

Воспитатели загородных лагерей

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСТРОЙСТВУ, СОДЕРЖАНИЮ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТДЫХА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.4.3155-13 (в сокращении)

I. Общие положения и область применения

Каждый работник детского оздоровительного лагеря должен иметь личную медицинскую книжку установленного **образца**, в которую должны быть внесены результаты медицинских обследований и лабораторных исследований, сведения о прививках, перенесенных инфекционных заболеваниях, сведения о прохождении профессиональной гигиенической подготовки и аттестации, допуск к работе.

Работники детского оздоровительного лагеря проходят профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию при приеме на работу и далее с периодичностью не реже 1 раз в год.

1.9. Детский оздоровительный лагерь в день заезда детей комплектуется поотрядно.

1.10. Прием детей в детский оздоровительный лагерь осуществляется при наличии заключения врача об отсутствии контактов с инфекционными больными, о состоянии здоровья детей и сведений об имеющихся прививках.

Прием в детский оздоровительный лагерь детей с ограниченными возможностями здоровья осуществляется при наличии заключения врача об отсутствии медицинских противопоказаний к направлению таких детей в данную организацию, а также при наличии медицинской карты установленного образца и сведений об имеющихся прививках.

1.11. Продолжительность смен в детском оздоровительном лагере составляет:

- санаторной смены - не менее 24 дней, для организации отдыха, оздоровления, закаливающих и лечебно-профилактических процедур;

- оздоровительной смены - не менее 21 дня, для организации отдыха, оздоровления и закаливающих процедур.

Возможна организация коротких смен (20 и менее дней) для организации отдыха и досуга детей.

Продолжительность смен в осенние, зимние и весенние каникулы рекомендуется на срок не менее 7 дней.

1.12. Обо всех случаях возникновения групповых инфекционных и неинфекционных заболеваний, аварийных ситуаций в работе систем энерго- и водоснабжения, канализации, технологического и холодильного оборудования, а также других выявленных нарушений санитарных правил, которые создают угрозу возникновения и распространения

инфекционных заболеваний и массовых отравлений, руководитель детского оздоровительного лагеря обязан в течение первых двух часов информировать орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для принятия мер в соответствии с законодательством Российской Федерации.

III. Требования к территории детского оздоровительного лагеря

3.1. Территорию детского оздоровительного лагеря по периметру рекомендуется ограждать забором и полосой зеленых насаждений или другим ограждением естественного происхождения. Озеленение деревьями и кустарниками проводится с учетом климатических условий.

Не допускается на территории высаживать колючие кустарники, а также зеленые насаждения, дающие мелкие семена и ядовитые плоды.

3.2. Территория детского оздоровительного лагеря должна иметь наружное электрическое освещение.

Для сбора твердых бытовых и пищевых отходов на территории хозяйственной зоны устанавливаются отдельные контейнеры, с плотно закрывающимися крышками. Их располагают на площадках с водонепроницаемым твердым покрытием, размеры которых превышают площадь основания контейнеров. Расстояние от контейнеров до жилых зданий, мест отдыха, игровых и физкультурных площадок, сооружений водоснабжения должно быть не менее 25 м. Площадка оборудуется с трех сторон ветронепроницаемым ограждением, превышающим высоту используемых контейнеров.

3.9. Перед открытием детского оздоровительного лагеря необходимо организовать и провести противоклещевую (акарицидную) обработку его территории и мероприятия по борьбе с грызунами в целях профилактики клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза и геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других инфекционных болезней. После проведения обработок должен быть проведен контроль качества проведенных обработок против клещей и грызунов.

Акарицидная (противоклещевая) обработка территории детских оздоровительных лагерей проводится по результатам энтомологической оценки.

Использование территории парков и других зеленых массивов возможно только после проведения энтомологического обследования и проведения противоклещевой обработки данной территории.

IV. Требования к зданиям, помещениям и оборудованию

4.3. Не допускается использование цокольных этажей и подвальных помещений для размещения детей, проведения кружковой работы, размещения помещений медицинского назначения, спортивных, танцевальных и актов залов для детей, за исключением оборудования тира для стрельбы.

4.7. Спальные комнаты должны быть отдельными для мальчиков и девочек и оборудованы стационарными кроватями.

В каждой спальне рекомендуется устанавливать тумбочки, стулья (табуреты), стол, шкаф (шкафы) для хранения одежды и обуви.

Мебель должна иметь покрытие, позволяющее проводить влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Допускается использование двухъярусных кроватей при условии соблюдения нормы площади на одного ребенка и числа проживающих в комнате.

4.8. Каждое спальное место обеспечивается комплектом постельных принадлежностей (матрацем с намотасником, подушкой, одеялом), постельным бельем

(наволочкой, простыней, пододеяльником) и 3 полотенцами (для лица, ног и банное). Общее количество комплектов постельного белья, наматрасников и полотенец (для лица, ног, банным) должно быть не менее 2 комплектов на одного ребенка, отдыхающего в смену.

4.9. Окна помещений спален оборудуются солнцезащитными устройствами (типа жалюзи) или шторами.

4.10. В помещениях столовой, спален, игровых, медицинского назначения устанавливаются москитные сетки на окна и распашные двери или проводятся другие мероприятия, направленные на предотвращение проникновения насекомых в помещения.

4.11. В зданиях для проживания детей обеспечиваются условия для просушивания верхней одежды и обуви, стирки и глажения.

4.12. Помещения санитарно-бытового назначения для детей предусматриваются раздельными для мальчиков и девочек. Каждая туалетная комната оборудуется умывальниками и туалетными кабинами с дверями.

Рекомендуется предусматривать комнаты личной гигиены девочек, оборудованные гибким шлангом, умывальником, поддоном, сливом.

4.14. Стирка личных вещей проводится в постирочных или в умывальных комнатах в специально выделенных и промаркированных для этих целей тазах. Помещения постирочных оборудуются подводкой воды, сливом, скамьями.

4.15. Помещение для хранения и обработки уборочного инвентаря, приготовления дезинфицирующих растворов оборудуется поддоном и подводкой к нему воды, сливом; при отсутствии помещения выделяется шкаф (или место) для хранения уборочного инвентаря.

Уборочный инвентарь и дезинфицирующие средства хранятся в недоступном для детей месте.

4.21. Используемые строительные и отделочные материалы должны быть безвредными для здоровья человека. Материалы для внутренней отделки должны быть устойчивыми к проведению уборки влажным способом и обработки дезинфицирующими средствами.

4.22. В период работы детского оздоровительного лагеря не допускается проведение текущего и капитального ремонта в местах пребывания детей.

V. Требования к водоснабжению и канализации

5.2. Вода хозяйственно-питьевого назначения должна отвечать по показателям безопасности гигиеническим **требованиям** к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения.

5.3. Собственный источник водоснабжения должен отвечать санитарно-эпидемиологическим требованиям к источникам водоснабжения для питьевого назначения.

5.4. Подводка холодной и горячей воды предусматривается в помещениях медицинского назначения, столовой, туалеты, душевые, умывальные с ногомойками, комнаты гигиены девочек, умывальные перед обеденным залом, постирочную, помещения для хранения уборочного инвентаря и приготовления дезинфицирующих растворов.

5.6. Системы хозяйственно-питьевого, горячего водоснабжения и канализации должны находиться в исправном состоянии.

5.7. Устройство хозяйственно-бытовой канализации следует предусматривать в жилых корпусах, помещениях столовой, в помещениях медицинского назначения, физкультурно-оздоровительного, культурно-массового назначения, служебно-бытовых помещениях, прачечной, душевой, а также в отдельно стоящих туалетах и умывальных.

5.10. При проектировании и реконструкции детских оздоровительных лагерей в неканализованных районах здания оборудуются внутренними системами канализации со спуском сточных вод в локальные системы канализации.

5.11. На территории детских оздоровительных лагерей допускается использование надворных туалетов выгребного типа, канализованных надворных туалетов и стационарных биотуалетов, обеспеченных искусственным освещением. В туалете или около туалета предусматриваются условия для мытья рук с мылом. Мыло должно быть постоянно.

Надворные туалеты выгребного типа оборудуются надземной частью строения и водонепроницаемым выгребом. Глубина выгреба от поверхности земли рассчитывается в зависимости от уровня стояния грунтовых вод, но не менее 1 метра. Не допускается заполнение выгреба более 2/3 объема.

Туалеты устанавливаются на расстоянии не менее 25 м от жилой зоны и столовой и не менее 50 м от места купания. Не допускается устройство и использование надворных туалетов без крыши (навеса) и экранов-перегородок.

VI. Требования к отоплению, вентиляции и воздушно-тепловому режиму в помещениях

Не допускается использование обогревателей с инфракрасным излучением в помещениях для пребывания детей.

6.3. **Оптимальная** температура воздуха: в спальнях помещений составляет +20 ... +24 °С, **допустимая** - не ниже +18 °С;

в столовой, рекреациях, вестибюле, помещениях культурно-массового назначения и для занятий +18 ... +24 °С;

спортивных залах - +17 ... +20 °С,

душевых - не менее +25 °С.

6.4. В помещениях для пребывания детей показатель относительной влажности воздуха должен составлять 40 - 60%, скорость движения воздуха - не более 0,1 м/сек.

6.5. Все помещения должны ежедневно неоднократно проветриваться.

Не допускается в присутствии детей сквозное проветривание санитарно-бытовых помещений, а также помещений (спальных комнат, помещений для дневного пребывания детей, музыкальных, спортивных залов и других), в том числе проветривание их через туалетные комнаты.

Проветривание проводится через фрамуги и форточки. В помещениях спален в холодное время года проветривание проводится перед сном. Фрамуги и форточки должны функционировать в любое время года. Широкая односторонняя аэрация всех помещений в теплое время года допускается в присутствии детей.

VII. Требования к естественному и искусственному освещению и инсоляции

7.3. В качестве источников искусственного освещения в жилых помещениях, помещениях медицинского назначения, кружковой деятельности, столовой применяются люминесцентные лампы или лампы с аналогичными светотехническими характеристиками со светорассеивающей арматурой; для помещений столовой, прачечной, душевых и бани - с влагозащитной арматурой. Не используются в одном помещении в качестве общего освещения одновременно лампы разного типа.

В спальнях корпусах дополнительно предусматривается дежурное (ночное) освещение.

7.4. Для рационального использования искусственного света и равномерного освещения помещений рекомендуется использовать отделочные материалы и краски, создающие матовую поверхность, светлых тонов.

7.5. Неисправные и перегоревшие люминесцентные лампы собираются и хранятся в специально выделенном помещении и вывозятся с соблюдением **требований** по обращению с ртутьсодержащими отходами.

10.10. Для детей должен быть организован круглосуточно питьевой режим. Вода должна отвечать требованиям безопасности к питьевой воде.

Питьевой режим организуется в следующих формах: стационарные питьевые фонтанчики; вода промышленного производства, расфасованная в емкости (бутилированная) негазированная; кипяченая вода (кипячение в течение не менее 5 минут от момента закипания).

Кипяченую воду меняют каждые 3 часа. Перед сменой воды емкость полностью освобождается от остатков воды и тщательно ополаскивается.

При использовании установок с дозированным розливом питьевой воды, расфасованной в емкости, замена емкости осуществляется по мере необходимости, но не реже, чем это предусмотрено установленным изготовителем сроком хранения вскрытой емкости.

10.11. При организации питьевого режима должно быть обеспечено достаточное количество чистой посуды, разрешенной для контакта с пищевыми продуктами, а также отдельные промаркированные подносы для чистой и использованной посуды; контейнеры - для сбора использованной посуды одноразового применения.

10.13. Хранение пищевых продуктов в жилых помещениях для детей не допускается.

10.14. Примерный набор продуктов питания, разрешенный для передачи детям посетителями, в том числе родителями и законными представителями детей, устанавливается руководителем детского оздоровительного лагеря. Примерный набор продуктов не должен содержать пищевые продукты, которые не допускается использовать в питании детей (Приложение N 6).

XI. Требования к режиму дня

11.1. Режим дня должен предусматривать: продолжительность ночного сна не менее 9 часов (для детей от 7 до 10 лет не менее 10 часов), дневного сна (отдыха) - не менее 1,5 часов, питание детей не менее 5 раз (завтрак, обед, полдник, ужин, второй ужин), проведение утренней зарядки, спортивных и культурно-массовых мероприятий, гигиенических, оздоровительных и закаливающих (водных, воздушных) процедур, а также отдых и свободное время. Утренний подъем детей проводится не ранее 8 часов.

Для детей 15 лет и старше допускается замена дневного сна на чтение книг и настольные игры.

11.2. Не рекомендуется проводить массовые физкультурные и спортивные мероприятия при температуре окружающего воздуха выше +28 °С.

11.3. Физкультурные и спортивные мероприятия организуются с учетом возраста, физической подготовленности и здоровья детей.

11.4. В ежедневном режиме дня должны проводиться закаливающие процедуры. Закаливание должно включать:

- зарядку,
- занятия физкультурой,
- водные,
- воздушные и
- солнечные процедуры.

При организации закаливания должны быть реализованы основные гигиенические принципы –

постепенность,
систематичность,
комплексность и
учет индивидуальных особенностей ребенка.

11.5. Утренняя зарядка проводится ежедневно на открытом воздухе. В дождливую погоду утреннюю зарядку рекомендуется проводить в хорошо проветриваемых помещениях.

Продолжительность утренней зарядки - не менее 15 мин.

