

верно была снижена в период эпидемии в 2,5 раза, а за февраль-май - в 3 раза по сравнению с непривитыми.

При сравнении заболеваемости гриппом и ОРЗ в группе привитых и привитых с дополнительной защитой эракондом, индекс эффективности сочетанной защиты детей за февраль-май равнялся 2,2.

Таким образом, полученные результаты по сравнительной оценке эффективности методов специфической, экстренной неспецифической и комбинированной защиты детей от гриппа и ОРЗ свидетельствуют о возможности применения фитопрепарата эраконд для экстренной профилактики респираторных вирусных инфекций в качестве самостоятельного средства или в сочетании с гриппозной вакциной.

Выводы

1. Живая гриппозная вакцина для детей обладала низкой иммуногенной активностью, вызывала сероконверсии к вирусам гриппа А1, А3 и В соответственно в 25,0, 5,0 и 1,6% случаев среди привитых серонегативных лиц.

2. Применение гриппозной вакцины позволило снизить суммарную заболеваемость гриппом и ОРЗ среди учащихся школ в период эпидемии в 1,2 раза, а среди детей дошкольного возраста в 1,7 раза.

3. Использование эраконда для экстренной неспецифической профилактики гриппа и ОРЗ в дошкольных учреждениях способствовало снижению заболеваемости в период эпидемии в 1,6 раза по сравнению с незащищенными детьми.

При дополнительной защите эракондом привитых против гриппа учащихся школ индекс эффективности мероприятия составил 3,0.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков В.Д., Дегтярев А. А., Иванников Ю.Г. Качество и эффективность противоэпидемических мероприятий. - Л., 1981.
2. Васильева Р. И. Вакцинопрофилактика гриппа у детей: Автореф. дисс.... док. мед. наук, - С-Пб., 1994.
3. Гагаринова В.М. // Вестник УГМА. - 1998. - №6. - С.84-88.
4. Гагаринова В. М., Пискарева Н. А. и др. // ЭМЭИ. - 1990. - №1. - С.148-152.
5. Карпухин Г.И. Грипп. - Л., 1986.
6. Онищенко Г.Г. // Вопросы вирусологии. - 1997. - №4. - С.148-152.
7. Приймаги Л.С., Шадрин А.С., Васильева Р.И. Защита детей от гриппа и других ОРЗ. - Таллин, 1987.
8. Слободенко А.В. Вакцинация, иммунокоррекция, экстренная и сезонная неспецифическая профилактика в системе защиты населения от гриппа и других ОРЗ: Дисс.... док. мед. наук, 1992.
9. Шаханина И.Л., Болотовская Т.П., Осипова Л.А. // Ж. эпид. и инфекционные болезни. - 1996. - №1. - С.15-20.

УДК 616.916.1/4-036.2

В.И. Ковалева, А.А. Голубкова, О.А. Артеменко, Ю. Иванова, Е. Мехонцева

К ОЧАГОВОСТИ КРАСНУХИ В ПЕРИОД ЕЁ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА

Уральская государственная медицинская академия
Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Проблема краснухи является одной из важных для здравоохранения. Заболеваемость краснухой в России характеризуется подъемами ее уровня каждые 3-5 лет с последующим спадом.

В г. Екатеринбурге заболеваемость краснухой за 9 месяцев 1999г. по сравнению с таковой за аналогичный период 1998г. выросла в 11 раз и в 10 раз по сравнению со среднемноголетним уровнем и составила 1099 на 100тыс. населения. Заболеваемость краснухой выросла во всех районах города, но особенно в Ленинском, Кировском и Железнодорожном. Краснуха регистрировалась в основном в детских коллективах и преимущественно в виде эпидемических вспышек.

С целью выяснения уровня очаговости при краснухе в период эпидемического подъема мы провели ретроспективный анализ 2801 случая этой инфекции, зарегистрированного в 1998-1999гг. в Ленинском районе г. Екатеринбурга. Для анализа использовали экстренные извещения, данные о заболеваемости и вакцинации детей в 165 детских учреждениях (81 детский комбинат и 84 школы), компьютерный банк данных по многолетней заболеваемости краснухой ЦСЭН Ленинского района и Центра СПИДа.

На основании анализа многолетней динамики эпидпроцесса в городе было установлено, что за период с 1992г. подъем заболеваемости имел место каждые 2-3 года. Длительность периода подъема составляла 2 года, а заболеваемость в годы подъема в 3 раза превышала таковую в межэпидемический период. Следовательно, заболеваемости краснухой была свойственна достаточно выраженная цикличность.

В Ленинском районе на период вспышки наибольшее число случаев краснухи пришлось на зимне-весенние месяцы: декабрь-март (72%). Болели преимущественно дети до 14 лет (88%), однако в эпидпроцесс достаточно активно вовлекались подростки (8,5%) и взрослые (3,2%). Показатель заболеваемости среди детей (83 на 1000) вырос почти в 10 раз по сравнению с предшествующим периодом и со среднемноголетним показателем. Дети от 3-х до 6-ти лет болели в 3 раза чаще, чем дети от 1 года до 3-х лет.

Из общего числа заболевших дети 7-14 лет составили 74%, 3х-7 лет - 21,6%, до 3-х лет - 2,8%. Краснухой болели даже дети до 1 года, таких было 26 случаев. Среди разных возрастных групп наиболее высокая заболеваемость была у школьников. Она в 3-4 раза превышала показатели в других группах. Организованные дети болели в 4 раза чаще, чем их неорганизованные сверстники. Из общего числа больных

детей 95,5% составили организованные дети и лишь 4,6% - неорганизованные.

