 100 т.н. в 2005 г. до 5,2 в 2011 г., но остается самой высокой среди всех инфекционных заболеваний.

Несмотря на высокие показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза и его последствий, охват флюорографическими обследованиями за последние 10 лет не превышал 55%. В 2011 г. данный показатель увеличился и составил 64,7%, что при складывающейся ситуации приводит к увеличению

числа «скрытых» источников инфекции, из которых рекрутируются больные запущенными формами туберкулеза.

Охват флюорографическим обследованием декретированных контингентов в целом по области на протяжении ряда лет остается на достаточно высоком уровне 95–98%, а в 2011 г. он составил — 98,0%.

В целом по области качественнее других обследуются работники детских дошкольных учреждений (99,7%). Группами с наименьшим процентом охвата флюороосмотрами являются работники школ (94,9%) и работники животноводства (93,6%), что приводит к увеличению числа «скрытых» источников инфекции, регистрации более тяжелых форм заболевания среди данного контингента и отражается на росте заболеваемости туберкулезной инфекцией.

В 2011 г. на территории области среди обследованных декретированных контингентов выявлено больных туберкулезом — 38 человек, из которых 34,2% являлись бактериовыделителями.

Объем противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза недостаточный — из-за отсутствия средств на приобретение дезинфекционных камер, не в полном объеме (только на 57,2%) проводится заключительная дезинфекция с применением камерного метода.

В городах и районах области специалистами Управления Роспотребнадзора по Вологодской области систематически проводится надзор за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий, что позволяет в определенной мере сдерживать эпидемическую ситуацию по туберкулезу. В 2011 г. план проведения профилактических прививок против туберкулеза выполнен на 100%, в том числе у новорожденных — на 99%. Охват новорожденных вакцинацией в области в 2011 г. составил 96,5%, ревакцинировано в 7 лет — 99,9%, в 14 лет — 99,9%.

В гигиеническом обучении и воспитании населения приоритетное внимание уделяется в первую очередь декретированным контингентам, больным туберкулезом и контактным.

С целью стабилизации заболеваемости населения области туберкулезом на территории проводится целенаправленная организационная работа. Реализуется утвержденный Законодательным собранием областной Закон «О противотуберкулезной помощи населению и предупреждению распространения туберкулеза в Вологодской области», издано постановление главного государственного санитарного врача по Вологодской области № 9 от 04.08.2009 г. «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом на территории Вологодской области».

Основной причиной нестабильности заболеваемости туберкулезом в области следует считать продолжающееся действие отрицательных социальных факторов, неполноценное питание, психоэмоциональные стрессы, продолжающиеся миграционные процессы, многочисленные заносы инфекции из мест лишения свободы.

Для стабилизации заболеваемости населения области туберкулезом необходимо дальнейшее осуществление эффективного государственного санитарно-эпидемиологического надзора по предупреждению распространения туберкулеза и взаимодействие с противотуберкулезными учреждениями

в проведении организационных и профилактических мероприятий, а также шире использовать средства массовой информации для пропаганды здорового образа жизни у населения, укрепления здоровья и настороженности к данной инфекции.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ДАННЫХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЧУМЕ

А.А. Лопатин, В.А. Сафронов, А.С. Раздорский, Е.В. Куклев, В.П. Топорков

ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, г. Саратов

Разработанные в ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора совместно с лабораторией эпидемиологической кибернетики ФБГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи Минздравсоцразвития математические модели эпидемического процесса при чуме показали свою эффективность при верификации на гипотетических и реальных данных, полученных из описания реальной эпидемии чумы в поселке Авань Кызылординской области Казахской ССР в 1945 г. Модели основаны на разработанной О.В. Барояном, Л.А. Рвачевым и Ю.Г. Иванниковым в 80-ых годах 20 века методологии математического моделирования и прогнозирования эпидемического процесса — эпиддинамики. Основой математических моделей эпидемического процесса при чуме типа SENImRF, является феноменология инфекционного процесса, заключающаяся в формализации параметров последовательного перехода для каждого участника эпидемического процесса между состояниями (стадиями) инфекционного процесса, от состояния восприимчивости до состояния исхода. При этом учитывается как общее время эпидемического процесса, так и внутреннее время для каждого состояния. Такой подход позволяет получить количественные данные течения эпидемического процесса для большого числа жителей с общей для всего населения интенсивностью контактов. На малых группах, в которых численность населения не превышает нескольких сотен, влияние отдельных параметров моделирования очень велико, что может увеличивать погрешность при вычислениях. В направлении совершенствования математического моделирования эпидемического процесса при чуме, в том числе и для малых групп населения, нами предложена методика построения математической модели с использованием персонафицированных данных. Персонафикация достигается путем создания массива данных уникальных значений идентификаторов жителей, и связей между ними, виртуального населенного пункта, население которого соответствует реальному. На основе персонафицированных данных строится модель с учетом основных параметров эпидемического процесса при чуме. Результатами вычислений являются общее и посуточное количество людей в различных группах (восприимчивые, контактные, больные, выздоровевшие, иммунные, умершие и др.) вовлеченного в эпидемический процесс населения.

Такой подход позволит повысить точность расчетов для малых групп населения, проводить расчеты с учетом особенностей структуры связей среди населения, а так же контролировать вычислительный процесс на любом этапе вычислений.

ТАКТИКА ИММУНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА «УПРАВЛЯЕМЫМИ» ИНФЕКЦИЯМИ

Ю.И. Лысанов¹, И.Б. Петрилла², И.И. Губанова¹

¹Департамент здравоохранения и социальной помощи населению, г. Иркутск; ²ГБОУ ВПО «Иркутский Государственный Медицинский Университет» Минздравсоцразвития России, г. Иркутск

Ликвидация «управляемых» инфекций — стратегическая цель Глобальной расширенной программы иммунизации ВОЗ. Эффективность мероприятий по профилактике зависит от тактики иммунизации населения, своевременно корректируемой в соответствии с формирующимися изменениями эпидемического процесса, позволяет снизить заболеваемость до уровня спорадических случаев, согласно рекомендациям МЗ РФ и ВОЗ в пределах 5,0–10,0 на 100 тыс. населения.

На фоне снижения общей заболеваемости «управляемыми» инфекциями в г. Иркутске регистрировались вспышки кори, детерминированные возрастной группой 15–20 лет. Охват ревакцинацией в объеме 92,4% подростков и молодежи в организованных коллективах; лиц, без сведений о прививках; медицинского персонала ЛПУ позволил снизить уровень заболеваемости среди всего населения города. Подобная тактика вакцинации оставалась неизменной в течение нескольких лет, охват ревакцинацией достиг 99,5%, уровень заболеваемости составил 0,17 на 100 тыс. населения, что соответствовало самому низкому показателю за весь период наблюдения за этой вирусной инфекцией в г. Иркутске.

Уровень заболеваемости вирусным гепатитом В в «допрививочный период» характеризовался высокими среднегодовыми темпами прироста в возрастной группе 16–17 лет. Организация и проведение иммунизации учащихся старших классов, в результате которой было привито около 80 тысяч человек, повлияла на снижение уровня интенсивности эпидемического процесса среди всего городского населения.

Принятие своевременных управленческих решений по совершенствованию профилактических мероприятий снижения инфекционной заболеваемости в системе Государственного санитарно-эпидемиологического надзора позволяет создать устойчивое санитарно-эпидемическое благополучие населения.

ДИФТЕРИЯ В РОССИИ: НАЧАЛО ПЕРИОДА ЭЛИМИНАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.М. Максимова¹, С.С. Маркина¹, Т.Н. Якимова¹, Н.А. Кошкина²

¹ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва; ²Федеральная служба в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

В 80–90-е годы XX века Россия пережила два периодических подъема заболеваемости дифтерией, обусловленных накоплением неиммунных лиц, в основном среди взрослых. В течение этих лет в возрастной структуре заболевших взрослые составили от 57,2 до 67,9% от числа больных. Прекратить эпидемическое распространение дифтерии в 90-е годы удалось благодаря масштабным мерам по иммунизации населения, включая взрослых. Необходимый охват прививками взрослых достигнут в России в 1999 г. —

95%. Также были приняты меры к преодолению несвоевременной вакцинации детей раннего возраста. Охват законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев увеличился с 68,7% в 1990 г до 95% в 1999 г. Завершающую роль в достижении спорадической заболеваемости сыграла повторная плановая ревакцинация взрослого населения в 2004–2005 гг. К 2005 г. (показатель заболеваемости 0,25 на 100 тыс. населения) в России произошло снижение заболеваемости в 107,6 раз по сравнению с пиком эпидемии в 1994 г. (показатель заболеваемости 26,9 на 100 тыс. населения). В настоящее время население России имеет надежную защиту от дифтерии, что подтверждено результатами серомониторинга, проводимого в плане эпиднадзора за этой инфекцией в субъектах Федерации. Защитные титры антител у обследованных детей, подростков в 2005–2011 гг. выявлены в 96,6 и 98,0%, у взрослых в 92,8–94,3% при высокой напряженности иммунитета.

Заболеваемость дифтерией в настоящее время носит спорадический характер с тенденцией ежегодного снижения. Показатели заболеваемости с 2007 г. были на уровне сотых долей (0,06–0,04) на 100 тыс. населения и в 2009–2010 гг. показатель составил 0,01, в 2011 г. — 0,004, то есть 5 случаев дифтерии и все у взрослых. Большинство заболевших переносят дифтерию в легкой локализованной форме. Тяжелые токсические формы регистрируются у непривитых лиц.

В России достигнуты критерии элиминации манифестных форм дифтерии, разработанные ВОЗ: высокий охват прививками населения — 97,3%, высокий уровень специфического антитоксического иммунитета, единичные случаи заболевания и нераспространение инфекции в очагах. Однако для стабильного эпидблагополучия в стране необходимо поддерживать высокий уровень иммунизации населения. В связи с этим на данном этапе первостепенное значение сохраняет контроль за фактической защищенностью населения.

ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПИОДЕРМИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Г.Г. Марьян¹, А.В. Тутельян², В.В. Валиевский³, М.А. Соколов³

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва; ²ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва; ³Медицинская служба Западного военного округа МО РФ, Санкт-Петербург

Пиодермии являются наиболее распространенными заболеваниями кожи у военнослужащих срочной службы. Занимая второе место в общей структуре заболеваемости военнослужащих по призыву после болезней органов дыхания, они, по-прежнему остаются одной из актуальных проблем современной военной медицины (Акимкин В.Г., 2010). В ряде учебных воинских подразделений в отдельные периоды службы заболеваемость пиодермиями составляет от 300 до 500‰ (на 1000 человек) (В.А. Новиков, 2009; В.В. Гладько, Н.Н. Кахишвили, 2011). Наряду с этим, многие факторы военной службы и быта неблагоприятно действуют на состояние иммунной системы. Особенно это выражено в период адаптации к условиям военной службы и новым климато-географическим условиям и сопровождается

фактором изначальной иммунологической недостаточности (О.И. Клочков, 2004; А.И. Синопальников, 2008).

Цель исследования — оценка эпидемиологической эффективности применения регуляторного пептида препарата «Имунофан» на отдельные показатели неспецифического иммунитета и заболеваемость пиодермиями у курсантов учебных подразделений.

Материалы и методы. Проведена оценка эпидемиологической эффективности препарата «Имунофан» и влияния его на уровень заболеваемости пиодермиями в воинском коллективе. В комплексной оценке влияния препарата «Имунофан» на иммунный статус человека определяли содержание Т-лимфоцитов и их субпопуляций у лиц опытной (до применения и через 30 дней после применения препарата) и контрольной групп, в каждой по 75 человек. В опытной группе отмечено снижение ($p < 0,05$) показателя СД4/СД8 на 28,5% (с 1,8 до 1,4), в контрольной снижении ($p < 0,05$) на 43,7% (с 1,6 до 0,9) до показателей ниже нормы (1,2–2,5). При этом показатель СД4 в опытной группе снизился на 11,9% (с $42,0 \pm 0,8\%$ до $37,0 \pm 0,6\%$), а в контрольной на 20,0% (с $40,0 \pm 0,8\%$ до $32,0 \pm 0,6\%$) до показателей ниже нормы (35,0–65,0%), $p < 0,05$. В опытной группе показатель СД8 увеличился на 12,0% (с $25,1 \pm 0,5\%$ до $28,5 \pm 0,5\%$), а в контрольной группе на 31,6% (с $26,2 \pm 0,9\%$ до $38,3 \pm 1,0\%$), превышая нормативный показатель (12,0–30,0%). Установлено, что в течение медленной фазы (28–30 суток) у лиц, получавших «Имунофан», проявляется его иммунорегуляторное действие, восстанавливаются нарушенные показатели клеточного и гуморального иммунитета, баланс субпопуляций Т-лимфоцитов. Отмечено достоверное снижение уровня заболеваемости пиодермиями в опытной группе по сравнению с контрольной в 3,3 раза (40,0‰ против 133,0‰), коэффициент эффективности 69,2%. В период формирования воинских коллективов отмечается высокий уровень заболеваемости пиодермиями, сопровождающийся снижением отдельных показателей иммунного статуса военнослужащих.

ИНФЕКЦИОННАЯ И ПАРАЗИТАРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Д.В. Маслов¹, В.М. Воронок¹, Е.И. Аббасова¹, Г.Т. Дзюба², М.А. Наумова²

¹Управление Роспотребнадзора по Приморскому краю, г. Владивосток; ²ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Владивосток

В Приморском крае за 2006–2011 гг. эпидемиологическая ситуация по инфекционной заболеваемости в целом расценивалась как удовлетворительная за исключением 2009 года, когда отмечался самый высокий уровень заболеваемости всеми инфекционными болезнями (20051,5‰). В 2011 г. заболеваемость (19959,4‰) превысила уровень 2010 г. на 13,2% и на 13,0% была выше среднего многолетнего уровня (СМУ), за счет введения в государственную статистическую регистрацию внебольничных пневмоний (зарегистрировано 10 897 случаев). Без учета ОРВИ и гриппа, удельный вес которых в 2011 г. составил 85,7%, эпидемиологическая обстановка расценивалась как благополучная и была ниже СМУ на 8,8%. В структуре инфекционной заболеваемости наибольший удельный вес занимали

острые кишечные инфекции (33,9%) и инфекции дыхательных путей (25,6%). Заболеваемость паразитарными болезнями на протяжении анализируемых лет оценивалась как благополучная, а в 2011 г. был зарегистрирован самый низкий показатель заболеваемости — 386,6‰ (в 2006 г. — 670,5‰). В течение последних 6-ти лет в Приморском крае не регистрировались: холера и вибрионосители холеры, кампилобактериоз, полиомиелит, дифтерия и бактерионосители дифтерийного микроба, синдром врожденной краснухи, туляремия, сибирская язва, лихорадка Западного Нила, крымская геморрагическая лихорадка, бешенство, орнитоз, сыпной тиф, болезнь Бриля, лихорадка Ку, листериоз, легионеллез, пневмоцистоз, паразитоз возбудителя малярии, криптоспориоз, амебиаз. В 2011 г. снижение уровня заболеваемости отмечалось по 32 нозологическим формам (в 2010 г. — по 29). Рост заболеваемости наблюдался по краснухе, кори, ротавирусной инфекции, эшерихиозу, скарлатине, ветряной оспе, менингококковой инфекции, геморрагической лихорадке с почечным синдромом. Впервые в крае зарегистрированы случаи норовирусной инфекции (23 случая). В 2011 г. экономические затраты от большинства инфекционных болезней составили 16,9 млн рублей, и, в первую очередь, от ОРВИ и кишечных инфекций неустановленной этиологии. В то же время в результате проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий экономия средств составила 9,4 млн рублей. В крае достигнуты индикативные показатели реализации ведомственной целевой программы «Стоп-инфекция» по заболеваемости эпидемическим паротитом, коклюшем, острому вирусному гепатиту А, клещевому энцефалиту. В прогнозе в Приморском крае будет продолжаться тенденция к снижению уровня заболеваемости более чем по 28 нозологическим формам болезни.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ГИГИЕНА НА СЛУЖБЕ СТОМАТОЛОГИИ

П.И. Мельниченко¹, С.С. Рожков²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва;

²ФГБУЗ Дезконтроль», Москва

Стоматология является одной из самых бурно развивающихся отраслей медицины. В то же время она занимает лидирующее место среди видов оказания медицинской помощи населению, относящихся к группе риска. Ведь в подавляющем большинстве действующие в стране стоматологические лечебно-профилактические организации (СЛПО) можно отнести к индустрии оказания скорой медицинской помощи.