Рекомендуемая продолжительность воздушных и солнечных ванн приведена в **Приложении N 12.**

11.6. Купание детей в открытых водоемах рекомендуется проводить в солнечные и безветренные дни, при температуре воздуха не ниже +23 °С и температуре воды не ниже +20 °С. Рекомендуемая продолжительность непрерывного пребывания в воде в первые дни 2 - 5 минут с постепенным увеличением до 10 - 15 минут. Купание сразу после приема пищи (менее 30 минут) не рекомендуется.

При организации купания детей присутствие медицинского работника обязательно.

11.7. Использование поверхностных водных объектов для купания детей допускается только при наличии документа, подтверждающего его соответствие санитарным правилам, предъявляющим гигиенические требования к охране поверхностных вод и (или) предъявляющим санитарно-эпидемиологические требования к охране прибрежных вод морей от загрязнения в местах водопользования населения, выданного органами, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

11.8. Купание детей осуществляется в специально отведенных и оборудованных местах. На берегу оборудуются навесы от солнца и устанавливаются кабины для переодевания, туалеты.

11.9. С учетом воспитательной и оздоровительной направленности детские оздоровительные лагеря в соответствии с их возрастом возможна организация следующих видов работ. Для детей 7 - 13 лет допускается уборка постелей, сбор ягод и лекарственных трав под наблюдением воспитателя; для детей старше 14 лет - уборка спальных комнат, дежурство по столовой (сервировка обеденных столов, уборка грязной посуды, уборка обеденного зала).

11.10. Не разрешается привлекать детей к работам, связанным с большой физической нагрузкой (переноска и передвижение тяжестей, пила дров, стирка постельного белья и других), с опасностью для жизни (мытьё окон, протирка светильников и других), уборке мест общего пользования: лестничных площадок, пролетов и коридоров, мытью полов с применением моющих и дезинфекционных средств; выполнению опасных в эпидемиологическом отношении видов работ (уборка санузлов, умывальных комнат, уборка и вывоз отходов и нечистот, и других).

11.11. При дежурстве в столовой дети не допускаются к приготовлению пищи, чистке вареных овощей, раздаче готовой пищи на кухне, резке хлеба, мытью посуды, разносу горячей пищи. Не допускается вход детей непосредственно в производственные помещения столовой.

11.12. Дежурство детей по столовой и территории в детском оздоровительном лагере должно быть не чаще одного раза в 7 дней.

11.13. Встречи детей с посетителями, в том числе с **законными представителями** детей проводятся в соответствии с установленным руководителем детского оздоровительного лагеря распорядком дня.

Не допускается пребывание на территории детского оздоровительного лагеря посетителей, в том числе законных представителей детей вне специально установленных мест.

ХII. Требования к санитарному содержанию помещений и территории детских оздоровительных лагерей

12.1. Генеральная уборка территории и всех помещений проводится перед началом каждой смены с применением моющих и дезинфицирующих средств.

12.2. Во всех помещениях пребывания детей 2 раза в сутки техническим персоналом детского оздоровительного лагеря проводится влажная уборка с применением моющих средств.

Ковровые покрытия ежедневно очищаются с использованием пылесоса.

Оконные стекла моются по мере их загрязнения, но не реже 1 раза в смену.

12.3. В умывальных, душевых, постирочных, комнатах гигиены девочек и туалетах ежедневно дверные ручки, краны умывальников, спусковые ручки бачков унитазов и писсуаров, сидения на унитазах моются горячей водой с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Уборку туалетов с применением дезинфицирующих средств необходимо проводить по мере загрязнения, но не менее 2 раз в день. Унитазы моются с помощью ершей и щеток горячей водой с применением моющих и дезинфицирующих средств.

12.4. Уборочный инвентарь должен иметь маркировку в зависимости от назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в помещении для уборочного инвентаря или в специально оборудованном шкафу. Уборочный инвентарь для туалета (ветошь, ведро, щетки) маркируется и хранится в туалетной комнате в специальном шкафу или в отведенном месте.

Уборочный инвентарь (щетки, ветошь, ерши) моется, дезинфицируется, прополаскивается и сушится.

Моющие и дезинфицирующие средства хранятся в таре изготовителя или в промаркированных емкостях.

12.5. Банные дни для детей проводятся не реже 1 раза в 7 дней.

В бане и душевых необходимо пользоваться индивидуальными принадлежностями: обувью, полотенцем, мылом, мочалкой.

Возможность помывки детей в душе должна быть предоставлена ежедневно.

12.6. Постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла, спальные мешки) 1 раз перед летним сезоном следует выколачивать, проветривать, просушивать на воздухе или подвергать химической чистке.

По эпидемиологическим показаниям постельные принадлежности должны подвергаться камерной дезинфекции в специализированных организациях.

12.7. Смена постельного белья, полотенца проводится по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю.

12.8. Грязное белье в спальнях складывается в специальные мешки, которые доставляются в прачечную.

При отсутствии прачечной в детском оздоровительном лагере возможна организация централизованной стирки постельного белья в иных прачечных. Для сбора и хранения грязного белья предусматривается специальное помещение.

12.9. В помещениях детского оздоровительного лагеря не должно быть насекомых и грызунов. На территории и в помещениях детского оздоровительного лагеря должны проводиться дератизационные и дезинсекционные мероприятия.

12.10. Территория детского оздоровительного лагеря должна содержаться в чистоте. Уборка территории проводится не менее одного раза в сутки.

Мусор собирается в металлические мусоросборники с закрывающимися крышками. Очистка мусоросборников производится при их заполнении на 2/3 объема. После

опорожнения мусоросборники дезинфицируются разрешенными для этих целей средствами.

ХIII. Требования к выполнению санитарных правил и организации работы медицинского персонала

13.1. Руководитель детского оздоровительного лагеря отвечает за выполнение настоящих санитарных правил, в том числе обеспечивает:

- наличие текста настоящих санитарных правил, ознакомление с ними и выполнение их персоналом детского оздоровительного лагеря;
- необходимые условия для соблюдения санитарных правил;
- прием на работу лиц, имеющих допуск по состоянию здоровья, прошедших профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию;
- наличие личных медицинских книжек на каждого работника и своевременное прохождение ими предварительных и периодических медицинских обследований;
- организацию мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации, противоклещевых (акарицидных) обработок (по показаниям).

13.2. Медицинским персоналом осуществляется ежедневный контроль за соблюдением:

- требований настоящих санитарных правил;
- правил личной гигиены детьми и персоналом;
- выполнения режима дня;
- организации питания (качества поступающей продукции, условий ее хранения, соблюдения сроков реализации, технологии приготовления и качества готовой пищи; санитарного состояния и содержания столовой; качества мытья посуды);
- выполнения суточных норм и режима питания, отбора суточной пробы, организации питьевого режима.

Медицинским персоналом обеспечивается:

- ежедневный осмотр персонала столовой и детей - дежурных по кухне на наличие гнойничковых заболеваний кожи, катаральных явлений верхних дыхательных путей, опрос на наличие дисфункции желудочно-кишечной системы. Результаты осмотра заносятся в журнал здоровья ([Приложение N 13](#));
- своевременная изоляция инфекционных больных;
- извещение территориальных медицинских организаций и управлений Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний в течение первых двух часов;
- организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

13.3. Первая помощь и медицинская помощь осуществляются в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации.

Приложение N 6
к СанПиН 2.4.4.3155-13

ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ,

КОТОРЫЕ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ

1. Мясо и мясопродукты:

- мясо и субпродукты всех видов сельскохозяйственных животных, не прошедшие ветеринарный контроль;
- мясо диких животных;
- коллагенсодержащее сырье из мяса птицы;
- мясо третьей и четвертой категории;
- мясо с массовой долей костей, жировой и соединительной ткани свыше 20%;
- субпродукты, кроме печени, языка, сердца;
- кровяные и ливерные колбасы;
- непотрошенная птица;
- мясо водоплавающих птиц.

2. Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы:

- рыба, не прошедшая ветеринарный контроль;
- зельцы, изделия из мясной обрезки, диафрагмы; рулеты из мякоти голов;
- блюда, не прошедшие тепловую обработку, кроме соленой рыбы (сельдь, семга, форель).

3. Консервы:

- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.

4. Пищевые жиры:

- кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин (маргарин допускается только для выпечки) и другие гидрогенизированные жиры;
- сливочное масло жирностью ниже 72%;
- жаренные в жире (во фритюре) пищевые продукты и кулинарные изделия, чипсы.

5. Молоко и молочные продукты:

- молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных;
- молоко, не прошедшее пастеризацию;
- молочные продукты, творожные сырки с использованием растительных жиров;
- молочные продукты и мороженое на основе растительных жиров;
- творог из непастеризованного молока;
- фляжная сметана и фляжный творог без термической обработки;
- простокваша "самоквас".

6. Яйца:

- яйца водоплавающих птиц;
- яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой, "тек", "бой";
- яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам.

7. Кондитерские изделия:

- кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты) и кремы.

8. Прочие продукты и блюда:

- пищевые продукты с истекшим сроком годности и признаками недоброкачества;
- остатки пищи от предыдущего приема пищи, приготовленной накануне;
- любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления, а также принесенные из дома (в том числе при организации праздничных мероприятий, праздновании дней рождения);
- первые и вторые блюда на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления;
- окрошки и холодные супы;
- макароны по-флотски (с мясным фаршем), макароны с рубленым яйцом;

- яичница-глазунья;
- паштеты и блинчики с мясом и творогом;
- заливные блюда (мясные и рыбные), студни, форшмак из сельди;
- сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы;
- крупы, мука, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями;
- грибы и кулинарные изделия, из них приготовленные;
- квас, газированные напитки;
- уксус, горчица, хрен, перец острый и другие острые приправы и содержащие их пищевые продукты, включая острые соусы, кетчупы, майонезы и майонезные соусы;
- плодоовощная продукция с признаками порчи;
- маринованные овощи и фрукты (огурцы, томаты, сливы, яблоки) с применением уксуса, не прошедшие перед выдачей термическую обработку;
- кофе натуральный;
- тонизирующие напитки, в том числе энергетические напитки, алкоголь;
- холодные напитки и морсы (без термической обработки) из плодово-ягодного сырья;
- ядра абрикосовой косточки, арахиса;
- карамель, в том числе леденцовая;
- продукты, в том числе кондитерские изделия, содержащие алкоголь;
- кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%);
- жевательная резинка.

Приложение N 12
к СанПиН 2.4.4.3155-13

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВОЗДУШНЫХ И СОЛНЕЧНЫХ ВАНН

Воздушные ванны рекомендуется начинать при температуре воздуха не ниже 18 °С. Продолжительность первых процедур не более 15 - 20 минут.

Прием воздушных ванн рекомендуется сочетать с ходьбой, подвижными играми, физическими упражнениями, общественнополезным трудом.

Солнечные ванны назначаются детям после приема воздушных ванн, которые проводятся в первой половине дня до 11 часов или после 16 часов на пляже, площадках, защищенных от ветра, спустя час-полтора после еды при температуре воздуха не ниже 25 °С.

Солнечные ванны следует начинать с **5 минут**, постепенно увеличивая процедуру до **30 - 50 минут**.

Не допускается прием солнечных ванн без головных уборов.

ТЕМА 2. ПОНЯТИЕ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

2.1. Здоровый образ жизни

В рамках первичной профилактики заболеваний одно из ведущих мест занимает формирование здорового образа жизни на основе санитарно-гигиенических знаний и навыков, определяющих в итоге и общий культурный уровень каждого члена общества. **Здоровый образ жизни** - это образ жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья человека, а следовательно, и населения страны в целом. Поэтому здоровый образ жизни рассматривается не только как медицинская, но и как социально-экономическая категория, позволяющая характеризовать здоровый образ жизни полнотой (мерой) участия людей в многообразных видах социальной деятельности.

По оценкам отечественных и зарубежных специалистов состояние здоровья населения зависит на **50% от образа жизни**,

на **20-30% от состояния окружающей среды**,

на **15% от генетических факторов** и только

на **10% от деятельности служб здравоохранения**.

С педагогической точки зрения наиболее легко и стойко гигиенические навыки формируются у детей младших возрастных групп. В этой связи следует начинать общее гигиеническое воспитание в дошкольных учреждениях среди детей 2-3-летнего возраста. В этом возрасте удобной и хорошо воспринимаемой формой подачи информации является игра, мультипликационные фильмы и другие виды словесной и визуальной информации, адаптированной к младшему возрасту.

Следует выделить стоматологический аспект гигиенического воспитания, который рекомендуется осуществлять с 3-летнего возраста. Здесь необходимо начинать с формирования и закрепления самых простых навыков пользования зубной щеткой, формировании привычки и потребности ухаживать за полостью рта перед сном и после каждого приема пищи и лишь потом перейти к чистке зубов с использованием детских зубных паст.

Выбор человеком здорового образа жизни невозможен без отказа от вредных привычек, к числу которых относятся: курение, употребление алкоголя, наркотических веществ. Как правило, эти привычки формируются в подростковом и юношеском возрасте, поэтому просветительную работу необходимо начинать как можно раньше.

Курение - самая массовая хроническая бытовая интоксикация. Курение наносит вред не только здоровью курящего, но и окружающих, так называемое «пассивное курение». Особую опасность представляют бронхиты курильщиков. Курение создает благоприятные условия для возникновения язвенной болезни желудка, сердечно-сосудистых заболеваний. Табачный дым чрезвычайно вредно влияет на репродуктивную функцию женского организма, вызывая выкидыши на ранних стадиях беременности, дисфункции. Тяжелые последствия курения могут проявиться и через много лет, в том числе онкологические заболевания.