Существенной разницы в распределении больных краснухой по полу выявлено не было (мужчины - 53%, женщины - 47%).

При проведении анализа заболеваемости большой интерес представляло изучение очаговости при краснухе в детских коллективах. В изученном районе из 81 детского комбината в 33 (40,7%) было зарегистрировано по 1 случаю краснухи, в 31 (38,2%) - от 2-х до 6, в 9 (11,1%) - от 10 до 20 случаев. В 8 детских комбинатах были отмечены достаточно крупные вспышки краснухи. В четырех - от 20 до 30, в двух - от 30 до 40 и еще в двух - от 40 до 50 случаев. Анализ этих вспышек показал, что в тех детских комбинатах, где было зарегистрировано более 10 случаев краснухи, они были очень растянуты по времени: в двух детских комбинатах они длились 2 месяца, в десяти - 3-4 месяца, в четырех - 5-6 месяцев и в одном - 7 месяцев.

Вспышки краснухи в школах характеризовались еще более высоким уровнем очаговости. В 60 школах (71%) регистрировалось от 1 до 10 случаев краснухи, в 12 (14%) школах были вспышки с числом от 10 до 50 случаев. В 12 школах (14%) вспышки краснухи были еще более интенсивными. В пяти школах - от 50 до 110, в четырех - от 110 до 170 и в трех - от 210 до 230 случаев.

Вспышки в школах характеризовались поражением большого числа классов. Так, из 24 школ, в которых было зарегистрировано 10 и более случаев краснухи, в 7 школах было поражено от 6 до 15 классов, в тринадцати - от 21 до 35, в четырех - от 41 до 49.

Вспышки в школах протекали более длительно, чем в детских комбинатах. Так, 6 вспышек были продолжительностью 4-5 месяцев, 10 вспышек - 6 месяцев и 7 вспышек - 7-8 месяцев.

Учитывая соотношение клинически выраженных и стертых форм краснухи у детей (от 1:1 до 1:8) можно предположить, что интенсивность вспышек и их продолжительность во времени была значительно большей, чем официально зарегистрировано. В целом краснуха распространялась в детских учреждениях более медленно, чем корь или ветряная оспа, что, вероятно, объясняется большей продолжительностью заразного периода и относительно низкой контагиозностью. Прививки по эпидпоказаниям в детских комбинатах не проводились, в школах они проводились несвоевременно, носили селективный характер и, возможно поэтому, не оказали существенного влияния на заболеваемость краснухой и продолжительность вспышек.

Семейно-квартирная очаговость была при краснухе так же достаточно выраженной. Из 2592 семейных очагов 189 или 7,3% были с двумя случаями, 10 или 0,3% - с тремя. Индекс очаговости составил 1,08; коэффициент очаговости - 7,6%, удельный вес заболеваний в очагах с 2-мя и более случаями (408сл.) - 14,5%.

Из 199 семейно-квартирных очагов с 2-мя и более случаями 49 (24,6%) были очагами с одновременно возникшими заболеваниями, т.е. больные краснухой появились в пределах максимального инкуба-

ционного периода. В 3-х очагах с 3-мя случаями все три члена семьи заболели одновременно, т.е. в течение 1-3 дней. В остальных 150 очагах эпидемиологическая связь между заболеваниями отсутствовала, т.е. они были сформированы случайно.

Таким образом, за анализируемый период краснуха характеризовалась очередным эпидемическим подъемом, обусловленным заболеваемостью организованных детей и высокой очаговостью в детских коллективах.

В силу эпидемических особенностей, присущих краснухе, как-то: высокая восприимчивость, легкость механизма передачи, наличие большого числа стертых форм, значительная продолжительность заразного периода, следует признать, что наиболее эффективной мерой профилактики этой инфекции является плановая иммунизация детей.

Учитывая то, что наиболее высокий уровень заболеваемости регистрируется среди 3-летних и школьников, детей следует прививать до 3-х летнего возраста, с последующей "подчищающей" иммунизацией перед поступлением в школу.

УДК 616.312

Р.А. Хальфин, А.Н. Харитонов,
И.Ф. Салимов, М.А. Копышев, В.И. Панса

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БОЛЬНИЧНОЙ ГИГИЕНЫ

Уральская государственная медицинская академия
Городское управление здравоохранения,
Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Уральский научно-исследовательский институт микробиологии

В последние годы проблемы больничной гигиены все более активно обсуждаются медицинской общественностью. Возросший интерес связан с обострением старых и возникновением новых проблем в оказании диагностической и лечебной помощи населению и, в определенном смысле, с новым подходом к лечебным учреждениям как к специфическим экологическим системам. Поэтому больничная гигиена как новый раздел гигиенической науки призвана решать проблемы оптимизации лечебно-оздоровительных мероприятий гигиеническими и противозаразными мерами через обеспечение оптимальных условий для пребывания больных в стационарах.

Нельзя сказать, что выделение вопросов гигиены лечебных учреждений, которыми ранее занимались специалисты по коммунальной гигиене, в самостоятельный раздел проходит при общем согласии. Некоторые с сомнением и даже негативизмом относятся к этому, не находя для больничной гигиены специфических задач и методов. Такое отношение не оправдано. В больничную гигиену включается ряд специфических проблем фактически всех частных дисциплин: общей и коммунальной гигиены, гигиены