



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ

Учебно-методическое пособие для студентов
по специальности 040101
«Специалист по социальной работе»

Волгоград 2014

Авторы составители: Аджба Н., Аринушкина А., Воеводина Н., Дорофеева А., Зевакина В., Карашева И., Колесова Л., Котова А., Куркумгалиева А., Мазуркевич А., Маринин С., Медведева М., Наместникова В., Наурзалиева А., Орлов А., Посылина А., Прокофьева М., Салатанова А., Свиридонова В., Синичёва Д., Стародубцева О., Фатеева К., Харитонова С., Артюхина А.И.

Социально-медицинская работа с инфекционными больными:
Учебно-методическое пособие для студентов по специальности
040101 «Специалист по социальной работе», Волгоград, 2014.- 124 с.

Представленное пособие является результатом проектной деятельности студентов 401 группы (2013/2014 учебного года). Пособие соответствует ФГОС ВПО, ООП, учебному плану дисциплины **Социально-медицинская работа с инфекционными больными** и содержит базовую информацию по каждому модулю, задания для самоконтроля и самостоятельной работе. Пособие адресовано студентам, обучающимся по специальности 040101 «Специалист по социальной работе» и поможет будущим бакалаврам успешно подготовиться к каждому занятию по дисциплине.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| Введение..... | 3 |
| Тема 1. Понятие об инфекционном заболевании и эпидеми- ческом процессе..... | 8 |
| Тема 2. Социальная работа с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, вирусными гепатитами В, С, D, и группами социального риска по данным заболеваниям..... | 12 |
| Тема 3. Организация социальной работы с больными туберкулезом и другими инфекциями дыхательных путей.. | 24 |
| Тема 4 Организация социальной работы с больными ин- фекциями, передающимися половым путем (ИППП)..... | 39 |
| Тема 5. Социальная работа с больными кишечными ин- фекциями, токсоинфекциями, вирусными гепатитами А и Е, пищевыми отравлениями..... | 53 |
| Тема 6. Социально-медицинские аспекты особо опасных инфекционных заболеваний. Организация социальной работы при массовом поступлении инфекционных больных | 67 |
| Тема 7. Социальная работа с больными трансмиссивны- ми инфекциями и с больными инфекцией передающимися контактно-бытовым путем..... | 82 |
| Тема 8. Организация социальной работы с больными па- разитарными инфекциями..... | 88 |
| Тема 9. Социально-медицинские аспекты внутриболь- ничных инфекций. Социальная значимость гигиенического обучения и санитарно-просветительской работы. Роль соци- ального работника в сохранении санитарно- эпидемиологического благополучия | 98 |
| Рекомендуемая литература..... | 111 |
| Приложения..... | 114 |

ВВЕДЕНИЕ

Данное методическое пособие предназначено для студентов факультета социальной работы и клинической психологии.

Включение дисциплины «СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ» в спектр общеобразовательных дисциплин позволяет формировать грамотных и социально активных специалистов, осознающих социально-медицинские аспекты своей профессиональной деятельности, способных анализировать и оценивать опасные процессы и явления, связанные с инфекционными болезнями.

Знание данного курса является для каждого специалиста, окончившего вуз, необходимой базой для профессионального взаимодействия с клиентами социальных служб; определения собственной роли в сложных и противоречивых проблемах.

Цель преподавания дисциплины – формирование знаний, умений и практических навыков, подготовка социальных работников по профилактике инфекционных заболеваний, эпидемий, умений заподозрить инфекционное заболевание по клиническим и эпидемиологическим данным, умений заниматься профилактикой инфекционных заболеваний, необходимых:

- для ранней диагностики инфекционных заболеваний в условиях социальных учреждений и на дому;
- для проведения комплекса профилактических мероприятий в условиях социальных учреждений и на дому;
- для оказания доврачебной помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе.

Задачи преподавания дисциплины: -

1. Сформировать понятия об инфекционных болезнях, их особенностях; понятия об эпидемическом процессе, его составных частях

2. Заподозрить с помощью современных клинических и эпидемиологических диагнозов больных с инфекционными заболеваниями;
3. Эффективно использовать социально-бытовые условия пациентов в плане организации ухода за ними после выписки из стационара и диспансерного наблюдения;
4. Научиться организации и контролю санитарно-гигиенического обеспечения различных учреждений (медицинского и социального профиля);
5. Научиться организации профилактики инфекционных болезней и полного объема противоэпидемических мероприятий при оставлении инфекционных больных на дому с основными нозологическими формами: ОРВИ, грипп, ангина, дизентерия, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, иерсиниоз, корь, краснуха, герпетическая инфекция, паротит, скарлатина, инфекционный мононуклеоз, эризипелоид, эритема инфекционная, основные гельминтозы;
6. Снижать материальные затраты на медицинское обслуживание населения;
7. Пропагандировать здоровый образ жизни, значение иммунопрофилактики для здоровья.

По окончании изучения дисциплины **студент должен знать:**

1. Теоретические и методические основы, современные достижения инфектологии, для совершенствования существующих и разработки методов профилактики;
2. Методологию обработки диагностической информации с помощью современных компьютерных технологий;
3. Категории инфектологии: квалификация (группы) инфекционных заболеваний; связь «патогенный агент (микроб, токсин, вирус) – макроорганизм-хозяин (человек, животное)»; эпидемический процесс
4. Понятия дисциплины: цикличность развития инфекционных заболеваний, клинические симптомы, синдромы инфекционных заболеваний

5. Звенья эпидемического процесса при конкретном инфекционном заболевании
6. Клинические и эпидемиологические показания к госпитализации инфекционных больных. Правила госпитализации инфекционных больных Основные методы диагностики инфекционных болезней
7. Принципы терапии инфекционных болезней
8. Принципы и методы профилактики инфекционных болезней
9. Организация неотложных противоэпидемических мероприятий при подозрении на карантинную инфекцию
10. Клинические проявления гельминтозов, методы их диагностики и способы дегельминтизации
11. Основные нормативные документы в организации здравоохранения, санитарной охране населения, принципы выписывания врачебных рецептов инфекционным больным;
12. Правила техники безопасности при работе с инфицированными пациентами.

Студент должен уметь:

1. Собрать анамнез у больного с инфекционным заболеванием
2. Собрать направленный эпидемиологический анамнез
3. Установить предварительный диагноз инфекционного заболевания
4. Определить необходимость госпитализации больного с инфекционным заболеванием
5. Установить наличие неотложных состояний при инфекционных заболеваниях
6. Составить план проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очаге

Студент должен обладать навыками:

1. Навыками выявления больного с инфекционным заболеванием;
2. Навыками осуществления обследования больного с инфекционным заболеванием;
3. Навыками оказания необходимой доврачебной помощи.

Формы организации обучения и виды контроля:

Программа обучения по дисциплине «Социально-медицинская работа с инфекционными больными» для студентов факультета социальной работы и клинической психологии включает в себя теоретическую (лекционный курс) и практическую подготовку (практические занятия).

Тема 1. ПОНЯТИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.

1. Цель занятия: **Овладение студентами учебным материалом** о значимости инфекционных заболеваний, уметь оперировать основными понятиями темы, знать об отличиях инфекционных заболеваний от неинфекционных.

2. Вопросы для обсуждения:

- 1) Понятие инфекционного процесса, инфекции и инфекционных заболеваний;
- 2) Социальная значимость инфекционных заболеваний;
- 3) Социально-медицинская работа с инфекционными больными.

3. Глоссарий.

Инфекционные болезни - обширная группа заболеваний человека, вызванных патогенными вирусами, бактериями (в том числе риккетсиями и хламидиями) и простейшими.

Инфекция - сложный комплекс взаимодействия возбудителя и макроорганизма в определённых условиях внешней и социальной среды, включающий динамически развивающиеся патологические, защитно-приспособительные, компенсаторные реакции (объединяют под названием инфекционный процесс).

Инфекционная болезнь – частное проявление инфекционного процесса, крайняя степень его развития.

Сепсис — тяжёлая генерализованная форма инфекционного процесса, обусловленная размножением микроорганизмов в крови и нередко в других биологических жидкостях организма.

Бактериemia, вирусемия — наличие в крови бактерий и/или вирусов без признаков их размножения – этап в развития ряда инфП.

Бактерионоситель — это практически здоровый человек, но носящий в себе и выделяющий возбудителей болезни.

4. Основное содержание.

1. Понятие инфекционного процесса, инфекции и инфекционных заболеваний;

Инфекция — опасность заражения живых организмов микроорганизмами (бактериями, грибами, простейшими), а также вирусами. Термин означает различные виды взаимодействия чужеродных микроорганизмов с организмом человека, животных, растений.

Инфекционные заболевания — это группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов. Для того, чтобы патогенный микроб вызвал **инфекционное заболевание**, он должен обладать *вирулентностью* (ядовитостью; лат. *virus* — яд), то есть способностью преодолевать сопротивляемость организма и проявлять токсическое действие. Одни патогенные агенты вызывают отравление организма выделяемыми ими в процессе жизнедеятельности экзотоксинами, другие — освобождают токсины (эндотоксины) при разрушении своих тел (холера, брюшной тиф). Одной из особенностей **инфекционных заболеваний** является наличие *инкубационного периода*, то есть периода от времени заражения до появления первых признаков. Длительность этого периода зависит от способа заражения и вида возбудителя и может длиться от нескольких часов до нескольких лет (последнее бывает редко). Место проникновения микроорганизмов в организм называют *входными воротами* инфекции.