Алкоголизм - заболевание, характеризующееся болезненным пристрастием к алкогольным напиткам, потерей чувства меры, контроля. В результате этого заболевания у больных появляются обратимые, а в дальнейшем - стойкие неврологические расстройства и психические нарушения вплоть до полной деградации личности. Особенно неблагоприятное воздействие алкоголь оказывает на организм женщины и представляет угрозу здоровью потомства и самой женщины. Алкоголь притупляет внимание, увеличивает возможность возникновения травм во время работы. Нетрезвый работник немедленно должен быть отстранен от работы.

Серьезную озабоченность вызывает наркомания (токсикомания) - заболевание, связанное с непреодолимым влечением к наркотикам или лекарственным и другим веществам. Наркотическая зависимость формируется очень быстро, а процесс деградации личности идет так стремительно, что к 30-40 годам наступает одряхление организма. Обостряются сопутствующие заболевания, быстрее проявляются новые. Наркоманы являются группой риска по гепатиту В и ВИЧ-инфекции. В профилактике наркомании,

токсикомании и других вредных привычек большая роль принадлежит семье и трудовым коллективам.

Здоровый образ жизни включает в себя не только отказ от вредных привычек, но и поведение, способствующее повышению защитных свойств организма. Это оптимальный режим труда и отдыха, рациональное питание и двигательный режим, физическая культура, закаливание, соблюдение личной гигиены, гигиены супружеских отношений, медицинская активность (диспансеризация), позитивное экологическое поведение.

Значительную роль в профилактике различных заболеваний, сохранению и укреплению здоровья населения играет система обязательной профессиональной гигиенической подготовки должностных лиц и работников организаций.

2.2. Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний

Здоровое, рациональное питание - залог здоровья, высокой работоспособности и активного долголетия человека.

Часто в наше время звучат слова: **инсульт, инфаркт**. Именно эти заболевания стоят на 1 месте среди причин смерти Россиян. Наш город Озёрск не исключение - 46,4% из 100% умерших в 1015 году, т.е. почти половина всех смертей от различных причин: новообразования, травмы и т.д. Причина столь распространённых заболеваний это сосуды «пораженные» атеросклерозом. Так что же такое атеросклероз? На самом деле за шуточной фразой, когда начинаются проблемы с памятью, «Склероз проклятый» - скрывается очень сложное заболевание, вовлекающее в процесс многие органы и системы. Болезнь атеросклероз развивается медленно, начиная с детского возраста, когда происходит сбой обмена холестерина в организме, постепенно прогрессируя, и давая знать о себе уже в старшем возрасте сердечными приступами, приступами мигрени, болью в ногах. Всё начинается с поражения внутренней стенки артерии, где постепенно откладывается жировые вещества, избыток холестерина, кальций и др. вещества. Как правило, атеросклероз поражает крупные и средние артерии. Могут формироваться большие атеросклеротические бляшки, значительно сужающие просвет сосуда, это приводит к недостаточному поступлению крови, кислорода, питательных веществ – результат:

- **если нарушена проходимость артерий сердца:**

нестабильная стенокардия,
инфаркт, или
просто сердечный приступ;

- **если нарушена проходимость артерий головного мозга:**

головокружение,
шум в ушах,
головные боли,
и как крайнее проявление – инсульт;

- **если нарушена проходимость артерий нижних конечностей:**

облитерирующий эндартериит,
гангрена. (В этом случае лечение одно – хирургическое, т.е. ампутация).

Многие думают, что холестерин это опасное вещество, но на самом деле холестерин уже есть в организме каждого человека, это совершенно необходимо, т. к. он отвечает за выработку мужских и женских половых гормонов, без него перестанут перевариваться жиры и т. п. Но повышенный холестерин – это действительно очень опасно. Ещё очень важен баланс в организме всех видов холестерина. Приведём нормы холестерина в крови взрослого человека:

Показатель холестерина	мужчины	женщины
Общий холестерин	3,5-6 ммоль/л	3-5,5 ммоль/л
ЛПНП	2,2-4,8 ммоль/л	1,95-4,5 ммоль/л

ЛПВП	0,7-1,75 ммоль/л	0,85-2,28 ммоль/л
триглицериды	0,62-3,7 ммоль/л	0,5-2,6 ммоль/л

Напомним, что липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) - это «плохой» холестерин. В норме он используется клетками, для построения мембран и переноса белковых соединений, при избытке накапливается на стенках сосудов, паренхиматозных органах. Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) или «хороший» холестерин защищает сердце, сосуды от высокого уровня холестерина, связывая его и транспортируя в печень, поэтому увеличивая в рационе питания долю хорошего холестерина, можно снижать скорость прогрессирования атеросклероза.

Приблизительно до 1980 годов проблема атеросклероза была свойственна людям пожилого возраста, иными словами, неотъемлемая проблема старости. В настоящее время атеросклероз регистрируют у молодых людей. **Современному человеку необходимо контролировать уровень холестерина в крови, начиная с 15 летнего возраста.** Основных причин вызывающих избыток холестерина в организме несколько.

Наследственность – если ваши родственники (родители, бабушки, дедушки) перенесли инфаркт, инсульт или диагноз атеросклероз и т.п., вам так же серьёзно нужно подойти к проблеме вашего здоровья. Обязательно контролировать уровень холестерина до 40 лет 1 раз в 3 года, в более старшем возрасте – ежегодно. При повышенных значениях общего холестерина, обязательна липидограмма и консультация специалиста.

Образ питания – если вы любитель мясомолочной продукции, яиц, майонезов (вкусных салатиков), сдобы, жареного, жирного, кондитерских изделий, мороженого, икры, колбас и копчёностей, если вы не любите готовить, а покупаете на ужин готовые продукты из кулинарии и обедаете в кафе или столовых, то рано или поздно высокий холестерин вам обеспечен.

Образ жизни - если вы любите ездить на машине, автобусе, пренебрегая ходить больше и дольше пешком, если вы часами сидите за компьютером, избегаете спортивных залов, курите, неумеренно выпиваете, очень нервозны, раздражительны, гневливы, мало спите - высокий холестерин вам обеспечен.

Пол, возраст и масса тела – проблемы с холестерином возникают чаще у женщин (возможно более частое общение с кухней и изысканность в питании, что не свойственно мужчинам, а на производстве замечено, что женщины чаще пьют чай, безусловно, с вкусеньким). У людей старше 55 лет повышенный холестерин встречается чаще. У людей с повышенным весом зачастую не только проблемы с сахаром крови, но и с липидограммой.

Заболевания при которых повышается холестерин: заболевания печени, почек, гипертензия (высокое давление), ранний климакс, снижение функции щитовидной железы, гормональный дисбаланс.

И ещё об одном аспекте помолодевшей холестериновой проблемы. Всем известно из школьной программы, что холестерин не содержат крупы, почти все овощи и фрукты. Поэтому, написанная на бутылке с подсолнечным маслом фраза: «не содержит холестерин», не совсем понятна - в семечках, из которых добывают масло, холестерина и так... нет. Это реклама для безграмотных людей. А вот что действительно важно в питании, так это тип жира в диете.

Для большинства людей, смесь жиров в рационе влияет на уровень холестерина в крови намного больше, чем это делает уровень холестерина в пище. Даже такие растения как морковь и салат содержат небольшое количество жира. Под «хорошими» жирами подразумевают **мононасыщенные и полиненасыщенные жиры**, а вот насыщенные жиры относятся к «плохим».

Где же брать хорошие жиры? Это растительные масла (оливковое, льняное); орехи, семена тыквы, кунжута, кукурузе, соевых бобах, особенно рыбе. Но

самое интересное, что насыщенные (плохие) жиры входят в состав многих продуктов, включая те же растительные масла, так что мы не можем полностью исключить из диеты насыщенные жиры - выход один: умеренность ещё никому не повредила.

Плохие жиры содержатся в красном мясе, морепродуктах (креветки, гребешки, и т.п., но не рыба) и цельномолочных продуктов (сыр, жирное молоко, сметана, мороженое), кокос, кокосовое масло, особенно пальмовое масло. Если вы внимательно читаете этикетки, то на большинстве современных упаковок и даже составе творога и хлеба (особенно печенья и тортов, пирогов с длительными сроками хранения) вы увидите этот экзотический продукт. Многие молокозаводы добавляют растительные масла в молоко повышая жирность. Как же эта экзотика проникла на наш рынок? **Ответ очень прост – необыкновенная дешевизна, а жирность поднимает моментально, и опять же – не запрещено.**

Перейдём к **очень плохим жирам**. Это транс-жиры, которые производятся путём нагрева жидких растительных масел в присутствии водорода. Это приводит масло в твёрдое состояние, облегчая перевозку. Эти теперь уже «твёрдые» масла в основном **соевое, пальмовое и маргарины на их основе** идеальны для жарки. Неудивительно, что эти масла являются основным товаром в общепите и пищевой промышленности. Даже небольшое количество транс-жиров в рационе питания может иметь пагубное последствие для здоровья. Этот отход от традиционного масла для приготовления пищи, **способствует медленно растущей эпидемии сердечнососудистых заболеваний по всему миру**. Это означает, что все родившиеся в России после 80 годов, начиная с раннего возраста, испытывают регулярно атаки современной пищевой промышленности, если учитывать, что и в хлебобулочные изделия попадают транс-жиры, не говоря о кафе, ресторанах, кулинариях.

Вывод: мы являемся заложниками данной ситуации, но мы можем привить своим детям здоровый образ жизни и культуру питания, включающую элементарные познания о здоровой пище.

Несбалансированное питание является причиной алиментарно-зависимых заболеваний, к которым относятся заболевания желудочно-кишечного тракта, анемия, болезни обмена веществ (ожирение, сахарный диабет), заболевания, связанные с дефицитом **микронутриентов** (то есть веществ, которые должны поступать в организм в очень маленьких количествах, но без которых невозможна нормальная жизнедеятельность). К **микронутриентам** относятся:

- витамины** (А, группы В, С, Д, Е, РР, фолиевая кислота и др.),
- микроэлементы**- (йод, фтор, селен, цинк и др.) и
- макроэлементы** (железо, кальций, калий).

Отсутствие, недостаточное или избыточное поступление в организм любого микронутриента приводит к заболеванию.

Одним из **важнейших** микронутриентов является **железо**, различные формы недостаточности которого по обобщенным данным среди отдельных групп населения выявляются в 2-60% случаев. Дефицит железа как правило сочетается с недостаточностью витаминов (В1, В2, В6, РР, фолиевой кислоты, витамина С), участвующих в системе обмена и усвоения железа. Наиболее распространенным заболеванием, связанным с поливитаминовой недостаточностью и **дефицитом железа, является анемия**. Заболеваемость населения анемиями за последние 10 лет значительно возросла. При этом наиболее уязвимыми группами населения в отношении риска развития железодефицитных состояний являются дети первых двух лет жизни, беременные и кормящие женщины. Следствием **железодефицитных состояний** является:

- *ухудшение функционального состояния различных органов и систем ребенка,*
- *в том числе снижение иммунной резистентности,*
- *замедление умственного и физического развития детей.*

В связи с изложенным, возникает необходимость увеличения уровня потребления микронутриентов путем дополнительного обогащения пшеничной муки высшего и первого сорта, хлеба и хлебобулочных изделий, произведенных из этой муки, железом и другими микроэлементами, а также витаминами.

Исследования последнего десятилетия показали, что в Российской Федерации практически не существует территорий, на которых население не подвергалось бы риску развития йоддефицитных заболеваний.

Дефицитом йода обусловлены заболевания щитовидной железы. Недостаток йода приводит к тяжелым нарушениям в организме человека, таким как:

- эндемический зоб,
- угнетение иммунной системы,
- нарушения умственного развития,
- детородной функции.

Профилактика йоддефицитных заболеваний проводится путем употребления в питании йодированной соли, морепродуктов, йодированного хлеба, йодированной минеральной воды и ряда других обогащенных йодом

2.3 Профилактика инфекционных болезней

Всех нас окружает огромный мир мельчайших живых существ, к которым относятся бактерии, вирусы, дрожжи, грибы. Увидеть микробы можно только при очень сильном увеличении под микроскопом.

Микроорганизмы бывают полезные и патогенные (болезнетворные). Так, благодаря молочнокислым бактериям можно сделать кефир, простоквашу, ацидофилин, йогурт и другие кисло-молочные продукты. На использовании молочнокислой микрофлоры основано приготовление сметаны, творога. Все это примеры использования человеком полезных микроорганизмов.

К вредным относятся микробы, вызывающие порчу пищевых продуктов, болезни у людей, животных и растений (патогенные микробы).

Внедряясь в организм человека или животного, микроорганизмы приспособились получать в нем необходимые условия для своей жизнедеятельности и размножения. При этом они выделяют токсические (т.е. ядовитые) вещества, оказывающие болезнетворное влияние на организм.

Инфекционные (заразные) болезни - болезни, вызванные воздействием на организм биологических факторов (возбудителей инфекционных заболеваний) и передающиеся от больного (человека или животного) к здоровому человеку. Возбудителями инфекционных болезней являются микробы, вирусы, простейшие, грибы, паразитические черви (гельминты).

Для развития инфекционного заболевания необходимо наличие источника инфекции, механизма передачи инфекции и восприимчивого организма.