Любое ориентированное на оказание экстренной медицинской помощи учреждение принимает пациентов «с улицы» («с колес»). СЛПО так же работают с клиентами в условиях отсутствия достаточной информации. Человек мог быть в контакте с заразными больными в семье, на работе, в местах экзотического отдыха и т.д. Эти обстоятельства могут представлять определенную угрозу персоналу учреждений и уже находящимся в них больным. Речь идет в первую очередь о противодействии распространению внутрибольничных инфекций (ВБИ).

В этом случае крайне важна организация работы персонала учреждения, которая сводит до минимума риски для своего здоровья и исключает таковые

в отношении пациентов. Главные усилия должны концентрироваться вокруг нейтрализации действия биологических факторов. По сути дела, СЛПО должны постоянно работать в условиях «строгого противоэпидемического режима». Персонал СЛПО обязан считать каждого поступающего в учреждение клиента «опасным» для работников и окружающих до тех пор, пока не будут исключены хотя бы основные предпосылки, создающие указанные выше риски для здоровья людей.

При существующей организации работы СЛПО такие «заградительные барьеры» установить очень трудно. Перед эпидемиологами, гигиенистами, другими профилактиками стоит весьма непростая задача. Для ее решения есть несколько путей, но начинается работа с подготовки персонала к действиям в условиях биологической угрозы уже на предварительном этапе функционирования СЛПО, то есть в период аккредитации и лицензирования. Именно здесь указанные выше специалисты профилактического профиля должны предвидеть способность конкретного учреждения и его персонала выстроить все необходимые барьеры с учетом состояния материально-технической базы, объема и видов предоставляемых услуг и др.

Другим направлением противодействия рискам является организационное. Известно, что при строительстве, реконструкции, перепланировке учреждений необходимо руководствоваться требованиями нормативно-технических документов, например «Санитарно-гигиеническими требованиями к стоматологическим медицинским организациям» (СанПиН 2.1.3.2524-09).

В целом противодействие распространению ВБИ, их профилактика и ликвидация достигаются применением мер специфической и неспецифической профилактики. Специфическая профилактика ориентирована в основном на персонал учреждений. Она предполагает иммунизацию (плановую и экстренную), а также вакцинацию. Понятно, что ее возможности ограничены, чтобы гарантировать безопасность всех людей.

Неспецифическая профилактика открывает более широкие и эффективные меры. К их числу относятся: архитектурно-планировочные; санитарно-технические; санитарно-противоэпидемические; дезинфекционно-стерилизационные. Максимальная результативность мер достигается в том случае, если они применяются в комплексе. Но это под силу лишь крупным, специализированным СЛПО. Поэтому истинная ситуация с количеством ВБИ в этих организациях остается мало изученной проблемой и является одной из насущных задач всей профилактической медицины. Здесь первостепенную роль должны сыграть специалисты эпидемиологического и гигиенического профиля.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОНОЗОВ С РАЗЛИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

А.Я. Миндлина

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Эпидемиологические особенности антропонозных инфекциями независимо от механизма передачи и степени управляемости имеют как различия, так

и общие черты. В частности заболеваемость многими инфекционными болезнями снижается, независимо от того проводятся в отношении них противоэпидемические мероприятия или нет. Наблюдается «сдвиг» заболеваемости на старшие возрастные группы практически при всех инфекционных болезнях независимо от их «управляемости». Характерна выраженная территориальная неравномерность распределения заболеваемости инфекционными болезнями с фекально-оральным и аэрозольным механизмом передачи, обусловленная действием различных биологических и социально-экономических факторов, которые могут оказывать либо прямо, либо опосредованно комплексное влияние на все три элемента эпидемического процесса, замедляя или ускоряя его развитие. Увеличение миграции и туризма, прежде всего, способствуют увеличению источников инфекции за счет завоза случаев инфекции с неблагополучных в эпидемическом отношении территорий. Различия в санитарно-коммунальном состоянии территорий, в частности обеспеченность населения доброкачественной водой и канализацией обуславливают активность реализации механизма передачи антропонозов с фекально-оральным механизмом передачи. Качество проведения иммунопрофилактики определяет величину иммунной прослойки и соответственно количество восприимчивых лиц в отношении инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики. Особенности демографической структуры населения, в частности колебание соотношения доли детей и взрослых в общей структуре населения могут способствовать как увеличению или уменьшению числа восприимчивых, так и изменению активности механизма передачи антропонозов, как с аэрозольным, так и с фекально-оральным механизмом передачи. Экономическое состояние территорий оказывает опосредованное влияние на все три элемента эпидемического процесса. Наличие комплексного влияния различных факторов на эпидемический процесс необходимо учитывать при проведении эпидемиологического надзора с целью его своевременной оптимизации. Следует отметить, что результаты математического моделирования показывают, что средний уровень заболеваемости антропонозными инфекциями в ближайшем будущем, учитывая динамику изменений, в демографической структуре населения, может вернуться к значениям 1980-х годов, но повозрастное распределение заболеваемости будет сдвинуто на старшие возраста.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.И. Морозова

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Саратов*

В Саратовской области одним из приоритетных направлений деятельности системы органов здравоохранения является оказание противотуберкулезной помощи населению. При министерстве здравоохранения региона функционирует Координационный Совет, в задачи которого входит рассмотрение вопросов выявления, профилактики, диагностики, эффективности лечения больных туберкулезом, мониторинг эпидемической ситуации в разрезе муниципальных образований и в целом по области. Особое место занимает разбор случаев смертности

от туберкулеза. Показатели по выявлению и профилактике туберкулезной инфекции мониторируются еженедельно. В регионе успешно используются существующие методы выявления туберкулеза: лучевой (флюорография — ФГ), туберкулинодиагностика, микробиологические исследования. Охват профосмотрами населения региона в 2011 г. составил 77,6% (РФ 63,8%), активно (с помощью ФГ) выявлено 75,3% вновь зарегистрированных больных туберкулезом органов дыхания. С помощью туберкулинодиагностики выявлено 88,6% детей туберкулезом различных локализаций. Благодаря проводимым организационным мероприятиям и реализации областной, федеральной целевых программ по туберкулезу, а также Национального проекта «Здоровье», больные туберкулезом полностью обеспечены препаратами первого и второго ряда, осуществляется переоснащение лечебно-диагностическим оборудованием специализированных учреждений, что позитивно отражается на эпидемиологических показателях и результативности лечения пациентов. В 2011 г. заболеваемость туберкулезом коренного населения составила 53,4 на 100 тыс. населения. Смертность от туберкулеза по сравнению с 2010 годом уменьшилась на 6,7% и составила 11,1 на 100 тыс. населения. Удельный вес больных с фазой распада при первичном выявлении составляет 33,0%, а бактериовыделителей — 38,1%, что существенно ниже среднероссийских значений. В 2011 г. прекращение бактериовыделения у впервые выявленных пациентов составляет 82,7%, рубцевание полостей распада — 69,9%. В области в решении проблем туберкулеза принимают участие 5 докторов и 14 кандидатов медицинских наук, которые трудятся в Саратовском медицинском университете и в органах практического здравоохранения. Среди врачей-фтизиатров 74,6% имеют высшую квалификационную категорию по специальности. Структура противотуберкулезных учреждений состоит из 8 диспансеров, одной больницы и двух санаториев (детского и взрослого). Высокий научно-практический кадровый потенциал, материальное обеспечение службы, рациональное использование ресурсов, административный контроль за противотуберкулезными мероприятиями способствуют стабилизации и улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу в области.

ПЕНИТЕНЦИАРНЫЙ ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Р.Д. Мучаидзе, Ю.Н. Шитов, В.В. Данцев

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург*

Пребывание в местах лишения свободы (МЛС) повышает риск заболевания туберкулезом в любой стране мира, это связано с особенностями статуса и поведения самих заключенных, характеристикой окружающей их среды (переполненность помещений, теснота, плохое питание, ограниченная вентиляция, стресс и т.д.). По данным статистики заболеваемость туберкулезом в МЛС Российской Федерации превышает заболеваемость населения более чем в 30 раз, так среди всех впервые выявленных больных в 2010 г. — 12% были выявлены в МЛС.

Пенитенциарный фактор повышенного риска заболевания туберкулезом является актуальным и для военнослужащих, среди которых можно выделить следующие категории:

- находившиеся до начала службы (по призыву или по контракту) в МЛС (следственном изоляторе, исправительном учреждении), или работавшие там сотрудниками и непосредственно контактировавшие с заключенными;
- находившиеся в МЛС, но оправданные судом и оставленные на военной службе;
- находившиеся в МЛС и осужденные к содержанию в дисциплинарной воинской части.

Следует отметить, что пребывание военнослужащего в дисциплинарной воинской части нельзя считать фактором риска заболевания туберкулезом. Именно нахождение в МЛС до суда является эпидемиологически значимым. Так, еще в конце 1990-х гг. в отношении многих военнослужащих, обвинявшихся в совершении преступлений, избиралась мера пресечения в виде заключения под стражу в следственном изоляторе. В период нахождения в СИЗО эти военнослужащие заражались (а некоторые успевали и заболеть) туберкулезом. Выявлялось же заболевание уже во время службы в дисциплинарной воинской части, что приводило к распространению туберкулеза среди постоянного и переменного состава. Позднее, в середине 2000-х гг., в отношении военнослужащих, находящихся под следствием, стала чаще избираться мера пресечения в виде наблюдения командования воинской части, что позволило избежать содержания в СИЗО и способствовало снижению заболеваемости туберкулезом в дисциплинарных воинских частях.

Военнослужащим с пенитенциарным фактором риска заболевания туберкулезом показано диспансерное динамическое наблюдение врача воинской части и проведение химиопрофилактики. Учитывая значительную распространенность лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза у больных в МЛС (22–50%), химиопрофилактику таким военнослужащим следует проводить 2 противотуберкулезными препаратами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.Д. Мучаидзе, Ю.Н. Шитов, В.В. Данцев

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Важным направлением борьбы с туберкулезом в ВС РФ являются профилактические мероприятия в отношении военнослужащих, относящихся к группе повышенного риска заболевания туберкулезом. Эта группа составляет в среднем 6% от всего молодого пополнения (по призыву и по контракту) и «поставляет» около 40% из числа заболевших туберкулезом военнослужащих. Заболеваемость лиц из группы риска в 10 раз превышает таковую среди военнослужащих, не входящих в группу риска, особенно в первые 6 месяцев службы.

В группу повышенного риска заболевания туберкулезом должны быть зачислены следующие категории военнослужащих:

- болевшие туберкулезом и состоявшие на учете в противотуберкулезном диспансере до начала военной службы;
- имевшие когда-либо контакт (семейный, квартирный, бытовой, производственный, профессиональный и др.) с больным туберкулезом;

- лица с пенитенциарным фактором риска (пребывание в местах лишения свободы);
- «рентгеноположительные» — лица с остаточными изменениями в легких, плевре, лимфатических узлах после спонтанно излеченного туберкулеза;
- с гиперергической реакцией Манту (папула 21 мм и более, или осложненная реакция);
- с постинфекционным «виражом» — впервые выявленной положительной реакцией Манту (папула 5 мм и более), не связанной с предшествующей ревакцинацией БЦЖ;
- с усиливающейся реакцией Манту — резким усилением чувствительности к туберкулину (увеличением размера папулы на 6 мм и более в течение одного года).

Для исключения активного туберкулеза врачу части следует проконсультировать таких военнослужащих у фтизиатра. В последующем военнослужащие с повышенным риском заболевания туберкулезом подлежат диспансерному динамическому наблюдению с обязательным проведением однократного 3-х месячного курса химиопрофилактики, что позволяет снизить заболеваемость туберкулезом среди них 5–7 раз.

ГЕНОДИАГНОСТИКА И ТИПИРОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗА

О.В. Нарвская¹, И.В. Мокроусов¹, А.А. Вязовая¹, В.Ю. Журавлев², Т.Ф. Оттен², Б.И. Вишневецкий²

ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера», Санкт-Петербург; ²ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург

Штаммы *M. tuberculosis*, выделенные в 1996–2011 гг. от впервые выявленных больных туберкулезом легких на территории Санкт-Петербурга, генотипировали с помощью сполитотипирования (Kamerbeek et al., 1997) и, выборочно, IS6110-RFLP (van Embden et al., 1993) и MIRU-VNTR- типирования (Supply et al., 2001, 2006; Mokrousov et al., 2008). За 15-летний период наблюдения у штаммов, циркулирующих в Санкт-Петербурге, выявлено 180 сполитотипов, представляющих около 20 генетических семейств (Beijing, T, LAM и др. согласно SpolDB4.0(SITVIT)). В изученной популяции доминируют штаммы Beijing (сполитотип SIT1), доля которых составляет около 50%, что, в целом, согласуется с данными по другим территориям РФ. Гетерогенность штаммов Beijing по маркерам IS6110-RFLP (более 50 типов) и MIRU-VNTR (12 типов) наряду с кластеризацией отражают единство происхождения и клональный характер эволюции данного генотипа. В России циркуляция штаммов Beijing, по-видимому, носит эндемический характер. Однако некоторые современные варианты данного генотипа, (например, штаммы кластера B0 (по результатам IS6110-RFLP), обладающие мультирезистентностью, высокой трансмиссивностью и вирулентностью (по критериям роста и повышенной индукции IL-10 в культуре макрофагов [Lasunskaja et al., 2010]), способны вызывать тяжелое прогрессирующее течение процесса (Журавлев и др., 2010), групповые заболевания (вспышки) МЛУ-ТБ, в том числе нозокомиальные (Narvskaya et al., 2002).

Высокие темпы роста субпопуляции В0, в сравнении с популяцией Beijing в целом, свидетельствуют об «успешной» диссеминации этого эпидемически значимого варианта на фоне массовой вакцинации BCG (Mokrousov et al., 2008). При этом следует учитывать, что штаммы других генотипов (например, LAM [Dubiley et al., 2010]) могут проявлять не меньшую вирулентность и резистентность к противотуберкулезным препаратам. В интересах стабилизации эпидемического процесса и снижения заболеваемости мультирезистентным туберкулезом в России должна быть создана единая система микробиологического мониторинга популяций возбудителя на основе современных лабораторных методов генотипирования штаммов *M. tuberculosis*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР В СИСТЕМЕ САНИТАРНОЙ ОХРАНЫ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.А. Нафеев^{1,2}, Г.В. Салина², В.И. Аббязова²,
И.И. Сибяева², В.А. Никишин², Д.А. Хакимова³,
А.В. Васильева³, Г.М. Айнутдинова³, А.В. Меркулов³,
Л.М. Киселева¹, С.Л. Мерцалова¹

¹Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, г. Ульяновск; ²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», г. Ульяновск;

³Управление Роспотребнадзора по Ульяновской области, г. Ульяновск

Статьей 30 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ определено, что «Санитарная охрана территории Российской Федерации направлена на предупреждение заноса и распространения регламентированных инфекционных болезней, а также на предотвращение завоза и реализации опасных товаров, химических, биологических веществ, радиоактивных материалов, отходов, других грузов. Введение в Российской Федерации, с 2007 года, в действие новых Международных медико-санитарных правил обусловлено глобализацией инфекционных болезней, неуклонным появлением новых и возвращения старых, ранее распространенных инфекций. В связи с участвовавшим завозом как известных, так и новых инфекционных болезней становятся все более актуальными их профилактика, предупреждение вторичного распространения и укоренения этих болезней на новых территориях и заболеваний лиц, временно выезжающих за рубеж. Современный эпидемиологический период характеризуется появлением новых, пока еще редко диагностируемых инфекционных болезней, в числе которых легионеллез, относящийся к сапронозам. За 2008–2011 гг. в Ульяновской области зарегистрировано 17 случаев заболеваний (2008 г. — 11 случаев, 2009 г. — 3 случая, 2010 г. — 2 случая, 2011 г. — 1 случай). Из них 16 случаев расценены как завозные (Хадж в Саудовскую Аравию — 13 человек, туристическая поездка во Францию — 1 человек, туристическая поездка в Египет — 2 человека). Учитывая «завозной» характер легионеллеза установить источник инфекции как правило невозможно. Таким образом, в современный период профилактика завоза инфекционных болезней становится серьезной проблемой для здравоохранения любого субъекта РФ. Международная миграция населения (трудо-

вая, коммерческая, туристическая и т.д.), ставшая важной составной частью экономической жизни современной России, обуславливает наряду с завозом таких инфекционных заболеваний как туберкулез, ВИЧ, венерические болезни, еще и новые недавно взятые на учет регистрируемые инфекции (легионеллез и т.д.), а это нацеливает на пластичность и оперативность проводимого на территориях эпидемиологического надзора.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Ненадская, М.Ю. Соловьев, Е.В. Ковалев,
С.И. Федорук, Д.С. Махненко

Управление Роспотребнадзора по Ростовской области,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы туберкулеза в области обусловлена высоким уровнем заболеваемости и сохраняющейся смертностью. В 2011 г. заболеваемость, впервые выявленным активным туберкулезом (61,2), с учетом заболеваемости контингентов системы ГУФСИН, уменьшилась на 8,7% в сравнении с 2010 г., была ниже общероссийской на 8,2%. Заболеваемость бацилярными формами (15,7) уменьшилась на 4%, меньше показателя РФ на 40,9%. Отмечен рост заболеваемости туберкулезом детей на 40% (23,3), выше показателя РФ на 41,7% и снижение у подростков на 6% (31,5). Уменьшилась болезненность на 5,4% (233,8), смертность больных на 13,9% (16,1).