«Инфекционный процесс - это комплекс взаимных приспособительных реакций в ответ на внедрение и размножение патогенного микроорганизма в макроорганизме, направленный на восстановление нарушенного гомеостаза и биологического равновесия с окружающей средой.

2. Социальная значимость инфекционных заболеваний;

Социальный фактор эпидемиологического процесса— это различные формы общения людей, способствующие или препятствующие проявлению паразитизма (степень к центрации людей в семьях,

населенных пунктах, на предприятиях, учебных и оздоровительных учреждениях, санитарно-гигиенические условия труда, быта, мест отдыха, система и мощность транспортных связей, уровень культуры и материальной обеспеченности населения, состояние системы здравоохранения и пр.). Социальный фактор определяет возможность и масштабы развития эпидемического процесса, он оказывает влияние на эволюцию паразита.

Общая оценка социального фактора может быть проведена по уровню инцидентности или превалентности (пораженности) населения.

В настоящее время наиболее опасны и более всего распространены те инфекции для возбудителей которых обеспечивается максимальная возможность распространения всей совокупностью взаимоотношений людей в обществе. Тесные и многообразные контакты людей в современном обществе приводят к высокой (наиболее высокой) заболеваемости воздушно-капельными (дыхательных путей) инфекциями, т. е. именно для этой группы инфекций современные общественные отношения оказываются наиболее адекватными.

3. Социально-медицинская работа с инфекционными больными.

Профилактический этап – это предупреждение нарушения здоровья, в том числе через предупреждение социально обусловленных факторов, имеющих разрушительные последствия для жизнедеятельности человека.

Интегративные функции социального работника:

Участие в разработке региональных комплексных целевых программ по профилактике инфекционных заболеваний среди населения на основе федеральной программы.

Участие в реализации программ по раннему выявлению инфекционных больных (организация массовых профилактических осмотров, диспансеризации выявленных больных и пр.).

– Организация медико-социальной экспертизы инфекционных больных.

– Определение оснований для признания гражданина инвалидом.

Медико-ориентированные функции:

Ранняя диагностика инфекционных заболеваний у различных групп населения путем участия в проведении массовых медицинских осмотров.

– Предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности от инфекционных болезней и их последствий, внедрение и использование современных эффективных методов и технологий лечения инфекционных болезней.

– Медицинский патронаж больных с инфекционными заболеваниями.

– Пропаганда медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

5. Вопросы для самоконтроля.

1. В чем заключается социальная значимость инфекционных заболеваний?

2. Чем отличаются понятия «инфекционный процесс» и «инфекционное заболевание»?

3. Перечислите наиболее распространенные на сегодняшний день инфекционные заболевания.

4. В чем специфика основных технологий реабилитации инфекционных больных?

6. Задания для самостоятельной работы

1) Дома каждый должен составить кроссворд по пройденной теме. На занятии все обмениваются кроссвордами и пытаются их разгадать.

2) Разделиться на подгруппы. Каждая из подгрупп должна без слов (как в игре «Пантомима» или «Крокодил») объяснить другим один из способов передачи инфекции. Ключи: а) контактный, б) гематогенный, в) трансмиссивный, г) воздушно-капельный, д) через пищу.

Тема 2. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛЮДЬМИ, ЖИВУЩИМИ С ВИЧ/СПИДОМ, ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В, С, D, И ГРУППАМИ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ПО ДАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ.

1. Цель занятия:

Знать такие понятия как, ВИЧ, СПИД, гепатит, иммунодефицит, иметь представление о социально-медицинских и психологических проблемах людей с данными заболеваниями, знать подходы к профилактике ВИЧ/ СПИДа среди населения, способы передачи ВИЧ/СПИДа, гепатита, задачи социальной работы с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

Уметь применять данные знания на практике.

Владеть основами консультирования населения по вопросам профилактики данных инфекционных заболеваний, а так же по различным социальным и правовым вопросам, связанным с заражением населения ВИЧ/СПИДом и гепатитом.

2. Вопросы для обсуждения:

1. Понятие ВИЧ, СПИДа и вирусного гепатита. Актуальность проблемы этих заболеваний в современном Российском обществе.

2. ВИЧ и СПИД как инфекционные заболевания. Характеристика групп риска.

3. Медико-социальная работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

4. Классификация и пути передачи вирусных гепатитов. Меры профилактики.

3. Глоссарий:

ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека, который вызывает ВИЧ-инфекцию и ослабляет иммунную систему, защищающую человека от различных инфекций.

ВИЧ-инфицированные - лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

СПИД – это синдром приобретенного иммунодефицита: комплекс заболеваний, возникающих у ВИЧ-положительного человека на фоне сниженного иммунитета.

Вирусный гепатит – это инфекционное заболевание печени, вызывающее диффузное воспаление печеночной ткани.

Антиретровирусная терапия (АРВТ) – это использование определенного количества препаратов, останавливающих размножение ВИЧ.

4. Основное содержание:

1. Понятие ВИЧ, СПИДа и вирусного гепатита. Актуальность проблемы этих заболеваний в современном Российском обществе.

ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека, который вызывает ВИЧ-инфекцию и ослабляет иммунную систему, защищающую человека от различных инфекций.

СПИД – это синдром приобретенного иммунодефицита: комплекс заболеваний, возникающих у ВИЧ-положительного человека на фоне сниженного иммунитета.

ВИЧ-инфекция – заболевание, которое специалисты признают как первую в известной истории человечества действительно глобальную эпидемию, распространившуюся за более чем 20 лет во всех странах мира. Россия вступила в эпидемию ВИЧ-инфекции к началу 90-х годов прошлого века, в период, когда произошло крайнее обострение кризисных явлений, связанных с реформированием общественно-экономических отношений. По оценкам программы ООН по СПИДу: с начала эпидемии почти 25 млн. человек во всем мире уже умерли от СПИДа и около 40 млн. на сегодняшний день живет с ВИЧ-инфекцией. Каждую минуту в мире инфицируются вирусом 10 человек. Средняя продолжительность жизни человека с ВИЧ-инфекцией, не получавшего лечение – 11 лет. Смертность людей молодого возраста от СПИДа занимает первое место среди всех причин смертности этой возрастной категории населения. 48% жертв СПИДа – женщины, каждый пятый умерший от этой болезни – ребенок. Заражённые люди являются источниками инфекции на протяжении всей жизни независимо от стадии заболевания. Этими особенностями объясняется ис-

ключительная социальная значимость этих заболеваний, представляющих значительную угрозу, как для здоровья населения, так и для экономики государства.

Вирусные гепатиты - это группа распространенных и опасных для человека инфекционных заболеваний, которые довольно значительно различаются между собой, вызываются разными вирусами, но все же имеют общую черту - это заболевание, которое поражает в первую очередь печень человека и вызывает ее воспаление. За последнее время с проблемой вирусных гепатитов столкнулись миллионы людей. В мире насчитывается около 240 млн. хронических носителей вируса гепатита В и около 700 млн. носителей вируса гепатита С, т.е. каждый 6 житель нашей планеты. Это широко распространённая патология среди населения, Ежегодно 1,5 млн. жителей планеты погибают от острых и хронических процессов, обусловленных вирусами гепатитов.

2. ВИЧ и СПИД как инфекционные заболевания. Характеристика групп риска.

ВИЧ-инфекция относится к группе медленных инфекций. Основными критериями медленных инфекций являются: необычно продолжительный инкубационный период, медленно прогрессирующий характер течения патологического процесса, своеобразие поражений органов и тканей, смертельный исход заболевания. В настоящее время известны два типа вируса: ВИЧ-1 (90%) и ВИЧ-2, которые обладают подобными свойствами и вызывают сходные заболевания.

Вирус иммунодефицита человека передается: 1) при половых контактах с инфицированным человеком; 2) через шприцы, иглы и другой инъекционный инструментарий, контаминированные кровью инфицированного человека; 3) от заражённой матери к ребёнку во время беременности, родов и при грудном вскармливании. *ВИЧ не передается* контактно-бытовым, алиментарным (фекально-оральным) и трансмиссивными путями.

Клиническая классификация инфекции ВИЧ:

1. Стадия инкубации (2-3 недели (3-8 мес.)).
2. Стадия первичных проявлений:

А - острая инфекция, сопровождающаяся явлениями фарингита, лихорадкой, лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки, нестойкими и разнообразными кожными высыпаниями;

Б - бессимптомная инфекция (в России до 80% поражённых в этой стадии);

В - персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

3. Стадия вторичных заболеваний (имеет 3 степени выраженности):

А - грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы, потеря веса менее чем на 10,0 %;

Б – необъяснимая диарея или лихорадка более месяца, волосистая лейкоплакия, туберкулез лёгких, потеря веса более чем на 10 %;

В – генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса различают легочную, кишечную, церебральную, диссеминированную и недифференцированную формы.

