

Кроме того, необходимо отметить, что в микрорайонах Заречный и ВИЗ-правобережный (новая застройка) в связи со свободной застройкой и большими разрывами между домами шум с магистралей проникает в глубину жилой застройки, а в микрорайоне Южной подстанции заметно влияние железнодорожного и авиационного транспорта.

Для улучшения шумовой обстановки районов необходимо силами специализированной организации разработать проект защиты от шума, в котором предусмотреть:

1. Разработку транспортных схем районов, строительство обездных магистралей, перераспределение транспортных потоков и в первую очередь на вышеперечисленных магистралах.

2. Расширение магистралей с интенсивным движением транспорта, заглубление их (ул. Токарей, Московская), строительство экранов, коммунальных объектов и гаражей вдоль них (ж/д магистраль по улицам Черепанова и Селькоровской).

3. При новом строительстве предусмотреть максимальное удаление жилых и общественных зданий от магистралей и улиц городского значения (удаление на 100 м снижает уровень шума на 15 дБА).

4. Строительство вдоль улиц с интенсивным движением шумозащищенных домов.

5. В первом эшелоне жилых домов, выходящих фасадами на улицы с уровнями шума выше 65, предусмотреть остекление лоджий, балконов, тройное остекление окон и устройство клапанов для проветривания.

6. Устройство дополнительного озеленения вдоль авто и железнодорожных магистралей.

7. Рассмотрение вопроса об отселении из жилья, расположенного в дискомфортных условиях по шуму,

особенно в первых этажах жилых зданий центра города.

Перечисленные предложения переданы Главам администраций районов и в ГлавАПУ при городской администрации.

Геннадий Адольфович Чарный

врач Екатеринбургского межрайонного центра ГСЭН

УДК 661.9:616.2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

**А.Д.Хайдукова, О.Г.Гилева,
Н.М.Башкова**

Городской межрайонный центр госсанэпиднадзора, г. Екатеринбург

Проблема клещевого энцефалита (КЭ) в г. Екатеринбурге в течение последних лет находится в центре внимания эпидемиологов, клиницистов, вирусологов, иммунологов. Актуальность проблемы обусловлена стабильно высоким уровнем заболеваемости данной нейроинфекцией.

Заболеваемость КЭ в г. Екатеринбурге имеет тенденцию к росту, начиная с 1990г., со среднегодовым темпом прироста 7,9%. Многолетняя его динамика характеризуется волнообразным течением, с периодическими подъемами и спадами. Наибольший уровень заболеваемости был зарегистрирован в 1996г., который составил $61,4 \pm 2,1$ на 100 тыс. жителей. В сезон 1997 г. произошло снижение заболеваемости КЭ до $34,9 \pm 1,6$ на 100 тыс. жителей. Уровень летальности составил 0,8% (средний уровень за прошедшие годы - 1,4%).

В сезон 1997 г. было отмечено некоторое изменение в клинической

Клиническая структура КЭ (%)

Клинические формы	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Стертая	60,0±0,44	60,1±0,65	63,6±1,7	79,6±1,8
Менингеальная	30,0±0,85	26,6±1,35	26,0±1,5	14,9±1,6
Очаговая	10,0±1,6	13,3±2,2	10,4±1,0	5,5±1,02
ИТОГО	100%	100%	100%	100%

структуре КЭ. С достоверно большей частотой, по сравнению с предыдущими годами, регистрировались стертые формы КЭ, на их долю пришлось 79,6±1,8%. Соответственно уменьшился удельный вес менингеальных и очаговых форм - 14,9±1,6 и 5,5±1,02%.

С 1995 г. в г.Екатеринбурге активно проводится массовая иммунизация населения против КЭ. Охват профилактическими прививками против КЭ взрослого населения на начало прививочной компании 1997-1998 г.г. составлял 54%.

Анализ влияния вакцинации на развитие различных клинических форм КЭ основан на материалах заболеваемости КЭ в г.Екатеринбурге 1997 г. В процессе исследования использованы данные карт эпидемиологического обследования. Прививочный анамнез заболевших уточнялся в территориальных поликлиниках по месту жительства, для подтверждения клинического диагноза КЭ использованы серологические исследования от больных в реакциях ИФА и РТГА. Исследования проводились вирусологической лабораторией центра лабораторной диагностики болезни матери и ребёнка. В работе использован эпидемиологический метод с применением статистических приёмов анализа.

В 1997 г. специфическая профилактика проведена 308 чел., из числа заболевших, из них 55 были ранее привиты специфическим противоклещевым гаммаглобулином по факту присасывания клеща (1 группа); 109 чел. - привитые ранее, но не получившие ранее гаммаглобулин по поводу присасывания клеща (2 группа); 144

заболевших имели указания только на введение гаммаглобулина (3 группа); 170-ти заболевшим специфическая профилактика не проводилась (4 группа) (рис. 1).