Финансирование программ по борьбе с туберкулезом позволило повысить эффективность противотуберкулезных мероприятий. В противотуберкулезных учреждениях службы работают 2 передвижные и 6 стационарных цифровых малодозовых флюорографических установок. За счет средств областного бюджета приобретена стационарная цифровая флюорографическая установка «ПроСкан-5000», компьютерный томограф, приобретены и установлены 11 стационарных дезинфекционных камер. В 15 противотуберкулезных учреждениях заменены 22 рентгеновских аппарата, что позволило увеличить количество лиц, обследованных с профилактической целью на туберкулез, с 55,9% в 2010 г. до 62,5% в 2011 г. В области функционируют 3 автоматизированные системы для ускоренной микробиологической диагностики туберкулеза «ВАСТЕС-960», позволяющие в 2–3 раза сократить сроки установления бацилловыделения, определить лекарственную устойчивость микобактерий туберкулеза. С 2008 г. в работу внедрен лабораторный комплекс биочип-диагностики на основе ПЦР-анализатора, который позволяет установить бацилловыделение в течение суток. Доля «малых» форм туберкулеза у детей составляет 28%, что свидетельствует о своевременной диагностике туберкулеза. С 2009 г. в практике врачей-фтизиатров широко применяется спиральная компьютерная томография и постановка диагностической пробы «Диаскинтест» (в 2011 г. на его приобретение израсходовано 1799,9 тыс. руб.), что позволило верифицировать заболевание на самых ранних стадиях.

Учитывая социальный характер, государственное значение проблемы туберкулеза, успешная борьба с этим заболеванием возможна при повышении уровня жизни населения, увеличения финансирования мероприятий по борьбе с туберкулезом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОТОВЫХ БЛЮД КАК ФАКТОР ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

А.В. Нестерук¹, И.А. Преснухина², В.С. Яковлева¹

¹Управление Роспотребнадзора по Псковской области;

²Территориальный отдел в г. Великие Луки, Великолукском, Куньинском, Локнянском, Новосokolьническом районах, г. Великие Луки

На курируемой Территориальным отделом в г. Великие Луки, Великолукском, Куньинском, Локнянском, Новосokolьническом районах территории в период 2005–2011 гг. зарегистрировано две вспышки сальмонеллеза энтеритидис в детских дошкольных учреждениях. В 2006 г. зарегистрирована вспышка в МДОУ «Детский сад № 1» г. Великие Луки с числом заболевших 28 человек, в том числе 24 случая бактериологически подтвержденного сальмонеллеза, а в 2011 г. — в МДОУ «Куньинский детский сад «Лучик» с числом пострадавших 19 человек, в том числе 9 случаев бактериологически подтвержденного сальмонеллеза.

Обе вспышки по признакам эпидемического процесса носили пищевой характер, о чем свидетельствовали следующие признаки:

- одномоментность и массовость заболеваний, в пределах инкубационного периода возникали заболевания среди детей одного детского дошкольного учреждения, связанные между собой общим пищевым блоком;
- выделение у большинства заболевших одного возбудителя — сальмонеллы энтеритидис;
- высокий процент бактериологически подтвержденных диагнозов;
- высокий процент заболеваний, протекающих по типу пищевой токсикоинфекции в первые дни заболевания;
- высокий процент заболеваний, протекающих в средне-тяжелой форме;
- отсутствие заболеваний среди детей других детских учреждений и населения.

Источники инфекции среди персонала (больные или носители сальмонеллеза) не выявлены.

В обоих случаях факторами передачи послужили пищевые продукты: в 2006 г. — творожная запеканка, а в 2011 г. — картофельные крокеты с мясом, которые, согласно технологической карте, готовятся из предварительно отваренных мяса и картофеля, измельченных на мясорубке с добавлением сырого яйца и сырого лука, с последующим обжариванием на растительном масле.

В обоих дошкольных учреждениях имелись нарушения порядка обработки и хранения сырых яиц на пищевых блоках.

Таким образом, наибольшее эпидемиологическое значение имели блюда, приготовленные фактически из готового сырья, куда в последующем добавлялись сырые яйца.

ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ ПОЭТАПНОЙ ЛИКВИДАЦИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Нестерук, В.С. Яковлева, С.Ф. Бородинская

Управление Роспотребнадзора по Псковской области, г. Псков

В Псковской области проведение массовых прививок против вирусного гепатита В за последние

6 лет в 20 раз снизило заболеваемость острым вирусным гепатитом В (с 5,7 в 2005 г. до 0,29 на 100 тыс. населения в 2011 г.). Зарегистрировано всего 2 случая заболевания острым вирусным гепатитом В, заболеваемость у детей не зарегистрирована. Число носителей вируса гепатита В среди детей до 17 лет снизилось до 1 случая.

Охват прививками против гепатита В взрослого населения в возрасте 18–59 лет на начало 2012 г. составил 65,28%. Медицинские работники области привиты на 95%.

Все это позволило поставить амбициозную цель ликвидации острого вирусного гепатита В. Санкт-Петербургским НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера разработана программа поэтапной ликвидации острого вирусного гепатита В на территориях Северо-Западного региона, где определены задачи, в том числе, и для Псковской области:

- элиминация (1 случай острого ГВ на 100 тыс. населения) к 2016 г.;
- поддержание высокого уровня (не менее 95%) охвата детей в возрасте 1 года профилактическими прививками во всех районах и участках;
- достижение и поддержание высокого уровня (не менее 80%) охвата взрослого населения до 55 лет включительно;
- ревакцинация групп повышенного риска заболевания ВГ: медицинских работников, пациентов гемодиализных отделений, потребителей внутривенных наркотиков;
- мониторинг коллективного иммунитета к вирусу ГВ в когортах детского и взрослого (до 55 лет) населения;
- совершенствование эпидемиологического надзора за гепатитом В, включая все клинические формы, внедрение системы активного эпидемиологического надзора за ГВ;
- разработка мероприятий по профилактике гепатита В в контингентах неучтенного населения;
- совершенствование лабораторной базы для специфической диагностики гепатита В с использованием тест-систем для определения анти-HVcIgM и ДНК вируса ГВ;
- разработка подпрограмм диагностики, профилактики и лечения ГВ в группах высокого риска (лица, злоупотребляющие психоактивными препаратами, работники коммерческого секса, маргинальные группы населения), в учреждениях федеральной системы наказаний, контингентов Министерства обороны;
- повышение квалификации и информационное обеспечение медицинских работников.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ СОЧЕТАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

В.В. Нечаев¹, А.К. Иванов², В.Ю. Назаров³, Л.Н. Пожидаева³

¹Северо-Западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург; ²Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург; ³Санкт-Петербургская дезинфекционная станция, Санкт-Петербург

Эпидемический процесс многих монохронических инфекций, имеющих социальное значение, проявляется в их сочетаниях, что усугубляет кли-

ническое течение микст-заболеваний, увеличивает уровень неблагоприятных эпидемиологических последствий и ухудшает социальный прогноз.

Методология сочетанных социально-значимых инфекций находится в стадии разработки (Нечаев В.В., Сологуб Т.В., 2002; Нечаев В.В., 2007). В 2011 г. вышла из печати 2-томная монография, посвященная социально-значимым инфекциям, протекающим как в моно-, так и в сочетанных вариантах.

Комплексное изучение проблемы социально-значимых инфекций проводится в Санкт-Петербурге с 2006 г. после внедрения в практику программы системы автоматизированного учета «САУ-инфекция». Одним из фрагментов этой проблемы являются туберкулез и хронические вирусные гепатиты. Результаты исследования показали, что заболеваемость сочетанными хроническими инфекциями (туберкулез + хронические вирусные гепатиты) выросла с 1,85 до 4,52 на 100 тыс. населения. Средний уровень заболеваемости микст-инфекцией при расчете на 100 000 больных хроническими гепатитами превысил показатель в 500 и более раз таковой при его вычислении на всю совокупность населения. Болезненность сочетанной инфекцией в городе нарастала более высокими темпами и составила 8,0 на 100 тыс. населения, свидетельствуя об увеличении источников сочетанной инфекции. Максимальные показатели сочетанной инфекции наблюдались в возрасте 20–29 и 30–39 лет и нарастали в динамике по годам. Выявление сочетанной инфекции происходило в зимне-весеннее и осеннее время. Летальность от сочетанной инфекции в среднем за 5 лет составила 32,0 на 100 больных и превышала в 1,5–3 раза таковую от туберкулеза и в 8–9 раз выше, чем от хронических гепатитов. Она была максимальной в возрасте 20–29 лет (40,7%) и уменьшалась с увеличением возраста. Установлена минимальная летальность от сочетания туберкулеза с ХГС (27%) и максимальная в сочетании с хроническим гепатитом неустановленной этиологии (59,0%). Повышенная заболеваемость и летальность в возрасте 20–39 лет связана с наслоением ВИЧ-инфекции и преобладанием в структуре диссеминированных и генерализованных форм туберкулеза. Таким образом клинические и эпидемиологические последствия сочетанной инфекции неблагоприятны, что определяет высокую актуальность смешанной патологии.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ДЕТЕЙ ЗАКРЫТЫХ КОЛЛЕКТИВОВ

Н.Н. Опейкина, Г.А. Заряно, В.А. Третьякова, Р.И. Сорокина, Н.А. Федотова

КГБУЗ Краевой Центр СПИД, г. Красноярск

В Красноярском крае проводится планомерная работа по защите населения от клещевого вирусного энцефалита (КВЭ). На протяжении более 10 лет в рамках краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» вакцина приобретается для детей старше 7 лет. За эти годы охват вакцинацией против КВЭ детей 7–14 лет возрос до 62,2%, уровень заболеваемости в этой возрастной группе снизился в 4 раза (с показателя 46,1‰ в 2000 г. до показателя 11,5‰ в 2010 г.). В возрастной группе 0–6 лет, где прививки проводятся только за счет родителей, показатели заболеваемости существенно не изменились.

Существующие отечественные вакцины против КВЭ разрешены к применению лишь с 3-х лет, зарегистрированы две зарубежные педиатрические вакцины для детей от 1 года и старше. Нами проведены динамические наблюдения за 77 детьми с органическими поражениями нервной системы (перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, врожденная гидроцефалия, задержка речевого развития). Дети в возрасте от 1 года до 4-х лет из учреждений закрытого типа, расположенных в лесной зоне, были привиты вакциной «Энцепур® Детский». Реактогенность вакцины оценивалась по результатам активного наблюдения за привитыми в течение 5 дней после вакцинации и любыми изменениями в состоянии здоровья в течение 1 месяца после вакцинации.

Активное наблюдение за вакцинированными детьми в течение 5 дней после прививки позволило у 2 (2,59%) детей выявить не тяжелые общие реакции — повышение температуры от 37° до 38°С, которые сохранялись в течение 1–2-х дней с последующим самостоятельным купированием без применения лекарственных препаратов. У 75 (97,4%) привитых детей поствакцинальный период протекал гладко и не требовал обращения за медицинской помощью.

У 5 (6,49%) детей в течение 1 месяца после вакцинации наблюдались изменения в состоянии здоровья — конъюнктивит, ринит, ОРВИ, легкая травма. Вероятно, эти явления можно расценить только как косвенно связанные с вакцинацией неблагоприятные события. Ни у одного из привитых детей в поствакцинальном периоде не наблюдалось манифестации основного заболевания.

Результаты исследований показали клиническую безопасность вакцинации против КВЭ в дозировке 0,25 мл у детей раннего возраста с поражением нервной системы в закрытых коллективах и являются основанием для дальнейшего внедрения в практику здравоохранения края.

ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ШИГЕЛЛЕЗА ЗОННЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ВЛИЯНИЕ ЕЕ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

С.Н. Осипова¹, В.В. Романенко², А.И. Юровских¹, А.Н. Анкудинова², Т.В. Скорюнова²

¹Управление Федеральной службы Роспотребнадзора по Свердловской области, г. Екатеринбург; ²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» г. Екатеринбург

С 2005 г. в Свердловской области проводится вакцинация эпидемиологически значимых групп населения против шигеллеза Зонне, в ходе которой была оценена иммунологическая и популяционная эффективность иммунопрофилактики.

В распространении дизентерии Зонне в решающей степени доминирует «молочный» фактор, подавление активности которого обеспечивает резкое снижение заболеваемости. Ведущая роль как источника инфекции принадлежит декретированным лицам, связанным с переработкой и реализацией продуктов питания молочного производства.

В целях снижения заболеваемости дизентерией Зонне, в соответствии с нормативными докумен-

тами, регламентирующими проведение прививок среди работников молокоперерабатывающих ферм, молокоперерабатывающих предприятий, пищеблоков различных учреждений ежегодно прививается от 55 000 до 69 000 человек, что составляет от 51 до 63% от числа посещающих.

За семилетний период реализации программы вакцинопрофилактики шигеллеза Зонне показатель заболеваемости снизился в 8,5 раз (с показателя 26,3 на 100 тыс. населения в 2005 г. до показателя 3,1 на 100 тыс. населения в 2011 г.), а среди привитых случаев заболеваний не зарегистрировано.

В целях оценки иммунологической эффективности вакцины «Шигеллвак» проведено клиническое исследование с оценкой уровня сероконверсии и средних геометрических титров антител у взрослых лиц ($n = 236$) и детей в возрасте от 3 до 6 лет ($n = 136$).

Уровень сероконверсии (процент лиц с защитным титром антител) через 1 месяц после прививки составил у детей — 55,8%, у взрослых — 89,8%. Через 1 год после вакцинации антитела у взрослых сохранились в 98,9% случаев, через 2 года — в 93,6% случаев, через 3 года после вакцинации — в 91,1%. Средняя геометрическая титра антител через 3 года после вакцинации составила 361 МЕ/мл.

Таким образом, вакцина «Шигеллвак» продемонстрировала высокий профиль иммуногенности у взрослого населения, а иммунопрофилактика декретированных лиц оказала влияние на активность эпидемического процесса всей популяции Свердловской области.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

С.А. Перминова¹, Н.Л. Струин³, Э.В. Арефьева²

¹Управление Роспотребнадзора по Свердловской области, г. Екатеринбург; ²ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург; ³ФГАОУ ВПО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург

Туберкулез в современный период продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем и интенсивностью распространения данного инфекционного заболевания. В 2011 г. в Свердловской области зарегистрировано 4745 новых случаев заболевания туберкулезом, показатель заболеваемости составил 108,0 случаев на 100 тыс. человек.

Показатель заболеваемости отражает не только частоту заболевания туберкулезом населения конкретной территории, но и способность учреждений здравоохранения привлечь к обследованию и выявить больных туберкулезом. При существующей системе организации профилактических осмотров к обследованию привлекаются наиболее доступные для медицинских вмешательств группы населения: лица «декретированных» профессий, организованное работающее население. При этом, лица с высоким риском заражения остаются вне «поля зрения» системы здравоохранения. Для Свердловской области одной из приоритетных групп «риска» являются жители отдаленных сельских территорий. В структуре населения области сельские жители составляют всего 17%, показатели заболеваемости туберкулезом на 21% выше показателей заболеваемости

городского населения. Определенный вклад в формирование более высокого уровня заболеваемости туберкулезом жителей села вносят социально-экономические факторы, в том числе доступность медицинской помощи. По предложению Управления Роспотребнадзора по Свердловской области с целью своевременного выявления туберкулеза у жителей отдаленных сельских населенных пунктов региональным Министерством здравоохранения в 2011 г. было сформировано государственное задание на проведение обследований передвижными флюорографическими установками. В результате было осмотрено более 34 тыс. жителей отдаленных сельских территорий, показатель выявляемости туберкулеза в 3–4 раза превысил среднеобластной показатель. Полученные результаты свидетельствуют о проблемах в организации проведения профилактических осмотров на населения, наличии существенных резервов по привлечению к обследованию жителей отдаленных и сельских территорий, хорошо известных групп медико-социального риска. В настоящее время одним из путей повышения эффективности профилактических мероприятий является понижение «порога» доступности медицинской и иных видов помощи для групп медико-социального риска.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.С. Печеник, Е.Б. Брусина, О.М. Дроздова

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», г. Кемерово

Несмотря на предпринимаемые усилия, имеющийся комплекс превентивных мер, в Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) со средним ежегодным темпом прироста 6–7%. Последние годы кардинально изменилась структура питания и водопотребления населения России. Одновременно выросли миграционные процессы в стране. Указанные обстоятельства изменили проявления эпидемического процесса ОКИ.

