

Полтавський державний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Лекція на тему:

**«Протиепідемічні заходи в осередках інфекцій з
фекально-оральним механізмом передачі та з
аерозольним механізмом передачі»**

доцент Полторапавлов В.А.

Зміст

1. Протиепідемічні заходи: визначення, групування
2. Захворювання з фекально-оральним механізмом передачі
 - Гепатит А: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Черевний тиф: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Шигельоз: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Сальмонельоз: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Ботулізм: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
3. Захворювання з аерозольним механізмом передачі: загальні відомості, стадії аспіраційного механізму передачі збудника
 - Дифтерія: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Менінгококова інфекція: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Кір: епідеміологія, клініка, заходи в епідемічному осередку
 - Краснуха: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку
 - Епідемічний паротит: епідеміологія, заходи в епідемічному осередку

Протиепідемічні заходи

Заходи, які направлені на *профілактику* інфекційних захворювань, називають **протиепідемічними заходами**. Це вся сукупність науково обґрунтованих на даному етапі заходів, які запобігають розповсюдженню інфекційних захворювань серед окремих верств населення, зниження захворюваності сукупного населення, ліквідацію окремих інфекцій.

Протиепідемічні заходи проводять при *виникненні* (виявленні) інфекційної хвороби, *профілактичні* – *постійно*, незалежно від наявності або відсутності інфекційного хворого

Групування протиепідемічних заходів проводиться відповідно до 3-ох ланок епідемічного ланцюга за Л.В.Громашевським.

Заходи, які спрямовані на джерела інфекції:

- клініко-діагностичні
- лікувальні
- ізоляційні
- режимно-обмежувальні (обсервація, карантин)
- санітарно-ветеринарні
- дератизаційні

Заходи, які спрямовані на переривання механізмів передачі збудника:

- санітарно-гігієнічні
- дезінфекційні
- дезінсекційні

Заходи, які спрямовані на зниження сприйнятливості населення:

- вакцинопрофілактика
- імунокорекція
- екстрена профілактика

Захворювання з фекально-оральним механізмом передачі

Шляхи передачі: водний , харчовий, контактно-побутовий

Чинники передачі - вода, продукти харчування, предмети побуту, мухи.

Сезонність: літньо-осіння.

Захворюваність регулюється **санітарно-гігієнічними заходами та дезінфекцією.**

Збудники:

1. **Бактерії:** сальмонели, шигели, вібріони холери, єрсинії, ешерихії, клостридії, стафілококи і т.д.
2. **Віруси:** ротавіруси, ентеровіруси, аденовіруси, астровіруси, каліцивіруси, віруси Норфолк і Бреда і т.д.
3. **Найпростіші:** амеби, лямблії, криптоспоридії, ізоспоридії.
4. **Грибки:** кандиди, аспергіли і т.д.

ГЕПАТИТ А

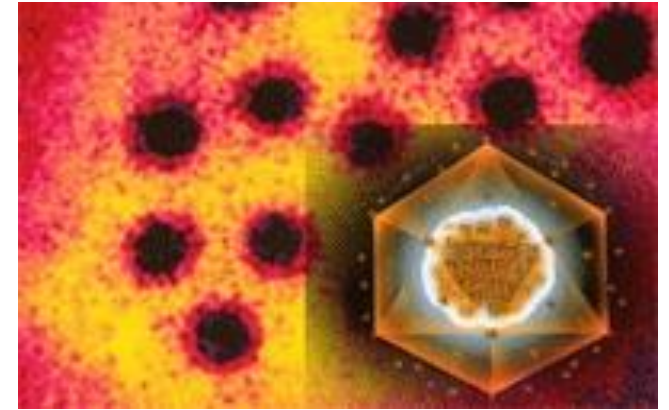
ЗБУДНИК ГЕПАТИТУ А – РНК-вмісний вірус з родини *Picornaviridae*, роду – *Enterovirus*, розмір 20-27 нм, один серотип, 7 генотипів, містить HAV-Ag.

Стійкість під час кип'ятіння - 5 хвилин, інактивується в автоклаві при 120°C за 20 хв., в сухожаровій шафі – при 180°C за 60 хв., під дією хлораміну, хлорного вапна, перманганату калію - за 15 хв.

Джерело інфекції - хвора людина з різними формами захворювання, особливо з **безжовтяничними** і **безсимптомними** формами.

Інкубаційний період 7-50 днів.

Виділяється вірус з фекаліями найбільше у продромальному дожовтяничному періоді та в перші 1-3 тижні жовтяничного періоду.



Механізм передачі - фекально-оральний.

Шляхи передачі - водний, харчовий, контактно-побутовий.

Сприйнятливість – висока.

Потрапляння вірусу в організм викликає формування повноцінного **пожиттєвого імунітету**.

Дорослі люди після 30-40 років майже не хворіють на ГА.

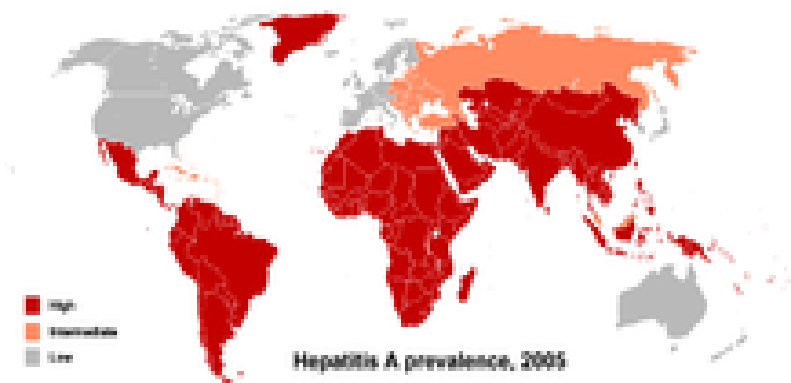
Основна група ризику – діти.

Спалахи у родинах, селах, у дитячих садочках, школах, інтернатах, організованих колективах.

Сезонність - **осінньо-зимова**.

Захворюваність в Україні становить 3,9 на 100 тис. населе

Маркер вірусного гепатиту - **анти HAV Ig M** – виявляють методом ІФА.



Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо хворого:

1. **Госпіталізувати** всіх хворих незалежно від тяжкості перебігу хвороби.
2. **Виписка** реконвалесцентів проводиться при настанні клініко-біохімічного одужання не раніше 21 дня від початку жовтяниці.
3. Дітям, що перехворіли на ВГА, не проводяться планові щеплення і проба Манту до 2 міс. після одужання.

Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо контактних:

- **Спостереження** протягом **35 днів** з моменту госпіталізації хворого (термометрія, опитування, визначення розмірів печінки та селезінки, огляд шкіри та слизових оболонок, контроль кольору сечі), лабораторне обстеження на **маркери ВГА** з визначенням **активності АлАТ**.
- Для екстреної профілактики дітям від 1 до 14 років, вагітним жінкам, які спілкувалися (не більше як 2-3 дні) з хворими на ВГА у перші 7-10 днів хвороби вводять **імуноглобулін**.
- На дитячі дошкільні заклади при виявленні хворого накладається **карантин** терміном на 35 днів з дня ізоляції останнього хворого

Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо ситуації:

- У осередку після госпіталізації хворого проводиться **заклучна дезінфекція**.
- **Речі** хворого підлягають обробці в пароформаліновій або пароповітряній камері. При виявленні хворого в лікувально-профілактичному закладі дезінфекція проводиться силами співробітників цієї установи речовинами, що містять **хлор**.
- Для обробки **приміщення, білизни** використовується 3% розчин хлораміну з експозицією 1 годину або 0,5% розчин дезактину з експозицією 90 хвилин. Випорожнення хворого засипають сухим хлорним вапном: рідкі з розрахунку 200 г/л з експозицією 1 годину, оформлені - 400 г/л на 2 години.

ЧЕРЕВНИЙ ТИФ

Збудник - *Salmonella typhi* групи D, містить O-, H-, Vi- антигени, ендотоксин, налічує 80 фаготипів.

Збудники паратифів A і B – *S. paratyphi A і B*.

Добре зберігаються у м'ясних і молочних продуктах.

Гинуть при кип'ятінні за 1-2 хв., сонячне проміння вбиває за 4 год.

Джерело інфекції при черевному тифі і паратифі A - хвора людина або носій, **при паратифі B** - тварини (телята) та людина.

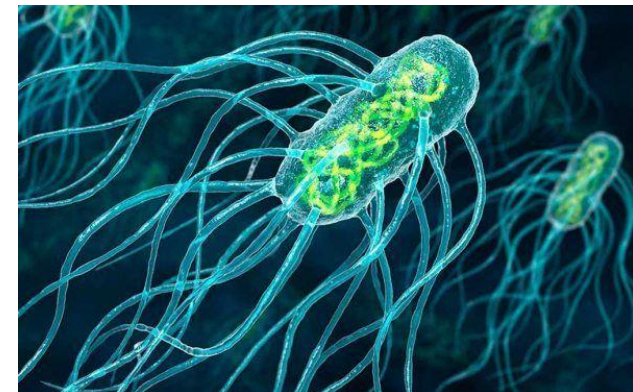
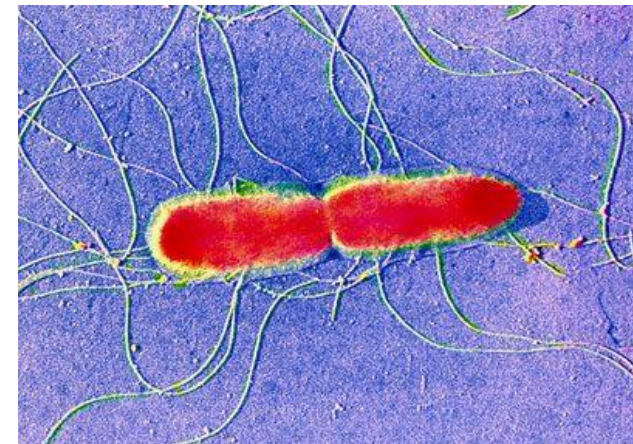
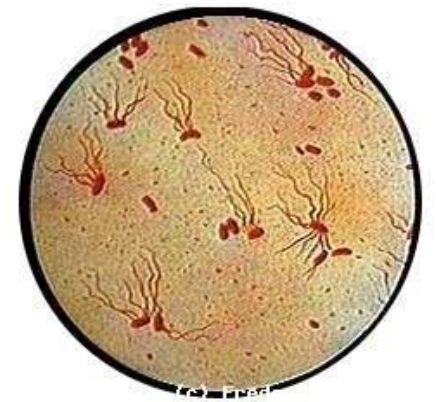
Збудник виділяється з калом, сечею, слиною, потом і молоком матері з кінця інкубаційного періоду, весь гарячковий період і в періоді реконвалесценції.

Інкубаційний період - 7-25 днів.

Найбільше епідеміологічне значення мають бактеріоносії, носійство може бути кишкове, сечове, жовчне.

Сезонність - літньо-осіння.

Імунітет – стійкий.



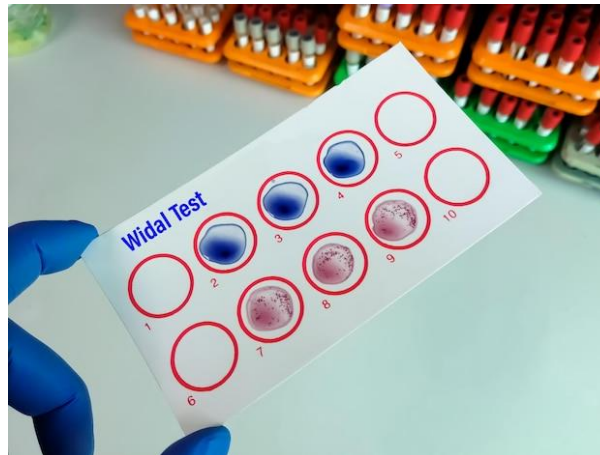
Лабораторна діагностика черевного тифу

В гарячковий період – **гемокультура** – посів крові на 10-20% жовчний бульйон або середовище Раппопорта.

На 2 тижні – **посів калу, сечі** на середовище Ендо, Плоскірева, Левіна, Мюллера.

Серологічні методи – РА (Відаля) з Н- і О-антигенами з 7-9-го дня захворювання, повторюють на 3-4 тижні для визначення наростання титру антитіл (від 1:200 до 1:400-1:800 і >).

РПГА з цистеїном – позитивна в титрі 1:40 і >.



Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо хворого:

- Усі хворі, незалежно від тяжкості перебігу, *госпіталізуються*.
- Виписку зі стаціонару проводять після настання клінічного одужання, але *не раніше 14-го* дня після встановлення нормальної температури тіла (при лікуванні антибіотиками – не раніше 21-го дня) та триразового негативного *бактеріологічного дослідження калу та сечі* на бактеріовиділення, проведеного з інтервалом у 5 днів та одноразового *бактеріологічного дослідження жовчі*.
- Після виписки всі реконвалесценти підлягають *диспансерному спостереженню*.
- Тривалість та інтенсивність лабораторного обстеження залежать від їхньої професії. Особи, які працюють на харчових підприємствах перебувають на обліку протягом усієї трудової діяльності.

Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо контактних:

- *Спостереження протягом 21 дня* із щоденною термометрією з моменту госпіталізації хворого.
- З метою виявлення бактеріоносіїв роблять одноразове *бактеріологічне дослідження калу та сечі, серологічне дослідження крові РПГА з Vi-антигеном* (позитивний титр 1:40).
- У осіб, які страждають на захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, які раніше хворіли на черевний тиф додатково проводиться *бактеріологічне дослідження жовчі*.
- Усуваються від відвідування дитячих установ діти дошкільного віку, працівники харчових підприємств до отримання негативного результату досліджень на носійство.
- Проводять *фагопрофілактику*.

Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо оточення:

- В осередку черевного тифу після госпіталізації хворого з ділянки проводиться **заклучна дезінфекція**. Речі хворого підлягають обробці у пароповітряній чи пароформаліновій камері.
- При виявленні хворого на черевний тиф у лікувально-профілактичному закладі дезінфекція проводиться силами співробітників даної установи: **приміщення** обробляється 0,5% розчином хлораміну або 0,1% розчином дезактину з експозицією 1 година, **білизна** – 0,2% розчином хлораміну з експозицією або 0,1% розчином дезактину з експозицією 30 хвилин (не забруднене) та 3% розчином хлораміну протягом 30 хвилин або 0,2% розчином дезактину з експозицією 1 годину (забруднене).

Шигельоз

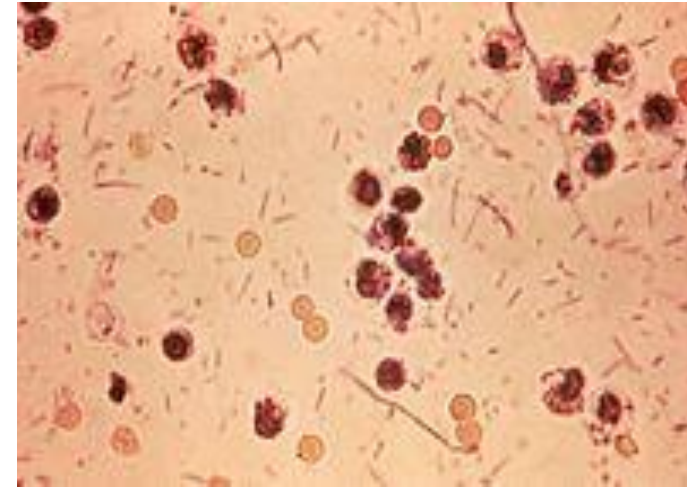
Джерело інфекції – хвора людина зі стертою або субклінічною формою недуги, особливо особи, які працюють на підприємствах харчування, водопостачання, в дитячих та лікувальних закладах, мешкають в гуртожитках, будинках для осіб похилого віку.

Виділення шигел з фекаліями продовжується весь клінічний період і триває до загоєння слизової оболонки кишечника (декілька тижнів або місяців).

Інкубаційний період - від 1 до 7 днів.

Механізм передачі – фекально-оральний, **шляхи передачі** – водний, харчовий, контактнo-побутовий.

Фактори передачі – вода, їжа (салати, молочні продукти, брудні овочі і фрукти, напої), брудні руки, контаміновані предмети (посуд, іграшки, дверні ручки, судна, горшки), мухи (переносять на лапках фекалії).



Заходи в епідемічному осередку

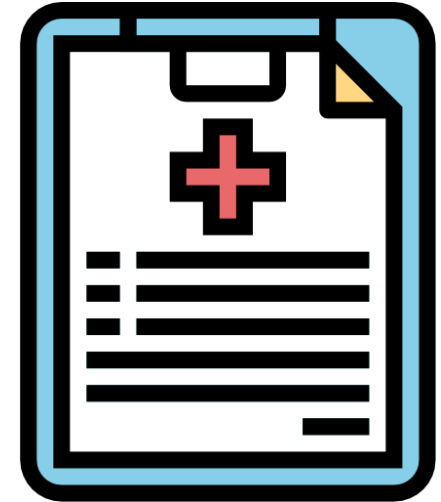
Заходи щодо хворого:

- Хворі *ізолюються* вдома чи стаціонарі.
- Обов'язковою є *госпіталізація* працівників харчових підприємств та осіб до них прирівняних до настання клінічного одужання та санації.
- Перед випискою всім хворим проводиться одноразове *бактеріологічне дослідження калу* через 2 доби після закінчення лікування.
- *Диспансерне спостереження* проводять щодо декретованих осіб та дітей, які відвідують дитячі дошкільні заклади протягом 1 місяця з дворазовим бактеріологічним обстеженням, проведеним наприкінці спостереження з інтервалом 1-2 дні.

Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо контактних:

- *Медичне спостереження* (опитування, огляд, контроль за характером випорожнень, термометрія за місцем навчання або роботи контактних) протягом 7 днів.
- Особам, що належать до контингенту працівників харчових підприємств та до них прирівняних, дітям, які відвідують дитячі дошкільні заклади, проводиться одноразове *бактеріологічне дослідження калу*.



Заходи в епідемічному осередку

Заходи щодо оточення:

- В осередку дизентерії після госпіталізації хворого з дільниці проводиться *заклучна дезінфекція*.
- При виявленні хворого на дизентерію в лікувально-профілактичному закладі дезінфекція проводиться силами співробітників даної установи: **приміщення** обробляється 0,5% розчином хлораміну або 0,1% розчином дезактину з експозицією 1 год, **білизна** – 0,2% розчином хлораміну з експозицією 1 година або 0,1% розчином дезактину з експозицією 30 хвилин (не забруднене) та 3% розчином хлораміну протягом 30 хвилин або 0,2% розчином дезактину з експозицією 1 годину (забруднене), **посуд** без залишків їжі – 1% розчином хлораміну з експозицією 1 год. або 0,1% розчином дезактину протягом 30 хвилин.

САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Збудник сальмонельозу - бактерія родини *Enterobacteriaceae*, роду *Salmonella*, має 2200 сероваріантів, термостабільний О-антиген та Н-антиген.