Источник инфекции - больной человек или животное, которые имеют симптомы инфекционного заболевания и выделяют возбудителей этого заболевания в окружающую среду. Источником инфекции также может быть бессимптомный носитель - человек, у которого отсутствуют клинические проявления заболевания, но выделяющий в окружающую среду возбудителей.

Механизм передачи инфекции -

Механизм передачи возбудителя от больного к здоровому зависит от места обитания - локализации - возбудителя в организме.

При локализации возбудителя в органах дыхания, особенно верхних дыхательных путях, возбудитель попадает в организм с воздухом при вдохе и соответственно выделяется из него при выдохе (разговоре, кашле, чихании с выдыхаемым воздухом,

капельками слюны, слизи). Отсюда и название такого пути передачи - *воздушно-капельный* (грипп, дифтерия, туберкулез, ветряная оспа, корь и др.)

Возбудители, поражающие кожные покровы и слизистые оболочки, передаются при непосредственном контакте, а также через предметы обихода и руки (грибковые заболевания кожи, педикулез, чесотка, заболевания, передаваемые половым путем). Такой путь передачи называется *контактно-бытовой*. Его разновидностью является *половой* путь, когда передача возбудителя происходит при половом контакте. Таким способом передаются сифилис, гонорея, трихомоноз, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит В.

При локализации возбудителя в крови его передача происходит *трансмиссивным* (через укусы кровососущих насекомых), а также *парентеральным* путем - через кровь при нарушении целостности кожных покровов и слизистых при медицинских манипуляциях, родах (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция).

Существует еще пятый механизм передачи инфекции - *вертикальный* - от матери плоду (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция)

Для распространения заболевания, кроме источника и механизма передачи инфекции, необходимо еще наличие *восприимчивого организма*. При наличии этих трех составляющих происходит эпидемический процесс - распространение инфекционного заболевания. Широкое распространение какого-либо инфекционного заболевания называется *эпидемия*.

Профилактику инфекционных болезней можно проводить путем обезвреживания источника инфекции, ликвидацию или разрыв путей ее распространения, или воздействуя на восприимчивый организм человека с целью создания иммунитета.

Обезвредить источник инфекции возможно путем:

- раннего его выявления (при профилактических медицинских осмотрах);
- отстранения от работы, связанной с риском распространения инфекции;
- своевременного лечения, а при необходимости - изоляции;
- если источник животные или грызуны - через проведение санитарно-ветеринарных мероприятий.

Разрыв путей передачи инфекции - это соблюдение правил личной гигиены, санитарно-гигиенических требований и противоэпидемического режима на предприятиях, ношение марлевых повязок в период эпидемии гриппа и т.д.

Одним из способов разрыва путей передачи инфекции является ***дезинфекция*** - уничтожение или удаление возбудителей инфекционных болезней, микробов..

Дезинсекция - уничтожение насекомых, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение, мешающих труду и отдыху людей (комары, клещи, мухи, блохи, тараканы).

Дератизация - уничтожение или отпугивание грызунов, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение (мыши, крысы).

Болезни, передающиеся воздушно-капельным путем

К заболеваниям, поражающих в основном органы дыхания и передаваемых воздушно-капельным путем, относятся:

Туберкулёз

Дифтерия

Коклюш

Ветрянка

Эпидемический паротит (свинка)

Корь

Краснуха

Инфекционный мононуклеоз

Осуществление профессиональной деятельности работников декретированных профессий связано с необходимостью контактов с большим количеством людей. Таким образом, работники организаций продовольственной торговли - источники возбудителей туберкулеза и дифтерии - могут способствовать широкому распространению этих заболеваний. С целью своевременного выявления источников инфекции для всех работников декретированных профессий обязательным является медицинское обследование на туберкулез (флюорография).

Туберкулез - инфекционное заболевание, характеризующееся хроническим волнообразным течением, многообразием клинических проявлений и поражением различных органов (костей, почек, кожи, глаз, кишечника, мозговых оболочек). Однако чаще всего поражается дыхательная система - легкие.

Основным источником заражения является больной человек. Возбудители туберкулеза обладают очень высокой устойчивостью во внешней среде. Они могут месяцами сохраняться в мокроте, слюне даже при их высыхании и при образовании пыли, поднимающейся с поверхностей предметов при сухой уборке, вновь попадают в воздух и вместе с ним - в дыхательные пути человека (воздушно-пылевой путь передачи). Передача туберкулеза контактно-бытовым путем (через посуду, книги и другие предметы обихода) возможна при несоблюдении элементарных санитарных требований.

По наследству туберкулез не передается, но родившийся от больных туберкулезом родителей здоровый ребенок может заразиться от них.

К основным признакам легочного туберкулеза относятся длительная лихорадка (часто субфебрильная), слабость, кашель (сухой или с легко отделяемой мокротой), одышка, кровохарканье.

Характерной особенностью туберкулеза в последние годы стала высокая устойчивость возбудителя ко многим лекарственным препаратам, что создает большие трудности в лечении.

Дифтерия - инфекционное заболевание, передающееся, как правило, воздушно-капельным путем. Возбудитель - дифтерийная палочка - хорошо сохраняется в окружающей среде. Так, в воде и молоке микроб выживает 7 дней, на посуде, книгах, игрушках, белье может сохраняться несколько недель, в связи с чем возможна передача возбудителя через предметы обихода (контактно-бытовой путь).

Основным источником заражения является больной дифтерией или бактерионоситель - здоровый ребенок или взрослый без видимых признаков болезни, но выделяющий дифтерийные палочки. В окружающую среду возбудитель попадает при кашле чихании, разговоре вместе с капельками слюны, мокроты, слизи.

Заболевание обычно наступает через 2-10 дней после заражения. Дифтерийная палочка поражает слизистые оболочки носоглотки, зева, верхних дыхательных путей (гортани, трахеи). Токсин, выделяемый палочкой, на месте внедрения вызывает воспаление слизистой оболочки с образованием на ней плотного пленчатого налета серо-белого цвета. Кроме того, токсин разносится кровью по всему организму и поражает нервные клетки, мышцу сердца - миокард, надпочечники, почки.

Болезнь начинается бурно: температура быстро поднимается до 39-40°C, появляется головная боль, боль в горле, резкая бледность кожных покровов, общая слабость, расстройство сна. Смертельный исход наблюдается в среднем у 2-7% заболевших.

Грипп и другие острые респираторные (дыхательные) вирусные инфекции (ОРВИ) составляют до 80% всех случаев инфекционных заболеваний в мире.) составляют до 80% всех случаев инфекционных заболеваний в мире.

Дети болеют ОРВИ в 3-4 раза чаще, чем взрослые, особенно дети дошкольного и школьного возраста. Насчитывается более 142 различных вирусов-возбудителей

ОРВИ. Основным механизмом передачи - воздушно-капельный. Возбудитель может передаваться также через инфицированную посуду и другие предметы. Заразный период больного длится от 3 до 7-10 дней. После перенесенного заболевания иммунитет сохраняется короткое время.

Грипп - острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом, который поражает слизистые оболочки верхних дыхательных путей и вызывает выраженную общую реакцию организма - интоксикацию, проявляющуюся повышением температуры тела, слабостью, ноющими болями в мышцах, костях и суставах. Поражая верхние дыхательные пути, вирус гриппа открывает входные ворота бактериальной инфекции, и именно это делает заболевание особенно опасным.

Грипп провоцирует обострение имеющихся хронических заболеваний. Наиболее частыми и опасными осложнениями гриппа являются вирусные пневмонии, трудно поддающиеся лечению. Среди причин смерти детей и пожилых людей пневмонии занимают 5-е место.

Больной человек наиболее заразен в первые 3-5 дней болезни, когда при кашле и чихании с капельками слизи вирус активно выделяется в окружающую среду. Заражение происходит при вдыхании вируса.

Возбудитель гриппа не устойчив вне организма человека, быстро погибает при нагревании, воздействии ультрафиолетового облучения, дезинфицирующих средств. Иммунитет (невосприимчивость) против гриппа длительный, однако сам вирус обладает высокой изменчивостью, поэтому многие люди болеют гриппом неоднократно в течение жизни.

Снизить вероятность заболевания гриппом можно:

часто проветривая помещение,

избегая мест со скученностью людей в период подъема заболеваемости, ношение маски,

используя неспецифические средства профилактики –

закаливание организма,

гомеопатические и другие средства (настойка эхинацеи, интерферон, и др.) для повышения общей устойчивости организма к инфекциям.

Основное условие эффективной профилактики - начинать прием общеукрепляющих и стимулирующих иммунитет препаратов за 1,5-2 месяца до начала сезонного подъема заболеваемости, то есть в сентябре-октябре.

Ветряная оспа. Возбудителем ветряной оспы является вирус, а источником инфекции - только человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Механизм передачи - воздушно-капельный. Инфекция легко переносится на значительные расстояния (20 м и более): в соседние помещения, с этажа на этаж по вентиляционным и иным ходам. Заболеть может человек любого возраста, не имеющий иммунитета к возбудителю ветряной оспы. Большинство случаев заболевания наблюдается среди детей в возрасте до 7 лет (80%). Дети, не посещающие детские образовательные учреждения, заболевают в школьные годы. У взрослых ветряная оспа встречается редко. Характерна сезонность - в осенне-зимний период заболевает 70-80% детей. После заболевания формируется стойкий иммунитет. Повторные случаи ветряной оспы исключительно редки.

Инкубационный (скрытый период) при ветряной оспе в среднем составляет 11-21 день. Основными проявлениями болезни является сыпь, которая проходит несколько стадий развития: розовое пятно - папула (узелок) - везикула (пузырек, наполненный прозрачным содержимым) - корочка. У одного и того же больного одновременно можно видеть и пятна, и папулу, и везикулу, и корочку. Сыпь располагается на коже туловища, лица, шеи, конечностей, кроме ладоней и подошв, на волосистой части головы. Сыпь может появляться и на слизистых оболочках полости рта, половых органах, особенно у девочек. Период высыпания длится в среднем 2-10 дней. В большинстве случаев заболевание протекает легко, но могут развиваться и тяжелые формы. У детей до 2-х лет и у взрослых может развиваться вирусная пневмония.

Профилактика ветряной оспы: больного изолируют дома до момента отпадения последней корочки. Контактных детей, не болевших ветряной оспой, разобщают на 21

день. Если день контакта с больным точно установлен, разобщение проводят не сразу, а с 11-го дня после контакта. Проводятся влажная уборка и проветривание.

Краснуха. Возбудителем является вирус, нестойкий во внешней среде: при комнатной температуре выживает в течение нескольких часов, но быстро погибает под воздействием ультрафиолетовых лучей. Источник инфекции - только больной человек. От человека к человеку возбудитель передается воздушно-капельным путем во время кашля, при крике, чиханье, разговоре. Риск заражения повышается при скученности, в плохо проветриваемом помещении. Краснуха передается от матери к плоду, что часто приводит к формированию пороков развития плода - врожденным уродствам. Дети до 1-го года болеют краснухой редко, так как имеют иммунитет, приобретенный от матери. Наибольшая заболеваемость наблюдается у детей в возрасте 3-6 лет. Чаще болеют «организованные» дети.

Инкубационный период в среднем составляет 21 день. Заболевание проявляется симптомами интоксикации, признаками легкого конъюнктивита, гиперемии (покраснения) зева, увеличением лимфатических узлов. На 1-3 день болезни появляется сыпь в виде пятен бледно-розового цвета, склонных к слиянию, сначала на лице и шее, затем без всякой последовательности распространяется по всему телу.

Профилактика краснухи: заболевшие изолируются до 5-го дня с момента появления сыпи, но карантин не накладывается. В очагах инфекции проводится влажная уборка, проветривание. В нашей стране проводится специфическая профилактика краснухи путем вакцинации всего детского населения.

Эпидемический паротит - острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез. В основном болеют дети в возрасте 1-15 лет, мальчики чаще, чем девочки, однако в последнее время растет число заболевших подростков и взрослых. Повышенная заболеваемость приходится на зимний период.

Продолжительность инкубационного периода от 11 до 23 дней, чаще 14-16 дней. Начало болезни острое: повышение температуры до 38-40°C, нарастание симптомов интоксикации, появляется припухлость и болезненность в области слюнных желез сначала с одной стороны, затем - с другой. Нередко, особенно у взрослых, развивается орхит (воспаление яичка). При двустороннем поражении яичек часто развивается бесплодие.

Вакцинация является единственно эффективным профилактическим мероприятием, способным привести к резкому снижению заболеваемости эпидемическим паротитом. Вакцинация вызывает развитие длительного иммунитета.

Корь - острое вирусное заболевание. Источник инфекции - только больной человек. Корь чаще всего передается при кашле, чиханье, крике, плаче, разговоре. Восприимчивость к кори очень высока. В наши дни каждый третий случай кори регистрируется у молодых людей и взрослых. После перенесенного заболевания остается стойкий, напряженный иммунитет.

Заболевание начинается остро с симптомов интоксикации, воспаления слизистых оболочек, повышения температуры. Основными симптомами начального периода являются: насморк, кашель, конъюнктивит (воспаление слизистой оболочки глаз). Основной признак болезни - пятна на слизистой оболочке полости рта и сыпь. Практически у всех больных отмечается увеличение лимфатических узлов, страдает сердечно-сосудистая система, возможно развитие бронхита, пневмонии.

У взрослых корь протекает тяжело, часто развиваются осложнения в виде энцефалита, менингита.