Анализ зависимости развития клинических форм КЭ от прививочного анамнеза и введения специфического гаммаглобулина показал, что наибольшее количество стертых форм регистрировалось у лиц 1 и 2 групп, где их было 93±3,4 и 92±2,6% соответственно (t=0,2). Удельный вес менингеальных форм в этих группах составил 5,2±2,9 и 4±1,8% соответственно (t=0,4). На долю очаговых форм пришлось 1,8±1,7 и 4±1,8% соответственно (t=0,9). Доля стертых форм у лиц, ранее не привитых, но получивших гаммаглобулин по факту укуса клеща, была достоверно меньше, чем у лиц 1 и 2 групп, и составила 84±3,01% (t=2), удельный вес менингеальных и очаговых форм составил 10±2,5 и 6±1,9% соответственно.

Наиболее неудовлетворительный расклад по клиническим формам отмечен у лиц, не прошедших специфическую профилактику. В этой группе с достоверно меньшей частотой регистрировались стертые формы - 64±3,6%, тогда как на долю менингеальных и очаговых форм пришлось 29±3,4 и 7±1,9% соответственно.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о высокой эффективности иммунизации населения против КЭ и гаммаглобулино-профилактики по факту присасывания клеща.

Алёна Дмитриевна Хайдукова

зам. главного врача Екатеринбургского межрайонного ЦГСЭН

Удельный вес клинических форм клещевого энцефалита в зависимости от прививочного анамнеза в 1997 году

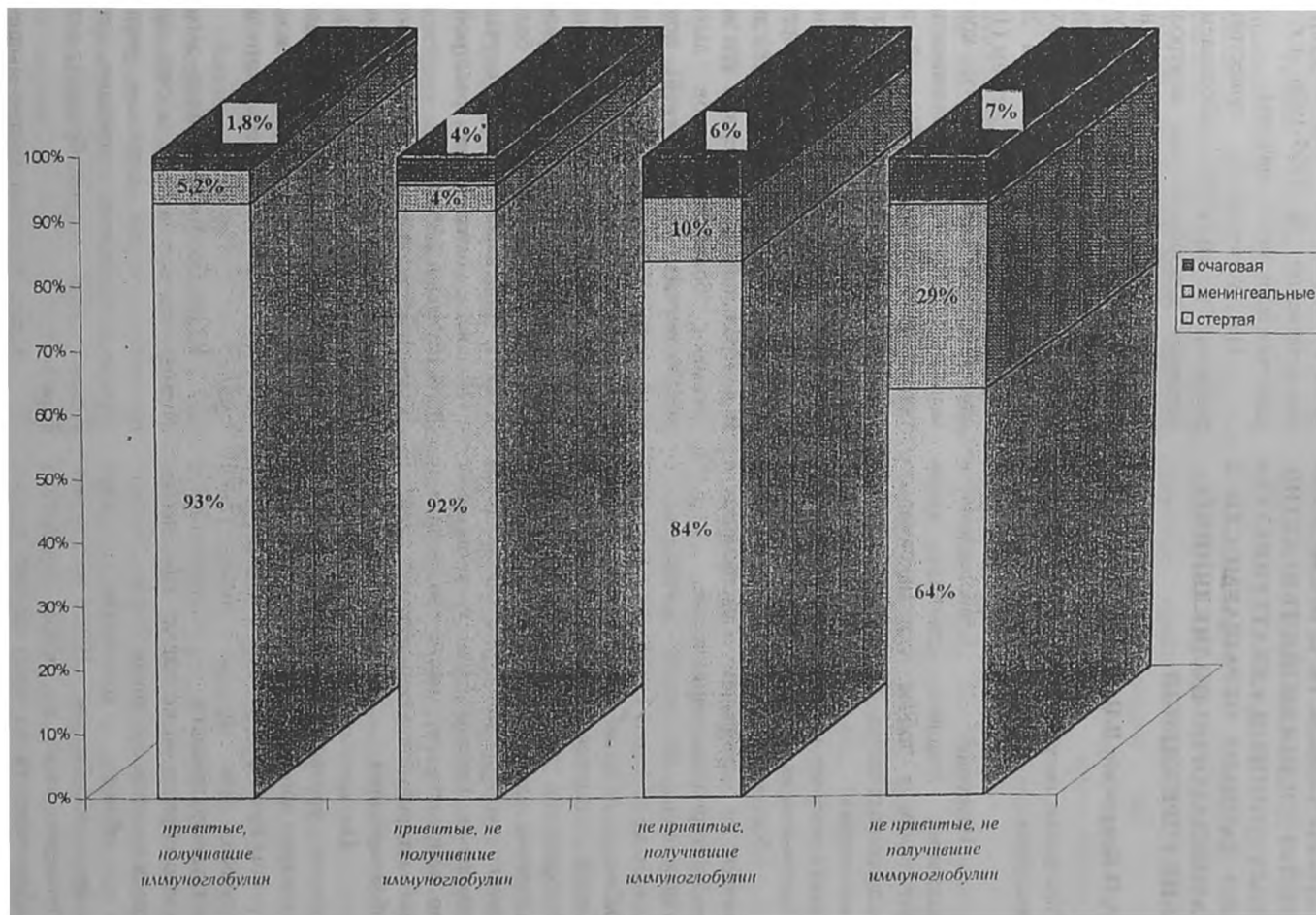


Рис. I