

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616. 932 : 614. 48

Г.Г. Онищенко, Г.Х. Галимова, В.А. Трифонов, М.Ш. Шафеев, В.Б. Зиятдинов, Г.И. Колесников, Е.П. Шарапова, Ф.М. Шафигуллина, Т.И. Стецюк, Е.А. Матвеева, Э.Д. Добрикова, С.Ю. Соколов, Г.М. Сидимирова (Москва—Казань). Организация и проведение дезинфекционных мероприятий в очаге холеры

В связи с возникновением холеры в г. Казани в 2001 г. проводился комплекс мероприятий по локализации и ликвидации очага. Регистрация и учет инфекционной заболеваемости, передача ее в районные, городской и республиканский центры Госсанэпиднадзора осуществлялись Казанской дезинфекционной станцией в круглосуточном режиме. Для ввода данных о заболеваемости, хранения информации, ее обработки, архивации и передачи в центры Госсанэпиднадзора и лечебно-профилактические учреждения использовался программно-сетевой комплекс под управлением операционной системы "Windows". Прием и передача электронной почты осуществлялись с помощью программы "The Bat".

Использование компьютерных программ, электронной почты и модемной связи позволяло ежедневно представлять следующую информацию: бюллетень инфекционных и паразитарных заболеваний по г. Казани в разрезе зарегистрированных и госпитализированных больных по районам города и наименованиям заболеваний; бюллетень заболеваемости острыми кишечными инфекциями по г. Казани и районам города, по отдельным инфекциям, среди взрослых и детей, по возрастным и социально-профессиональным группам взрослых и детей; данные о числе госпитализированных больных острыми кишечными инфекциями в каждый из стационаров (госпиталей); о числе зарегистрированных и госпитализированных больных острыми кишечными инфекциями в разрезе отдельных инфекций в ночное время (с 22.00. до 6.00); о числе зарегистрированных и госпитализированных больных острыми кишечными инфекциями на 15 часов 00 минут.

Дезинфекционные мероприятия проводились в отношении контаминированного холерными вибрионами водоема и окружающей его территории, очагов холеры и очагов кишечных инфекций, входящих в границы очага, а также госпиталей для больных и контактировавших лиц. Осуществляли дезинфекцию 8 бригад: врачи-дезинфектологи, помощники врача-эпидемиолога, инструкторы-дезинфекторы, дезинфекторы отделов очаговой и профилактической дезинфекции городской дезинфекционной станции. Работа выполнялась круглосуточно, на специальном транспорте, с оснащением распыливающей аппаратуры (опрыскиватели фирмы "KWAZAR") и дезинфицирующих средств (дезэфект, синузан, хлорная известь, гипохлорид кальция). С целью соблюдения противоэпидемического режима в очаге холеры использовались противочумные костюмы. Дезинфекцию водоема "Азино-1" и прилегающей к нему территории выполняли в соответствии с расчетами необходимого количества дезинфицирующих средств (хлорная известь, гипохлорид кальция, серная, уксусная кислоты), произведенными специалистами отдела коммунальной гигиены Центра госсанэпиднадзора в Республике Татарстан.

С профилактической целью дезинфицировали 39 подъездов 9 домов микрорайона Азино, шесть поселков, прилегающих к р. Нокса (Царицыно, М.Клыки, Б.Клыки, Вознесенское, Нокса, М.Дербышки), обработали 116 надворных установок и 6 выгребных ям. Противомушинные мероприятия проведены препаратом синузаном.

Заключительную дезинфекцию проводили в очагах больных холерой и кишечными инфекциями (табл.1). Камерную дезинфекцию осуществляли двумя стационарными дезинфекционными камерами марок КС-3 и ВФС 3/1,8 паро-воздушным методом. Всего было обработано 7492 кг вещей (средний объем вещей из очага — 43,0 кг). С целью проверки эффективности работы дезкамер выполнен контроль с применением бактестов с культурой золотистого стафилококка и максимальных термометров (по 15 тестов и 15 максимальных термометров в каждую дезкамеру). Отклонений в показаниях максимальных термометров и роста исходной культуры не выявлено.

Таблица 1

Охват заключительной дезинфекцией в очаге холеры

Наименование места	Кол-во очагов	Метод проведения дезинфекции
По месту госпитализации больных холерой	10	Влажный, камерный
По месту работы больных холерой	3	Влажный
По месту нахождения больных холерой (приемник-распределитель для 2 больных без определенного места жительства)	2	Влажный
Квартирные очаги больных холерой	74	Влажный, камерный
Квартирные очаги больных с кишечными инфекциями	95	Влажный, камерный
Очаги после закрытия госпиталей для больных и контактных	14	Влажный, камерный
Итого	198	

Дезинфекцию поверхностей, мебели, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными, в очагах холеры и кишечных инфекций проводили растворами "Дезэфект" концентрацией 2—3% с экспозицией 60 минут путем протирания, замачивания, погружения и орошения. Применение растворов "Дезэфект", обладающих моющими и дезодорирующими свойствами, не портящих объекты и не обесцвечивающих ткани, не фиксирующих органические загрязнения, позволило качественно провести дезинфекционные мероприятия в очагах холеры и кишечных инфекций, что подтверждено лабораторным контролем (табл. 2). Заклучительная дезинфекция произведена в течение 1—3 часов в 64,9% квартирных очагов, от 3 до 6 часов — в 1%, от 6 до 24 часов — в 9,4%, 24 часов и более — в 24,3%. Что касается производственных очагов, медицинских учреждений, в том числе после закрытия госпиталей для больных и контактных, а также приемника-распределителя, то заключительная дезинфекция в 100% случаев была проведена в течение 1—3 часов.