Нами изучена заболеваемость ОКИ за 59 лет (с 1952 по 2010 гг.). Сплошное эпидемиологическое исследование включало 325 256 случаев заболеваний. Внутригодовая динамика заболеваемости ОКИ изучена за последние 7 лет (2004–2010 гг.).

Установлена за 59 лет общая тенденция к снижению (Тпр.ср. = –1,60%) заболеваемости ОКИ. Вместе с тем, в последнее десятилетие выявлена стабилизация эпидемического процесса на высоком уровне (738,38‰ [95% ДИ = 715,35–761,96]). Динамика эпидемического процесса сопровождалась значительными изменениями этиологической структуры ОКИ. Если до 2003 г. большая часть ОКИ была обусловлена шигеллезами, то в последующий период заболеваемость дизентерией снизилась до минимальных показателей (2,88‰ [95% ДИ = 1,42–4,33] в 2010 г.), а доля ее в структуре ОКИ сократилась до 0,35%. Изменилась цикличность эпидемического процесса ОКИ. В годы широкого распространения заболеваемости дизентерией сохранялись 8–12-летние циклические колебания, внутри которых выявлялись малые циклы продолжительностью в 1–2 года. С из-

менением этиологической структуры ОКИ, замещением дизентерии ОКИ, обусловленными условно-патогенной микрофлорой и вирусами, циклические колебания перестали выявляться. Ведущую роль в структуре диарейных болезней заняли ОКИ установленной и не установленной этиологии. Это привело к изменению внутригодовой динамики заболеваемости. В последние годы (2004–2010 гг.) установлен интенсивный рост заболеваемости в зимне-весенний период, в отличие от предыдущих лет XX столетия, когда на протяжении многих десятилетий сохранялись четкие летне-осенние подъемы ОКИ.

Таким образом, выявленные закономерности свидетельствуют о глубоких эволюционных преобразованиях эпидемического процесса острых кишечных инфекций в последние годы и необходимости оптимизации эпидемиологического надзора и контроля за этой группой инфекций.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГНОЗОВ КАК ОСНОВА СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.В. Попов¹, М.А. Тарасов¹, С.В. Рябов², П.А. Мочалкин³, А.В. Рябова¹

¹ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, г. Саратов;

²ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора, Москва;

³ФКУЗ «Дезинфекционная станция г. Уфа» Роспотребнадзора, г. Уфа

Повышение надежности эпидемиологического надзора за природно-очаговыми инфекционными болезнями на территории Российской Федерации во многом определяется эффективностью прогнозирования эпизоотического потенциала очаговых территорий, характеризующихся высокой потенциальной эпидемической опасностью (Попов и др., 2006). Современная эпидемиологическая обстановка требует качественного изменения содержания эпизоотологического прогноза, ориентированного на создание моделей сезонной и многолетней динамики потенциальной опасности инфицирования человека в условиях конкретных природно-антропоургических и антропоургических очагов инфекционных болезней бактериальной, риккетсиозной и вирусной этиологии. Только при своевременной «пеленгации» участков с выраженным ростом эпидемической опасности возможно упреждающее проведение профилактических мероприятий и направленное снижения риска заражения природно-очаговыми инфекционными болезнями. Применение ГИС-технологий открывает принципиально новые возможности реализации многомерного представления данных эколого-эпизоотологического профиля для создания как краткосрочных (месяц, сезон), так и долгосрочных прогнозов изменения эпизоотологической обстановки и потенциальной эпидемической опасности очаговых территорий в границах их административного деления, включая визуализацию результатов анализа в многомерном пространстве и использование ортогонального подхода к определению уровня опасности инфицирования человека в конкретных ландшафтно-географических условиях.

В целом методологической основой повышения надежности эпизоотологических прогнозов служит системный подход, обеспечивающий возможность применения ранее разработанных пространственно-временных моделей динамики эпизоотического потенциала очагов (Тарасов, 2008) для решения задач эпидемиологического профиля. Надежные пространственно-временные прогнозы уровня опасности инфицированности человека являются основой для принятия научно-обоснованных управленческих решений при планировании, организации и проведении соответствующих профилактических мероприятий, служат гарантом их высокой противоэпидемической эффективности.

ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАНИЯ НАУЧНОГО ЧУВАШСКОГО ФИЛИАЛА ВСЕСОЮЗНОГО ОБЩЕСТВА ЭПИДЕМИОЛОГОВ, МИКРОБИОЛОГОВ, ИНФЕКЦИОНИСТОВ, ДАЛЬНЕЙШЕГО ЕГО ПРЕОБРАЗОВАНИЯ И ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ГОССАНЭПДСЛУЖБЫ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Е.Ф. Работаев¹, В.Е. Першев¹, В.А. Табаков²

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Чувашской

Республике — Чувашии», г. Чебоксары; ²Чувашский

государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Одними из создателей филиала Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов явились: Луппова Нина Николаевна — руководитель противомаларийного дела в республике, Журин Прокопий Николаевич — кандидат медицинских наук, начальник противоэпидемического управления Народного управления Народного комиссариата здравоохранения Чувашской АССР, врач-инфекционист Л.А. Эльбарт.

В 1940 г. первым Председателем Правления научного Чувашского филиала была избрана Нина Николаевна Луппова. До начала Великой Отечественной войны удалось провести только несколько заседаний, после чего деятельность общества была приостановлена до 1946 г. В Чувашии было создано единое научно-медицинское общество, в составе которого 8 января 1947 г. врачи эпидемиологического профиля создали первую секцию — санитарно-эпидемиологическую. По примеру этой секции через два месяца начали создаваться другие секции по отраслям медицины, в частности врачи-инфекционисты вошли в секцию врачей-терапевтов. В феврале 1950 г. было принято решение о возобновлении деятельности Чувашского филиала Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов (ВОЭМИ). В 1954 г. Был принят Устав этого филиала.

Ввиду того, что санитарные врачи-гигиенисты не имели своего общества и фактически занимались научной работой в составе этого филиала, было принято решение об объединении всех в одно научное общество — Чувашское областное научное общество эпидемиологов, микробиологов и гигиенистов. В 1957 г. В связи с коллективной просьбой в члены общества были приняты и врачи-инфекционисты, оно стало называться Чувашским научным обществом эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов (ЧНОЭМИГ). Председателем Правления была вновь избрана к.м.н. Н.Н. Луппова.

Выделившееся в 1958 г. из этой организации научное общество гигиенистов и санитарных врачей стало самостоятельным в 1959 г., первым председателем Правления этого общества была также избрана Н.Н. Луппова, а с 1966 г. Его возглавлял В.Г. Георгиев главный врач Республиканской санэпидстанции Чувашской Республики. В ноябре 1965 г. в составе общества и гигиенистов и санитарных врачей создана секция социальной гигиены и организации здравоохранения во главе с Г.А. Гутманом, позднее И.Ф. Филипповым, в 1973 г. она выделилась в самостоятельное общество. В 1973 г. в связи с образованием Всесоюзного общества инфекционистов, из состава общества ЭМИ выделились 27 врачей-инфекционистов, которые создали свое общество. Тематика научных исследований была посвящена мерам борьбы с наиболее актуальными в те годы инфекционными болезнями отдельных нозологических форм инфекционных заболеваний. После организации в Республиканской СЭС отдела особо — опасных инфекций была начата научная работа по изучению заболеваемости природно-очаговыми заболеваниями.

В 1960 г. Председателем Правления Чувашского общества эпидемиологов, 1935 гг.), «Статистический сборник о движении эпидемических заболеваний по ЧАССР за 1936–1940 гг.», «Ландшафтно-малариологическое районирование Чувашской АССР» и другие.

При руководстве научным обществом ЭМИ В.А. Андрониковым освещены результаты многих работ, нашли важное отражение в разработке и реализации республиканских профилактических программ по карантинным, зооантропонозным заболеваниям и другим особо опасным болезням, а также явились дополнительным обоснованием для принятия оперативных управленческих решений по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения Чувашской Республики, при этом раскрыты вопросы: «Неблагополучные по лептоспирозам людей и животных населенных пунктов Чувашской Республики»; «Неблагополучные по сибирской язве населенные пункты Чувашской Республики».

При руководстве В.Г. Георгиевым обществом гигиенистов и санитарных врачей и созданной секцией социальной гигиены и организации здравоохранения (1965–1973 гг.) была проведена итоговая научно-практическая конференция санитарных врачей Чувашской АССР 16–17 июня 1970 г.

После создания в 1991 г. Правления общества гигиенистов, санитарных врачей, эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, научно-практическая деятельность в госсанэпидслужбе Чувашской Республике значительно активизировалась.

В этот период были подготовлены и изданы 4 сборника материалов научно-практических конференций и 4 сборника материалов, касающихся состояния здоровья населения и организации мероприятий при возникновении чрезвычайных ситуаций.

Ряд научно-практических работ были опубликованы в материалах съездов Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов и в других научных журналах.

Полученные результаты научно-практических работ членов данного общества явились ценными дополнительными материалами для научного обоснования при разработке и корректировке местных программ экологической безопасности, экологиче-

ского образования и пропаганды, целенаправленного планирования объема, номенклатуры и мест проведения лабораторно-инструментальных исследований объектов внешней среды, а также осуществления экологической экспертизы проектов планировки и застройки населенных мест.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЗЫ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ ЗА ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

А.С. Раздорский, Е.В. Куклев, А.А. Лопатин, А.В. Иванова, В.П. Топорков

ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, г. Саратов

В 2009–2011 г. сотрудниками ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» совместно с другими учреждениями Роспотребнадзора был разработан технический образец базы данных «Риски в области биологической безопасности в субъекте Российской Федерации на платформе ArcGIS». В 2011 г. получено свидетельство о государственной регистрации базы данных (№ 2011620888). Указанная база данных предназначена не только для сбора информации о рисках биологической безопасности (эпидемиологические показатели, внешние и внутренние угрозы), но так же включает данные о геометрии пространственных объектов и их координаты, что переводит ее в разряд базы географических данных. Практическое применение программного обеспечения ArcGIS позволило использовать информацию, хранящуюся в базе данных по рискам, для построения тематических электронных карт субъектов Российской Федерации, на примере Астраханской области. На созданных картах отражались зарегистрированные случаи инфекционных болезней, территориальные подразделения Роспотребнадзора, пункты пропуска через государственную границу и другие показатели, содержащиеся в базе данных. Такой подход позволяет оценить степень эпидемической опасности административного района в составе субъекта или же самого субъекта, по сравнению с соседними. Так же объективным методом оценки степени эпидемической опасности можно считать построение кросс-таблиц с использованием аналитической платформы Deductor. В столбцах таблицы находятся названия субъектов Федерации, а в строках наименования интересующих показателей, в результате мы сравниваем отдельные субъекты Российской Федерации по интересующим показателям базы данных по рискам, с возможностью параллельного построения кросс-диаграмм, позволяющих в объективной форме представить табличные данные. Так как работу базы данных по рискам обеспечивает сервер баз данных, что подразумевает наличие у специалиста специфических знаний и умений, для анализа и интерпретации данных целесообразно использовать хранилище данных, так как работа с данными ведется в терминах и определениях предметной области, а доступ к данным становится более быстрым и прозрачным для аналитика.

Таким образом, база данных по рискам представляет собой информационный ресурс, позволяющий повысить качество эпидемиологического надзора на основании оценки степени эпидемической опасности отдельных субъектов Российской Федерации и определения интегрального показателя риска биологической безопасности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В г. САМАРЕ В ПЕРИОД С 2006 ПО 2011 гг.

О.М. Ревтович, Е.М. Меркулова, Л.Н. Голубчикова

Управление Роспотребнадзора по Самарской области, г. Самара

За последние годы, как в Российской Федерации, так и в Самарской области и в г.о. Самара продолжает сохраняться на высоком уровне заболеваемость туберкулезной инфекцией, что и на данном этапе обуславливает актуальность этой проблемы. В период с 2006 по 2011 гг. в г.о. Самара показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения составили соответственно 54,5; 52,7; 61,3; 53,9; 55,6; 53,6. Большая часть впервые выявленных больных являются бактериовыделителями (в 2011 г. они составили 58,4% от заболевших).

В период с 2006 по 2011 гг. показатель бациллярности среди впервые выявленных больных колеблется от 27,5 до 32,8 на 100 тыс. населения. Максимальный уровень заболеваемости и бациллярности отмечался в 2008 г. (32,8 на 100 тыс. населения). С 2008 г. наметилась тенденция убыли показателей заболеваемости и бациллярности на 12,6 и 4,6% соответственно.

Из всех нозологических форм туберкулезной инфекции среди заболевших преобладает туберкулез органов дыхания, в 2011 г. больные туберкулезом органов дыхания составили 95,8%.

В г.о. Самара с 2006 г. показатель заболеваемости туберкулезом среди детей до 14 лет снизился с 13,7 до 8,4 на 100 тыс. населения в 2011 г.

По возрастному составу среди заболевших преобладают лица от 20 до 39 лет, в 2011 г. число заболевших в этой возрастной группе населения составило 56,5%. Мужчины болеют туберкулезом почти в 2 раза чаще, чем женщины.

На 25,7% выросла заболеваемость туберкулезом среди неработающего населения по сравнению с 2006 годом, в том числе среди неработающих пенсионеров на 30%.

Охват населения профилактическими флюорографическими осмотрами колеблется в пределах от 76,6 до 87,5%, остаются не обследованными от 12,5 до 23,4% подлежащего обследованию населения. Эти лица являются потенциально неблагополучным контингентом, у которых чаще диагностируются запущенные тяжелые формы туберкулеза, трудно поддающиеся лечению.

Соответственно первостепенными в профилактике туберкулеза являются мероприятия по обеспечению как можно раннего выявления туберкулеза.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК МВД РОССИИ В ПЕРИОД С 2006 ПО 2011 гг.

В.В. Рыбин¹, Ю.В. Сабанин², В.В. Ярославцев¹,
О.В. Каськов², В.В. Рихтер¹, В.А. Заволожин¹,
А.С. Калашникова³, С.Н. Кузин³

¹ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск МВД России», Москва; ²Военно-медицинское управление Главного командования внутренних войск МВД России Москва; ³ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва

Период с 2006 по 2011 годы характеризовался реформированием внутренних войск МВД России, что оказало значительное влияние на уровень общей за-

болеваемости военнослужащих по призыву. С 2009 г. срок службы сократился до одного года, что привело к интенсификации учебной и служебно-боевой деятельности, а также к смене данного контингента на 50% два раза в год, повлекшей активизацию «фактора перемешивания». Если в 2006–2007 гг. средний показатель общей заболеваемости составил 1105,7‰, то в 2009–2011 гг. — 1302,0‰, что на 17,8% выше. В 2006–2008 гг. в структуре общей заболеваемости военнослужащих по призыву преобладали болезни органов дыхания (включая грипп и ОРИ) — 42,5% случаев (средний показатель — 469,3‰). Удельный вес болезней кожи составлял 24,9% (276,1‰), инфекционных болезней — 7,6% (84,5‰). Еще 25% приходилось на все остальные официально регистрируемые нозоформы. В 2009–2011 гг. удельный вес болезней органов дыхания увеличился до 52,1% (средний показатель — 678,3‰), тогда как доля болезней кожи и инфекционных болезней снизилась до 19,9% (260,1‰) и 5,8% (75,2‰) соответственно. Остальные заболевания составили 22,8%.

Необходимо отметить более высокий показатель заболеваемости внебольничными пневмониями в «постреформенный» период (2009–2011 гг.) составивший 33,9‰, что на 25,3% выше, чем в 2006–2007 гг. — 27,1‰. Ухудшение ситуации произошло на фоне стабильно проводимой вакцинации препаратом «Пневмо-23». Очевидно, что требуется усиление противоэпидемиологической работы в этом направлении. Схожая ситуация во внутренних войсках отмечена также в отношении ангина, гриппа и некоторых других болезней.

Можно констатировать, что реформирование внутренних войск МВД России привело к созданию новой ситуации, которая требует тщательного изучения и разработки комплекса эффективных мер.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК МВД РОССИИ В 2007–2011 гг.