Легочная форма СПИДа развивается у 50-80% ВИЧ-инфицированных и проявляется интерстициальной пневмонией. Клиническое течение пневмонии отличается стертой, невыраженностью симптоматики. Процесс заканчивается интерстициальным фиброзом. Больные жалуются на боли в груди, навязчивый сухой кашель, одышку, лихорадку. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие, нередко свистящие хрипы.

Желудочная форма проявляется в виде вялотекущей диареи, продолжающейся несколько месяцев, что приводит к потере массы тела и обезвоживанию больного. Снижение массы тела более чем на 10% считается одним из наиболее частых клинических симптомов выраженного СПИДа. У больных развиваются гастриты, кандидозные стоматиты, эзофагиты, активизируются и другие хронические инфекции (дизентерия). Желудочно-кишечная патология может осложняться геморрагиями, перфорацией, непроходимостью.

Церебральная форма СПИДа (15-20% больных) проявляется чаще в виде вторичной инфекции ЦНС (менингит, абсцессы головного моз-

га, острые и подострые энцефалиты, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия) или в виде опухоли головного мозга (2-3%). Могут возникать различные сосудистые поражения и церебральные геморрагии. У больных повышается температура тела, появляются головная боль, заторможенность, ослабление памяти, слабоумие и локальные невралгические симптомы.

Диссеминированная форма встречается у 50-60% больных. Она проявляется поражением кожи и слизистых. При этом нередко развиваются множественные злокачественные опухоли, преимущественно у больных в возрасте 30-40 лет. Чаще всего регистрируется саркома Капоши. Возможны плоскоклеточный рак кожи, слизистых оболочек, прямой кишки.

Отдельно выделяют недифференцированную форму ВИЧ-инфекции, для которой характерны длительная (до 2-3 месяцев) лихорадка невыясненной этиологии и диарея (3-5 месяцев) на фоне лимфаденопатии, потеря массы тела до 10% и более резкое снижение работоспособности. Отдельные авторы называют подобное состояние СПИД-ассоциированным симптомокомплексом.

Группы риска:

- лица, употребляющие наркотики внутривенно;
- гомосексуалисты;
- проститутки;
- половые партнеры проституток;
- лица с большим числом половых партнеров;
- больные венерическими заболеваниями и другими инфекциями, передаваемыми половым путем;
- реципиенты препаратов крови и ее компонентов;
- дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей.

3. Медико-социальная работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным:

1. Участие в организации обязательного освидетельствования на ВИЧ-инфекцию контингентов, установленных законодательством;

2. Диагностика социальных и психологических проблем ВИЧ-инфицированных, а так же членов их семей;

3. Информирование клиентов о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;

4. Предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с инфицированием или заболеванием, а также их законодательной ответственности.

5. Участие социальных работников в проведении мероприятий по оказанию медицинской помощи и социальной защиты;

6. Взаимодействие со СМИ и населением по формированию в обществе адекватного отношения к ВИЧ-инфицированным.

Основные задачи социальной работы с ВИЧ-положительными и больными СПИДом:

1. Создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;

2. Помощь в создании условий жизнедеятельности, в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в реальные дела, в социум;

3. Увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;

4. Создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;

5. Достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Медико-социальные технологии при работе с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом. Цель: формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества; локальные и территориальные программы; программы на рабочих местах; социальные программы, альтернативные употреблению наркотиков). Они предусматривают: мотивационную терапию; тренинги профилактики рецидивов; тренинги эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности; тренинги когнитивного развития; индивидуальную и группо-

вую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов.

Подходы к профилактике ВИЧ и СПИДа среди населения:

1. Информационный;

2. Основанный на влиянии социальных факторов. Эффективны: тренинги по формированию навыков устойчивости к давлению сверстников: работа с лидерами-сверстниками; работа с родителями; медико-психологическая подготовка школьных педагогов к проведению профилактики;

3. Основанный на формировании жизненных навыков;

4. Основанный на развитии альтернативной деятельности.

Уровни профилактики ВИЧ и СПИДа:

Первичный уровень - ограничение числа случаев СПИДа и ВИЧ-инфицирования путем воздействия на специфические причинные факторы, способствующие повышению риска заболевания: массовый скрининг (медобследование) с использованием ИФА тест-систем. Одной из важнейших составляющих первичного уровня профилактики является пропаганда ЗОЖ.

Вторичный уровень - раннее выявление и специфическое лечение больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных: поисковый скрининг среди групп, имеющих фактор риска инфицирования. При выявлении ВИЧ-инфицированных проводят верификацию (перепроверку) диагноза на базе СПИД-центра с последующей диспансеризацией, в рамках которой определяют необходимый объем антиретровирусной терапии. В современных условиях проводят высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ).

Третичный уровень - лечение и реабилитация заболевших ВИЧ и СПИДом, т. е. повышение качества их жизни: диспансерное наблюдение в СПИД-центрах. Диспансерному наблюдению подлежат люди, в сыворотке крови которых в ИФА и иммунном блоттинге обнаружены антитела к ВИЧ. В рамках диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными проводят: выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции; максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевре-

менное назначение специфической терапии; обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

4. Классификация и пути передачи вирусных гепатитов. Меры профилактики.

Гепатит А (ВГА) - это вирусная инфекция с преимущественным поражением печени, относящаяся к желудочно-кишечным заболеваниям. Из всех видов инфекционных гепатитов у школьников в 97% встречается гепатит А. Источником заражения ВГА является только больной человек.

Наиболее уязвимыми группами являются:

1. Члены семьи больного ВГА;
2. Медицинские работники;
3. Работники общественного питания;
4. Дети, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости, особенно посещающие организованные коллективы (дет. сады, школы, лицеи, дет. дома и интернаты);
5. Лица, не имеющие доступа к качественной питьевой воде.

После попадания вируса гепатита А в организм человека, заболевание может развиваться в основном через 7 - 50 дней, в среднем через 30 - 35 дней. Основные признаки заболевания ВГА у детей: слабость, недомогание, снижение аппетита вплоть до его отсутствия, тошнота, возможно рвота, повышение температуры тела до 37,5 °С и выше, боли в правом подреберье, потемнение мочи, обесцвечивание кала. В дальнейшем появляется желтушность склер глаз, мягкого неба, позже - кожных покровов. У некоторых заболевание начинается с катаральных явлений, очень похожих на ОРВИ.

Меры профилактики:

1. Мыть руки с мылом перед приемом пищи, после посещения туалета, мест общественного пребывания;
2. Употреблять для питья гарантированно безопасную (бутилированную или кипяченую) воду;
3. Тщательно мыть фрукты и овощи перед употреблением;

4. Купаться только в отведенных для этого местах и следить, чтобы ребенок не заглатывал воду;

5. Пользоваться индивидуальными предметами личной гигиены (полотенцем, зубной щеткой, носовым платком и др.);

6. Содержать посуду, жилищные помещения в чистоте;

7. Вакцинация против ВГА.

Genatum B (ВГВ). Ежегодно в мире регистрируется около 50 млн. больных только с острой формой этой инфекции. Из них до 600 тысяч больных умирает. Заражаются только от инфицированных вирусом людей.

Пути передачи ВГВ:

1. При переливании инфицированной донорской крови;

2. Половой путь;

3. При использовании плохо стерилизованных общих игл, шприцов, медицинского инструментария, колющих и режущих предметов;

4. От инфицированной матери к ребенку.

Группы риска – определение для представителей населения, наиболее уязвимых к определённым медицинским, социальным обстоятельствам или воздействию окружающей среды, которые могут повлечь за собой заражение:

1. Пациенты, получающие многочисленные манипуляции с нарушением целостности слизистых и кожных покровов (инъекции, прививки, кожно-аллергические пробы);

2. Потребители инъекционных наркотических веществ;

3. Лица, получающие немедицинские манипуляции (проколы мочки уха, татуировки, обрезание, бритье, пирсинг);

4. Пациенты, получающие переливание крови и ее компонентов.

Меры профилактики:

1. Вакцинация против ВГВ;

2. Использование только одноразовых игл и шприцов;

3. Использование только индивидуальными предметами личной гигиены;

4. Не пользоваться чужими средствами личной гигиены, на которых могут быть остатки крови (бритвенные и маникюрные принад-

лежности, зубные щетки, инструментарии для пирсинга и нанесения татуировок);

5. Защищенные половые контакты;

6. Избегать прямого контакта с чужой кровью;

7. Человек, перенесший гепатит В, не может быть донором крови и тканей.

Исход заболевания: 1. Переход в хроническую форму, и чем в более раннем возрасте заражается человек, тем больше вероятность развития хронического гепатита; 2. Цирроз печени - грозное осложнение, как правило прогрессирующее и не поддающиеся излечению; 3. У лиц, употребляющих алкоголь, наркотики, токсические лекарственные препараты, течение заболевания более тяжелое, часто переходящее в хронический гепатит, цирроз печени с возможным летальным исходом.