Интенсивность распространения инфекции в г.Москве в настоящее время связана с заболеваемостью подростков и взрослых. На их долю приходится 88,7% от общего количества выявленных больных. Это объясняется активными миграционными процессами, высокой плотностью населения, наличием значительного числа восприимчивых лиц среди взрослого населения. Более 30% больных корью - это лица в возрасте от 20 до 40 лет, приехавшие в Москву из стран СНГ, южных республик и других регионов Российской Федерации.

Специфическая профилактика кори проводится посредством проведения прививок.

2.4. Острые кишечные инфекции

(механизм передачи-фекально-оральный(по латыни «or» - «рот»)).

Возбудитель проникает в организм человека (через рот) или животного с **водой или пищей**, а выделяется с фекальными массами: (кал человека, навоз и помёт у животных и птицы).

Заражение происходит при:

- несоблюдении правил личной гигиены (**болезни «грязных рук»**),
- нарушении правил и сроков хранения продуктов питания,
- употреблении немытых овощей и фруктов,
- употреблении некипяченой питьевой воды из неизвестных источников и открытых водоёмов,
- недостаточной термической обработке пищевых продуктов (мяса, рыбы, птицы, яиц), несоблюдении чистоты при приготовлении пищи.

Итак, основными факторами передачи, как правило, являются **пищевые продукты и вода**. Поэтому потенциально можно заразиться этими инфекциями и в походе или в столовой, ресторане, кафе - учитывая современную подготовку поваров (в плане соблюдения «санитарии»).

К острым кишечным инфекционным (ОКИ) заболеваниям относятся:

*дизентерия,
сальмонеллез,
брюшной тиф,
паратифы,
вирусный гепатит А,
иерсиниоз,
холера и др.*

Для всех этих инфекций характерно проникновение возбудителей инфекции через рот и активное размножение в желудочно-кишечном тракте. Возбудители этой группы отличаются большой выживаемостью во внешней среде. Все перечисленные болезни во многом сходны по своему клиническому течению. Главными симптомами являются расстройство функции кишечника и понос.

Дизентерия.

Болеет только человек. Возбудители дизентерии - длительно сохраняются в пищевых продуктах (молоке, масле, сыре, овощах) и выживают в почве и открытых

водоемах. В молоке и молочных продуктах (сметана, творог, кефир) возбудитель дизентерии может даже размножаться, причем размножается очень быстро - при температурах от 20°C и выше буквально в считанные часы накапливается в огромных инфекционных дозах, что ведет за собой возникновение массовых «молочных» эпидемий.

Для дизентерии характерен подъем заболеваемости в теплое время года (лето - начало осени), что связано с более активным размножением микробов в продуктах. Идеальной температурой для роста и размножения возбудителей является температура человеческого тела - 37°C.

Пути передачи возбудителя - бытовой, пищевой и водный. Бытовое заражение происходит при непосредственном соприкосновении с больным (при уходе за ним). С загрязненных рук больного или носителя возбудитель дизентерии попадает в пищевые продукты, на посуду для пищи, воды, на различные предметы обихода. Дизентерия заслужила название «болезни грязных рук», так как именно не вымытые после посещения туалета руки больного или бактерионосителя - единственный источник распространения инфекции.

В теплое время года активным переносчиком возбудителей дизентерии являются мухи. Заражение человека также может произойти при употреблении некипяченой, загрязненной испражнениями воды из открытых водоемов (реки, озера, пруды).

Дизентерия нередко протекает в скрытой и бессимптомной форме.

Сальмонеллезом болеют и человек, и животные. Более того, животные являются основным источником сальмонелл, а фактором передачи возбудителей человеку служат продукты питания. Особенно часто заражены сальмонеллами яйца водоплавающих птиц, поэтому действующими санитарными правилами запрещена реализация яиц водоплавающих птиц (гусей, уток) в розничной торговой сети.

Сальмонеллезом можно заразиться при контакте с животными. Однако чаще заражение происходит через продукты питания - мясо животных и птиц, мясные субпродукты, продукты их переработки, яйца, молоко и приготовленные из молока и яиц продукты (творог, сметана, мороженое, майонез, кремы и др.). Овощи, фрукты, ягоды могут быть заражены при удобрении почвы навозом. Мясо и птица инфицируются часто при забое животных, особенно вынужденном. Важная роль в передаче инфекции принадлежит загрязненным рукам, которые переносят возбудителей, например, с мяса на любые другие продукты и приготовленную пищу, а также на соприкасающиеся с пищей посуду, кухонный инвентарь, салфетки, полотенца.

Сальмонеллезом можно заразиться и от больного человека или носителя. Передача возбудителей осуществляется при несоблюдении правил личной гигиены через загрязненные руки, посуду, кухонный инвентарь.

Сальмонеллы очень устойчивы во внешней среде. В кале животных они могут сохраняться до 4 лет, в навозе - 90 дней, в воде - 30 дней. Особенно хорошо сохраняются сальмонеллы в продуктах питания, даже при хранении их в холодильнике. При хранении продуктов при высоких температурах в них происходит размножение и накопление сальмонелл, что увеличивает риск заболевания.

Первые симптомы болезни появляются через 5-23 часа после заражения. Обычно болезнь начинается остро с повышением температуры тела до 38-40°C. Появляются слабость, головная боль, озноб. На этом фоне возникает жидкий стул, который приобретает зеленоватую окраску и имеет зловонный запах. При часто встречающейся стертой форме заболевания эти симптомы интоксикации (температура, слабость, головная боль) отсутствуют, а стул просто жидкий или кашицеобразный. Если заболевший такой формой не обращается к врачу и не лечится, то болезнь может приобрести хроническое течение.

Брюшной тиф и паратиф. В отличие от сальмонеллеза, источником инфекции является только человек - больной или бактерионоситель. Из организма больного человека возбудители выделяются во внешнюю среду вместе с испражнениями, мочой, слюной. Заражение происходит главным образом через воду и пищу. Благоприятной средой обитания этих микробов являются пищевые продукты (молоко, сметана, творог, мясной фарш, студень), в которых они не только сохраняются, но и способны размножаться. Бактерии хорошо переносят низкие температуры, но при нагревании быстро погибают.

Скрытый период болезни длится от 10 до 20 дней. Начинается заболевание с повышения температуры тела до 38-40°C, резко ухудшается самочувствие, отмечается помутнение сознания, бред, боли в животе, на коже появляется сыпь в виде розовых пятнышек. Понос наблюдается всегда, стул часто имеет вид горохового супа. В кишечнике образуются язвы, которые порой приводят к прободению кишечной стенки и развитию тяжелейшего осложнения - воспаления брюшины (перитонита).

Вирусный гепатит А - кишечная инфекция, вызванная мельчайшими живыми частицами - вирусами и протекающая с поражением печени. Болеет только человек. Вирус гепатита А выделяется в окружающую среду с фекалиями. Вирус способен длительно сохраняться в воде (3-10 месяцев), почве, в экскрементах (до 1 месяца) и на предметах хозяйственного обихода. Большинство случаев заболеваний гепатитом А приходится на осенне-зимнее время.

Наиболее часто гепатитом А болеют дети дошкольного и школьного возраста, заражение может происходить пищевым и контактно-бытовым путем (через предметы обихода, через грязные руки при несоблюдении правил личной гигиены).

При вирусном гепатите заболевший наиболее опасен для окружающих в конце инкубационного периода, который составляет от 6 до 50 дней, и в начале разгара заболевания. В это время отмечается темная моча и светлый кал, желтушность кожных покровов. Однако в последнее время чаще наблюдаются стертые, безжелтушные формы.

Иерсиниоз вызывается возбудителем, способным обитать и в организме животных и человека, и на объектах окружающей среды - в почве, воде, растениях. Заражение человека происходит только пищевым путем, в основном при употреблении сырых овощей и корнеплодов, длительно хранившихся в овощехранилищах. Основной подъем заболеваемости иерсиниозом приходится на весну, так как в период зимнего хранения в овощах и корнеплодах происходит накопление возбудителя. Одним из источников загрязнения овощей являются грызуны (дератизация - уничтожение грызунов).

Заболевание проявляется лихорадкой, общей интоксикацией и поражением желудочно-кишечного тракта.

Для профилактики кишечных инфекций основное значение имеет соблюдение санитарно-гигиенических требований, а также мероприятия, направленные на обезвреживание источника инфекции и разрыв путей передачи инфекции. Воздействие на восприимчивый организм путем иммунизации при кишечных инфекциях является нерациональным, так как после их перенесения иммунитет формируется нестойкий.

Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают в себя раннее выявление (в том числе при *профилактических медицинских осмотрах*) больных острыми кишечными инфекциями и бактерионосителей, их лечение. При установлении диагноза носительства возбудителей кишечных инфекций работники дошкольных образовательных временно на период лечения отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Переболевшие острыми формами ОКИ работники допускаются к работе после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении, выданной лечебно-профилактическим учреждением, и подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с клиническим осмотром и 2-кратным бактериологическим обследованием, проведенным в конце наблюдения с интервалом 2-3 дня.

Если источником инфекции являются домашние животные, проводятся санитарно-ветеринарные мероприятия по их оздоровлению и организация санитарного режима на птицефермах, мясокомбинатах и молочных предприятиях; если грызуны - дератизация.

Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителей:

1. Одним из действенных способов снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями является повышение санитарной культуры населения, и в первую очередь работников пищеблоков.

2. Общекоммунальное благоустройство (организация водоснабжения, канализации, контроль за качеством воды).

3. Организация питания населения (употребление только доброкачественных пищевых продуктов):

- предупреждение загрязнения возбудителями ОКИ пищевых продуктов; при их изготовлении, транспортировке, обработке и продаже;

- соблюдение сроков и условий хранения пищевых продуктов;

- правильная кулинарная и термическая обработка продуктов;

- употребление только тщательно промытых проточной водой овощей и фруктов;

- соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук с мылом после посещения туалета, перед началом работы на пищеблоке, перед каждым приемом пищи) и наличие условий для их соблюдения - санузлы должны быть оборудованы педальным смывом воды, моющими средствами для мытья рук, разовыми бумажными или электропеленками;

- борьба с насекомыми - переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний.

2.5. Пищевые отравления

Под термином «пищевые отравления» понимаются острые (внезапные) заболевания с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота,

понос, резкие боли в животе, слабость), возникающие в результате употребления пищи, массивно загрязненной определенными видами микроорганизмов или содержащие токсичные вещества микробной или немикробной природы.

Немикробные отравления могут быть связаны с употреблением:

ядовитых грибов,

ягод,

травянистых растений и их семян.

загрязнением продовольственного сырья и пищевых продуктов химическими веществами: тяжелыми металлами, мышьяком, пестицидами и др.

Пищевые отравления микробной природы подразделяются на токсикоинфекции и токсикозы.

Пищевые ТОКСИКОИНФЕКЦИИ (ПТИ). К токсикоинфекциям относятся острые заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей большое количество клеток возбудителя. Микробы, вызывающие пищевые токсикоинфекции, способны накапливаться в пищевых продуктах при нарушениях **температурного режима** и **условий** хранения продуктов.

Наиболее часто встречаются пищевые отравления, вызванные патогенными (болезнетворными) бактериями группы кишечной палочки. Инкубационный период при таком отравлении составляет в среднем 2-6 часов. Заболевание начинается внезапно с тошноты и рвоты, присоединяется понос, могут быть резкие боли в животе. Обычно заболевание протекает с общей интоксикацией - повышение температуры тела, головная боль, слабость.

В норме кишечная палочка присутствует в кишечнике здорового человека, но её не должно быть на руках, халатах, рабочих столах, салатах. Именно кишечная палочка является санитарно-показательной, и обнаружение её в пище, на руках сотрудников, подтверждает мнение, что данный сотрудник нечистоплотен, с правилами личной гигиены не ознакомлен, туалетом пользоваться не умеет.

Под **токсикозами** понимают употребление пищи, содержащей токсин (продукт жизнедеятельности микроорганизма), при этом сам возбудитель в пище может отсутствовать или обнаруживаться в небольшом количестве.

Самым опасным среди бактериальных токсикозов является **ботулизм**. Возбудитель ботулизма является обитателем кишечника многих видов животных и птиц, откуда массивно выделяется в почву. В почве возбудитель ботулизма находится в виде спор, которые очень устойчивы к различным воздействиям, в том числе не погибают при кипячении. Попадая в анаэробные условия (без доступа кислорода), палочка ботулизма начинает **вырабатывать токсин**, который является самым опасным из органических ядов. Даже ничтожное количество токсина вызывает у человека смерть. Ботулотоксин поражает нервную систему: появляются расстройство зрения, «туман» или «сетка» перед глазами, нарушение глотания, речи. Если при первых проявлениях болезни не оказать заболевшему специализированную помощь (введение противоботулинической сыворотки), наступает смерть от паралича дыхательных мышц.

Обычно заболевание ботулизмом вызвано употреблением консервов домашнего приготовления (грибных, овощных, рыбных), так как при их изготовлении образуются анаэробные условия. *В связи с изложенным, категорически запрещается продажа консервов домашнего приготовления.*

Наиболее распространенным среди бактериальных токсикозов является **СТАФИЛОКОККОВЫЙ токсикоз**.