В.В. Рыбин¹, Ю.В. Сабанин², В.В. Ярославцев¹,
О.В. Каськов², В.В. Рихтер¹, В.А. Заволожин¹,
А.С. Калашникова³, С.Н. Кузин³

¹ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск МВД России», Москва; ²Военно-медицинское управление Главного командования внутренних войск МВД России Москва; ³Федеральное государственное бюджетное учреждение «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва

Состояние здоровья военнослужащих обуславливает качество служебно-боевой деятельности. В последние годы (2007–2011 гг.) состояние здоровья призванных на воинскую службу молодых людей оставляет желать лучшего. По данным военно-врачебных комиссий в этот период здоровыми признаны 52,4–58,9% молодых солдат. Группу «практически здоровые» составляли от 31,2 до 37,0% военнослужащих. В эту группу входят лица, которые имеют хронические заболевания без нарушения функций органов и систем или с редкими обострениями, не ограничивающими способность выполнять обязанности военной службы. В то же время в 2007–2011 гг. от 7,8 до 12,5% военнослужащих относились к группе «нуждающихся в медицинском наблюдении». Военнослужащие этой группы здоровья имеют хронические заболевания с умеренными нарушениями функций органов и систем с периодически-

ми обострениями и снижением работоспособности. У 42,4–50,8% из них зафиксирован статус пониженного питания, а 6,1–10,6% — недостаточность питания, что требует госпитализации для медицинской коррекции массы тела. Кроме того, хорошо известно, что военнослужащие и пониженным питанием подвержены более высокому риску развития ряда заболеваний, в том числе внебольничных пневмоний.

Из числа военнослужащих, нуждающихся в медицинском наблюдении, у 22,5–30,5% диагностированы соматические заболевания, в том числе болезни органов дыхания, сердечно-сосудистые заболевания и др. У 19,7–28,4% военнослужащих этой группы здоровья выявлена нервно-психическая неустойчивость, что ограничивает их возможности выполнения служебно-боевых задач.

Необходимо констатировать, что состояние здоровья прибывающих на комплектование во внутренние войска МВД России военнослужащих отражает проблемы современного российского общества и их решение позволит изменить ситуацию к лучшему.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ САНИТАРНО-КАРАНТИННОГО КОНТРОЛЯ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА

Ю.В. Рыжков, М.Ю. Соловьев, Е.В. Ковалев

Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области с 2006 г. проводится линия на снижение излишних административных барьеров на границе при сохранении действенности санитарно-карантинного контроля.

С начала функционирования Таможенного союза эта тактика получила организационно-правовую основу. Основанием для проведения санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу стали идентифицированные риски для санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Эффективность санитарно-карантинного контроля мы определяли при сопоставлении данных 2006 и последующих годов по 3 основным качественным показателям: удельному весу выявленных инфекционных больных, выявленных нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства и запрещенных к ввозу подконтрольных товаров, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям.

В 2006 г. по прибытию из-за рубежа в 13 пунктах пропуска Ростовской области было подвергнуто санитарно-карантинному контролю 69 140 транспортных средств, и выявлен 31 больной. Показатель эффективности проведенного контроля по выявленным больным составляет 0,04%. С применением системы управления рисками в 2010 г. на территории области было подвержено санитарно-карантинному контролю — 24 884 транспортных средств, выявлено 34 больных. Показатель эффективности составляет уже 0,13%. Показатель выявления санитарных правонарушений при санитарно-карантинном контроле в 2006 г. составлял 2,1%, а в 2010 г. уже 6,2%. Аналогичным образом, фактически с нуля в 2006 г. до 1,44% в 2010 г. вырос удельный вес грузов запрещенных к ввозу.

Наличие в Ростовской области в 2011 г. риска высокого уровня — эпидемия холеры в приграничном Мариуполе, позволяет проанализировать эффективность санитарно-карантинного контроля и в этой си-

туации. При достижении основной цели санитарно-карантинного контроля: недопущения завоза холеры из Украины, показатель эффективности по выявляемости на границе лиц с подозрением на инфекционную болезнь составил 0,04%. При этом, учитывая высокий уровень данного риска, в пунктах пропуска осуществлялся тотальный санитарно-карантинный контроль транспортных средств, следующих из Украины. Санитарно-карантинному контролю было подвержено 170 318 транспортных средств.

Необходимо дальнейшее совершенствование системы управления рисками в санитарно-карантинном контроле с определением показателей эффективности в зависимости от реального уровня конкретного риска для санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

ПРИНЦИПЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАЙОНИРОВАНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ УГРОЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВСПЫШЕК ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В.А. Сафронов, А.С. Раздорский, А.А. Лопатин, Е.В. Куклев, В.П. Топорков

ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», г. Саратов

Исходя из наиболее вероятных сценариев реализации угроз биологической безопасности, нами был апробирован подход к эпидемиологическому районированию на основе использования современных информационных технологий — географических информационных систем, аналитической платформы и унифицированной базы данных по рискам в области биологической безопасности. Данный подход позволяет автоматизировать учет множества показателей угроз выраженных в виде атрибутов точечных, линейных и полигональных объектов на электронной карте. На первом этапе производится разбиение административной территории на одинаковые участки заданного размера. Каждому из таких стандартных участков путем пространственного соединения присваиваются значения угроз биологической безопасности, свойственные для данной территории вне зависимости от того местный или региональный масштаб имеет источник данных. Особенностью методического подхода является то, что после объединения разнородных данных на пространственной основе стандартных участков получается таблица атрибутов, которая подвергается процедуре кластеризации. Назначение кластерного анализа состоит в дифференцировании выборки участков на подмножества, называемые кластерами, так, чтобы каждый кластер состоял из схожих объектов, а объекты разных кластеров существенно отличались. Т.е. стандартному участку с набором характеристик внешних и внутренних угроз, присваивается — номер кластера. На заключительном этапе происходит эпидемиологическая интерпретация кластеров и определение ранга, соответствующего величине эпидемиологического риска. Следует отметить, что данный подход показал свою эффективность в отношении районирования Астраханской области по величине эпидемиологического риска связанного с Астраханской риккетсиозной пятнистой лихорадкой. При использовании сетей Кохонена были выявлены три кластера, которые были интерпретированы по трем параметрам (число больных, совокупная длительность эпидемическо-

го периода в днях и численность жителей). В кластер с высоким риском было отнесено всего 9 стандартных участков из 12 670. По проверке полученной карты риска выявлено, что на один стандартный участок высокого эпидемиологического риска пришлось в среднем по 3,55 вновь выявленных больных, среднего — 1,46 больных, а низкого риска всего 0,26 больных. Таким образом, использование эпидемиологических методов, на современном аналитическом уровне позволяет районировать административные территории, как по отдельным показателям, так и по всей совокупности внешних и внутренних угроз, что способствует увеличению точности и объективности прогноза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

С.В. Сахаров¹, В.П. Афанасьев¹, Н.И. Владимиров²

¹ЦГСЭН МсУ МВД России по Иркутской области;

²ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу на территории Иркутской области сохраняется напряженной. В период наблюдения с 2005 по 2010 гг. отмечается выраженная тенденция к росту уровня заболеваемости: 2005 г. — 101,5 и к 2010 году — 147,3 на 100 тыс. населения, то есть выросла почти в 1,5 раза. На отдельных административных территориях области, ситуация по туберкулезу принимает угрожающий эпидемиологический характер, показатели заболеваемости в 1,5–2 раза превышает среднеобластной показатель. К территориям риска можно отнести Катангский (287,6), Тулунский (221,9), Усть-Кутский (207,6) и Усольский (201,0) районы.

Из общего числа впервые выявленных больных туберкулезом — 92,0% приходится на больных туберкулезом органов дыхания (123,1 на 100 тыс. населения), из которых 40,0% составляют бациллярные формы туберкулеза.

Среди бактериовыделителей растет число лиц с множественной лекарственной устойчивостью. Однако, этот показатель в 2 раза меньше чем средний по СФО. Это связано с проблемами выявления множественной лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам на территории Иркутской области (недостаточное количество бак. лабораторий и посевных пунктов). Поэтому данный эпидемиологический критерий следует считать относительным, не отражающим истинное распространение феномена множественной лекарственной устойчивости среди больных бактерионосителей, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях области.

В структуре впервые выявленных больных с сочетанной патологией наибольший удельный вес приходится на инфильтративный туберкулез легких (55,7%), затем — диссеминированный туберкулез легких (31,6%) и генерализованные формы процесса (7,1%). Значительный удельный вес распространенных форм свидетельствует о крайне негативном влиянии ВИЧ-инфекции на течение туберкулезного процесса.

По территории, в соответствии с Ф.№ 8 умерло от туберкулеза — 881 человек (в т.ч. по ГУИН — 29 человека), показатель составил — 43,7. Уровень смертности формируется за счет отдельных территорий.

МОНИТОРИНГ ИММУНОСТРУКТУРЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К КОКЛЮШУ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Семенова, В.В. Романенко, Т.В. Скорюнова
ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области», г. Екатеринбург

Актуальность исследования. Охват прививками против коклюша выше 95% среди детей раннего возраста привел к снижению заболеваемости в Свердловской области с 28,74 на 100 тыс. населения в 1993 г. до 1,97 на 100 тыс. населения в 2011 г. В возрастной структуре заболеваемости доля детей до 14 лет составляет 90%, существенную часть заболеваемости составляют дети в возрасте 3–6 лет и подростки. Доля заболевших привитых детей составляет 27,7%, причем среди них в 47,8% случаях от даты последней прививки прошло 4–5 лет.

Цель исследования. Оценить состояние популяционного иммунитета к коклюшу среди детей в возрасте до 14 лет и обосновать необходимость введения в календарь профилактических прививок второй ревакцинирующей прививки против коклюша.

Материалы и методы. Исследования серологическим методом ИФА с использованием тест систем NovaLiza Bordetella pertussis (Германия) проведены в 2006–2011 гг. Обследовано 2100 детей в возрасте с 3–7 лет, что составляет 9,3% от численности детей данной возрастной группы.

Результаты и обсуждение. При обследовании детей 3–4 лет, привитых по схеме от коклюша (вакцинальный комплекс и ревакцинация), было показано, что доля детей с низким уровнем противокклюшных антител составляет в среднем $26,6 \pm 5,6\%$. Доля детей с низким уровнем антител в возрасте 6–7 лет, также привитых по схеме, в среднем составляет $74,3 \pm 5,2\%$. Через 3–4 года после ревакцинации доля детей с низким уровнем противокклюшных антител увеличилась в 2,8 раза ($t = 6,2$, $p < 0,003$).

В целях снижения и стабилизации заболеваемости коклюшем в региональный календарь профилактических прививок Свердловской области в 2006 г. была введена вторая ревакцинирующая прививка детям в возрасте 6 лет 11 месяцев 29 дней, которая позволила достоверно ($p < 0,05$) снизить заболеваемость коклюшем в 2,2 раза (с показателя 4,3 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 1,97 на 100 тыс. населения в 2011 г.).

Выводы. Длительность поствакцинального противокклюшного иммунитета у детей сокращается и через 4 года после ревакцинации доля защищенных детей составляет не более 25%. Проведение второй ревакцинирующей прививки позволяет добиться стабилизации и снижения заболеваемости коклюшем среди детей до 14 лет.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И БЛЮД КАК ФАКТОРОВ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

В.И. Сергеевич¹, Ю.И. Ладейщикова², Л.С. Удавихина³,
Е.В. Сармометов³

¹Пермская государственная медицинская академия;

²ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае»;

³Управление Роспотребнадзора по Пермскому краю, г. Пермь

Эпидемиологическое обследование 1566 эпидемиологических очагов острых кишечных инфекций с использованием аналитического приема «случай-

контроль и оценка результатов микробиологических исследований пищевых продуктов в сопоставлении с заболеваемостью населения подтвердили ведущую роль овощных салатов в распространении дизентерии Зонне, Флекснера, сальмонеллеза, ротавирусной инфекции и кишечной инфекции неясной этиологии в современных условиях. Установлено, что эпидемиологическая опасность овощных салатов в последние годы возрастает в связи с расширением сети негосударственных предприятий, производящих и реализующих эти блюда, и увеличением времени доставки продукции из отдаленных цехов их производства в точки реализации. Определены потенциальные факторы риска микробной контаминации овощных салатов в условиях их производства и реализации.

Проведенное комплексное бактериологическое, вирусологическое и паразитологическое исследование проб овощей и фруктов выявило значительную контаминацию их условно-патогенными бактериями, антигенами кишечных вирусов и цистами кишечных простейших. В эксперименте впервые выявлено проникновение кишечных вирусов в мякоть овощей и фруктов через неповрежденную (не имеющую видимых повреждений) поверхность.

Установлено, что кулинарное блюдо «Шаверма» может быть фактором передачи сальмонелл при спорадической и вспышечной заболеваемости населения. В эксперименте обнаружено, что обработка куриного филе на гриле в процессе приготовления блюда «Шаверма» обеспечивает гарантированное освобождение мяса от сальмонелл только в толще куска до 2 см. Более глубокие слои мяса, а также мясной сок, который скапливается на поддоне гриля, на всем протяжении термической обработки могут оставаться контаминированными сальмонеллами. Очевидно, что для обеспечения эпидемиологической безопасности блюда «Шаверма» необходимо по мере готовности куриного филе, то есть при появлении белого цвета и прозрачного сока, осуществлять каждый раз срез мяса толщиной не более 2 см. Одновременно следует исключить использование куриного сока в качестве подлива к обрабатываемому мясу, а сбор и измельчение готового мяса осуществлять не на поддоне, а в отдельной емкости.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ТЕРРИТОРИИ ВЕЛИКОУСТЮГСКОГО, КИЧМЕНСКО-ГОРОДЕЦКОГО, НИКОЛЬСКОГО РАЙОНОВ

С.А. Сивков

Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Вологодской области в городе Великий Устюг, Кичменгско-Городецком, Никольском районах, г. Великий Устюг

На территории Великоустюгского, Кичменгско-Городецкого и Никольского районов Вологодской области проживает более 100 тысяч человек. На данной территории ежегодно регистрируется до 60 случаев впервые выявленного туберкулеза. Регистрируемый уровень заболеваемости впервые выявленным туберкулезом достоверно на 41% выше среднеобластных значений. Данный факт с одной стороны подтверждает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу, а с другой — свидетельствует о достаточно

высоких (по сравнению со среднеобластными) показателей «выявляемости» данного заболевания.

Многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом имеет значительный размах колебаний показателей около средних значений (коэффициент вариации 27,3%) позволяет сделать вывод о нестабильности эпидемиологической ситуации туберкулеза на рассматриваемой территории.

Во всех районах наблюдается тенденция к снижению заболеваемости впервые выявленным туберкулезом (от 1,6 до 6,4% в год) при отсутствии на это объективных причин.

Среднемноголетние уровни заболеваемости бациллярными формами туберкулеза в Великоустюгском районе достоверно на 43,1%, в Кичменгско-Городецком в 1,6 раза выше областных значений (t-критерий Стьюдента равен соответственно 2,17 и 2,84). Статистически достоверных различий в многолетних уровнях заболеваемости Никольского района и Вологодской области не выявлено.

Динамика заболеваемости впервые выявленными бациллярными формами туберкулеза имеет тенденцию к снижению во всех районах (от 5,7 до 14,7% в год), при этом областные показатели относительно стабильны (прирост на 0,25% в год). Это свидетельствует о планомерной работе, проводимой фтизиатрической службой по выявляемости туберкулеза на ранних стадиях.

Высокий уровень показателей болезненности туберкулеза (в среднем 453,3 на 100 тыс. населения) подтверждает его значительное распространение на территории.

Достоверных различий в уровнях заболеваемости среди сельских и городских жителей не выявлено: средняя многолетняя заболеваемости городских жителей Великоустюгского района составила 68,8 на 100 тыс. населения, среди сельских — 68,9 на 100 тыс. населения.

В течение последних 10 лет было проведено 565 371 профилактических флюорографических обследований населения, средний охват составил около 61,6% от подлежащих. При увеличении охвата профилактическими флюорографическими обследованиями населения следует ожидать увеличение регистрации случаев туберкулеза, и соответственно, увеличением заболеваемости туберкулезом.

Средний показатель охват детей и подростков туберкулинодиагностикой составляет около 97%, что соответствует нормируемым критериям. Эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу на протяжении изучаемого периода на территории подтверждается высокими риском инфицирования данной инфекцией: удельный вес числом лиц, с впервые выявленных с выражением к общему количеству обследованных значительно (до 2 раз) превышает критический уровень в 1%

Группами риска по заболеваемости туберкулезом являются безработные граждане и пенсионеры, удельный вес которых в структуре заболевших составляет 73%. Тревожным остается тот факт, что туберкулезом болеет экономически активное население — удельный вес работающего населения среди всех заболевших туберкулезом составляет 22%.