Genatum C (ВГС). Преимущественно скрытое течение, неблагоприятными исходами в виде тяжелейших осложнений - цирроз и рак печени и широкой распространенностью среди населения. Пути гепатита С сходны с передачей ВИЧ-инфекции, однако заражающая способность, а также частота передачи болезни его несравненно высока. Источником инфекции является человек: это больные хроническими или острыми формами и носители вируса. Наиболее опасными источниками в течение длительного времени служат больные хроническим гепатитом, заражение от которых происходит в стационарах, других медицинских организациях и в очагах по месту жительства. Больные острыми формами ВГС, хотя и занимают незначительное место, могут быть опасными источниками инфекции. Такие лица являются заразными в инкубационный период, в течение всего периода болезни, а также во время перехода в хронический процесс, т.е. в течение всей жизни пациента.

Пути передачи:

1. через кровь и ее продукты;

2. половой путь;

3. чрезкожный путь при нанесении татуировок, использовании бритвенных приборов принадлежащих больному человеку.

Группа риска среди детей:

1. Дети, рожденные от инфицированных ВГС матерей;
2. Дети из семьи больного острой или хронической формой ВГС;
3. Дети часто и длительно болеющие, получающие многочисленные медицинские манипуляции (кожно-аллергические пробы, инъекции, прививки, оперативные вмешательства, стоматологические манипуляции, иглоукалывание, переливание крови и ее продуктов);
4. Дети, получающие немедицинские вмешательства (пирсинг, татуаж, обрезание, ритуальные насечки и др.);
5. Потребители инъекционных наркотиков.

Скрытый (инкубационный) период ВГС от момента инфицирования до появления первых симптомов составляет от 6 до 12 недель. Начало заболевания такое же, как при других вирусных гепатитах: тошнота, рвота, боли в области правого подреберья, позже отмечаются желтушность кожных покровов и склер глаз, темная окраска мочи.

Меры профилактики

1. Исключение контакта с больным ВГС;
2. Ограничение числа переливаний крови и ее продуктов, а также парентеральных вмешательств (только по жизненно важным показаниям);
3. Использование только одноразовых игл и шприцов, медицинского инструментария, особенно при проведении прививок;
4. Не пользоваться чужими средствами гигиены, на которых могут быть остатки крови (зубные щетки, инструментарий для пирсинга и нанесения татуировок, ножницы);
5. Защищенные половые контакты;
6. Избегать прямого контакта с чужой кровью.

Genamum D (BГD). Протекает в двух формах: 1 - развивается одновременно с ВГВ, течение и прогноз болезни благоприятный; 2 - развивается у людей ранее переболевших ВГВ. В этом случае заболевание протекает тяжелее и вызывает развитие цирроза печени.

Genamum E (BГE). Распространен в регионах преимущественно тропического и субтропического климата, в основном у молодых людей. Вирус ВГЕ малоустойчив к воздействию высокой температуры и химических реагентов. После перенесенного заболевания остается достаточно устойчивый иммунитет. Основные пути передачи, как при

вирусном гепатите А, связаны с зараженной водой и плохими гигиеническими условиями. Для гепатита Е не характерно хроническое течение и вирусоносительство. Обычно желтушный период длится 2-3 недели.

Hepatitis G (HGG). Распространён повсеместно - младший брат гепатита С: передаётся тем же путём: через кровь (среди потребителей инъекционных наркотиков). Инфицирование также происходит при гемотрансфузиях, парентеральных вмешательствах. Возможен половой путь заражения и вертикальный путь передачи от инфицированной матери ребенку. По клиническим проявлениям гепатит G также напоминает гепатит С. Вместе с тем, для него не характерно присущее гепатиту С прогрессирование инфекционного процесса с развитием цирроза и рака. Как правило, острый инфекционный процесс протекает мягко и бессимптомно. Исходами острого гепатита G могут быть: выздоровление, формирование хронического гепатита.

5. Вопросы для самоконтроля:

- 1) Что такое вирус иммунодефицита человека?
- 2) Какие выделяют формы проявления СПИДа?
- 3) Каковы меры профилактики ВИЧ/СПИДа?
- 4) Каковы основные задачи социальной работы при работе с ВИЧ-положительными и больными СПИДом?
- 5) Что такое вирусный гепатит?
- 6) Какие меры профилактики вирусных гепатитов Вы знаете?

6. Задания для самостоятельной работы:

- 1) Выполнить тест.
- 2) Игра: Каждой команде раздается комплект карточек с перемешанными буквами. Пока ведущий читает подсказку, задача каждой команды как можно быстрее собрать загаданные слова.
- 3) Задание: Распознать истинными или ложными являются предложенные утверждения.
- 4) Решить ребусы.
- 5) Задание: Сопоставить понятие с его определением.

Тема 3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

1. Цель занятия:

Знать понятия **туберкулёз, МБТ (БК)**, иметь представление о социально-медицинских и психологических проблемах людей с данными заболеваниями, знать подходы к профилактике туберкулеза среди населения, задачи социальной работы с больными туберкулезом.

Уметь применять данные знания на практике.

Владеть основами консультирования населения по вопросам профилактики туберкулеза.

2. Вопросы для обсуждения:

1. Понятие туберкулёза. Классификация и пути передачи туберкулеза.

2. Туберкулез как инфекционное заболевание. Характеристика групп риска. Меры профилактики.

3. Учреждения, работающие с больными туберкулёзом. Нормативно-правовая база противотуберкулёзной службы..

3. Глоссарий:

Туберкулез – это бактериальная инфекция, вызывается туберкулезной палочкой (КОХА), относящаяся к микробактериям, которое занимают промежуточное положение между бактериями и грибами.

Микобактерия туберкулеза – возбудитель туберкулеза, открытый Р. Кохом в 1882 году.

Туберкулезный диспансер – это лечебное учреждение фтизиатрического профиля.

Прививка БЦЖ – вакцина против туберкулёза, приготовленная из штамма ослабленной живой туберкулёзной палочки, которая утратила опасность для организма человека, будучи специально выращенной в искусственной среде.

4. Основное содержание:

1 Понятие туберкулёза. Классификация и пути передачи туберкулеза.

Туберкулез – бактериальная инфекция, вызывается туберкулезной палочкой (КОХА), относящейся к микобактериям, которые занимают промежуточное положение между бактериями и грибами. Они поражают в 90% случаев дыхательную систему (легкие) и в 10% различные органы (кости, головной мозг, кожу, почки и т.д.)

К концу 2009 г. на учете в противотуберкулезных учреждениях РФ состояло 262 718 больных активными формами туберкулеза, что составило 185,1 человек на 100 тысяч населения. Из них 40 765 больных активным туберкулезом содержалось в учреждениях ФСИН. В течение 2009 года в РФ было выявлено 117 227 больных туберкулезом.

В структуре заболевших на долю больных, выявленных в учреждениях ФСИН, пришлось 12%, или 1306 на 100 тысяч заключенных (1308 на 100 тысяч заключенных в 2008 году). В учреждениях ФСИН доля больных ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом в 2009 году составила 11,8%, или 4806 больных с сочетанной инфекцией.

По предварительным данным Федеральной службы государственной статистики, в 2009 году в Российской Федерации было зарегистрировано 23 416 случаев смерти от туберкулеза, что составило 16,5 на 100 тысяч населения. Около 282 850 человек умерло от туберкулеза между 1998 и 2007 гг. В 2008 году более чем 16 000 человек имели сочетанную инфекцию ВИЧ и ТБ (показатель чего вырос на 18% по сравнению с 2007 годом), в 2009 году – 27423 человек. Около 75% мужчин и 54% женщин, которые имеют сочетанную инфекцию, были инфицированы ВИЧ во время потребления наркотиков. Туберкулез является основной причиной летальных исходов среди ВИЧ-инфицированных в России: 61% процент смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией, в 2009 году.

Всего в 2009 году было обследовано на ВИЧ-инфекцию 77,9% от всех больных активным туберкулезом (82,0% в 2008 году), в том чис-

ле 93,3% среди впервые выявленных больных (92,4% в 2008 году). Доля же больных ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом по данным формы №33 в 2009 году составила 5,4%, что на 0,6% больше, чем в 2008 году. Среди впервые выявленных больных данный процент выше – 6,5% (6,2% в 2008 году).

Существуют два основных вида туберкулёза: лёгочный и внелёгочный (поражение мочеполовой системы, костно-суставные формы - поражения позвоночника и костей таза)

Внелёгочный туберкулёз может локализоваться в любом органе человека. Различают следующие формы внелёгочного туберкулёза:

1. Туберкулёз органов пищеварительной системы — чаще всего поражаются дистальный отдел тонкой кишки и слепая кишка;
2. Туберкулёз органов мочеполовой системы — поражение почек, мочевыводящих путей, половых органов;
3. Туберкулёз центральной нервной системы и мозговых оболочек — поражение спинного и головного мозга, твёрдой оболочки головного мозга (туберкулёзный менингит);
4. Туберкулёз костей и суставов — чаще всего поражаются кости позвоночника;
5. Туберкулёз кожи;
6. Туберкулёз глаз.

