

нарушением технологии приготовления блюд на пищеблоках учреждений.

Причиной одной контактно-бытовой вспышки в МДОУ г. Арсеньев (11 человек) были нарушения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, что подтвердилось обнаружением БГКП в смывах из внешней среды.

Вспышек пищевого сальмонеллеза в 2009 г. было 3, (2008 г. – 9), с числом вовлеченных 49 человек (22,5 % от числа вовлеченных во вспышки кишечной группы), в гг. Владивосток, Спасск-Дальний и п. Тавричанка, Надеждинского района.

На вспышке сальмонеллеза, связанной с употреблением кремово-кондитерских изделий (эклеры в шоколадной глазури со сливками), изготовленных в кондитерском цехе г. Спасск-Дальний и реализованных в торговых точках гг. Арсеньев и Спасск-Дальний, пострадал 21 человек (г. Спасск-Дальний – 9, г. Арсеньев – 12). При лабораторном исследовании из эклеров была изолирована *S. enteritidis*, идентичная сальмонеллам, выделенных от заболевших на вспышке. Реализация кондитерских изделий, в частности в г. Арсеньев, проводилась в торговой точке

функционирующей без централизованного водоснабжения, канализации и холодильного оборудования. Доставка продукта осуществлялась на транспорте, не оснащенном рефрижераторной установкой.

В п. Тавричанка, Надеждинского района вспышка сальмонеллеза (*S. enteritidis*) в МДОУ (17 человек) была связана с употреблением вермишелевой запеканки с яйцом и тушенкой, приготовленной на пищеблоке МДОУ с нарушением технологического процесса.

В г. Владивостоке на вспышке сальмонеллеза (*S. enteritidis*) среди населения (11 человек) фактором передачи инфекции послужили фаршированные блины с мясо-рисовой начинкой, приготовленные и реализованные в ООО магазин «Свитанок».

Как положительную, можно отметить динамику лабораторной расшифровки вспышек кишечных инфекций. Так, количество нерасшифрованных вспышек уменьшилось с 8 (2008 г.) до 4 (2009 г.). По одной такой вспышке было зарегистрировано в МДОУ гг. Владивосток, Артем, Дальнегорск, с. Лазо Дальнереченского округа и имели контактно-бытовой путь распространения.

© В.Ю. Киряков, Е.А. Решетняк, 2010 г.
УДК 616.61-002.151-0362(470.43).

В.Ю. Киряков, Е.А. Решетняк

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)

Управление Роспотребнадзора по Приморскому краю, Владивосток

В настоящее время на территории Приморского края возобновилось строительство различных объектов хозяйственного назначения с внедрением их в природные биотопы. Продолжается строительство нефтепровода с севера на юг края, начинается строительство газопровода «Сахалин-Хабаровск-Владивосток». Начато строительство крупного нефтеперерабатывающего завода на юго-востоке и лесоперерабатывающего комплекса в северо-восточной части. Значительному антропогенному воздействию подвергаются лесные массивы, прилегающие к городу Владивосток.

Появившаяся возможность прописки людей, в том числе мигрантов, на личных участках в садоводческих обществах стимулирует освоение заброшенных «дачных участков» и домов в сельских поселениях.

Реконструкция и строительство новых автомобильных дорог позволяет большему количеству горожан быстро добираться в ранее недоступные природные биотопы, в том числе природные очаги ГЛПС. Предприятиями туристического бизнеса разрабатываются «таежные маршруты отдыха». В

тоже время превратились в антропогенные очаги ГЛПС некоторые микрорайоны города Владивосток.

Таким образом, прогнозирование снижения числа заболеваний людей ГЛПС в Приморском крае без проведения реальных противоэпидемиологических мероприятий в населенных пунктах, находящихся в природных очагах ГЛПС, маловероятно.

Изученный динамичный график ежегодных показателей заболеваемости ГЛПС в РФ, в «азиатской части» РФ и в Приморском крае показывает схожесть тенденции.

Распределение заболевших по Федеральным округам показывает невысокую по ГЛПС значимость Приморского края для Российской Федерации.

Сравнение показателей заболеваемости ГЛПС в Приморском крае и Ульяновской области при этом показывает некоторое несовпадение «пиков» заболеваемости во времени (примерно на год раньше в Приморском крае).

При рассмотрении социальной структуры заболевших в Приморском крае, в сравнении с Российской Федерацией, установлен факт большего числа заболевших среди городского населения,

меньшей доли детей в возрасте до 14 лет и значительный показатель летальности.