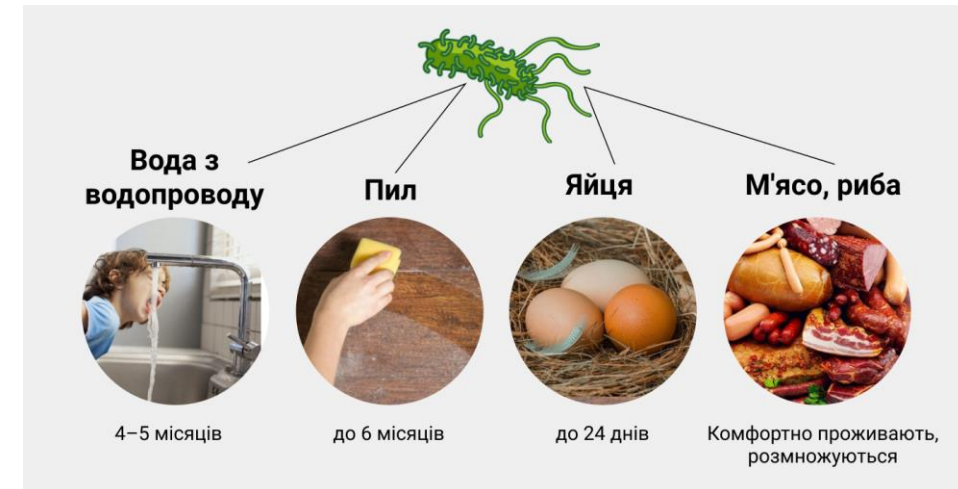
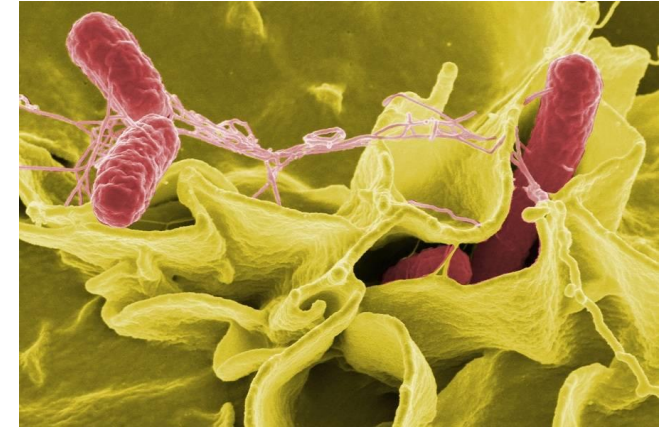
Найчастіше сальмонельоз в Україні викликають *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. cholerae suis*.

Основним джерелом сальмонельозу є велика рогата худоба, свині, водоплаваючі птахи.

Фактори передачі – яйця птиці, м'ясний фарш, вода, забруднена стоками з фермерських господарств, бойні.

Джерелом можуть бути і люди зі стерними та легкими формами, носії. Вони можуть викликати спалахи на харчових підприємствах, в пологових будинках, лікувальних закладах.

Виділяється збудник з сечею, калом, грудним молоком.



Протиепідемічні заходи при сальмонельозі

Хворого виписують після повного клінічного одужання і негативного результату одноразового бактеріологічного посіву калу, взятого через 2 дні після закінчення лікування. До роботи допускають відразу.

Представників декретованих груп виписують після дворазового посіву калу та сечі з інтервалом 1-2 дні. Вони підлягають спостереженню до 3 міс. із щомісячним бактеріологічним дослідженням.

Загальні профілактичні заходи проводять спільно із санітарно-епідеміологічною і ветеринарною службами.

Ботулізм

Збудник – **Clostridium botulinum** - облигатний анаероб – має вегетативну і спорову форми. **Основні типи** – А, В, Е.

Спори гинуть тільки при автоклавуванні.

Вегетативні форми гинуть при кип'ятінні за 5 хв.

Вегетативна форма виділяє **сильний екзотоксин**, який руйнується при кип'ятінні за 20 хв.

Резервуар і джерело – ґрунт, дикі і домашні тварини, риба, птахи, люди, із кишечника котрих виділяються спори. Хвора людина не є джерелом інфекції.

Механізм передачі – фекально-оральний, **шлях** - харчовий, **фактори передачі** – харчові продукти, в яких є токсин – консерви виготовлені в домашніх умовах (гриби, паштети, тушонка), ковбаси, в'ялена і копчена риба.

ОБЕРЕЖНО - БОТУЛІЗМ!

Продукти, щодо яких потрібна особлива увага



М'ясні, рибні та грибні консерви



В'ялена, копчена та солена риба



Консерви домашнього виробництва



М'ясні вироби

Інкубаційний період від 12-16 год. до 5-7 днів.

Лабораторна діагностика: бакпосіви промивних вод шлунку, блювотних мас, фекалій, залишків продуктів на бульйон Хоттінгера, середовище Кітта-Тароцці; кров на реакцію нейтралізації ботулотоксину на піддослідних мишах.

Профілактика – технологія виготовлення консервованих продуктів, відбраковка бомбажних банок.

Протиепідемічні заходи – обов'язкова госпіталізація хворих, екстренне повідомлення.

Епідобстеження осередку – виявлення фактора передачі, вилучення із торгової мережі заражених продуктів, їх знищення.

Екстренна профілактика – протиботулінічна сироватка контактним особам, медичне спостереження – 10 днів.

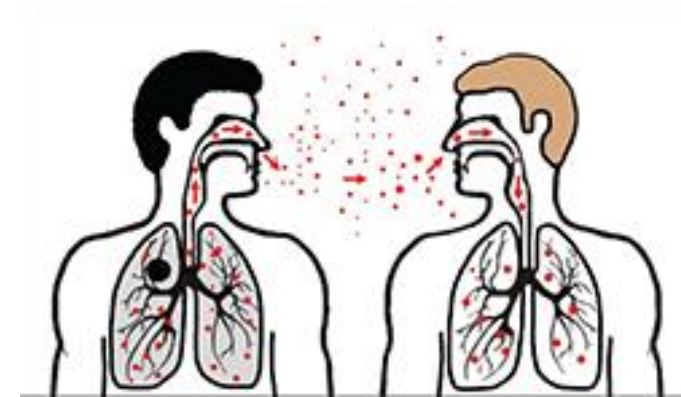


Захворювання з аерозольним механізмом передачі

- Вся названа група інфекцій належить до **антропонозів**
- Циркуляція збудників по колу: **заражений організм - аерозоль - сприйнятливий організм людини**
- Основна локалізація збудників - **дихальні шляхи**
- Збудники розмножуються на слизових оболонках дихальних шляхів
- Усім (або більшості) інфекціям цієї групи властива **осінньо-зимова сезонність**
- Періодичність підйому захворюваності у багаторічній динаміці епідемічного процесу настає з інтервалом 3-5 років
- Провідним чинником ефективного впливу на епідемічний процес низки інфекцій цієї групи є **вакцинація**.
- Багатьом ІДШ властива заразливість хворих наприкінці інкубації, у продромальному періоді, набагато більше, ніж у період розпалу хвороби.