Возбудитель заболевания – *микобактерия туберкулеза* – была открыта Робертом Кохом в 1882 году, ее назвали «палочкой Коха», сейчас можно встретить сокращенное название: МБТ – микобактерия туберкулеза или БК «бацилла Коха». Отличительным свойством МБТ (БК) является устойчивость во внешней среде, хотя размножаться туберкулезные бациллы способны только в организме хозяина. Они могут сохранять жизнеспособность при воздействии различных физических и химических агентов, они устойчивы к действию кислот, щелочей, спиртов, устойчивы к высушиванию и нагреванию. Во внешней среде МБТ могут оставаться жизнеспособными до полугода, а в составе мельчайших частиц пыли на различных предметах (мебель, книги, посуда, постельное белье, полотенца, пол, стены и пр.) они могут сохранять свои свойства в течение нескольких недель и даже месяцев;

до нескольких месяцев сохраняются в молочных продуктах, полученных от больных туберкулезом коров и не прошедших обработку.

Чаще всего после инфицирования микобактериями заболевание протекает в бессимптомной, скрытой форме (тубинфицированность), но примерно один из десяти случаев скрытой инфекции в конце концов переходит в активную форму. Заразившись в детском (подростковом) возрасте пожилой человек (старше 60-ти лет) может заболеть туберкулезом, хотя инфицирование наступило полвека назад и более.

Туберкулёзные палочки в организм человека в 90 процентов случаев попадают через дыхательные пути, но они могут проникать и через пищеварительный тракт (примерно 10 процентов всех случаев заражения). В настоящее время известны капельный, пылевой, пищевой и контактный пути распространения туберкулёза.

Виды туберкулёза:

Различают заболевания, связанные с первым в жизни заражением (первичный туберкулёз), и специфические процессы у ранее переболевших (вторичный туберкулёз). Первичный туберкулёз развивается при отсутствии специфического иммунитета, и часто вследствие этого в воспаление вовлекаются лимфатическая система, плевральные оболочки, кости, мочеполовые органы. При вторичном туберкулёзе болезнь проявляется на фоне приобретённого специфического иммунитета и обычно изменения ограничены пределами какого-либо одного органа.

Клинические проявления туберкулеза:

- лихорадка;
- холодные ночные, иногда, обильные поты;
- слабость, утомляемость, недомогание, ухудшение аппетита;
- кашель - сухой или с выделением мокроты;
- кровохарканье;
- одышка;
- при развитии сердечно-легочной недостаточности - отеки, цианоз.

Основные факторы риска развития туберкулеза легких:

1. контакт с больным открытой формой туберкулеза (больным, выделяющим возбудителя туберкулеза с мокротой, потом, слюной, калом, мочой, материнским молоком в окружающую среду) в условиях скученности (плохие жилищные условия, тюрьмы и пр.);
2. пониженная сопротивляемость организма;
3. наличие профессиональной легочной патологии (например, силикоза);
4. длительная терапия кортикостероидными гормонами;
5. алкоголизм;
6. наркомания;
7. курение;
8. наличие хронических заболеваний (сахарный диабет, язвенная болезнь, хронический бронхит);
9. ВИЧ-инфекция;
10. недоедание, переохлаждение, стрессы (одинокие люди пожилого и старческого возраста, бомжи, переселенцы).

Формы туберкулёза:

Туберкулёз может иметь открытую и закрытую форму. Люди, болеющие открытой формой туберкулёза, особенно опасны: выделяют туберкулёзные палочки. Больные с закрытой формой туберкулёза не опасны для окружающих.

Пути распространения туберкулеза:

1. Воздушно-капельный. Туберкулёзные микобактерии попадают в воздух с капельками при кашле, разговоре и чихании больного активным туберкулёзом. При вдыхании эти капельки с микобактериями попадают в лёгкие здорового человека. Это самый распространённый путь заражения.

2. Алиментарный. Проникновение происходит через пищеварительный тракт. Специальные эксперименты на животных показывают, что при алиментарном способе требуется значительно большее количество микобактерий, чем при аэрогенном заражении. Если при вды-

хании достаточно одной или двух микобактерий, то для заражения через пищу требуются сотни микробов

3. Контактный. Заражения через конъюнктиву глаза маленьких детей и взрослых. При этом иногда обнаруживается острый конъюнктивит и воспаление слёзного мешочка. Заражение туберкулёзом через кожу встречается редко.

4. Внутриутробное заражение туберкулёзом. Возможность заражения туберкулёзом плода в период внутриутробной жизни установлена у группы детей, умерших в первые дни после рождения. Заражение происходит или при поражении туберкулёзом плаценты, или при инфицировании повреждённой плаценты во время родов больной туберкулёзом матери. Такой путь заражения туберкулёзом встречается крайне редко.

2 Туберкулез как инфекционное заболевание. Характеристика групп риска. Меры профилактики.

Группы риска:

1. Эпидемиологические группы риска. Это лица, находящиеся в непосредственном контакте с больными туберкулезом.. Родственники больного туберкулезом, сослуживцы и другие лица, длительно контактирующие с больным, гораздо чаще заболевают туберкулезом. В связи с этим обстоятельством, к больному туберкулезом и контактными лицам применяются соответствующие противоэпидемические мероприятия. Это, прежде всего, разобщение контакта, проведение больному специального лечения, контактными лицам - профилактического курса антибактериальной терапии, противотуберкулезная вакцинация в определенные возрастные периоды, осуществление текущей и заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза.

2. К социальной группе повышенного риска относятся лица, находящиеся в неблагоприятных социально-экономических условиях. Это лица без определенного места жительства, заключенные, безработные, мигранты, лица с доходом ниже прожиточного минимума, люди, работающие в напряженных условиях без соблюдения режима труда, питания, отдыха.

3. К медицинским группам риска относятся лица, страдающие теми или иными хроническим заболеваниями, вследствие чего у них нарушены иммунологические механизмы. Это больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания; лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта; лица с хроническими заболеваниями мочеполовой системы; больные сахарным диабетом; лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию; лица, снятые с диспансерного учета ПТД в течение первых трех лет после снятия с учета; лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых трех лет с момента выявления; ВИЧ-инфицированные; пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях.

Подверженность заболеванию туберкулёзом лёгких зависит и от возраста. Играет роль то обстоятельство, что в течение жизни защитные свойства организма человека изменяются. У малышей защитные свойства ещё очень слабы, поэтому они легко могут заболеть. К 11 годам устойчивость детей к инфекции заметно повышается. В зрелом возрасте иммунитет к туберкулёзу уже сформирован и становится устойчивым. У пожилых и старых людей защитные силы организма вновь снижаются.

Устойчивость человека к туберкулёзной инфекции в значительной мере обеспечивается хорошими материально-бытовыми условиями, соблюдением санитарно-гигиенических требований, рациональной организацией труда и отдыха, нормальным питанием, постоянным закаливанием организма. Также сопротивляемость организма зависит от состояния функции центральной нервной системы и эндокринных желез.

Социальная направленность профилактики туберкулеза

1. Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, что заключается в проведении в масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

2. улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;
3. оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;
4. оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;
5. улучшение качества питания;
6. борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением;
7. развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;
8. расширение сети детских оздоровительных и санаторно-курортных учреждений;
9. проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Специфическая профилактика туберкулеза

Главная цель специфической профилактики туберкулеза (прививок против туберкулеза) - выработка у детей и взрослого населения до 30-летнего возраста специфического индивидуального и коллективного иммунитета. Это достигается с помощью вакцины БЦЖ - оригинального живого, но ослабленного штамма МБТ. Биологическая активность (иммуногенность) вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России она проводится клинически здоровым детям 7 лет (учащиеся 1-го класса), 12 лет (5-й класс), подросткам 16-17 лет (10-й класс), а затем через каждые 5-7 лет до 30-летнего возраста при наличии соответствующих показаний (контакт с больным туберкуле-

зом или отсутствие инфицированности по результатам туберкулиновой пробы).

Профилактика туберкулеза предполагает отбор кандидатов для ревакцинации с помощью пробы Манту. Ревакцинируют только тех лиц, у которых реакция Манту оказалась отрицательной. Ревакцинация противопоказана: инфицированным туберкулезом лицам любого возраста, переболевшим, туберкулезом в прошлом, больным всеми острыми инфекционными заболеваниями, кожными, аллергическими болезнями, включая ревматизм, экссудативный диатез, а также эпилепсию.

Анализ ряда работ, посвященных оценке эффективности прививок против туберкулеза, показывает, что вакцинация БЦЖ снижает риск развития заболевания на 50%. **Профилактика туберкулеза** путем вакцинации наиболее эффективна в условиях высокого риска заражения, что имеет место в странах тропического пояса. Чем выше охват прививками, тем ниже заболеваемость туберкулезом. Профилактика туберкулеза путем прививок приводит к уменьшению показателя инфицированности, резкому снижению частоты развития туберкулезного менингита и смертности.

Химиопрофилактика

Особую роль для профилактики туберкулеза играют химиопрофилактика и массовые флюорографические и аллергологические обследования.