Клинический диагноз у больных ГЛПС в Приморском крае устанавливался быстрее, чем на некоторых «европейских» территориях России. Возможно, это связано с большим количеством тяжелых форм заболевания. Важной особенностью последних трех лет в Приморском крае является тенденция к утяжелению манифестных форм инфекции. При общем снижении заболеваемости летальность увеличилась до 5,6%, в том числе в 2007 г. в г. Владивосток 3%, в крае 11%.

В 2005–2008 гг. отмечается изменение структуры клинических проявлений в зависимости от серотипа вирусов, вызвавших заболевание. Благодаря наличию в г. Владивосток лаборатории ГЛПС НИИЭМ СО РАМН, клиничко-диагностическое подтверждение диагноза в ЛПУ Приморского края не вызывает затруднения.

Мы считаем важным сообщить, что, по мнению ученых этой лаборатории, популяция хантавируса в природных очагах может быть представлена двумя составляющими:

- первой «организменной» эволюционно ассоциированной с мышевидными грызунами;
- второй «внеорганизменной», которая от инфицированных грызунов с мочой, фекалиями и слюной попадает во внешнюю среду и является местом сохранения хантавирусов.

Именно вторая составляющая начинает приобретать важное значение в выявлении мест инфицирования заболевших ГЛПС и для проведения дератизационных, дезинфекционных мероприятий в объектах на территории антропогенных очагов.

При достаточно высокой стоимости госпитализации, диагностики и лечения заболевания ГЛПС, очаговой дератизации в населенных пунктах (1,5–2,5 рубля за квадратный метр обработки), часть объ-

ектов в населенных пунктах остается, по-прежнему, местами инфицирования хантавирусами людей и животных. Причина этого, значительная стоимость работ по вскрытию мест гнездования грызунов и проведения в них уборки и дезинфекции.

Важна и такая составляющая убытков от заболевания как налоги не полученные от реализации произведенных работ и услуг, ведь большая часть заболевших трудоспособное население.

В Приморском крае в период с 1996 по 2009 гг. зарегистрирована одна вспышка заболеваний ГЛПС (5 человек, все взрослые, без летальных исходов). Единичные случаи заболевания ГЛПС не позволяют расценивать это тяжелое заболевание как ЧС биологического характера, поэтому финансирование профилактических мероприятий по ГЛПС из средств муниципальных образований ничтожное.

Закон №131-ФЗ от 06.10.2003 г. «Об общих принципах местного самоуправления в РФ» не позволяет администрациям сельских поселений накапливать средства для проведения барьерной и сплошной дератизации.

По сведениям разных авторов в настоящее время созданы и используются в Корее, Китае, Японии хантавакцины на основе вируса Хантаан. Они и территориально и по типу вирусов должны быть эффективны в Приморском крае. Но, по информации из сборника Академии наук республики Башкортостан «ГЛПС», только на проведение работ совместно с Сеульским предприятием (Республика Корея) по изготовлению контрольных серий вакцины и их испытаний в 1998 г. требовалось 12 миллиардов рублей. Видимо и в настоящее время проблема та же.

Таким образом, в Приморском крае в настоящее время проблема специфической профилактики заболеваний ГЛПС в ближайшее время, скорее всего, не решится.

© Коллектив авторов, 2010 г.

УДК 637:579+658.56

Е.Б. Краснова, Т.В. Мосолова, Н.А. Юрьева, О.А. Осадчая

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КОНТАМИНАЦИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ L. MONOCYTOGENES ВО ВЛАДИВОСТОКЕ

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», г. Владивосток

Впервые *Listeria monocytogenes* – нормальный обитатель желудочно-кишечного тракта животных – была идентифицирована как возбудитель тяжелой вспышки кишечной инфекции у пациентов Массачусетского госпиталя (США) в 1986 г.

Широко распространенная в природе грамположительная, подвижная за счет наличия жгутиков, бактерия *Listeria monocytogenes*, относится к числу факультативных внутриклеточных паразитов.

Вызываемая ею инфекция, листериоз, хотя не является широко распространенной, однако характеризуется тяжестью клинического течения и высокой летальностью (до 30% от числа выявленных случаев). Здоровые люди редко заражаются листериозом, но он может вызывать выкидыши и мертворождения, а также серьезные и иногда смертельные инфекции у людей с ослабленной иммунной системой, таких как дети грудного возраста, пожилые люди, а также ВИЧ-инфицированные и проходящие химиотерапию лица.