Таким образом, на территории Великоустюгского, Кичменгско-Городецкого и Никольского районов сложилась неблагополучная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости туберкулезом; истин-

ный уровень заболеваемости значительно ниже регистрируемого; не решена проблема охвата флюорографическим обследованием всех подлежащих лиц, что усугубляет эпидемиологическую ситуацию по данной инфекции.

СОЗДАНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЧУМЫ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.Ю. Скаленко, В.П. Топорков

ФКУЗ Российский Научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», г. Саратов

При осуществлении эпидемиологического надзора за чумой в ее природных очагах сбор и анализ эпидемиологической информации проводится с учетом деления обслуживаемой противочумными учреждениями территории на сектора (10 × 10 км) первичных районов (20 × 20 км) топографической карты масштаба 1:100 000. Интегральный характер эпидемиологической информации достигается определенными количественными и графическими приемами, позволяющими визуализировать ее на одной картосхеме. В настоящее время создана электронная карта природных очагов чумы России, в целом стран СНГ, разрабатывается электронный паспорт природного очага. В связи с этим требуется создание на электронной основе базы данных об эпидемических проявлениях чумы, что и является целью данной работы.

Собранные и проанализированные материалы охватывают период времени с 1876 по 1979 гг. В число источников информации вошли опубликованные работы и фондовые материалы архива РосНИПЧИ «Микроб». Пространственный анализ данных проведен с помощью географической информационной системы.

Аналізу подвергнуты данные по 343 эпидемическим событиям (населенным пунктам), 2560 больным. В основном заражения людей происходили в период эпизоотий, протекавших на диких грызунах (малых сусликах, полуденных и гребеншиковых песчанках, сурках). Географические координаты были присвоены 170 (49%) населенным пунктам, без геокодирования остались 173 (51%) населенных пунктов, названия которых в прошлом неоднократно изменялись. Выборка эпидемических проявлений чумы осуществлена с учетом современных границ Российской Федерации.

Создание базы данных эпидемических проявлений чумы осуществлялось поэтапно. Вначале была составлена и заполнена таблица, каждая строка которой представляет собой одно эпидемическое событие. Затем всем событиям были присвоены координаты. В итоге создан электронный атлас эпидемических проявлений чумы, который вкрупне с другими информационными слоями на электронной основе позволит в режиме реального времени интегрировать данные ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, принимать управленческие решения о проведении санитарно-профилактических противочумных и противоэпидемических мероприятий и обеспечивать эпидемиологическое благополучие по чуме. На основе внедрения современных информационных технологий проведено совершенствование эпидемиологического надзора за чумой в ее природных очагах.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.М. Склюева¹, С.С. Смирнова², В.А. Шабалин¹, А.Г. Ахтямов¹, Т.Н. Хрунева¹

¹ГБУЗ СО «Красноуфимская ЦРБ», г. Красноуфимск, Свердловская область; ²ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

С каждым годом проблема инфекций связанных с оказанием медицинской помощи новорожденным не только не утрачивает свою значимость, но и приобретает все большую актуальность. В акушерских отделениях очень важно своевременно выявлять предвестники осложнения эпидемиологической ситуации, и работать на уровне предэпидемической диагностики. Для того необходима эффективная система мониторинга за фоновой заболеваемостью среди новорожденных в акушерском отделении.

С 2011 г. в акушерском отделении ГБУЗ СО «Красноуфимская ЦРБ» введена новая форма эпидемиологического и микробиологического мониторинга за новорожденными, основанная на картах эпидемиологического наблюдения и принципа добровольности регистрации ВБИ. По итогам работы за год, у новорожденных выявлено 321 клинических симптома (445,8‰), в структуре которых преобладали заболевания кожи и глаз (64%). На втором месте были инфекции ЖКТ (24,9%), на 3-м — пупочной ранки (5,9%). Удельный вес инфекции дыхательных путей составил 4,36%, а инфекций мочевыводящих путей — 0,93%.

В структуре проведенных инвазивных манипуляций преобладали сосудистые катетеры (26,6%), кормление через зонд (18,9%) и установка мочевых катетеров (8,4%). Частота применения пупочных катетеров не превышала 5,7%, ИВЛ — 2,6%.

Проведенный корреляционный анализ выявил прямую зависимость частоты инвазивных манипуляций, назначения антибактериальной терапии и массы тела новорожденных. Так всем новорожденным с массой тела 500–1500 г назначалась антибактериальная терапия на фоне установки пупочного и мочевого катетеров, применения ИВЛ и зондового кормления. Кроме того, дети с экстремально низкой массой тела при рождении, имели более высокие показатели заболеваемости по сравнению с доношенными детьми. По мере увеличения массы тела происходит снижение показателей клинических симптомов с показателя 666,7‰ в группе детей 1001–1500 г до 475,8‰ в группе детей 2500–3000 г ($t \geq 2,0$).

Полученные результаты позволяют говорить о необходимости пересмотра подходов к оценке эпидемиологической ситуации в учреждениях родовспоможения и детства, необходимости введения мониторинга за частотой назначения инвазивных манипуляций, особенно у детей с экстремально низкой массой тела при рождении.

СТРУКТУРА НОСИТЕЛЬСТВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ю.Е. Скурихина, В.Б. Туркутюков

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет МЗиСР РФ», г. Владивосток

Заболевания дыхательных путей — актуальная проблема для населения Приморского края. Специ-

фический муссонный климат играет большую роль в развитии этой патологии. Одно из таких заболеваний — туберкулез. Ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в России и в Приморье началось в 90-е годы XX века и продолжается до сих пор. За последние 2 года заболеваемость туберкулезом среди детей выросла на 25%. Дети, болеющие туберкулезом, являются группой риска по возникновению сопутствующих инфекционных заболеваний дыхательных путей, часто вызванных условно-патогенной микрофлорой. Факторы риска возникновения таких инфекций: сниженный иммунный статус, длительный прием антибиотиков, нахождение длительное время в замкнутом коллективе (при лечении в противотуберкулезном стационаре), наличие хронической дисфункции дыхательных путей.

Мы проанализировали наличие сопутствующих заболеваний у детей, больных туберкулезом. Учитывались инфекционные заболевания, преимущественно верхних дыхательных путей, этиологическим фактором которых мог быть *Streptococcus pneumoniae*. В результате анализа амбулаторных карт пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ «Приморская детская краевая клиническая туберкулезная больница» в 2006–2011 гг., выявлено, что у детей наблюдались следующие сопутствующие заболевания: острый ринит у 44,1%, острый фарингит у 20,3%, хронический тонзиллит у 9,2%, острый отит — у 9,1%, лакунарная ангина у 1,4%, пневмония у 0,2%. При бактериологическом анализе нозофарингеальных мазков, взятых у 93 детей, находящихся на лечении в той же клинике, выявлено, что доминирующим микроорганизмом в структуре носительства является *Streptococcus pneumoniae*. Он присутствовал в 28,2% образцов. *Streptococcus spp.* — в 17,6%, *Staphylococcus spp.* — в 15,3%, *Candida spp.* — в 11,8%, *Acinetobacter baumannii* — в 5,9%, *Haemophilus influenzae* — в 5,9%. Выделялись и ассоциации микроорганизмов — *S. pneumoniae* и *S. pyogenes* в 35,5%, *S. pneumoniae* и *Candida spp.* в 24,3% случаев.

Выявленные показатели — большое количество сопутствующих заболеваний дыхательных путей и высокий уровень носительства *Streptococcus pneumoniae* — свидетельствуют о необходимости вакцинации противопневмококковой вакциной населения из групп риска.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО САНИТАРНОЙ ОХРАНЕ ТЕРРИТОРИИ ОБЛАСТИ ОТ ЗАВОЗА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2011 г.

**М.Ю. Соловьев, Е.В. Ковалев, С.А. Ненадская,
С.А. Мусиенко, Л.Н. Вольвака, О.П. Шемшура,
Л.В. Лемешева, О.В. Захарченко**

*Управление Роспотребнадзора по Ростовской области,
г. Ростов-на-Дону*

Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области (далее Управлением) в 2011 г. в соответствии с действующими нормативными документами осуществлялись мероприятия по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний на территории Ростовской области.

В связи с активизацией миграционных процессов, на территорию области ежегодно прибывает более миллиона иностранных граждан и лиц без гражданства. В 2011 г. прошли медицинское освидетельствование 13 456 мигрантов, выявлено 45 случаев инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Активно выявлены 2 случая заболевания корью у нелегального мигранта, прибывшего из Грузии, а также у легального, прибывшего из Вьетнама.

Одним из направлений деятельности Управления явилась подготовка и отправка в ФС 29 проектов решений о нежелательности пребывания (проживания) иностранных граждан или лиц без гражданства на территории РФ, из которых 12 приняты. В 2011 г. покинули территорию Российской Федерации 7 иностранных граждан, у которых были выявлены инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, в том числе 2 ВИЧ-инфицированных, депортировано — 3 человека (данные УФМС). Кроме того, совместно с МЗ РО организовано лечение мигрантов, у которых выявлены сифилис и туберкулез.

С февраля 2011 г. на территории Ростовской области функционирует Федеральное казенное учреждение ФМС России «Центр временного размещения лиц, подлежащих реадмиссии «Дон», в который поступило 55 граждан Узбекистана и 1 гражданин Вьетнама, из них выявлено 3 человека с туберкулезом, в том числе 1 с ВИЧ-инфекцией. Организованы противоэпидемические мероприятия, 3 человека выдворены за пределы РФ.

Благодаря проделанной работе в области удалось избежать групповой и вспышечной заболеваемости среди иностранных граждан и лиц без гражданства. Важными аспектами остаются координация деятельности заинтересованных служб по профилактике заноса и распространения инфекционных заболеваний, а также решение вопроса иммунизации против инфекционных заболеваний мигрантов, въезжающих на территорию области.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С МЛУ ТБ

**И.М. Сон¹, Е.М. Белиловский²,
И.Д. Данилова², Т.И. Морозова³,
С.П. Мишустин⁴, Е.Н. Туркин⁵,
Б.Я. Казенный⁶, О.И. Пономаренко⁷**

*¹ФГУ «ЦНИИОИЗ» Москва; ²ВОЗ, офис в Российской Федерации, Москва; ³ОПТД г. Саратов; ⁴ОПТД, г. Томск;
⁵КОПТД, г. Калининград; ⁶ОПТД, г. Орел; ⁷«Партнеры во имя Здоровья», офис в Российской Федерации, Москва*

Введение. Борьба с туберкулезом (ТБ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) к основным противотуберкулезным препаратам (изониазиду и рифампицину), является одной из приоритетной задач здравоохранения. Ее эффективность может напрямую зависеть от знания факторов риска передачи и распространения МЛУ ТБ среди различных слоев населения Российской Федерации.

Методы. Проведен ретроспективный анализ данных всех зарегистрированных в 2007–2009 гг. в 7 субъектах РФ впервые выявленных больных ТБ с бактериовыделением, определенным методом по-

сева, и которые прошли тест на лекарственную чувствительность (11 262 пациента). Надзор за МЛУ ТБ в данных субъектах отвечает критериям ВОЗ класса А по качеству и репрезентативности. С помощью логистического регрессионного многофакторного анализа проводилось сравнение данных тех 1695 больных, у которых было подтверждено наличие МЛУ ТБ («случаи»), с остальными (9567), которые были взяты в качестве «контрольной» группы.

Результаты. Шанс наличия МЛУ ТБ был достоверно выше у мужчин (отношение шансов (ОШ) = 1,2, 95% доверительный интервал (ДИ): 1,01–1,3), у лиц, злоупотребляющих алкоголем (ОШ = 1,4, 1,2–1,6), и проживающих в городе (ОШ = 1,4, 1,1–1,8). Наличие статуса «пенсионера» снижал риск наличия МЛУ ТБ (ОШ = 0,7, 0,5–0,9).

Шанс наличия МЛУ ТБ был выше для больных младше 35 лет (ОШ = 1,3, 1,2–1,5), и становился еще выше для больных младше 25 лет (ОШ = 2,4, 1,3–4,3). В целом, доля МЛУ ТБ увеличивалась с 7,3% (95%ДИ: 5,5–9,4) для больных старше 64 лет, до 18,4% (16,3–20,5) для больных 15–24 лет (при 15,1% (14,4–15,7) для всех возрастов).

Выводы. Риск наличия МЛУ ТБ зависит от социально-демографического статуса больного и особенно выражен у пациентов мужского пола, у лиц, имеющих возраст меньше 35 лет, проживающих в городе и злоупотребляющих алкоголем. Преобладание молодых возрастов среди больных МЛУ ТБ может отражать недавнюю трансмиссию МЛУ ТБ и определяет необходимость дальнейшего повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий, в частности по инфекционному контролю, для снижения темпов роста распространения МЛУ ТБ среди населения.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.А. Стерликов², Е.М. Богородская¹, В.Е. Одинцов³, А.В. Гордина², Д.А. Кучерявая²

¹ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва;

²Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, Москва; ³Управление организации медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний, Москва

Тенденция развития эпидемической ситуации отражает результативность как мероприятий по борьбе с туберкулезом, так и социальное состояние общества. Однако показатели Федерального статистического наблюдения, отражающие этот процесс (форма № 8), могут быть получены не ранее 2 квартала 2012 года. Предварительные тенденции развития эпидемической ситуации по туберкулезу могут быть оценены по числу больных туберкулезом, зарегистрированных для лечения в формах отраслевого статистического наблюдения 2-ТБ и 7-ТБ, которые были поданы в 1 квартале 2012 года.

В 2011 г. в гражданском секторе здравоохранения было зарегистрировано 85 741 больных туберкулезом. Это на 5966 больных (6,5%) меньше, чем в 2010 г. Наиболее выраженное снижение числа больных, зарегистрированных для лечения, отмечалось в дальневосточном Федеральном округе (23,5%). В пенитенциарных учреждениях число зарегистрированных для лечения впервые выявлен-

ных больных снизилось с 12750 до 11 669 человек (на 8,5%). Количество больных рецидивом туберкулеза снизилось на 2,9% в гражданском секторе здравоохранения и на 9,3% в пенитенциарном секторе. В целом по России в 2011 г. было зарегистрировано на 796 больных рецидивом туберкулеза меньше, чем в 2010 г., что свидетельствует о снижении факторов риска рецидива туберкулеза.

Доля больных с запущенными формами туберкулеза легких (с распадом легочной ткани) в гражданском секторе здравоохранения снизилась с 45,8 до 44,7% (отношение шансов = 0,95; $p < 0,01$), а в пенитенциарном — с 27,2 до 26,2% (отношение шансов = 0,95; $p < 0,1$). Снизилось число зарегистрированных для лечения наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом легких, у которых бактериовыделение было установлено методом микроскопии мокроты. В гражданском секторе здравоохранения число этих больных снизилось с 27 988 до 25 904 (на 7,4%), а в пенитенциарном секторе — с 2242 до 1945 (на 13,2%).

Заключение: по предварительным данным, можно предполагать дальнейшее улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации, которое связано как с усилением контроля за организацией мероприятий по борьбе с туберкулезом, так и с улучшением социально-экономической ситуации в стране, а также повышением благосостояния населения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ г. ЯКУТСКА

М.Ю. Тарасов¹, М.А. Данилова², Л.В. Лялина³

¹Государственное бюджетное учреждение Республики Саха (Якутия) «Детская городская клиническая больница № 2», г. Якутск; ²Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Якутск; ³ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

Инфекционные заболевания у детей относятся к числу важных медико-социальных проблем, поскольку они обуславливают в значительной степени уровень общей заболеваемости детского населения и являются существенными факторами риска развития в дальнейшем хронических заболеваний.

В ранговой структуре инфекционных заболеваний детского населения города Якутска (без респираторных инфекций) первое и третье место занимают острые кишечные инфекции неустановленной этиологии — 26,8% и кишечные инфекции, вызванные установленными возбудителями — 16,6%.

При анализе заболеваемости детей в возрасте до 14 лет за период 2000–2011 гг. отмечен рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии на 14,7% (с 2829,4 в 2000 г. до 3246,4 на 100 тыс. населения в 2011 г.). Одновременно зарегистрирован рост заболеваемости ротавирусной инфекцией в 3,5 раза (с 518,4 в 2000 г. до 1832,3 на 100 тыс. населения в 2011 г.), что, в первую очередь, связано с улучшением этиологической расшифровки острых кишечных инфекций.