Химиопрофилактика - эффективный метод предупреждения заболевания туберкулезом у лиц с повышенным риском развития инфекции. Профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными туберкулезом, и вторичной - у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

Профилактика туберкулеза путем первичной химиопрофилактики снижает не только заболеваемость, но и инфицированность, подавляя туберкулезную инфекцию в инкубационном периоде, вторичная -

предупреждает экзогенную суперинфекцию и активизацию эндогенной туберкулезной инфекции.

Химиопрофилактика необходима:

1. всем здоровым лицам (дети, подростки, взрослые), находящимся в семейном, бытовом и профессиональном контакте с бактериовыделителями;
2. детям и подросткам с выражением туберкулиновой пробы;
3. детям и подросткам, инфицированным туберкулезом, у которых гиперергическая туберкулиновая реакция перешла в гиперергическую;
4. лицам с посттуберкулезными изменениями в легких, получающим стероидные гормоны по поводу другого заболевания;
5. больным силикозом, сахарным диабетом, психическими заболеваниями, наркоманиями, алкоголизмом, язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки, хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания при наличии посттуберкулезных изменений в легких, ВИЧ-инфицированным;
6. взрослым лицам с посттуберкулезными изменениями в легких и при наличии гиперергических реакций.

Всем указанным категориям лиц **профилактика туберкулеза** путем химиопрофилактики проводится в весенне-осенний период (март-апрель и сентябрь-октябрь) или в другое время года в зависимости от "сезонности" проявлений инфекции и ее рецидивов. Необходимым условием является контроль за ее проведением со стороны медицинского работника, когда препараты выдаются больным на руки для приема в домашних условиях.

Флюорографические обследования

Большую эффективность для профилактики туберкулеза имеют массовые флюорографические обследования взрослого населения. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей. Флюорография в системе профилактики туберкулеза позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности. В зависимости от кон-

кретных условий, материально-технической оснащенности органов здравоохранения в разных странах с целью профилактики туберкулеза проводится или сплошное, или выборочное обследование населения. При выборочном обследовании под наблюдением должны находиться группы лиц с высоким риском заражения и развития вторичного туберкулеза.

Противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза

Важное значения для профилактики туберкулеза имеют противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза. Эти мероприятия проводятся путем воздействия на все три звена эпидемического процесса: источник инфекции, пути передачи, и лиц, восприимчивых к туберкулезу.

Выделяют три группы очагов туберкулезной инфекции:

1. Очаги с высокой степенью эпидемиологической опасности (отягощенные очаги), где проживают больные с массивным бактериовыделением или скудные выделители МБТ, но при наличии в очаге детей, подростков и беременных женщин.

2. Эпидемиологически менее опасные очаги, в которых проживают больные со скудным выделением МБТ, отсутствуют дети, подростки и беременные женщины; сюда же включены очаги "условных" бактериовыделителей даже при наличии детей и подростков в их окружении.

3. "Благополучные" очаги туберкулезной инфекции, сформированные "условными" бактериовыделителями при отсутствии в них детей, подростков, а также других отягощающих факторов. В эту же группу входят частные хозяйства в сельской местности, в которых выявлен больной туберкулезом скот.

Профилактика туберкулеза в очагах туберкулеза включает:

- госпитализацию больных туберкулезом и особенно явных выделителей МБТ сразу после установления диагноза;
- проведение заключительной, а впоследствии - текущей дезинфекции;

- систематическое, длительное обследование лиц, находящихся в контакте с больными;
- вакцинацию, ревакцинацию и изоляцию контактных лиц на период выработки иммунитета;
- химиопрофилактику в отношении контактных лиц;
- обучение санитарно-гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц;
- улучшение жилищно-бытовых условий семьи больного.

Профилактика туберкулеза в условиях производства

Наряду с противозидемическими и профилактическими мероприятиями в очагах по месту жительства больных, существенное значение в борьбе с туберкулезом имеет **профилактика туберкулеза** в условиях производства. Согласно санитарным правилам больные туберкулезом, у которых наблюдается выделение МБТ, не допускаются к работе на некоторых производствах и в ряде учреждений.

Перечень профессий, на которые распространяются запретиельные меры, можно разделить на три категории:

Первая категория - работники детских учреждений дошкольного, школьного и санаторно-курортного профиля.

Вторая категория - это работники общественного питания и пищевой промышленности, которые непосредственно соприкасаются с сырьем, полуфабрикатами и готовой продукцией, а также осуществляют ремонт, очистку и дезинфекцию производственного оборудования. К данной группе относятся также работники аптек, фармацевтических заводов, занятых изготовлением и расфасовкой лекарственных средств, работники водопроводных сооружений, слесари-сантехники, работники предприятий, изготавливающих детские игрушки.

Третья категория - это работники сферы коммунальных услуг, в которой также необходима постоянная **профилактика туберкулеза**: банщики, парикмахеры, косметологи, лица, обеспечивающие стирку и выдачу белья в прачечных, проводники и кондукторы общественного транспорта, стюардессы и водители такси, работники спортивных сооружений, библиотек.

На предприятиях и в учреждениях, где работают больные туберкулезом, не относящиеся к вышеперечисленным категориям, и есть своя медсанчасть, также осуществляется профилактика туберкулеза: учет больных, контролируемое лечение на амбулаторном этапе, наблюдение за состоянием здоровья пациентов, учет и обследование производственных контактов, рациональное трудоустройство и др.

3 Учреждения, работающие с больными туберкулезом. Противотуберкулезная служба России.

В системе здравоохранения России имеется специализированная противотуберкулезная, или фтизиатрическая, служба. Подобная служба уникальна и единственна в своем роде, так как не имеет аналогов в мире. Она обладает отлаженной системой (вертикалью) управления, имеет современную диагностическую базу для своевременной диагностики туберкулеза, специализированный коечный фонд, позволяющий обеспечить полноценное лечение больных, санаторную базу для восстановительного лечения и реабилитации больных, отлаженную систему профилактики туберкулеза. На нее возложены организационно-методическое руководство противотуберкулезной работой, разрешение диагностических вопросов, все виды лечения и реабилитации больных туберкулезом. В противотуберкулезной службе работают свыше 9000 врачей-фтизиатров и 38 000 медицинских сестер, фельдшеров, лаборантов, техников.

Противотуберкулезная служба построена по территориальному принципу. Основным звеном всей службы является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории, на которой он действует, различают районные, городские, областные и республиканские диспансеры. Общее число диспансеров в России около 500. Кроме диспансеров, есть туберкулезные больницы, санатории, детские ясли и сады, школы-интернаты для детей и подростков. Противотуберкулезный диспансер — это специализированное лечебно-профилактическое учреждение, которое отличается двумя особенностями. Первая состоит в том, что диспансер является учреждением закрытого типа: по направлениям врачей он принимает лиц с подозрением на туберкулез и больных с диагностированным туберкулезом.

Вторая особенность — диспансер принимает больных и ведет наблюдение за здоровыми людьми с целью предупреждения распространения туберкулеза.

Основной задачей диспансера как территориального организационно-методического центра по борьбе с туберкулезом является снижение инфицированности, заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза. Конкретные задачи диспансера многообразны и заключаются в консультациях, обследовании и лечении больных, в непрерывном и активном наблюдении за больными туберкулезом и здоровыми людьми группы риска. Диспансер осуществляет комплекс мер по санитарной профилактике туберкулеза, руководит вакцинацией, оказывает методическую помощь при контрольных обследованиях населения на туберкулез, занимается реабилитацией и экспертизой трудоспособности больных. Важными направлениями работы диспансера являются эпидемиологический анализ по туберкулезу, оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий и повышение квалификации персонала лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети по вопросам профилактики, выявления и диагностики туберкулеза.

Территория действия районного или городского диспансера делится на фтизиатрические участки. Диспансерную работу на участке проводит участковый фтизиатр. Аналогичную работу выполняет диспансерное противотуберкулезное отделение или кабинет в центральной районной больнице, поликлинике, медико-санитарной части. В отдаленных местностях некоторые функции диспансеров под их руководством частично выполняют фельдшерско-акушерские пункты. Контингент лиц, состоящих на учете и наблюдаемых диспансерами, весьма неоднороден. Они различаются и группируются по эпидемической опасности, клиническим проявлениям туберкулеза и его прогнозу, методам лечения, срокам необходимого наблюдения. Такая группировка позволяет осуществлять необходимые лечебные и профилактические мероприятия дифференцированно и в практической работе имеет важное значение.

5. Вопросы для самоконтроля:

- 1) Что такое туберкулез?
- 2) Какие факторы способствуют развитию туберкулеза?
- 3) Что представляет собой возбудитель туберкулеза?
- 4) Как туберкулезная инфекция попадает в организм человека?
- 5) Каковы основные признаки туберкулеза?
- 6) Излечим ли туберкулез?
- 7) Как своевременно выявить наличие заболевания туберкулезом?
- 8) В чем заключается профилактика туберкулеза?

6. Задания для самостоятельной работы:

- 1) Выполнить тест.
- 2) Игра: Каждой команде раздается комплект карточек с перемешанными буквами. Пока ведущий читает подсказку, задача каждой команды как можно быстрее собрать загаданные слова.
- 3) Задание: Распознать истинными или ложными являются предложенные утверждения.

Тема 4. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП).