Стадії аспіраційного механізму передачі збудника

- Перша стадія – **виділення збудника із зараженого організму** – здійснюється при видиху, розмові, чханні, кашлі. Збудник із крапельками слини чи слизу потрапляє у довкілля — саме повітря.
- Друга стадія - **знаходження збудника у зовнішньому середовищі** - реалізується через краплинну, крапельно-ядерцеву або пилову фаз аерозолі.
- Третя стадія - **проникнення збудника в організм сприйнятливих людей** відбувається при фізіологічному акті вдиху.

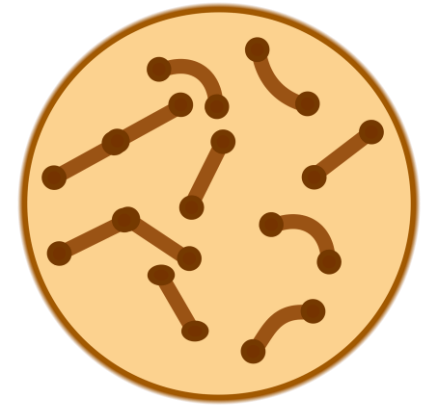


Дифтерія

Дифтерія - антропонозна бактеріальна гостра інфекційна хвороба з аспіраційним механізмом передачі збудника

Збудник дифтерії – **токсигенні коринебактерії**.

Вид - *Corynebacterium diphtheriae* роду *Corynebacterium* - грампозитивна нерухома паличка з булавоподібними потовщеннями на кінцях.



Епідеміологія

- **Джерелом збудника** інфекції є людина, хвора або носій токсигенних коринебактерій.
- Хворі виділяють збудника дифтерії протягом *усього захворювання*, а також у період реконвалесценції.
- **Тривалість носійства** у реконвалесцентів становить 2-7 тижнів; рідко до 90 днів.
- **Механізм передачі** збудника аспіраційний. Шлях передачі повітряно-краплинний, фактор передачі – повітря
- Коринебактерії досить стійкі поза організмом. У зв'язку з цим можливі повітряно-пиловий, контактано-побутовий та харчовий (рідко) шляхи передачі. Є описи "харчових" та "молочних" спалахів дифтерії.



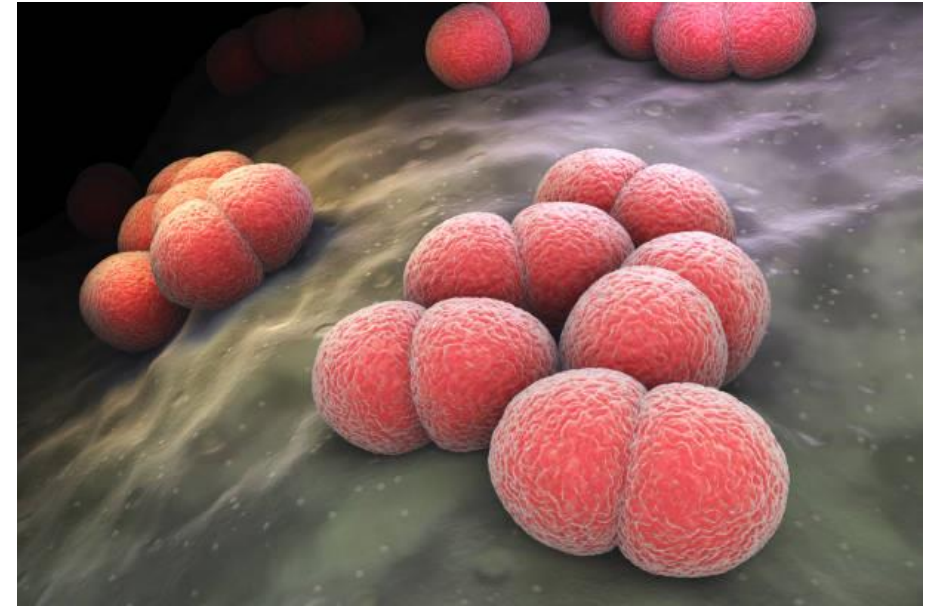
Протиєпідемічні заходи

- Обов'язкова **ізоляція хворих** в стаціонар
- Виписка після *2-ох від'ємних посівів* мазків з носа і ротоглотки.
- **Заклучна дезінфекція** в осередку виявлення і санація носіїв.
- **Спостереження за контактними** особами 7-10 днів, однократне обстеження контактних (посів з носа і ротоглотки на дифтерію).
- **Активна імунізація АКДП вакциною** згідно календаря щеплень розпочинається в 3 міс 3-кратно з інтервалом 1 міс. Ревакцинація - в 1,5 роки, 6, 14, 18 років. Ревакцинація проводиться АКДП, АДП. Дорослим ревакцинація проводиться з інтервалом 10 років до 50 років, після 50 років – за епідемічними показаннями. Якщо немає відомостей про щеплення, то вакцинація робиться двократно з інтервалом 1,5 міс, ревакцинація однократно через 6-12 міс. У дітей, що перехворіли гострими інфекціями, вакцинація проводиться через 2 тижні після одужання. Дітей, що мають хронічну соматичну патологію, вакцинують в умовах стаціонару, або денного стаціонару, після огляду спеціалістами. Абсолютні протипокази до щеплень – злоякісні новоутворення, лімфогранульоматоз, ураження ЦНС, колагенози, гемобластози, лейкемія, злоякісні лімфоми.

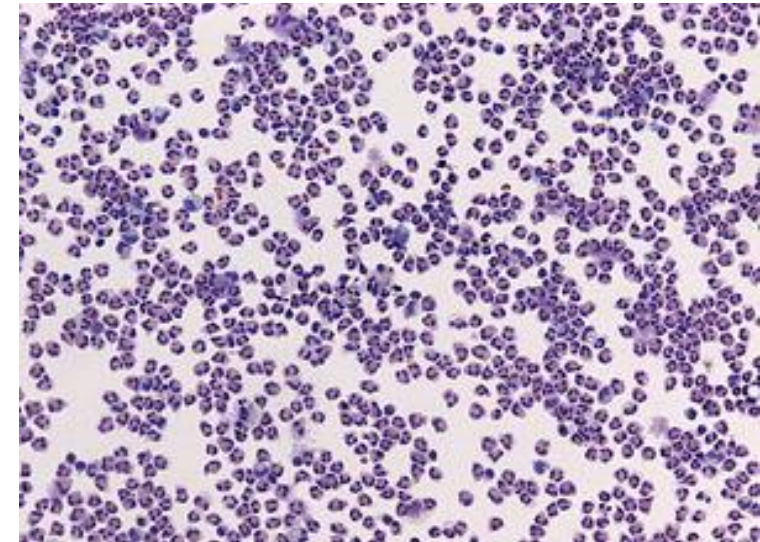
Менінгококова інфекція

Менінгококова інфекція -

антропонозна бактеріальна гостра інфекційна хвороба з аспіраційним механізмом передачі збудника, що протікає у вигляді назофарингіту, менінгококцемії та гнійного менінгіту і рідше з ураженням інших органів та систем.