Стафилококк широко распространен в природе. Основным источником инфекции является человек, имеющий гнойничковые заболевания кожи, воспалительные процессы в носоглотке при:

*ОРЗ,
ГРИППЕ,
АНГИНЕ,
ТОНЗИЛЛИТЕ,
ФАРИНГИТЕ,
ЛАРИНГИТЕ.*

Однако молочный скот, страдающий маститом, также может быть источником инфекции. Кремовые кондитерские изделия, молоко и молочные продукты (особенно мороженое) являются благоприятной средой для сохранения и размножения стафилококков, а, следовательно, и для выработки ими токсина. **Именно стафилококк является эпидоопасным в производстве кремово-кондитерских изделий**

Для профилактики стафилококковых токсикозов необходимо в первую очередь выявлять и не допускать к работе на предприятиях пищевой промышленности и на пищеблоках людей с гнойничковыми заболеваниями кожи, воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Необходимо также соблюдать режим хранения и тепловой режим обработки продуктов. Категорически запрещается продажа растаявшего и повторно замороженного мороженого.

Проникновение возбудителя (токсина) в организм происходит через рот с пищей и водой.

Основные меры профилактики пищевых токсикоинфекций направлены на своевременное выявление источников и разрыв путей передачи:

- ветеринарный надзор за здоровьем молочного скота;
- профилактические медицинские осмотры работников, недопущение к работе с пищевыми продуктами бактерионосителей и инфекционных больных;
- соблюдение правил организации питания (употребление доброкачественных пищевых продуктов, соблюдение сроков и правил хранения пищевых продуктов, правильная кулинарная и термическая обработка пищи, употребление только тщательно промытых проточной водой овощей и фруктов);
- борьба с насекомыми (дезинсекция) - переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний;
- соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук с мылом после посещения туалета и перед каждым приемом пищи).

Паразитарные болезни

Гельминтозы - заболевания, вызываемые паразитическими червями (глистами, или гельминтами). Гельминты выделяют токсические продукты своего обмена, вызывая интоксикацию, аллергические состояния, иногда весьма тяжелые, малокровие. Иногда присутствие глистов в организме человека (инвазия) не сопровождается проявлениями болезни. Это называется глистоносительством.

Особенностью жизненного цикла гельминтов является прохождение ими различных стадий развития (яйцо, личинка, половозрелая особь), указанные стадии в

зависимости от вида гельминта развиваются в организме животных, человека или во внешней среде. Существуют гельминты, паразитирующие только у одного хозяина - человека или животного, а есть общие, паразитирующие и у животных, и у человека.

При употреблении мяса больных животных (свиней, коров), не прошедшего ветеринарно-санитарный контроль и достаточную термическую обработку, возможно заражение трихинеллой, свиным и бычьим цепнями. Рыба может служить источником заражения личинками широкого лентеца.

Следует помнить, что по внешнему виду мясо больных животных отличить невозможно, а мясо свиней, зараженное трихинеллезом, подлежит уничтожению, так как оно не обезвреживается ни солением, ни доступной в быту термической обработкой.

Яйца таких гельминтов, как аскариды и власоглав, выделяются в окружающую среду с фекалиями, попадают в почву, где и происходит их развитие. В теплое время года человек может заразиться этими паразитами при употреблении некипяченой воды, плохо промытых овощей, фруктов, зелени, на которых остались частички земли, содержащие яйца гельминтов, а также через немытые, после садово-огородных работ, руки.

Источником паразитарной инфекции так же могут быть домашние животные (собаки и кошки).

Таким образом, в распространении гельминтов велика роль загрязненных яйцами и личинками продуктов питания (мяса, рыбы не прошедших санитарно-ветеринарную экспертизу, не мытых овощей, фруктов, зелени), а так же рук, посуды.

В целях профилактики заражения гельминтозами необходимо:

- соблюдать правила личной гигиены (мыть руки с мылом перед едой, перед работой с продуктом, готовым к употреблению, после посещения туалета);

- употреблять в пищу мясо животных, прошедшее санитарно-ветеринарную экспертизу и термическую обработку;

- тщательно промывать овощи, фрукты, зелень;

- раздельно обрабатывать сырую и вареную продукцию;

- тщательно мыть руки с мылом после всех земляных и садово-огородных работ;

- обследовать на яйца гельминтов отдельные профессиональные группы населения, в т.ч. работников пищеблоков, работников детских учреждений при проведении профилактических при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров;

- проводить санитарно-просветительную работу среди населения.

В условиях детских учреждений особое значение имеет **профилактика контагиозных гельминтозов**, заражение которыми происходит при непосредственном контакте между людьми, а также через загрязненные яйцами гельминтов предметы обхода. К контагиозным гельминтозам относятся энтеробиоз (паразитирование остриц) и гименолепидоз (паразитирование карликового цепня), заражение которыми возможно только от больного человека.

Энтеробиоз – вызывают острицы – круглые, очень мелкие черви. Яйца остриц попадают в тонкую кишку, вылупляющиеся там личинки передвигаются в толстую кишку, где через 12-14 дней достигают половой зрелости и оплодотворяются. Затем острицы выползают и откладывают яйца в складки кожи и слизистую оболочку вокруг заднего прохода, вызывая сильный зуд. Через 4-5 ч яйца созревают. Для их существования необходима высокая влажность и температура 36-37°C. При температуре ниже 20°C и

влажности менее 60% яйца погибают. Заражение происходит чаще всего через загрязненные яйцами остриц руки, постельное и нательное белье. Активно распространяют яйца мухи. Чаще болеют дети. Появляются боли в животе, зуд, головные боли, утомляемость, тошнота, у девочек часто наблюдается воспаление наружных половых органов. Обследуют всех лиц, окружающих больного. Лечение амбулаторное.

В связи с несформированностью навыков личной гигиены и тесному общению между детьми, энтеробиоз и гименолепидоз могут легко распространиться на значительную часть детского коллектива.

Обычно паразитирование остриц проявляется зудом и жжением в области заднего прохода, усиливающимся ночью (самки гельминтов выползают из анального отверстия и откладывают яйца в перианальных складках), нарушается сон, дети становятся капризными, плаксивыми, худеют, жалуются на головные боли. Острицы способны заползать в женские половые органы, вызывая повреждение слизистых оболочек и развитие воспалений.

Профилактика контагиозных гельминтозов включает меры по оздоровлению источников инвазии, предупреждение передачи возбудителя, санитарное просвещение, инструктаж медицинского и другого обслуживающего персонала.

Оздоровление источников контагиозных гельминтозов осуществляется плановым обследованием детей и обслуживающего персонала дошкольных образовательных учреждений один раз в год. На пораженность острицами проводится трехкратное обследование с интервалом 1-3 дня, через 10-20 дней - на пораженность карликовым цепнем. Если при однократном обследовании выявляется 20% и более инвазированных острицами, необходимо проводить химиопрофилактику всем детям и обслуживающему персоналу. Все вновь поступающие дети должны быть обследованы на наличие контагиозных гельминтозов.

На период лечения детей и последующие 3 дня после окончания лечения с целью профилактики заражения окружающих необходимо проводить следующие мероприятия:

- ежедневно утром и вечером проводить влажную уборку помещений с применением мыльно-содового раствора с последующей обработкой ветоши крутым кипятком;

- ковры, дорожки, мягкие игрушки пропылесосить или обработать камерной дезинфекцией и убрать до завершения дезинвазии;

- в течение 3 дней, начиная с первого дня лечения, одеяла, матрацы, подушки обрабатывать пылесосом; одеяла и постельное белье не рекомендуется встряхивать в комнате;

- ежедневно менять или проглаживать горячим утюгом нательное и постельное белье;

- ежедневно менять полотенца детям;

- ногти на руках **детей и персонала** должны быть коротко острижены;

- осуществлять контроль за соблюдением правил личной и общей гигиены;

- больных энтеробиозом детей мыть под душем с мылом перед сном и после сна.

На ночь больным детям рекомендуется надевать плотные трусики с резинкой на бедрах.

Заключительную дезинвазию следует проводить на 3 день после окончания курса лечения:

- сменить постельное и нательное белье, полотенца, одежду, занавески, скатерти;

- игрушки вымыть горячей водой с мылом;

- кукольную одежду выстирать и прогладить;

- сменить песок в песочницах.

Комплекс текущих профилактических мероприятий в отношении контагиозных гельминтозов включает:

- прививать детям навыки личной гигиены;
- бороться с привычкой грызть ногти и сосать пальцы;
- проводить 2 раза в день влажную уборку мыльно-содовым раствором с последующей обработкой ветоши кипятком;
- проводить занятия по санитарному минимуму с обслуживающим персоналом;
- обеспечить нормативным количеством постельного белья, чехлами на матрасы, индивидуальными полотенцами, достаточным количеством мыла;
- обработку игрушек горячей водой с мылом,
- ежедневная обработка умывальников, ручек дверей, стульчаков, пола в туалетах и горшков после использования горячей водой с добавлением моющих средств;
- смену песка в песочницах 1 раз в месяц;
- в спортивных залах после занятий проводить сквозное проветривание, влажную уборку, кварцевание матов на расстоянии 25 см в течение 30 минут.

Болезни, передаваемые контактно-бытовым путем

К болезням, которые передаются контактно - бытовым путём, относятся:

- *паразитарные заболевания (см. раздел)*
- *многие воздушно-капельные инфекции (см. раздел)*
- *острые кишечные инфекции (см. раздел)*
- *педикулёз*
- *чесотка*
- *грибковые заболевания*

Педикулез (завшивленность) - паразитирование на теле человека вшей, сопровождающееся нарушением целостности кожи в результате укусов. В Российской Федерации педикулез имеет широкое распространение (в 2005 г. зарегистрировано более 300 тыс. случаев). Различают головной, платяной и лобковый педикулез.

Вши проходят жизненный цикл развития от стадии отложенного яйца (гниды) до половозрелой особи около 15 дней. Гниды имеют серовато-белый цвет и хорошо видны невооруженным глазом. Укус вши вызывает раздражение кожи, зуд. Головные вши могут обитать не только на волосистой части головы, но и на бровях, ресницах, усах, бороде. Педикулез платяной вызывает платяная вошь, которая поселяется в складках белья, одежды, особенно в швах. Как головные, так и платяные вши могут голодать до 10 дней. Они могут переносить возбудителей сыпного и возвратного тифов.

Передача головной вши может произойти при прямом контакте с больным человеком, пользовании общими головными уборами, платками, расческами, платяной - через одежду, белье. Заражение лобковым педикулезом (фтириаз) обычно происходит при половом контакте, но возможно и через белье и постельные принадлежности.

Мероприятия по борьбе с педикулезом в условиях детских учреждений делятся на профилактические и лечебные.

Лечение - обработка мест поражения противопедикулезными средствами, частое мытье с мылом, дезинсекция нательного и постельного белья кипячением с последующим проглаживанием горячим утюгом, обработка верхней одежды в дезкамерах.

К профилактическим мероприятиям относятся:

- *регулярный уход за волосами (мытьё, стрижка, расчесывание);*
- *использование только индивидуальных головных уборов, платков, расчесок; мытьё тела с мылом;*
- *своевременная стирка одежды и постельного белья;*
- *поддержание в чистоте помещений.*

Чесотка - паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом, который является внутрикожным паразитом человека. Оплодотворенные самки проделывают в верхнем слое кожи чесоточные ходы, в которых откладывают яйца. Основным признаком чесотки является зуд. На коже видны чесоточные ходы, особенно на боковых поверхностях пальцев рук, сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, наружных половых органах мужчин, молочных железах у женщин. На теле человека при комнатной температуре клещ выживает до 14 дней.

Заражение чесоткой происходит при тесном контакте с больным человеком, возможно при половом контакте, реже при уходе за больным, массаже, через общую постель, а также через предметы обихода (мягкие игрушки, письменные принадлежности, спортивный инвентарь).

Распространению чесотки способствует скученность населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия (переуплотнение в общежитиях, отсутствие горячей воды и пр.), недостаточные гигиенические навыки населения (редкое мытьё, нерегулярная смена белья и др.). Факторами, способствующими распространению чесотки, являются повышенная миграция населения, самолечение.

Важнейшими профилактическими мероприятиями являются раннее выявление и лечение больных и контактных, дезинфекция одежды, нательного и постельного белья, мебели. Белье больных кипятят, одежду обрабатывают в дезкамере или проглаживают горячим утюгом. Влажную уборку помещений проводят с 5% раствором хлорамина. Мягкие детские игрушки, обувь, верхнюю одежду исключают из пользования на 5-7 дней, помещая их в отдельный полиэтиленовый мешок.

Грибковые поражения кожи и ее придатков (ногтей и волос).

Микозы - обширная группа поражений кожных покровов, вызываемых болезнетворными грибами. Наиболее часто встречаются микозы стоп и трихомикозы (грибковые поражения волос).

При **грибковых поражениях стоп** преимущественно поражаются межпальцевые складки, подошвы и ногти. Субъективно отмечаются зуд, жжение, болезненность. Течение, как правило, хроническое с частыми обострениями. Распространению микозов способствует посещение общественных бань, саун, плавательных бассейнов, душевых кабин. В условиях повышенной влажности грибы могут не только сохраняться длительное время, но и размножаться, особенно на неокрашенных деревянных скамьях и решетках, что делает их постоянным источником инфицирования. Нередко происходит инфицирование при пользовании общей обувью, полотенцами для ног, мочалками, при недостаточной обработке ванны после мытья, ковриков и решеток в ванной комнате.

Возникновению микозов стоп способствует повреждение целостности кожного покрова, особенно в виде микротравм, и влажная среда. Вот почему заражение и обострения болезни чаще происходят в летнее время, когда усиливается потливость ног.