Исследование по социально-гигиеническому изучению здоровья детей с инфекционными заболеваниями проводили за период 2000–2009 гг. Установлена зависимость между медико-социальными факто-

рами риска, в частности социальным положением родителей (61,2% опрошенных являются работающими), качеством жилищных условий (у более половины исследуемых — 63,6% основной группы в доме отсутствует водопровод, нет канализации и горячей воды) и низким уровнем социально-гигиенической культуры в развитии тяжелых форм инфекционных заболеваний. Выявлена низкая информированность населения по вопросам профилактики инфекционных заболеваний у детей — только 41,9% опрошенных родителей информированы.

Получены данные о том, что заражение тем или иным инфекционным заболеванием связано с воздействием комплекса факторов риска.

ОТ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ В ВЕРХНЕЙ ПЫШМЕ К ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И.С. Тартаковский¹, Ю.В. Демина², В.В. Малеев³, О.А. Груздева⁴, С.Б. Яцышина³

¹ФГБУ НИИЭМ им.Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, Москва; ²Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва; ³ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва; ⁴Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Хотя легионеллезная инфекция (болезнь легионеров) известна уже 35 лет возбудитель по-прежнему представляет существенную угрозу здоровью людей, практически ежегодно вызывая заметные эпидемические вспышки и спорадические случаи тяжелых пневмоний с высоким процентом летальных исходов в различных странах мира. Крупнейшая в мире за 2007 год вспышка легионеллезной пневмонии была зарегистрирована в Верхней Пышме Свердловской области. На примере расследования эпидемической вспышки пневмоний в Верхней Пышме показана важность и высокая эффективность применения современных стандартов лабораторной диагностики легионеллеза. За последующие годы в Российской Федерации разработана современная методическая база для диагностики легионеллеза и количественного профилактического мониторинга легионелл в потенциально опасных водных объектах окружающей среды. Создание современной отечественной методической базы для диагностики и профилактики легионеллеза нашло отражение в Санитарных Правилах «Профилактика легионеллеза» СП 3.1.2.2626-10. Методология мониторинга легионелл в потенциально опасных водных системах, основанная на сочетании ПЦР в реальном времени и бактериологии, внедряется в практику эпидемиологического надзора. Исследования, проведенные в 2008–11 гг., выявили высокий уровень колонизации *Legionella pneumophila* (около 70% объектов) потенциально опасных водных систем (системы горячего водоснабжения общественных зданий, градирни промышленных предприятий и др.) в Уральском и Московском регионах. Два наиболее стандартизированных метода лабораторной диагностики легионеллеза (определение антигена легионелл в моче иммунохроматографическим методом и бактериологический анализ бронхоальвеолярного лаважа) были использованы при обследовании больных пневмониями в отделении реанимации и интенсивной терапии ЛПУ. Легионеллезная этиология

подтверждена в 8% случаев тяжелых пневмоний. Использованный в работе алгоритм диагностики представляется перспективным для обязательного включения в протокол обследования больных тяжелыми пневмониями.

ХОЛЕРА: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

О.Г. Тевеленок, Н.Г. Зверева, Н.А. Торотенков

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае», г. Красноярск

В настоящее время холера продолжает оставаться одной из актуальных и социально-значимых опасных инфекционных болезней. Постоянные эпидемические осложнения по холере в странах Азии, возможность завоза холеры на территорию Красноярского края требуют обеспечения организации и проведения комплекса мероприятий по обеспечению надзора и мониторинга за этой инфекцией.

В сентябре 1997 г. на территории Красноярского края в г. Ачинск было завезено 2 случая заболевания холерой Эльтор, серовар Огава из Чимкентской области (Р. Казахстан). Нам удалось избежать ошибок при проведении противоэпидемических мероприятий и проведении лабораторных исследований в очаге холеры благодаря квалифицированной подготовке наших специалистов всех уровней на центральных и местных базах, в Иркутском НИ противочумном институте Сибири и Востока и взаимодействию в работе со всеми заинтересованными учреждениями. Важно подчеркнуть, что эта работа продолжается и в последующие годы.

В целях обеспечения мониторинга ежегодно на базе отделения исследований особо опасных инфекций исследовано за последние 5 лет от 1500 до 2500 проб воды открытых водоемов, из них выделено от 60 до 130 НАГ-вибрионов, что составило (8,0–10,0%). Особо следует подчеркнуть, что за последние годы значительно укреплена материально — техническая база отделения исследований особо опасных инфекций: установлено современное оборудование для проведения исследований методом полимеразно-цепной реакции, проведена соответствующая подготовка специалистов на центральных базах страны. Для оценки готовности к индикации ежегодно выдается более 50 шифрованных проб на холеру в лабораторные подразделения микробиологических исследований ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае».

На базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае» созданы специализированные формирования: эпидемиологическая бригада СПЭО и 17 групп санитарно-эпидемиологической разведки. Ежегодно осуществляется укрепление их табельным оснащением, проводятся тренировочные занятия и семинары, на которых отрабатываются практические навыки специалистов по работе в очаге холеры.

Таким образом, сложившаяся эпидемиологическая ситуация по холере в мире, России, возможность заноса инфекции на территорию Красноярского края требуют дальнейшей работы по обеспечению надзора и мониторинга, подготовке кадров и взаимодействию с НИИ противочумным институтом Сибири и Дальнего Востока Роспотребнадзора.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ И МЕРАХ ПО ЕЕ СНИЖЕНИЮ

В.М. Трипак, Е.А. Тихонова

Управление Роспотребнадзора по Самарской области, г. Самара

Сальмонеллез в настоящее время является одной из наиболее проблемных нозологических форм в структуре группы кишечных инфекций в развитых странах. Заболеваемость сальмонеллезами повсеместно имеет тенденцию к росту, особенно это касается крупных благоустроенных городов.

В течение последних 4-х лет в Самарской области наблюдается тенденция к стабилизации заболеваемости сальмонеллезом. Однако эпидемиологическая обстановка остается напряженной, ежегодно уровень заболеваемости сальмонеллезом превышает показатель по Российской Федерации. Так, в 2011 г. зарегистрировано 1449 случаев сальмонеллеза, показатель заболеваемости составил 45,71 на 100 тыс. населения и превысил среднероссийский уровень на 26,5%.

Отмечается сезонность заболеваемости сальмонеллезом. Около 50% всех заболеваний приходится на июль–сентябрь.

Преобладающим путем передачи инфекции является пищевой. По результатам лабораторного мониторинга сальмонеллы ежегодно обнаруживаются в продовольственном сырье и пищевых продуктах (более 60% среди выделенных из внешней среды), из них более 80% в мясе птицы и птицеводческих продуктах.

Порядка 60% случаев заболевания сальмонеллезом регистрируется среди взрослого населения, из которых четверть приходится на возрастную группу 20–29 лет. Среди детского населения более 70% составляют дети до 6 лет.

Наиболее часто в эпидемический процесс вовлекаются городские жители, на долю которых в разные годы приходилось от 79% (2005 г.) до 85% (2003 и 2007 гг.). Данный тип распределения заболеваемости связан с централизацией производства пищевых продуктов в многонаселенных городах и с изменившимся способом их реализации, в частности увеличением выпуска полуфабрикатов.

По результатам проведенного анализа можно выделить ряд приоритетных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости сальмонеллезом в Самарской области: ветеринарно-санитарные мероприятия; контроль соблюдения технологического и санитарного режима на предприятиях пищевой промышленности и общественного питания; бактериологическое исследование лиц, поступающих на работу на эпидемически значимые объекты; своевременное проведение противоэпидемических мероприятий в очагах острых кишечных инфекций.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А.П. Ускова, А.С. Крига, М.А. Вайтович

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области, г. Омск

В последние годы в мире наблюдается активизация эпидемического процесса норовирусной инфекции, которые в настоящее время представляют

серьезную проблему здравоохранения как в развивающихся, так и в развитых странах мира. Территория Омской области не является исключением, что подтверждается значительным увеличением доли норовирусов в структуре возбудителей острых кишечных инфекций. Показатель заболеваемости норовирусной инфекцией в 2011 г. составил 1,99 на 100 тыс. населения, в 2010 г. показатель составил 1,59 на 100 тыс. населения.

Впервые РНК норовируса II генотипа обнаружена на территории Омской области в 2007 г. при проведении мониторинговых исследований материала от больных на ротавирусную инфекцию. В настоящее время лабораторное обследование больных на норовирусную инфекцию проводится, в основном, при регистрации групповой заболеваемости, чаще в детских организованных коллективах, и отрицательных результатах бактериологического обследования. Вследствие чего, наибольший процент острых кишечных инфекций не установленной этиологии регистрируется среди взрослых. В 2011 г. зарегистрировано 3 вспышки норовирусной инфекции, с числом пострадавших 21 человек, все заболевшие — дети до 17 лет. При расследовании вспышек выявлено 3 носителя норовирусной инфекции среди персонала и 3 — среди детей.

Обнаружение антигенов норовирусов в фекалиях больных и лиц, контактировавших с больными, проводится в лаборатории особо-опасных инфекций ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области» методом ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией «АмплиСенс® Rotavirus/Norovirus/Astrovirus-FL» (ИнтерЛабСервис, Москва). Для изучения генетического разнообразия норовирусов проведено исследование проб фекалий от больных острыми кишечными инфекциями, собранных с 2009 г. по 2011 г., в которых методом ПЦР была обнаружена РНК норовируса II генотипа. По результатам генотипирования норовирусов преобладающим был генотип GII.4 (54,8% в 2009–2010 гг. и 34,4% в 2010–2011 гг.), вторым по частоте идентифицировался генотип GII.3 (25,8% в 2009–2010 гг. и 18,8% в 2010–2011 г.).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2011 г. ПО ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Феклисова¹, Е.Р. Мескина¹, Н.В. Россошанская²

¹ГУ Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва; ²Управление Роспотребнадзора по Московской области

В последние годы, в том числе и в 2011 г., заболеваемость острыми кишечными инфекциями не снижается. В 2011 г. острыми кишечными инфекциями (ОКИ) заболело 16 099 детей до 14 лет (показатель заболеваемости 1718,6 на 100 тыс. детского населения). В сравнении с 2010 годом отмечено незначительное снижение числа заболевших (18 013 случаев, 2088,9 на 100 тыс. детского населения). По-прежнему сохраняется низкий удельный вес ОКИ установленной этиологии — 22,7%. В структуре ОКИ установленной этиологии преобладают ротавирусная инфекция (9,1%) и сальмонеллезы (5,8%). На долю шигеллезов и эшерихиозов приходится менее 1% всех случаев (0,91 и 0,94% соответственно). В 2011 г.

диагноз кампилобактериоза был установлен только у одного ребенка, хотя по данным литературы на долю кампилобактериоза приходится до 5% всех ОКИ у детей. По сравнению с 2011 годом в 2,7 раза возросло число гастроэнтеритов норовирусной этиологии (89 против 38 случаев), что следует отметить как улучшение ситуации по внедрению в практику врачей современных методов диагностики вирусных гастроэнтеритов.

Но в целом, необходимо признать, что число случаев подтвержденных вирусных ОКИ в Московской области остается низким, хотя эти инфекции преобладают в структуре диарейных заболеваний в детском возрасте и могут достигать 40–60% и более. Ретроспективный анализ 328 историй болезни из 16 районных больниц Московской области показал, что в районах, где диагностика ротавирусной инфекции внедрена в рутинную практику, частота необоснованного назначения антибактериальной терапии пациентам с вирусным гастроэнтеритом колеблется от 0 до 20–25%. А в районах, в которых диагностика ротавирусной инфекции не проводится, она достигает 100%.

В настоящее время доступны простые, не требующие дополнительного лабораторного оборудования, иммунохроматографические тесты диагностики вирусных диарей, которые должны повсеместно внедряться в повседневную практику. Это является не только резервом повышения уровня этиологической верификации диагноза инфекционной диареи, но и будет способствовать правильному лечению больных.

МЕСТО ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАРТИНЕ СОВРЕМЕННОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.В. Филиппов¹, И.М. Сон², С.Е. Борисов¹, М.В. Матвеева¹

¹КГУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом», Москва; ²ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России, Москва

Показатель заболеваемости детей туберкулезом (ПЗДТ) принято считать одним из главных эпидемиологических показателей, характеризующих ситуацию по туберкулезу в территории. В то же время в субъектах РФ этот показатель различается в большей степени, чем ПЗ всего населения, а его колебания в отдельные годы достигают 2 и более раз. Целью работы было выяснение причин этого явления и описание особенностей детской заболеваемости в РФ.

Проведен анализ показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу в РФ. Рассчитаны средние значения по тем показателям, которые считаются наиболее информативными и надежными (показатель заболеваемости (ПЗ) фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ), ПЗ туберкулезом органов дыхания (ТОД) с распадом легочной ткани, доле выявленных посмертно от всех выявленных впервые и др.) за период 2008–2010. Среди всех субъектов РФ выбраны 19 с различным уровнем как ПЗ всего населения, так и ПЗДТ. В этих субъектах проведен углубленный анализ структуры детской заболеваемости по клиническим формам туберкулеза и возрастным группам впервые выявленных больных за период с 1995 по 2009 гг.

Было установлено, что ПЗДТ не имеет существенных корреляций с другими эпидемиологическими показателями, характеризующими ситуацию по туберкулезу. Коэффициент корреляции ПЗДТ с ПЗ всего населения и ПЗ подростков статистически достоверно ниже 0,5. ПЗДТ не имеет существенной корреляции с величиной охвата профилактическими осмотрами, включая охват туберкулинодиагностикой, заболеваемостью фиброзно-кавернозным туберкулезом и менингитом, и долей выявленных посмертно от всех впервые выявленных. В то же время ПЗДТ имеет выраженную корреляцию с числом больных туберкулезом, выявленных в ходе профилактических осмотров на 1000 осмотренных. Соотношение больных туберкулезом первичного периода инфекции к больным с клиническими формами вторичного периода имеет прямую корреляцию с ПЗДТ и обратную корреляцию с ПЗ подростков, коэффициент соотношения ТОД и внелегочного туберкулеза (ВЛТ) не коррелирует ни с какими другими показателями.

Результатом данного анализа может быть следующий вывод: величина ПЗДТ зависит преимущественно от системы организации выявления туберкулеза у детей и в меньшей степени от общей эпидемической ситуации в регионе. Недостаточное и запоздалое выявление туберкулеза в детском возрасте способствует повышению заболеваемости туберкулезом подростков.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ ВСПЫШКИ ГРУППОВОГО СЛУЧАЯ БОТУЛИЗМА В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2011 г.

К.Х. Хацукон, Ю.В. Кудрявцев, Ж.А. Пагов, А.М. Ошроев

Управление Роспотребнадзора по Кабардино-Балкарской Республике, г. Нальчик

В период с 31 октября по 5 ноября 2011 г. в г. Нальчик среди студентов и персонала финансово-экономического факультета Кабардино-Балкарской государственной сельскохозяйственной академии зарегистрировано 48 случаев ботулизма.

В ходе санитарно-эпидемиологического расследования установлено, что групповая заболеваемость связана с употреблением пищевых продуктов, приготовленных в столовой финансово-экономического факультета Кабардино-Балкарской сельскохозяйственной академии. В качестве фактора передачи ботулотоксина рассматривались салаты («московский», «овощной») с использованием огурцов, домашнего приготовления, а также консервированного горошка. В эпидпроцесс были вовлечены 48 человек. Среди заболевших было 45 студентов (93,7%), 3 преподавателя (6,3%). По степени тяжести: тяжелые формы отмечались у 6 человек (12,5%), средняя степень тяжести у 26 человек (54,1%), легкая степень тяжести у 8 человек (16,7%) и 8 человек (16,7%) были госпитализированы с провизорной целью, которым вводилась противоботулиническая сыворотка в целях экстренной профилактики. У всех пострадавших отмечались клинические проявления ботулизма в виде расстройства глотания, зрения, тошноты, жидкого стула, сухости во рту и др. Все больные поступали и им оказывалась помощь в ГУЗ «Центр

по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики.

В ходе проверки установлено, что Кабардино-Балкарской сельско-хозяйственной академией подано уведомление об оказании услуг общественного питания, которое зарегистрировано 29.12.2009 г. № 00018.12.09. За период с 29.12.2009 г. по 30.11.2011 г. проверки пищеблока и столовых в Кабардино-Балкарской сельско-хозяйственной академии в соответствии с Федеральным законом от 08.12.2008 г. № 294 не проводились.

Пробы пищевой продукции и клинического материала от больных были направлены на исследования в лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в Кабардино-Балкарской республике, ФКУЗ «Ставропольский НИПЧИ» и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в г. Москве.