- Збудник менінгококової інфекції - менінгокок **Meningitidis** з сімейства **Neisseriaceae** роду **Neisseria**
- Джерелом інфекції є **заражені люди**.
- Розрізняють три групи джерел інфекції:
 - хворі на генералізовані форми (приблизно 1% від числа інфікованих);
 - хворі на гострий менінгококовий назофарингіт (10—20 % від загальної кількості інфікованих осіб);
 - "здорові" носії.
- Механізм передачі збудника **аспіраційний**; шлях передачі **повітряно-краплинний**.



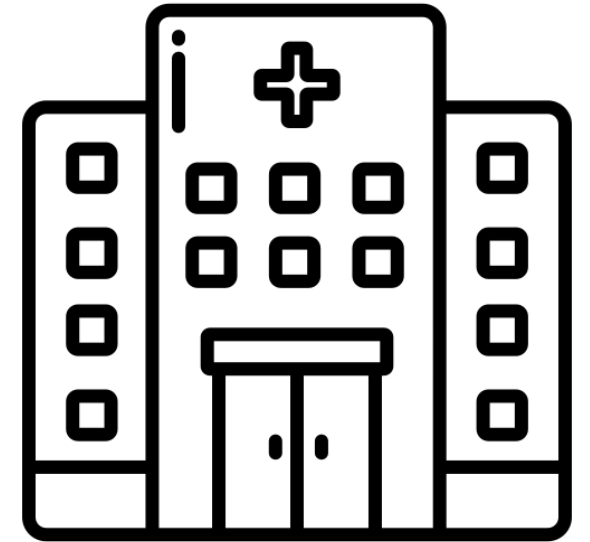
Епідемічний процес

- Періодичні (**циклічні**) підйоми захворюваності реєструються рідше, інтервал становить від 10-15 до 30 років.
- Реєструють спорадичну захворюваність, спалахи, епідемію.
- Захворювання реєструють у людей *різного віку*.
- Сезонні підйоми захворюваності та носійства реєструються у **зимово-весняний період**.



Протиепідемічні заходи

- Обов'язковій реєстрації з надсиленням термінового **повідомлення до санепідстанції** підлягають випадки генералізованої форми менінгококової інфекції
- Обов'язкова **негайна госпіталізація** хворих з генералізованими формами менінгококової інфекції.
- Хворих із назофарингітом, виявлених в осередках, можна залишити дома, якщо є умови для ізоляції, окрім дітей дошкільного віку, осіб що працюють в дитячих дошкільних закладах.



Протиепідемічні заходи

- Виписка із стаціонару при клінічному одужанні без бактеріологічного обстеження на носійство можлива **не раніше 21 дня** від початку хвороби.
- Реконвалесцентів допускають у дошкільні заклади, школи, інтернати, санаторії після **одного негативного результату посіву** з носоглотки, проведеного через 5 днів після виписки із стаціонару.
- **Профілактичні щеплення** реконвалесцентам можна робити через 2-6 місяців після перенесеного назофарингіту і генералізованої форми, носіям - через 1 місяць.
- Всім контактним необхідний огляд ЛОР – лікаря, медичний огляд. В закритих колективах встановлюється **карантин** на 10 днів від моменту ізоляції останнього хворого, госпіталізації тих, у кого є патологічні зміни в носоглотці, температура, висип.

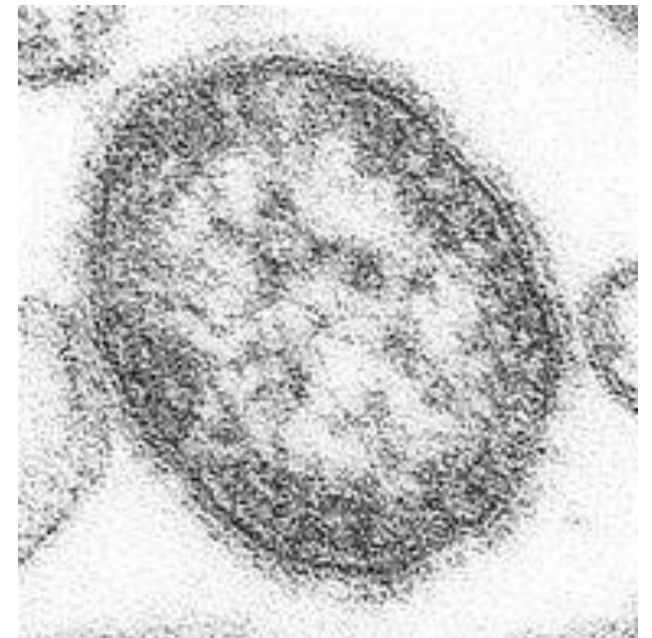
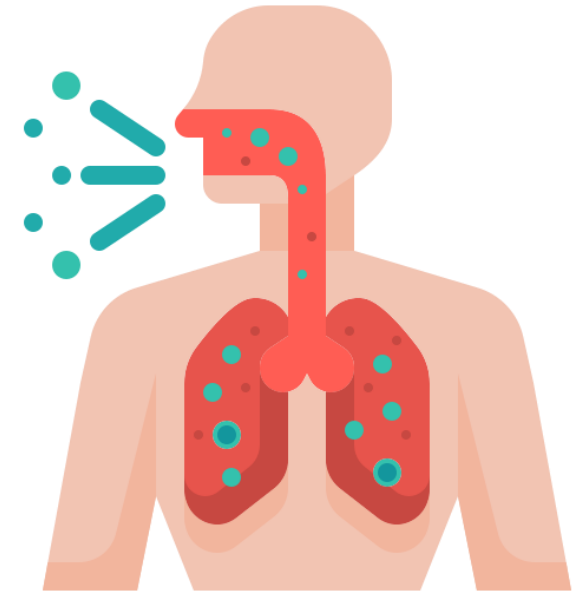


Kip



Kip - гостре висококонтагіозне вірусне захворювання, характеризується генералізованим ураженням слизових оболонок дихальних шляхів, супроводжується кашлем, нежитом, кон'юнктивітом, плямисто-папульозним висипом.