Профилактика микозов должна заключаться в привитии детям гигиенических навыков, соблюдении санитарно-гигиенических норм и требований (купание детей, проведении дезинфекции в ваннных комнатах, своевременная смена белья, наличие индивидуальных полотенец для лица и ног и др.), а также в своевременном выявлении и лечении больных.

Трихомикозы - грибковые поражения волос. К трихомикозам относятся трихофития, микроспория (стригуший лишай), фавус.

Заражение трихофитией происходит путем непосредственного контакта с больным или через головные уборы, нательное и постельное белье, расчески. Клинически проявляется поражением волосистой части головы, где образуются очаги диаметром 1 -2 см; кожа в очагах покрыта отрубевидными чешуйками, волосы обломаны на уровне 2-3 мм от кожи. Редко поражаются кожа лица, шеи, предплечья, туловища, возникают розово-красные пятна, поверхность которых покрыта чешуйками и пузырьками. Со временем очаг поражения напоминает кольцо.

Микроспория - самое заразное заболевание из этой группы. Чаще всего источником грибка являются больные кошки и собаки. Заражение происходит при непосредственном контакте с животными, а также через предметы, загрязненные их волосами и чешуйками, содержащими грибки. Поражение волосистой части головы имеет вид крупных очагов (2-3 см и более) с резкой границей, покрытых наслоением плотно сидящих серовато-белых чешуек, при этом характерно сплошное обламывание волос на одном уровне (3-5 мм), «пеньки» волос окружены серовато-белым налетом.

Фавус - грибковое поражение волос, при котором волосы теряют блеск, становятся пепельно-серыми, как бы запыленными, легко вдергиваются. Но не обламываются. От пораженной головы исходит своеобразный «мышинный» запах, поражение сопровождается небольшим зудом.

Профилактика трихомикозов включает: выявление и лечение больных животных, осмотр детей в детских коллективах, лечение больных, дезинфекцию в очаге, соблюдение правил личной гигиены, использовании только индивидуальных головные уборы, расчесок, щетки для волос.

БОЛЕЗНИ ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ, ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ (ЧЕРЕЗ КРОВЬ), КОНТАКТНО-БЫТОВЫМ ПУТЁМ

Сифилис, Герпес передаются:

- Контактным бытовым путём (стаканы, помада, поцелуй)
- Половым путём
- Парентеральным путём, через кровь (бритвенные приборы, кабинет стоматолога, гинеколога, хирурга, и другие медицинские манипуляции, массаж, парикмахерская, косметический салон, маникюр, педикюр, переливание крови и т.п. при несоблюдении режима обработки).

Вирусный гепатит В, Вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция (СПИД) передаются:

- Половым путём
- Парентеральным путём (бритвенные приборы, кабинет стоматолога, гинеколога, хирурга, и пр. медицинские

манипуляции, массаж, парикмахерская, косметический салон, маникюр, педикюр, переливание крови и т.п)

Трихомоназ, Хламидиоз, Гарднереллёз, Гонорея передаются:
- Половым путём

2.9. Болезни, передаваемые преимущественно парентеральным путем (через кровь), а также половым

Важное значение имеют вопросы профилактики болезней передаваемых через кровь больного человека и через половые отношения:

вирусный гепатит В,
вирусный гепатит С,
ВИЧ-инфекция (СПИД),
Сифилис
Герпес

Вирус гепатита В характеризуется высокой заражающей способностью, он считается в 100 раз более заразным по сравнению с вирусом СПИДа.

Вирусным гепатитом С в настоящее время заражено 6% населения земного шара. Распространенность вирусного гепатита С среди наркоманов составляет 65-87%.

Естественным хозяином вирусов гепатитов В и С и источником инфекции является больной человек или вирусоноситель. Выделение вируса с различными биологическими секретами (кровь, слюна, моча, желчь, слезы, грудное молоко, сперма и др.) определяет множественность путей передачи инфекции. Однако **реальную** эпидемиологическую опасность представляют **кровь, сперма, слюна**. Заболевания передаются, главным образом, парентеральным путем при переливаниях крови и кровезаменителей, при использовании медицинских инструментов после недостаточно эффективной стерилизации, при грудном вскармливании, при половом контакте, а также посредством предметов обихода (бритвы, зубные щетки, мочалки, полотенца), при проникновении возбудителя через микротравмы кожи и слизистых оболочек (при прокалывании мочки уха, татуировке, маникюре, бритье, косметических манипуляциях). Возможно внутриутробное заражение плода. При гепатите С интенсивная передача вируса выявляется среди членов семьи хронического вирусоносителя, риск инфицирования при внутрисемейных контактах в 9 раз выше, чем среди доноров.

Через воду, пищу, посуду, рукопожатие, воздушно-капельным путем возбудители гепатитов В и С не передаются.

Контингентами высокого риска заражения гепатитов В и С являются медицинские работники, лица, получающие переливания крови, новорожденные от инфицированных матерей, гомосексуалисты, наркоманы, проститутки, контингенты закрытых коллективов (тюрем, психиатрических стационаров, домов престарелых и т.п.).

ВИЧ

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), проявляется глубоким **поражением иммунной системы** человека, в результате чего происходит присоединение **вторичных инфекций, образование опухолей** или **прогрессирующее поражение центральной нервной системы**. Заболевание в настоящее время неизлечимо.

Вторая половина XX века ознаменовалась огромными достижениями в области науки и большими социальными потрясениями. К первым относится, например «открытие и широкое внедрение антибиотиков и кортикостероидных гормонов, спасших миллионы жизней, ко вторым - распространение ядерного оружия, многочисленные испытания атомных и водородных бомб, вооруженные конфликты, интенсивное антропогенное загрязнение окружающей среды, формирование общества потребления, нарушившего значительно экологию окружающей среды. В XX веке исчезли или стали крайней редкостью некоторые заболевания, такие как: натуральная оспа и проказа, а с другой стороны появилась плеяда новых заболеваний, в частности: вирусы геморрагической лихорадки (Мабурга, Эбола, Люса), ротавирусный гастроэнтерит, легионеллёз, боррелиоз и др. Появились и приняли широкое распространение болезни, передаваемые половым путем (хламидиоз, гарднереллез и др.). И, наконец, человечество было ошеломлено появлением быстро распространяющейся новой вирусной болезни, которая приводит, как правило, к смерти заболевших. Речь идёт о синдроме приобретённого иммунодефицита - СПИДе, который с лёгкой руки журналистов стал называться «чумой XX века».

Это название отражает панический страх перед неизвестным ранее заболеванием, причём существующие методы лечения достаточно дороги, и не эффективны, т.к. не способны удалить вирус из организма, а только несколько тормозят прогрессирование болезни.

Следует подчеркнуть, что СПИД – это первая в истории человечества медленная вирусная инфекция, принявшая характер пандемии.

Для возбудителя СПИДа характерна передача «вертикальным» путём: от больной матери ребёнку, и горизонтальным путём, преимущественно при половых контактах.

Возбудители ВИЧ очень склонны к мутациям. Это обстоятельство существенно затрудняет как поиск новых лекарственных препаратов, так и создание вакцины.

Вирус выбивает из строя Т-хелперы, так называемые «дирижеры иммунологического оркестра», поэтому вполне понятно, почему организм становится практически беззащитным. Очевидно, что ВИЧ не имеет свойственной только ему клинической картины, а состоит из группы симптомов, обусловленных различными инфекциями и новообразованиями. Возбудитель СПИДа вне человеческого организма крайне нестойкий, особенно неблагоприятно влияет на ВИЧ высокая температура: даже при 56⁰С через 10 минут его инфекционность снижается в 100 раз, а при кипячении ВИЧ погибает.

ВИЧ инактивируют большинство известных дезинфицирующих средств, причём в довольно низких концентрациях – эфир, ацетон, перекись водорода и т.д.

В каплях крови, на предметах возбудитель СПИДа может сохраняться некоторое время, оставаясь опасным. ВИЧ содержится в наибольших концентрациях в крови, сперме, влагалищном секрете, грудном молоке.

Разумеется, он проникает и в другие среды: слюну, слезную жидкость, пот, и т.д., но в очень незначительном количестве.

Поэтому заражение ВИЧ происходит наиболее легко, если возбудитель попадет непосредственно в кровь. Вполне понятно, чем более травматичен половой акт, тем более высок риск внедрения ВИЧ в кровь.

ВИЧ может передаваться через донорскую кровь и её компоненты реципиентам.

ВИЧ может инфицироваться человек через многоразовый медицинский и косметологический инструментарий, недостаточно обработанный. Как правило, предметом пристального внимания должны быть кабинеты маникюра, педикюра, пирсинга, парикмахерские, кабинеты массажа, стоматологические кабинеты, хирургические кабинеты и т.д. ВАЖНО об этом знать и помнить, внимательно относиться к выбору места оказания подобных услуг, при сомнении попросить обработать инструмент при вас, а при заборе крови, как правило, при медосмотре, потребовать пользоваться индивидуальными перчатками (для каждого пациента). Это правило относится и к другим кабинетам.

Что касается реальности заражения ВИЧ при поцелуе, то это маловероятно. Практически исключается заражение через инфицированную мочу, пот, слёзы, т.к. концентрация вируса ВИЧ в них чрезвычайно мала. Заражение в бытовых условиях от ВИЧ-инфицированных людей практически исключается. В настоящее время в школах, детских садах, на любом предприятии есть люди с данной проблемой, информация о которых не предоставляется. *В нашем ОГО за 2014 год зарегистрировано (официально) 798 человек, в крови которых выявлены антитела к ВИЧ, из них мужчин 378 человек, 787 жители Озёрска. Это официальная статистика. Неофициальная - умножай на 3.*

Сегодня блудное сожителство людей, без обязательств друг перед другом, (будем называть вещи своими именами) – это норма, поэтому не приходится удивляться неуклонному росту венерических заболеваний в целом.

На сегодняшний день приблизительно 6 человек на планете каждую минуту заражаются вирусом СПИДа. Можно представить, что будет через 20 лет, если население не одумается!!!

После внедрения в организм ВИЧ встраивается в генетический аппарат клетки и начинает размножаться. *Но инфицированный человек, до поры до времени, ничего не знает о своём заражении. У него ничего не болит, он считает себя здоровым, продолжает вести прежний образ жизни, заражать других людей. Такая скрытая фаза может длиться несколько месяцев, лет. Известны случаи, когда скрытая фаза длилась до 10-15 лет и более.* Именно в это время существует угроза, что человек станет донором крови, спермы или органов, что зарегистрировано медицинской практикой. Не исключена возможность именно в этот период заразить половых партнёров. *Напомним, что на ВИЧ обследуются лишь*

небольшая часть населения (работающие с кровью, направляющиеся на операцию или лечение в стационар и пр.), а работники школ, МДОУ, торговые работники, водители, слесари, работники общепита и прочие лица, имеющие медкнижку, на ВИЧ не обследуются.

Исходя из выше сказанного, становится понятным, что контингент риска при ВИЧ это «инъекционные наркоманы», проститутки, гомосексуалисты, лица периодически или постоянно меняющие половых партнеров, лица, находящиеся в местах лишения свободы, а так же лица, нуждающиеся в переливаниях крови и её компонентов, медики.

Важнейшей мерой профилактики заболеваний передающихся половым путём (ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С) является формирование здорового образа жизни, воспитание половой культуры, в первую очередь у подрастающего поколения. Безопасный секс - это исключение случайных половых связей.

ОГО является одной из самых неблагополучных территорий области. Изменилась и возрастная структура: если до 2011 года в основном статистика утверждала, что это лица 18-25 лет, то с 2011 года лица старше 30 лет составили 50% вновь выявленных ВИЧ!!!

И если ранее основным путем заражения был «наркотический», то начиная с 2006 года, постепенно набирает обороты «половой» путь заражения. Зачастую, это социально благополучная группа населения. К сожалению, небольшой процент заражения добавляют кабинеты, работа которых связана с использованием многоразового инструментария (педикюрные и косметологические, стоматологические). Как можно шире необходимо использовать одноразовый инструментарий!!!

Хочется напомнить, что ВИЧ – это реальная угроза, эта «неприятность» может случиться завтра с каждым. Поэтому желательно не забывать о соблюдении правил личной безопасности, а людям, профессия которых связана с обработкой инструментов и предметов обслуживания населения, напомнить о неукоснительном соблюдении санитарных норм и правил в отношении обработки инструментов медицинского и косметологического назначения, ведь завтра вы можете оказаться пациентом.

Основные правила личной гигиены в быту:

*** предметы, на которых могут сохраняться следы крови (бритвы, ножницы, щипчики для маникюра, расчёски и т.д. даже в Вашей семье) должны быть индивидуальными!**

*** ЗАПОМНИТЕ!!! Спирт не убивает ВИЧ! (ВИЧ инактивируют большинство известных дезинфицирующих средств, причём в довольно низких концентрациях – эфир, ацетон, перекись водорода и т.д.)**

*** Поры латекса презерватива составляют 5 микрон, размер ВИЧ-0,1 микрон**

*** В случае выявления ВИЧ необходимо консультация врача для обследования и лечения.**

Знания о путях заражения ВИЧ и мерах профилактики должны передаваться подрастающему поколению.

Важнейшей мерой профилактики заболеваний, передаваемых парентеральным путем (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция) является формирование здорового образа жизни и воспитание сексуальной культуры, в первую очередь у подрастающего поколения.