1. Цель занятия:

Овладеть учебным материалом об организации социальной работы с больными инфекциями, передающимися половым путем. Изучить характеристики группы заболеваний передающихся половым путем. Ознакомится с предпосылками, способствующими росту инфекционных заболеваний передающихся половым путем. Изучить формы и методы работы с группой социального риска по распространению заболеваний передающихся половым путем.

2. Вопросы для обсуждения:

- 1) Понятие заболеваний передающихся половым путем.
- 2) Классификация ЗППП.
- 3) Развитие заболеваний и особенности их течения.
- 4) Особенности, характерные для всех ИППП.
- 5) Правовые аспекты.

3. Глоссарий:

Заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП) или инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) — под этими терминами понимают инфекционные заболевания, наиболее частым путём заражения которыми является половой.

Классификация ВОЗ: к ЗППП относятся 22 болезни, которые делятся на 3 группы.

Классические венерические заболевания (бактериальные):

1. Сифилис-по имени героя поэмы Дж. Фракасторо пастуха Сифилуса — Syphilus)
2. Гонорея.
3. Шанкроид (мягкий шанкр).
4. Лимфогранулематоз паховый.
5. Гранулема венерическая.

Другие инфекции, передающиеся половым путем

- А. С преимущественным поражением половых органов
6. Мочеполовой хламидиоз (бактериальные и)
 7. Мочеполовой трихомониаз (протозойная и.) 10% населения земного шара болеют трихомониазом, ежегодно регистрируют у около 170 млн
 8. Кандидозные вульвовагиниты и баланопоститы - грибковая
9. Мочеполовой микоплазмоз (бактериальные и)
10. Генитальный герпес. Инфицированность вирусом герпеса в популяции достигает 65-90%.
 11. Остроконечные бородавки.
 12. Генитальный контагиозный моллюск.
 13. Гарднереллезный вагинит.
 14. Урогенитальный шигеллез гомосексуалистов.
 15. Лобковый педикулез - фтириаз
 16. Чесотка.
- Б. С преимущественным поражением других органов
17. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (СПИД).
 18. Гепатит В.
 19. Цитомегалия.
 20. Амебиаз (преимущественно у гомосексуалистов).
 21. Лямблиоз.
 22. Сепсис новорожденных

4. Основное содержание:

Инфекционные заболевания, передающиеся от человека к человеку преимущественно половым путем - ЗППП или БППП (болезни, передаваемые половым путем), встречаются часто, особенно в последние годы. В настоящее время насчитывается более 20 возбудителей болезней, передающихся половым путем, в том числе бактерии, вирусы, простейшие, дрожжевые грибы, членистоногие. Вызываемые ими заболевания характеризуются высокой заразительностью, сравнительно быстрым распространением среди определенных контингентов населения. Раньше эти болезни назывались венерическими забо-

леванями, а по новой классификации ВОЗ - заболеваниями передаваемыми половым путем Термин «инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП, или STD - Sexual Transmitted Diseases) был предложен Всемирной организацией здравоохранения в 1982 г.

Темпы прироста заболеваемости.

За последние 5 лет в отдельных территориях РФ достигали 72,5 – 97,8%. Официальные статистические показатели не отражают истинной распространенности заболеваний среди населения Одной из причин такого прироста заболеваемости является дезорганизация единой государственной системы борьбы с данными инфекциями, рост наркомании, алкоголизма, изменившиеся поведенческие реакции людей.

По распространенности в России (оценка по числу больных на 100 тыс населения) можно составить первую десятку ИППП (в порядке убывания): сифилис, гонорея, трихомониаз, кандидоз, хламидиоз, уреаплазмоз, кондилломатоз (папилломатоз), генитальный герпес, гарднереллез, бактериальный вагиноз (по данным статистики Минздрава).

В последнее время заболевания, передающиеся половым путем, привлекают внимание не только дермато-венерологов, но и врачей других специальностей. Значительно увеличилось число больных ИППП за последние 3-5 лет, по некоторым нозологиям рост числа зарегистрированных случаев ИППП составляет до 200% в год. Причем этот рост происходит быстрее у женщин, чем у мужчин, достигая максимальных величин в возрастной группе 20-29 лет, что в дальнейшем, безусловно, окажет серьезное влияние на репродуктивное здоровье нации в целом, поскольку связь ИППП с фертильностью неоспорима.

Особенностями течения современных ИППП являются стертая клиническая картина и длительное рецидивирующее течение, появление новых штаммов возбудителей заболеваний, устойчивых к традиционным лекарственным препаратам. Растет число заболевших ИППП подростков, 17,5% всех зарегистрированных случаев заболевания.

Воспалительные заболевания органов малого таза вследствие ранее перенесенных ИППП явились причинами женского бесплодия в 38%

случаев. Необходимо отметить, что ИППП являются второй по значимости причиной утраты здоровья у женщин в возрасте от 15 до 45 лет (после заболеваний, связанных с беременностью и родами).

В России отмечается подъем заболеваемости БПП с 1990 г. В предыдущем десятилетии (1980-1990) показатель заболеваемости составлял 5% на 100 тыс. населения. В 1994 г. число заболевших только сифилисом возросло с 8 тыс. (в 1980 г.) до 127 тыс. Самый тревожный момент в этой статистике - рост заболеваемости среди детей. Если заболеваемость сифилисом среди взрослого населения за этот период возросла в 16 раз, то среди детского - почти в 21 раз. Из 761 случая детского сифилиса, зарегистрированного в 1995 г., 502 ребенка в возрасте 11-14 лет заразились самостоятельно половым путем, а не от родителей - бытовым путем, как это было в прошлые годы. Одну из причин такого невероятного роста заболеваемости среди детей руководители Минздравсоцразвития РФ видят в отсутствии на должном уровне системы полового воспитания среди детей и подростков.

По данным ВОЗ, каждый десятый человек в мире, включая детей и стариков, болеет тем или иным ЗППП. В 2006 г. в России зарегистрировано 2,0 млн. больных ЗППП

По данным Всемирной организации здравоохранения число больных венерическими заболеваниями за 2008 год составило 250 миллионов.

По оценкам разных исследователей, ИППП страдают более 50% сексуально активной группы населения. Эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом ИППП, стала настолько серьезной, что послужила темой специального обсуждения на Совете безопасности России, где было подготовлено соответствующее решение. Основными современными проблемами, связанными с ИППП, являются:

- высокая заболеваемость сифилисом; появление ИППП «нового поколения»; резкое омоложение носителей;

- существенные перемены в социальном и имущественном статусе пациентов с ИППП;

- повышение вероятности вспышки СПИД, поскольку при росте ИППП, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов, увеличивается возможность проникновения вируса в кровь; одно-

временное обнаружение у пациента нескольких инфекций с различными подходами к диагностике и лечению, что может привести к неадекватной и несвоевременной терапии; трудности регистрации, надзора и контроля ИППП в современных условиях

Факторы, влияющие на распространение ИППП.

Важная роль в распространении ИППП принадлежит разнообразным факторам демографического, медицинского, социального, экономического, культурного, поведенческого характера:

- демографические сдвиги (изменения в возрастной и половой структуре населения; увеличение численности молодого взрослого населения главным образом в развивающихся странах, большое число одиноких или живущих отдельно лиц, рост числа разводов, продление периода половой жизни),
- социально-экономические факторы (урбанизация, увеличение свободного времени, международный туризм, секс-туры для отпусков с проститутками и гомосексуалистами),
- изменение сексуальных отношений (большая терпимость к различным типам половых отношений, ранее считавшихся непремлемыми; эмансипация; ослабление традиционных норм),
- социальные катаклизмы (локальные войны; стихийные бедствия, гражданские беспорядки),
- экономические условия (недоступность из-за дороговизны лекарственных средств в некоторых странах; безработица; материальная необеспеченность),
- проституция (ей способствуют нищета; урбанизация; нарушение соотношения численности полов; традиционные особенности сексуального поведения),
- употребление наркотиков и злоупотребление алкогольными напитками,
- наличие групп повышенного риска (военнослужащие; моряки; иммигранты; беженцы; сезонные рабочие; туристы) и групп высокого риска (проститутки; гомосексуалисты; наркоманы; бродяги; сторонники свободной любви; персонал гостиниц, воздушных линий, международного транспорта),

- социально-культурные факторы (изменение норм сексуального поведения; терпимость в отношении бисексуального и гомосексуального поведения; частые добрачные и внебрачные половые связи; исключительная свобода нравов),
- резистентность к противомикробным средствам в связи с адаптационными изменениями возбудителей венерических заболеваний; самолечением, а так же бесконтрольным приёмом лекарств, в том числе антибиотиков).

Некоторые особенности, характерные для всех ИППП.

Под выражением «инфекции передающиеся половым путем» обычно имеется ввиду все виды сексуальной активности, так как многие возбудители инфекций могут жить не только в половых путях, но и во рту, заднем проходе, глазах и т.д.

При ИППП не может быть самоизлечения, т.е. нельзя выздороветь без специального лечения.

Протекают эти заболевания долго (если не лечиться) и волнообразно, часто внешне незаметно.

Единственная неизлечимая болезнь из всех ИППП – СПИД.