- **Збудник** - вірус, який належить до родини *Paramyxoviridae*, роду *Morbillivirus*, *РНК-вмісний*
- **Джерела інфекції**: хворі люди, які виділяють вірус з останніх 1-2 діб інкубаційного періоду, протягом усього продромального періоду (за 3-4 дні до появи висипки) та у перші 4 дні висипань.
- **Механізм зараження**: аерозольний
- **Шлях зараження**: повітряно-краплинний
- *Довічна несприйнятливість у людей, що перехворіли*
- Слабка стійкість вірусу у зовнішньому середовищі
- **Сезонність** – зимово-весняна
- **Періодичність** – 2-4 роки



Клініка

Інкубаційний період 7-14 днів (при імунізації імуноглобуліном може подовжуватися до 3-4 тижнів)

Періоди:

1. Катаральний - підвищення температури, нежить, кашель, чхання, слезотеча, головний біль, захриплість голосу.
2. Висипань
3. Пігментації

Період висипань – специфічна ознака кору

На 2-3-й день хвороби на слизовій оболонці щік біля великих кутніх зубів з'являються дрібні висипання у вигляді білих цяток (**плями Бельського - Філатова - Коплика**), розташовуються групами, ніколи не зливаються між собою.



- На 3-4 день хвороби висипання за вухами, на обличчі, потім на тулубі, кінцівках у вигляді червоних, великих плям
- висока температура
- марення
- галюцинації
- судоми



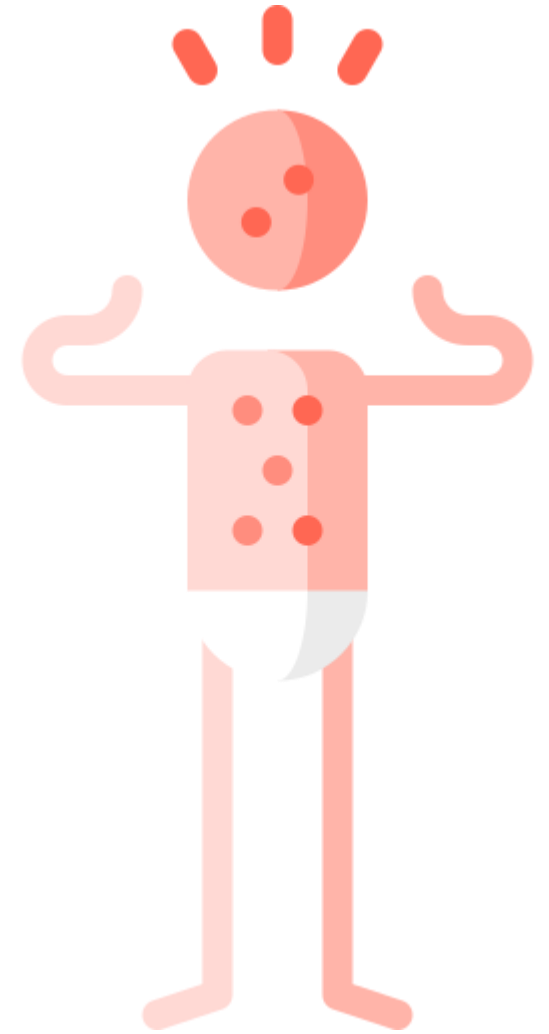
Період пігментації

Висип набуває коричневого кольору, шкіра лущиться, температура падає, самопочуття покращується



Протиепідемічні заходи

- **Госпіталізації** підлягають хворі з важким перебігом, особливо з ускладненнями.
- Посилають термінове повідомлення про всі випадки кору.
- Хворий **заразний** до 4 дня від початку висипань при наявності пневмонії – до 10 дня.
- У дитячих колективах, щеплених ЖКВ, термін **карантину** становить 17 днів, а в колективах, у яких хоча б частина дітей отримала імуноглобулін, карантин продовжується до 21 дня.
- У колективі, де виявлено хворого, забезпечують **медичне спостереження** за дітьми, які спілкувалися з хворим.



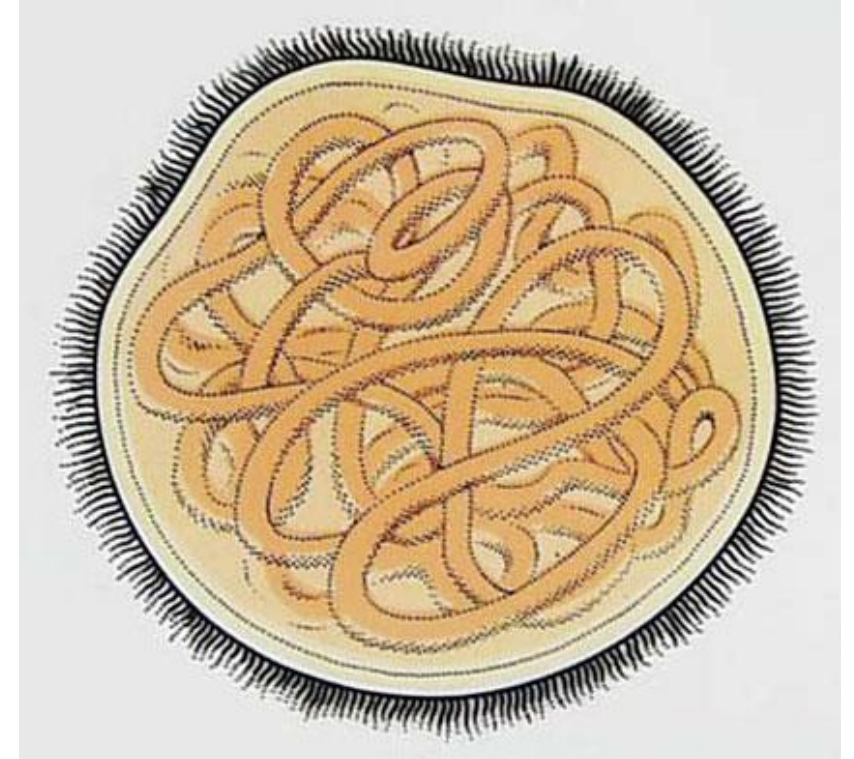
Протиепідемічні заходи

- В осередках інфекції дітей, яких не щепили ЖКВ, якщо немає протипоказів – **терміново вакцинують**, за наявності протипоказів вводять імуноглобулін.
- **Імуноглобулін** можна вводити в інкубаційному і на початку продромального періоду, не пізніше 3-10 дня від контакту.
- Оскільки вірус термолабільний і протягом кількох годин руйнується при кімнатній температурі, то потрапляння його на предмети побуту, одяг практичного значення не мають (**дезінфекції не потрібно**).
- Передача через слюзи, сечу не відбувається.
- Епідеміологічні спостереження засвідчили, що захисний титр антитіл значно знижується протягом 5-7 років, тому одноразового щеплення недостатньо, згідно нового календаря, щеплення проти кору проводять у 12 місяців, ревакцинацію - в 6 років разом з краснухою, та епідпаротитом.