2.10. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем

Учитывая широкое распространение венерических заболеваний и возможность бытового пути распространения (при сифилисе), все работники из числа декретированных контингентов обязаны проходить профилактические медицинские осмотры: исследование крови на сифилис, бактериологическое исследование мазка на гонорею и ИППП, осмотр врача-дерматовенеролога.

Возбудитель *сифилиса* (бледная трепонема) проникает в организм человека через мельчайшие, порой невидимые повреждения кожных покровов и наружных слизистых оболочек. Заражение, как правило, происходит при половом контакте, может и через кровь. Наиболее часто половым путем заражаются люди, имеющие случайных партнеров, а также часто меняющие половых партнеров. Нельзя исключить возможность заражения бытовым путем - при поцелуе, пользовании вещами больного (зубной щеткой, посудой и пр.).

С момента заражения до клинических проявлений в среднем проходит 3-4 недели, после чего на месте проникновения возбудителя в организм появляется безболезненная язва с уплотнением в основании - твердый шанкр. Самостоятельное заживление язвы зачастую расценивается больным как выздоровление, и он не обращается за медицинской помощью, однако далее трепонемы распространяются в организме с током крови и лимфы и наступает вторичный период сифилиса.

Без лечения болезнь прогрессирует, в третичном периоде наступает поражение внутренних органов в виде сифилитических гумм, которые в дальнейшем подвергаются распаду с разрушением самого органа. Особенно тяжелы при сифилисе поражения нервной системы - спинная сухотка.

Возможно внутриутробное заражение плода от больной матери.

При появлении язвочек или ссадин на половых органах, сыпи на коже необходимо сразу же обратиться к врачу. **Ни в коем случае нельзя заниматься самолечением!** Заболевший человек должен сообщить врачу о половых контактах с целью своевременного выявления и лечения лица, являющегося источником заражения, так и тех, кого он мог заразить сам, будучи больным. Членов семьи больного обследуют, и они получают при необходимости профилактическое лечение.

Только благодаря своевременно начатому, регулярно и неукоснительно проводимому лечению возможно выздоровление. Все больные находятся на строгом учете и под диспансерным наблюдением. **За уклонение от лечения или несоблюдение его этапов больной может быть привлечен к уголовной ответственности.** Больной должен строго соблюдать правила личной гигиены (иметь отдельное полотенце, постельное белье, посуду и т. д.), ограничить курение, категорически противопоказан алкоголь. В течение всего срока лечения до разрешения врача больной обязан воздерживаться от половой жизни; **категорически запрещается сдавать кровь для переливания другим лицам.**

После излечения возможно повторное заражение. *Важное условие личной профилактики - исключение случайных половых связей.*

Возбудителем **гонореи** является гонококк. Он неустойчив во внешней среде, поэтому заболевание передается только половым путем. Источником заражения является больной человек. Гонококк поражает слизистые оболочки мочеполовых органов, заболевание проявляется болями в начале мочеиспускания, выделением из уретры большого количества гнойной слизи, содержащей возбудителя болезни. Иногда гонококками поражается слизистая оболочка глаз.

Уклонение от лечения гонореи **уголовно наказуемо**. *Личная профилактика основана на исключении случайных половых связей.*

Трихомониаз половой. Заражение трихомонадами происходит от больного человека или бактерионосителя. Болеют трихомониазом чаще женщины, мужчины, как правило, являются бактерионосителями. Клинически болезнь проявляется зудом и гнойно-слизистыми выделениями из мочеполовых органов. Кроме мочеполовой системы, трихомониаз способен поражать прямую кишку, миндалины, конъюнктиву глаз. Мочеполовой трихомониаз часто служит причиной бесплодия у женщин.

Хламидиоз урогенитальный вызывается хламидиями и является самым частым из заболеваний, передаваемых преимущественно половым путем. Наряду с половыми органами поражаются также прямая кишка, задняя стенка глотки, конъюнктивы глаз и др.

Хламидийная инфекция значительно труднее поддается лечению, часто сочетается с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, нередко сопровождается осложнениями, часто является причиной бесплодия

Гарднереллез передается преимущественно половым путем и развивается у лиц, часто меняющих половых партнеров. В половине случаев протекает бессимптомно, в основном у мужчин. При остром течении больных беспокоят зуд, жжение, обильные выделения с резким, рыбным запахом. Лечение гарднереллеза имеет важное значение для профилактики бесплодия.

Герпетическая инфекция ГЕРПЕС

Наиболее часто вирус поражает: кожу, глаза (конъюнктивит, кератит),

- слизистые оболочки лица,
- слизистые оболочки половых органов,
- центральную нервную систему (энцефалит, менингит)
- внутренние органы.

Простой герпес (Herpes simplex) — группа скученных пузырьков с прозрачным содержимым на воспалённом основании. Герпесу предшествует зуд, жжение кожи, иногда озноб, недомогание.

Опоясывающий герпес — характеризуется болью по ходу нерва, головной болью. Через несколько дней на участке кожи по ходу нерва появляются высыпания в виде сгруппированных пузырьков сначала с прозрачным, а позже гнойным кровянистым содержимым. Увеличиваются лимфатические узлы, повышается температура тела, нарушается общее состояние. Невралгические боли могут держаться до нескольких месяцев.

Вирус герпеса передается непосредственным контактным путем, а также посредством предметов обихода (чашки, помада и пр.). Возможна также передача инфекции воздушно-капельным путем. Герпес проникает через слизистые оболочки полости рта, верхних дыхательных путей и половых

органов. Преодолев тканевые барьеры, вирус попадает в кровь и лимфу. Затем попадает в различные внутренние органы.

Вирус проникает в чувствительные нервные окончания и встраивается в генетический аппарат нервных клеток. После этого удалить вирус из организма невозможно, он останется с человеком на всю жизнь. Иммунная система реагирует на проникновение герпеса выработкой специфических антител, блокирующих циркулирующие в крови вирусные частицы. Характерно пробуждение инфекции в холодное время года, при простудных заболеваниях, при гиповитаминозе. Размножение герпеса в клетках эпителия кожи и слизистых оболочек приводит к развитию дистрофии и гибели клеток.

Профилактика

Презервативы. Эффективность высока, но следует помнить, что она не 100 %, так как передача вируса может осуществляться и через области слизистых оболочек и кожи (особенно при наличии на ней микротрещин и повреждений), не закрываемых презервативом.

Антисептические средства (Мирамистин и подобные), которыми следует обрабатывать участки, на которые могло произойти попадание вируса. Степень эффективности определить трудно.

Серьезная угроза жизни и здоровью плода возникает, только если женщина во время беременности заболела герпесом впервые. Генитальный герпес передается другому человеку лишь в период рецидива.

Пожалуй, самым неприятным в смысле последствий можно считать опоясывающий герпес, вызываемый вирусом-зостер. После обострения нередко развивается постгерпетическая невралгия, которая лечится долго и сложно, особенно если противовирусное лечение было начато поздно. Вирус-зостер попадает в организм вместе с детской инфекцией ветрянкой. Так что если вы переболели ею, не сомневайтесь, вирус у вас есть и ждет своего часа. Успокаивает лишь то, что для его активизации нужна действительно серьезные Причины:

- старение организма, когда иммунитет ослабевает естественным образом,
- либо вторичные иммунодефициты, полученные в результате трансплантации органов, лучевой и химиотерапии.

ЗАЩИТА ОТ ВИРУСА

От герпеса защищают самые простые правила, которые все знают, но никогда не выполняют.

НЕЛЬЗЯ:

- Переохлаждаться. Не хотите, чтобы обсыпало губы – одевайтесь по погоде. Закаливание начинайте только с осени и постепенно. Никаких шоковых процедур!

- Перегреваться на солнце. Если есть склонность к герпесу, не надо встречать Новый год на Кубе и отдыхать на юге в июле и августе.

- Увлекаться пивом. Пиво - провокатор: 3-4 кружки способны при прочих факторах вызвать обострение герпеса. Раньше пиво даже использовали для выявления скрытой гонореи: выпил – и все обострилось. Шипучие напитки тоже не рекомендуются: они содержат недоокисленные продукты, свободные радикалы, которые опосредованно влияют на иммунитет.

НЕОБХОДИМО:

- Пить витаминные комплексы, желателно каждый год с октября по апрель.

- Лечить хронические заболевания. Обострение герпеса провоцируют и кариес, и гайморит, и тонзиллит, и даже молочница. Любой очаг инфекции или

нарушение бактериальной флоры влагалища – и, пожалуйста, высыпания не заставят себя ждать.

- Пользоваться презервативами, если у вас нет постоянного полового партнера. Чем больше незащищенных контактов, тем больше разных штаммов вируса вы набираете, и тем чаще случаются рецидивы. Лечить такие обострения труднее: то, что помогло один раз, уже не спасет, потому что каждое обострение вызывают разные подтипы вируса. Помните, что подхватить вирус можно и при орально-генитальных контактах, поцелуе.

Клещевые инфекции

Челябинская область, в т.ч. г. Озерск и прилегающая к нему территория являются природным очагом опасных инфекционных заболеваний – клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза, которые заканчиваются тяжелыми осложнениями: параличами, оставляющими инвалидность на всю жизнь и смертельными исходами, если своевременно и профессионально не проводятся профилактические и лечебные мероприятия.

Территории, где чаще всего регистрируются укусы клещами:

- 1 место - сады;
- 2 место - улицы города;
- 3 место - лесные массивы.

Основные пути передачи инфекций:

- через укус клеща;
- при раздавливании клеща незащищенными руками;
- при употреблении в пищу сырого молока коз, коров, покусанных клещами.

Главное в профилактике инфекций, передаваемых через укус клеща – не допустить его присасывания. Для этого необходимо проводить следующие мероприятия:

Оздоровление территории (расчистка и благоустройство, удаление сухостоя и валежника, скашивание трав, разреживание кустарника, уничтожение свалок бытового мусора, дератизационные мероприятия, противоклещевая акарицидная обработка.

Клещи подстерегают добычу, притаившись на ветках кустарника или в траве (поднимаясь чаще всего на высоту до 1 м от земли). **Поэтому, старайтесь держаться середины тропинок, остерегайтесь высокой травы и кустарника!** Отдых устраивайте на открытых полянах, свободных от кустарника и высокой травы.

Необходимо уделять внимание **экипировке своей одежды:**

✚ лучше, чтобы ткань одежды была гладкой (не ворсистой), что затрудняет фиксацию клеща, светлой и однотонной, т.к. клещи на ней более заметны.

✚ брюки целесообразно заправлять в ботинки или сапоги, рубашка должна быть с длинными рукавами и воротом, не допускающим заползания клещей (молнии, пуговицы и т.д.). Для походов в лес наиболее подходящей одеждой являются различного рода комбинезоны. Обувь должна полностью закрывать тыл стопы и лодыжку, давая возможность заправить в нее одежду.

✚ Одежду необходимо обработать репеллентами: «Претикс», «Рефтамид Таежный», «ДЭТА», «Бибан», «ДЭФИ-ТАЙГА» и другие

Само- и взаимоосмотры при нахождении в лесу, осмотр и удаление присосавшихся клещей с собак после возвращения из леса.

С момента напоззания клеща до его прикрепления проходит некоторое время (примерно 1-2 часа). И даже после присасывания к коже клещ не сразу начинает питаться кровью, поэтому при быстром обнаружении и удалении уменьшается риск быть зараженным возбудителями инфекций, которые находятся в клеще.

Специалисты рекомендуют поверхностные осмотры проводить каждые 30 мин., а каждые 2-3 часа необходимо проводить тщательные осмотры тела.

Излюбленные места присасывания клещей:

- шея;
- волосистая часть головы;
- подключичная впадина;
- подложечная область;
- низ живота;
- паховая область;
- плечевой пояс.

За лицами, которых укусил клещ, устанавливается медицинское наблюдение в течение 30 дней.

Ежедневно 2-кратно необходимо проводить термометрию, осматривать кожные покровы (место укуса).

Течение и исход заболевания во многом зависят от своевременного его распознавания и рано начатого лечения.

Проявления начала заболевания многообразны. Помните, что при укусе клеща возможна передача сразу нескольких инфекций: КЭ + ИКБ. Болезнь начинается остро, внезапно: озноб, температура до 40°C, недомогание, резкая головная боль, особенно в лобно-височных областях, тошнота, рвота, боль во всем теле, конечностях, разбитость, бессонница. В местах укуса и присасывания клещей нередко появляется эритема различной величины (от 5 до 60 см, в среднем 15 см). Возможны жалобы на боли в эпигастрии, жидкий стул и т.д. поэтому любые клинические проявления у имеющего в анамнезе укуса клеща – показания к госпитализации.

При обращении укушенного клещом в медицинское учреждение выясняется, привит ли человек и по какой схеме (полной, неполной). Привитым серопрофилактика специфическим иммуноглобулином не проводится, за исключением случаев, когда имело место массовое присасывание клещей (несколько штук за короткий период). Если человек не привит или привит не до конца, то ему предложат поставить иммуноглобулин. Иммуноглобулин ставится бесплатно только детям до 18 лет. Для всех остальных это платная процедура. Есть еще один вариант – отнести клеща на исследование в вирусологическую лабораторию, которая находится по адресу: Строительная, 2 (здание СЭС), 23477.

Специфическая профилактика – предполагает формирование противовирусного иммунитета в результате плановой вакцинации здорового населения. Прививка от клещевого энцефалита не входит в национальный прививочный календарь, поэтому проводится платно за счет личных средств или средств работодателя декретированным группам профессий.