В ходе проведения лабораторных исследований специалистами всех задействованных в расследовании лабораторий от 12 больных при исследовании проб клинического материала в реакции биологической нейтрализации с диагностическими ботулиническими сыворотками отмечена положительная реакция у 8 больных, в том числе специалистами ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в КБР» от 7 больных и специалистами ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» от 8 больных. В 3 случаях результаты были подтверждены одновременно лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в КБР» и лабораторией ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт».

По результатам лабораторных исследований пищевых продуктов ботулинический токсин тип А, ботулинический токсин тип В, ботулинический токсин тип С, ботулинический токсин тип Е, ботулинический токсин тип F не обнаружены. Тип ботулотоксина не был установлен. Предположительно штамм ботулинуса продуцировал политоксин АFE. В ходе лабораторных исследований установлено, что пробы пищевых продуктов были контаминированы *Clostridium perfringens*, *Klebsiella pneumonia*, *Esherihia coli*, *Staphilococcus aureus*,

В ходе проведения внеплановых мероприятий по контролю за деятельностью предприятий общественного питания Кабардино-Балкарской государственной сельско-хозяйственной академии выявлены многочисленные нарушения санитарных правил (СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и сырья».

За нарушения санитарного законодательства специалистами Управления Роспотребнадзора по КБР на пищеблок и 10 столовых Кабардино-Балкарской государственной сельско-хозяйственной академии составлены протокола о временном приостановлении деятельности и направлены в судебные органы г. Нальчика. Решением суда г. Нальчика от 08.11.2011 г. деятельность пищеблока и 6 столовых Кабардино-Балкарской государственной сельско-хозяйственной академии деятельность приостановлена на 45 суток, 3 столовых, арендованных предпринимателями на 30 суток, столовая в общежитии по ул. Ногмова, 89 на 15 суток.

На должностных лиц Кабардино-Балкарской государственной сельско-хозяйственной академии, частных предпринимателей, обеспечивающих питание студентов, нарушивших санитарное законодательство составлено 9 протоколов об административном правонарушении в соответствии с КоАП Российской Федерации по статьям 6.6; 14.1; 14.14.2 на сумму 25 000 рублей.

В целях профилактики заболеваемости ботулизмом в Кабардино-Балкарской Республике был усилен контроль на предприятиях пищевой промышленности, предприятиях общественного питания. В средствах массовой информации (телевидение, радио, интернет-издания) специалистами Управления Роспотребнадзора по КБР опубликовано 9 статей, выступлений-10. Уделялось особое внимание на режим приготовления консервированной продукции и правила пользования консервированной продукцией, приготовленной в домашних условиях. При проведении гигиенического обучения декретированных контингентов изменена программа подготовки с учетом особенности заболевания ботулизмом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

М.И. Чубирко¹, Н.П. Мамчик²,
Л.Ф. Шарипова²

¹Управление Роспотребнадзора по Воронежской области;

²Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Эпидемиология — одна из наук, которая в своем развитии претерпела наиболее значительный путь преобразований, совершенствования, дифференциации и интеграции с другими науками. В процессе эволюции с развитием новых отраслей знаний было сформировано множество направлений и их число продолжает расширяться. Развитие эпидемиологии осуществлялось благодаря видным отечественным ученым: академикам Е.Н. Павловским, В.Д. Беляковым, Б.Л. Черкасским, профессорами В.А. Башениным, В.П. Сергиевым и сопровождалось непрерывным накоплением знаний, появлением новых воззрений. В течение более века отмечалась незыблемость основной теории эпидемиологии — науки об эпидемической цепи, как непрерывном заражении людей и животных единственно возможным способом существования возбудителей инфекций. По образному выражению О.В. Барояна эпидемиология заняла свое место «в большом и слаженном симфоническом оркестре — инфектологии» (В.Д. Беляков). Однако, обосновалось и представление «о межэпидемических и межэпизоотических периодах сохранения возбудителя в природе» (В.П. Сергиев).

До конца XX века большинство отечественных школ занимало позицию неприятия эпидемиологии неинфекционных заболеваний. Первым отечественным эпидемиологом, отстаивавшим идеи эпидемиологии, как общемедицинской науки был В.А. Башенин, но его идеи не приняли. В.Д. Беляков, последователь В.А. Башенина, выступил за широкое использование опыта борьбы с инфекцией для разработки теоретических основ эпидемиологии и профилактики неинфекционных болезней. В дальнейшем, идея была поддержана учениками В.А. Башенина: В.В. Долматовым, Л.П. Зуевой,

Р.Х. Яфаевым др. Б.Л. Черкасский (2000 г.) отмечал, что «эпидемиология неинфекционных болезней, которая ранее рассматривалась как «незаконное дитя», активно «встала на ноги» и обрела самостоятельность.... Как указывал В.М. Жданов «Эпидемиология неинфекционных болезней уже существует и имеет немалые достижения».

В.В. Долматов, В.Л. Стасенко (2008 г.) считают, что «ограничение предмета эпидемиологии инфекционными заболеваниями надо признать искусственным, всякие массовые заболевания, которые возникают среди народа, являются эпидемией и для своего изучения требуют компетенции эпидемиолога». Е.Б. Брусина с соавторами (2008 г.) полагают, что позиция неприятия инфекционной эпидемиологии приводит к «растаскиванию» этой науки по разным дисциплинам, дроблению, потере содержания содержания эпидемиологического исследования».

К тому же, история показывает, что доля нозологий, признаваемых инфекциями, неуклонно возрастает и этот процесс в перспективе будет главенствующим.

Но до сих пор для отечественной эпидемиологии представляется сложным преодолеть барьер, разделяющий эпидемиологию инфекционных и неинфекционных болезней. Сложившиеся десятилетиями понятия и определения не могут быть сразу приняты.

Но реальный общий вывод сводится к тому, что эпидемиология — общемедицинская наука, объектом которой являются болезни человека (заразные и незаразные).

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА СЕЛЕ

Л.В. Щучинов, М.П. Бородулина

Управление Роспотребнадзора по Республике Алтай, г. Горно-Алтайск

По данным Всемирной организации здравоохранения разница в продолжительности жизни людей в самых богатых и самых бедных странах в настоящее время превышает 40 лет. Эксперты ВОЗ уверены, что при лучшем применении профилактических мероприятий глобальное бремя болезней может быть уменьшено более чем на 70%.

Согласно ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, первичная медико-санитарная помощь в РФ — основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, включающий не только лечение распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, но и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинскую профилактику важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое образование населения.

Доля сельского населения в республике составляет 73,5% от общей численности.

Проведение противоэпидемической работы в сельском здравоохранении включает: выявление заразных больных, осуществление подворных обходов, проведение противоэпидемических мероприятий в очаге (текущая дезинфекция, отстранение лиц,

бывших в контакте с больным от работы в пищевых, детских, лечебных учреждениях, проведение заключительной дезинфекции), формирование здорового образа жизни среди населения.

Особая роль в оказании первичной медицинской помощи отведена организации противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний. Наиболее показательными являются туберкулез, острые кишечные инфекции. Зачастую именно от фельдшера зависит то, как проводится оздоровление очагов туберкулеза, принимаются меры по принудительному лечению больных, организуется проведение текущей дезинфекции в очагах туберкулеза и обследование контактных. Одним из критериев качества работы является заболеваемость среди контактных острыми кишечными инфекциями, туберкулезом. В 2011 г. на территории Республики Алтай в сельской местности среди заболевших сальмонеллезом очаговость с 2 и более случаями составила 9%, а количество очагов с вторичными случаями заболеваний 0,4%. Своевременно проведенные первичные противоэпидемические мероприятия значительно снижают объемы работы эпидемиологов, экономический ущерб от инфекционных заболеваний. Население, проживающее в отдаленных населенных пунктах, проходит флюорографическое обследование при работе передвижных флюорографических установок. Явку населения организуют медицинские работники путем подворного оповещения. Индивидуальное информирование населения является эффективным методом, что подтверждается высоким охватом населения флюороосмотрами.

Наиболее эффективной и надежной мерой профилактики инфекционных заболеваний является проведение профилактических прививок.

В результате проведения массовой дополнительной иммунизации населения против вирусного гепатита В отмечается устойчивое снижение заболеваемости гепатитом. Если в 2005 г. регистрировалось 29 случаев вирусного гепатита В (показатель 14,01 на 100 тыс. населения), то в 2009 г. 4 случая (показатель 1,91 на 100 тыс. населения). В 2011 г. не зарегистрировано ни одного случая острого вирусного гепатита В.

В 2005 г. было зарегистрировано 1243 случая краснухи (показатель заболеваемости 600,5 на 100 тыс. населения). После проведения дополнительной иммунизации населения в течение последних четырех лет не регистрировались случаи краснухи и синдрома врожденной краснухи.

Важным моментом в формировании здорового образа жизни является привлечение самого населения. Представители населения должны выражать общее порицание пьющим семьям, лицам, отклоняющимся от лечения против туберкулеза, сифилиса ведущим асоциальный образ жизни на сельских сходках, собраниях уличных комитетов, инициаторами которых являются медицинские работники.

Таким образом, важным условием успешной реализации целевых установок первичной медико-санитарной помощи является взаимодействие здравоохранения с другими социальными и экономическими секторами, деятельность которых направлена на решение основных социальных проблем в обществе, создание условий для охраны и улучшения общественного здоровья.

ИНТЕГРАЦИОННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**А.А. Яковлев***ГБОУ ВПО «Владивостокский Государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ», г. Владивосток*

Понятие «интеграционная эпидемиология», а точнее — интеграционный метод в эпидемиологии, — ввел в научный обиход Г.П. Надарая в 1980 г. Теоретическим обоснованием метода стало сложившееся у автора представление о том, что эпидемический процесс есть единое — целое явление — процесс одновременного распространения различных инфекций, и существуют всеобщие согласованные закономерности совместного их распространения, являющиеся атрибутом их далекого эволюционного прошлого. В эпидемиологии же традиционно принято изолированно рассматривать эпидемический процесс отдельных болезней. Между тем филогенез всех возбудителей инфекционных болезней проходил в условиях тесного и избирательного взаимодействия отдельных видов, с формированием в организме хозяина и во внешней среде различных биоценозов. Известно, что сложившиеся взаимоотношения между сочленами биоценоза для обеспечения его стабильности могут быть и интеграционными, и конкурентными. Поэтому с филогенетических позиций, по мнению А.А. Селиванова (1983), нет оснований отрицать существование такого взаимодействия между микроорганизмами, входящими в биоценоз. Исследования такого плана, проводимые нами (А.А. Яковлев с соавт., 1989–2011 гг.) по изучению эпидемиологии гепатита А и дизентерии, стрептококковой инфекции и респираторных вирусных инфекций, парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции с использованием интеграционного, а в последующем и системного подходов позволили разработать концепцию интеграционно-конкурентного развития эпидемического процесса, в соответствии с которой инфекции, имеющие общую локализацию и механизм передачи, могут прямо или опосредованно, на популяционном уровне, влиять (активизировать или тормозить) на развитие эпидемического процесса (ЭП) друг друга. Важно подчеркнуть, что концепция способствует пониманию того, что саморегуляция ЭП может происходить не только в отдельно взятых паразитарных системах, вследствие инфекционно-иммунологических механизмов (В.Д. Беляков с соавт., 1987), но и, как результат реализации интеграционно-конкурентных взаимоотношений, — внутри сложившихся биоценозов, между отдельными видами микроорганизмов. Кроме того, как показали наши исследования, реализация интеграционного подхода при изучении эпидемиологии инфекций, имеющих общий механизм передачи, позволяет более объективно оценить эпидемическую ситуацию и условия, способствующие ее формированию.

**ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК
МВД РОССИИ В 2006–2011 ГГ.****В.В. Ярославцев¹, Ю.В. Сабанин², В.В. Рыбин¹,
О.В. Каськов², В.В. Рихтер¹, В.А. Заволожин¹,
А.С. Калашникова³, С.Н. Кузин³***¹ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск МВД России», Москва; ²Военно-медицинское управление Главного командования внутренних войск МВД России Москва; ³ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва*

Внебольничные пневмонии являются одной из наиболее значимых проблем для военнослужащих из-за ущерба здоровью, длительной госпитализации и возможных осложнений. Переход в 2009 г. военнослужащих по призыву на 1 год службы, увеличение числа новобранцев и связанное с этим ухудшение условий их размещения, привели к росту заболеваемости внебольничными пневмониями. Если в 2006–2007 гг. средний показатель заболеваемости составил 27,1‰ (минимальный уровень), то в 2009–2011 гг. этот показатель у военнослужащих по призыву составил 33,9‰.

Следует отметить, что заболеваемость внебольничными пневмониями военнослужащих по призыву значительно выше, чем по контракту. Так, в 2006–2007 гг. различия составляли 6,3 раза, а в 2009–2011 гг., когда активно реализовывалась программа по замещению рядовых и сержантов по призыву контрактниками, а служба по призыву продолжалась 1 год, этот показатель увеличился до 9,7 раза. При этом тенденция многолетней динамики заболеваемости внебольничными пневмониями у военнослужащих по контракту — умеренное снижение.

Необходимо отметить, что в структуре общей заболеваемости удельный вес внебольничных пневмоний до проведения реформы внутренних войск МВД России (2006–2007 гг.) и после ее осуществления (2009–2011 гг.) оставался одинаковым. Так у военнослужащих по призыву он составлял 2,5 и 2,6% соответственно, у военнослужащих по контракту 1,0 и 0,9% соответственно. Тот факт, что в 2009–2011 гг. наметился рост уровня внебольничных пневмоний у проходящих службу по призыву, на фоне вакцинации против пневмококковой инфекции (вакциной Пневмо-23), указывает на недостаточность только этой меры и требует нормализации санитарно-гигиенических условий при всех видах жизнедеятельности военнослужащих. Имеющийся опыт противоэпидемической работы в организованных воинских коллективах показывает исключительную важность комплексного подхода к профилактике внебольничных пневмоний.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНГИНАМИ
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК
МВД РОССИИ В 2001–2011 гг.**

**В.В. Ярославцев¹, Ю.В. Сабанин², В.В. Рыбин¹,
О.В. Каськов², В.В. Рихтер¹, В.А. Заволожин¹,
А.С. Калашникова³, С.Н. Кузин³**

¹ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск МВД России», Москва; ²Военно-медицинское управление Главного командования внутренних войск МВД России Москва; ³ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва

Для внутренних войск ангины являются актуальным инфекционным заболеванием, что определяется значительными трудовыми потерями для военнослужащих по призыву — 5,4%, по контракту — 3,4%.

У призывников наиболее благополучным периодом по ангинам можно считать 2001–2005 гг., когда они проходили военную службу в течении 2-х лет, а уровень заболеваемости был 44,7%. У военнослужащих по контракту в 2001–2005 гг. уровень ангин, наоборот, наиболее высокий за период наблюдения — 20,6%. В 2006–2007 гг., уровень ангин у призывников увеличился на 12,1% и составил 50,8%, у контрактников снизился и составил 18,4%. После перехода в 2009 г. военнослужащих по призыву на 1 год службы, уровень ангин в 2009–2011 гг. увеличился, по сравнению с 2006–2007 годами, на 37,1%

и составил 80,8%. При этом, у военнослужащих по призыву в 2009–2011 гг. наметилась тенденция умеренного роста ангин (2009 г. — 78,1%, 2010 г. — 79,7%, 2011 г. — 80,6%). У военнослужащих по контракту, наоборот, наметилась тенденция снижения заболеваемости ангинами (2009 г. — 18,5%, 2010 г. — 18,0%, 2011 г. — 16,7%). Удельный вес ангин в общей заболеваемости в 2006–2007 гг. у военнослужащих по призыву составил 4,4%, у военнослужащих по контракту — 4,3%, в 2009–2011 гг. 6,2 и 4,4% соответственно.

В 2006–2007 гг., когда срок службы военнослужащих по призыву был 2 года, уровень ангин у этого контингента был в 2,8 раза выше, чем у военнослужащих по контракту, в 2009–2011 гг., когда срок службы по призыву сократился до 1 года, этот показатель увеличился до 4,6 раза. В анализируемый период наиболее высокий уровень ангин у военнослужащих по призыву отмечался в 2011 г. — 84,7%, у военнослужащих по контракту в 2001 г. — 27,5%, наиболее низкий уровень ангин соответственно в 2003 г. — 37,7% и 2004 г. — 16,1%.

Таким образом, реформирование внутренних войск МВД России, подтвердило актуальность стрептококковой инфекции у военнослужащих по призыву, что требует разработки дополнительного комплекса противоэпидемических мероприятий.