КРАСНУХА

- Збудник краснухи – РНК-вмісний вірус родини **Togaviridae**, роду **Rubivirus**.
- **Джерела інфекції**: хворі в останні дні інкубаційного періоду та весь гострий період
- Захворювання зустрічається у вигляді **епідемічних спалахів**, які повторюються через 7-12 років. У міжепідемічний час спостерігаються окремі випадки. Максимальна кількість захворювань реєструється у **квітні-червні**.
- **Механізми зараження** - повітряно-краплинний, вертикальний, контактний
- Вірус краснухи виділяється у зовнішнє середовище за **тиждень до появи висипу та протягом тижня після висипання**



Клініка

- **Інкубаційний період** від 11 до 24 днів (частіше 16-20)
- Основний симптом – **дрібноплямисті висипання**, що нагадують корову або скарлатинозну, невелика слабкість, нездужання, температура субфебрильна, іноді висока, головний біль, болі в м'язах
- З перших днів хвороби – **генералізована лімфаденопатія**. Особливо виражено збільшення і болючість задній і потиличних лімфатичних вузлів.
- Елементи висипу - круглі або овальні рожево-червоні маленькі плями. Особливо типово розташування висипки на спині, сідницях, зовнішньої поверхні рук і передньої поверхні ніг. **На підшвах і долонях висипка відсутня!** Іноді одночасно дрібні поодинокі висипання з'являються на слизовій оболонці рота. Висипання тримається два-три дні.



Протиепідемічні заходи

- Хворих дітей **ізолюють** вдома і допускають в дитячі колективи не раніше 6-го дня з моменту висипань.
- В дитячому колективі вводять **карантин** на 21 день після ізоляції останнього хворого.
- У зв'язку з тим, що у дітей, які спілкувалися з хворим, вірус виявляють у слизу верхніх дихальних шляхів з 11-го по 21-ий день, вони можуть відвідувати дитячі колективи до 10-го дня, а з 11-го по 21-ий день їх ізолюють у домашніх умовах.
- Оскільки вірус нестійкий в умовах кімнатної температури, то у приміщеннях дитячих колективів проводять **звичайне вологе прибирання**.



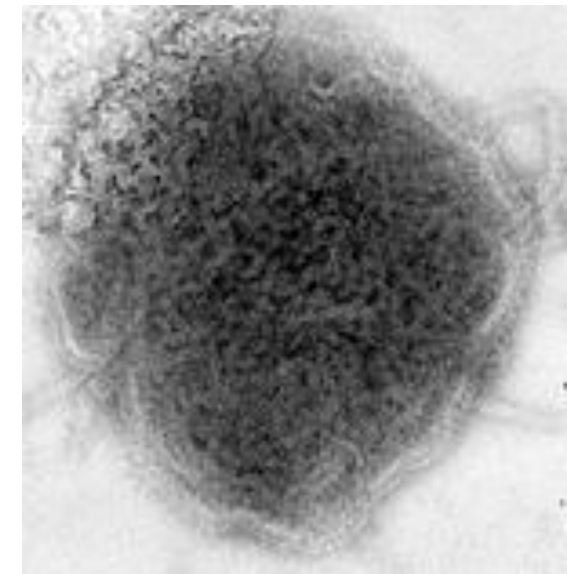
Протиепідемічні заходи

- Наявність ймовірних даних про зараження вагітної жінки краснухою в першому триместрі після зачаття у всіх країнах є абсолютним показанням для **аборту**.
- Можна проводити обстеження на наявність вірусу або антитіл до вірусу краснухи при наявності гарячкових захворювань у вагітних, які були в контакті з хворими на краснуху.
- Специфічна профілактика проводиться **живою вакциною** проти краснухи в 12 міс. разом з вакциною проти кору і епідемічного паротиту, ревакцинація в 6 років, в 15 років - тільки дівчатам.



Епідемічний паротит

- Маніфестні форми складають 70 %, у третини хворих епідемічний паротит перебігає безсимптомно. Захворювання приводить до розвитку **стійкого імунітету**. Повторні випадки зустрічаються рідко (1,5 - 3,0 % випадків).
- **Джерело інфекції** - хвора людина з останніх днів інкубаційного періоду до перших днів хвороби.
- Вірус виділяється **зі слиною** аерозольним шляхом (**крапельна передача**).
- **Інкубаційний період** 12 – 26 днів (у середньому - 18 днів). Хворий заразний-6-9 днів від початку захворювання.
- Епідемічний паротит вважається **дитячою інфекцією (95% всіх захворювань)**.
- **Хлопчики** хворіють в 1,5 рази частіше, ніж дівчата. Але в 20 років і старше спостерігається порівняне збільшення захворювань серед жінок (контакти з дітьми).



Прояви епідемічного процесу

- **Інтенсивні показники захворюваності** у доприщепний період коливались у межах 180-460/ 100 тис. нас.
- **Періодичність** складала 3-4 роки.
- У річній динаміці була сезонність – **осінньо-зимова**. Хворіли, в основному, **діти**, міське населення.
- **Вакцинація** (з 1982 року) знизила захворюваність у 10 разів. У 2011 р. вона склала -2,09/100 тис.нас. Зміщення захворюваності на старші вікові групи із організованих колективів (підлітки і дорослі), у них інфекція перебігає тяжче. Сезонність змістилась на квітень.
- **Лабораторна діагностика** – виділення вірусу із біологічних рідин застосовується рідко. Для виявлення антитіл –ІФА за наявності тест –систем.



Протиепідемічні заходи

- **Ізоляція хворого** за клінічними показаннями на 10 днів від початку захворювання.
- **Організованих дітей** до 10 років, які контактували, не хворіли на паротит та не були щеплені, підлягають роз'єднанню на 21 день (можна з11 по21).
- До 5 дня від контакту можливе проведення **екстренної вакцинації**.
- **Карантин у ДДЗ** 25 днів, дезинфекцію не проводять, провітрювання, вологе прибирання, миття посуду, іграшок.
- **Вакцинація ЖПВ** в 12 місяців одночасно з вакциною проти кору і краснухи, ревакцинація у 6 років
- **Завдання ВООЗ** – знизити захворюваність у Європейському регіоні **менш ніж 1** на 100 тис. нас.