Таблица 2

Бактериологический контроль заключительной дезинфекции			
Наименование очагов	Кол-во очагов	Взято бак. смывов на E.coli	Результаты лабораторных исследований
Очагов холеры всего, в том числе	37	370	отриц.
квартирные очаги	10	100	отриц.
производственные очаги	3	30	отриц.
медицинские учреждения, из них после закрытия госпиталей для больных и контактных	24	240	отриц.
Очагов кишечных инфекций всего, в том числе	14	140	
квартирные очаги	17	170	отриц.
производственные очаги	10	100	отриц.
общегития	2	20	отриц.
	5	50	отриц.
Итого	54	540	отриц.

Санитарный транспорт после дезинфекционных мероприятий также проходил обработку раствором "Дезэфект". Качество ее проведения было проверено взятием 750 бактериологических смывов с 75 машин: все результаты были отрицательными.

Информация о дезинфекционных мероприятиях ежедневно представлялась на заседания городского штаба по координации и контролю противоэпидемических мероприятий в очаге холеры.

УДК 616—053.2.616—092.612.017.1—0641—022:578.828: 614.1:313.12

Т.Ю. Бурдаева, Л.Н. Форост, Г.Г. Васильева (Элиста, Калмыкия). Анализ летальных исходов у ВИЧ-инфицированных детей из нозокомиального очага ВИЧ по материалам Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом

Целью настоящей работы являлась оценка спектра СПИД-индикаторных заболеваний, клинических проявлений поражений систем и органов, продолжительности жизни с ВИЧ-инфекцией, основных причин смерти, оценка факторов, влияющих на скорость прогрессирования заболевания у детей с парентеральным путем передачи.

С декабря 1989 по 1999 г. в РЦ СПИД под наблюдением находились 62 ребенка с парентерально приобретенной ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-серопозитивность была выявлена по специфическим антителам, обнаруженным в стандартных серологических тестах (иммуноферментный анализ, иммуноблотинг модификации Western Blot). Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции всем пациентам устанавливался на основании сопоставления эпидемиологических, клинических и серологических данных. Стадии заболевания определяли по критериям клинической классификации, предложенной В.И. Покровским в 1989 г.,

и клинико-иммунологическим критериям классификации от 1994 г. Центра по контролю за болезнями (CDC) в Атланте (США). Уточняли стадию ВИЧ-инфекции и при каждом приезде американских врачей (США, Центр по контролю по педиатрическим инфекциям в рамках Программы борьбы со СПИДом у детей; Нью-Йорк, Нью-Джерси). Все наблюдаемые дети были инфицированы ВИЧ во время пребывания в стационарах, т.е. в период со второй половины 1988 г. до ноября 1989 г. СПИД к 1999 г. диагностировали у 48 детей, из них в течение 9 лет умерли 24 ребенка (в том числе 3 инфицированных подростка) — 18 мальчиков и 6 девочек. Средний возраст мальчиков на момент инфицирования составлял один год 8 месяцев, девочек — 5 лет 6 месяцев, на момент смерти — соответственно 8 лет 3 месяца и 9 лет 8 месяцев. Несмотря на то что средний возраст мальчиков был значительно меньше, чем у девочек, средняя продолжительность их жизни была на 2 года больше, чем у девочек.

На момент инфицирования в возрасте до одного года было 12 детей, от одного года до 2 лет — 5, от 2 до 3 лет — 2, от 3 до 6 лет — 2, от 6 до 16 лет — 3.

На момент взятия на учет стадия II Б была диагностирована у 2 детей, II В — у 12, III А — у 2, III Б — у 3, III В — у 2, IV — у 3.

Продолжительность жизни с ВИЧ от одного года до 3 лет была у 5 детей, от 3 до 6 лет — у 9, от 6 до 9 лет — у 8, старше 10 лет — у 2.

В стадии СПИДа продолжительность жизни до одного года была у 11 детей, от одного года до 3 лет — у 4, от 3 до 6 лет — у 6, старше 6 лет — у 3.

Средняя продолжительность жизни детей, инфицированных до одного года жизни, составляла 5 лет, инфицированных после одного года жизни — 6,6 года.

У 22 (92%) детей клинические симптомы ВИЧ-инфекции были выражены сразу после установления диагноза ВИЧ и в основном носили неспецифический характер (см. табл.).

Только у 2 (8%) детей имела место бессимптомная инфекция, но продолжительность ее не превышала 6—8 месяцев. К моменту смерти все ВИЧ-инфицированные дети находились в стадии СПИДа, манифестация которого отмечалась широким спектром клинических проявлений — как неспецифических, так и болезнями, связанными с системой органов, инфекционными заболеваниями и новообразованиями. Имело место поражение многих органов и систем, наличие двух и более хронических заболеваний при глубокой иммуносупрессии CD4-лимфоцитов (100 кл. в 1 мл) у 17 (71%) детей. Симптом повышения вязкости крови затруднял внутривенные манипуляции, проведение биохимических анализов, постановку биохимических проб, переливание эритроцитарной массы и плазмы.

У всех умерших детей с парентеральным путем инфицирования преобладали поражения ЖКТ. Их клиническая картина характеризовалась тяжелым течением, склонностью к диссеминации, резистентностью к общепринятой терапии и достаточно частым рецидивированием. При дифференциальной диагностике болей в животе приходилось оценивать симптомы, сходные для многих заболеваний. Мы изучили частоту симптомов и признаков заболеваний ЖКТ у детей, больных СПИДом, из нозокомиального очага.