Нередко полное или почти полное отсутствие проявлений ИППП, в результате чего может быть непреднамеренное заражение своего полового партнера.

При появлении симптомов необходимо немедленно обратиться к врачу, - так больше шансов вылечиться быстрее и не получить осложнений.

Возможна передача многих ИППП от матери к ребенку.

СПИД, сифилис и гепатит отличаются тем, что ими можно заразиться не только половым путем, но и через кровь.

Пути передачи.

Основной особенностью ИППП является относительно высокая восприимчивость возбудителей к условиям окружающей среды, следствием чего является необходимость прямого контакта для инфицирования возбудителем.

Влагалищная трихомонада может длительное время сохранять свои инфекционные свойства во влажной среде (мокрые полотенца,

гладкие поверхности). Возбудитель чесотки или лобковая вошь может передаваться контактно-бытовым путем через предметы обихода. Вертикальный путь передачи инфекции подразумевает инфицирование ребёнка матерью или отцом.

Клинические проявления.

Заражение не всегда и не сразу проявляется. Каждое заболевание имеет свою продолжительность «скрытого периода» (инкубационный период - это время от момента инфицирования до возникновения клинических симптомов заболеваний) и часто вообще может не проявляться. В этом случае человек не знает о заболевании, ведёт привычный образ жизни и может служить источником заражения для своего партнёра. Даже если заболевание всё-таки проявляется, признаки могут быть не очень чёткими или быстро исчезнуть. Для каждой инфекции существуют свои особенности течения болезни.

Клинические проявления

Для сифилиса это 3-4 недели, после чего появляется «твердый шанкр» - это язвочка или эрозия в том месте, где возбудитель проник в организм человека. С этого момента человек становится заразным и остается таким до излечения. Сифилис может передать мать ребенку - это врожденный сифилис. В течении сифилиса выделяют три периода:

Первичный

Вторичный - возникает через 7-8 недель после появления твердого шанкра и может длиться до нескольких лет. В этот период на коже туловища, конечностей, слизистых оболочках наблюдаются высыпания, периодическое выпадение волос. Может быть поражение внутренних органов, нервной и костной систем.

Третичный период наступает спустя 3-6 лет, если больной не лечится. В этот период на коже, подкожной клетчатке, в костях, внутренних органах, нервной системе возникают гуммы (узлы), которые могут распадаться и вызывать деструктивные необратимые поражения в органах и тканях. Этот период длится от 3 до 10 лет.

Инкубационный период других ИППП

колеблется от 3-5 дней при гонорее, трихомониазе, до 30 дней при хламидиозе и микоплазмозе.

При гонорее через 3-7 дней после заражения появляются гнойные выделения, покраснение и учащенное болезненное мочеиспускание. Это самое «популярное» заболевание. В течение 10-14 дней жалобы могут исчезнуть даже без лечения, но рано радоваться: болезнь спряталась до поры до времени – перешла в хроническую форму.

При трихомониазе первые признаки заболевания появляются в сроки от 4 дней до 3 недель после заражения. Обычно ярче проявляется трихомониаз у женщин, но довольно часто протекает без выраженных проявлений как у мужчин, так и у женщин. Типичные симптомы – зуд и раздражение области промежности, обильные пенистые выделения с неприятным запахом.

При хламидиозе - через 10-30 дней появляются стекловидные скудные выделения.

Основные признаки и симптомы ИППП.

- выделения из мочеиспускательного канала или прямой кишки, необычные выделения из влагалища обильные или скудные, желтоватого цвета, либо творожистые, сопровождающиеся запахом;
- кровянистые выделения из влагалища у женщин в период между менструациями;
- рези, зуд, жжение или чувство дискомфорта при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание;
- боли внизу живота, в области поясницы у женщин, в области яичек у мужчин;
- болезненные ощущения во время полового акта;
- язвочки, пузырьки, эрозии на половых органах, в области заднего прохода, в полости рта;
- разрастания в области половых органов, заднего прохода;
- сыпь на теле, половых органах, ладонях, подошвах;
- увеличение лимфатических узлов (чаще в половой области).

Диагностика:

- используется осмотр пациента,

- выявление клинических симптомов (боль при мочеиспускании, выделения из половых органов) Физические симптомы (боль, выделения) для некоторых заболеваний (остроконечные кондиломы) могут отсутствовать вовсе.

- анализ мазков и образцов крови.

- Все инструментальные методы исследования обладают погрешностью, поэтому диагноз ставится обычно на основании нескольких видов исследований.

- Для изучения лабораторных анализов образцов используются следующие методы:

- микроскопия мазка (прямая и люминесцентная),

- культуральный метод (нанесение образца на питательную поверхность, затем анализ лекарственной устойчивости),

- выявление антигенов к возбудителю (методами ИФА—иммунно-ферментного анализа и ПИФ — прямой иммунофлюоресценцией),

- выявление ДНК возбудителя (методом ПЦР— полимеразной цепной реакции),

- выявление антител в крови (иммунного ответа организма на возбудителя).

Лечение ЗППП.

Лечение, назначенное врачом-дерматовенерологом и начатое своевременно, обычно даёт хорошие результаты. Но если по каким-то причинам болезнь запущена, могут возникнуть осложнения, например: заболевание может стать хроническим, и следовательно, меньше проявляться и трудней лечиться; снижение половой активности, восходящее воспаление половых органов, мочевого пузыря, почек и бесплодие. Известный французский венеролог А. Siboulet еще в 1960-х гг. писал, что не менее половины больных, перенесших гонорею или негонорейный уретрит, страдают неврозами депрессивного типа или обнаруживают особую склонность к ним

Профилактика.

Группа больных ИППП и группа ВИЧ – инфицированных пациентов имеют одни и те же факторы риска (асоциальный образ жизни, беспорядочные половые связи), которые ведут к распространению венерических заболеваний и ВИЧ – инфекции. Следовательно, профилактика классических венерических заболеваний и ИППП нового поколения должна строиться на одних и тех же принципах и должна быть направлена в первую очередь не только на лиц активного сексуального возраста, но и на учащихся различных образовательных учреждений, в том числе на школьников. Необходимо изменить отношение к изучаемой проблеме, сделав акцент на социальную суть и межведомственный подход к её решению.

Существует три уровня контроля ИППП:

1. Предупреждение контакта с возбудителем - первичная профилактика.
2. Выявление и лечение бессимптомных инфекций (предупреждение распространения)- вторичная профилактика.
3. Правильное лечение явных инфекций для предупреждения осложнений- третичная профилактика.

17 января - День профилактики инфекций, передающихся половым

Профилактические меры в борьбе с ИППП.

Основу борьбы с ИППП составляют меры общественной профилактики, направленные на:

- санитарно-просветительскую работу с населением, профилактические осмотры врачами-специалистами,
- ранняя диагностика,
- лечение больных и их партнёров,
- а так же повышение санитарной культуры населения и проведение общих гигиенических мероприятий.

В России существует система мероприятий, направленных на предупреждение распространения ИППП. Сюда относится и система государственной борьбы с венерическими заболеваниями, куда входят

и законодательные меры, и вся система общих лечебных и диспансерно-профилактических мероприятий.

Правовые аспекты.

Для того, чтобы юридически доказать факт умышленного заражения венерической болезнью, лицо, совершившее данное деяние, должно быть осведомлено о наличии у него венерического заболевания. Ранее этот вопрос решался подписанием больным специального «Предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью», введёному в практику приложением 2 приказа МЗ РФ от 27 марта 1998 № 91 «О НЕОТЛОЖНЫХ МЕРАХ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ». Однако, приказом МЗ РФ от 31 мая 1999 № 205 «ОБ ОТМЕНЕ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 27.03.98 № 91» данное приложение отменено, поэтому ныне подписание «Предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью» юридически необоснованно, так как требований о его заполнении в других нормативных документах МЗ РФ, правительственных документах (включая УК) настоящее время не предусмотрено.

Согласно статье 121 Уголовного Кодекса РФ, заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до пяти месяцев, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев. То же деяние, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев либо лишением свободы на срок до двух лет.

Ввиду особой, среди всех ЗППП, опасности ВИЧ-инфекции, заражение ею квалифицируется как самостоятельный состав преступления и карается строже. Статья 122 УК РФ гласит:

«1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией — наказывается ограничением свободы на срок до

трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, — наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

Кроме того, заражение болезнью, передающейся половым путём, квалифицируется как отягчающее обстоятельство при некоторых преступлениях сексуального характера.

Диспансерно – профилактические мероприятия:

1. учёт больных;
2. обязательное лечение больных ИППП;
3. выявление больных, явившихся источником заражения;
4. обследование всех членов семьи больного, а также бывших с ним в контакте лиц;
5. проведение обязательных медицинских осмотров и исследование серологических реакций крови лиц, поступающих на работу, работающих в детских учреждениях, на пищевых предприятиях, в банях, парикмахерских;
6. обязательный анализ крови на RW населения;
7. контроль за лечением больных и строгий учёт больных по составленной инструкции.

Социальная характеристика контингента больных ИППП.

Больные ИПППП представляют собой особую социальную группу, имеющую особенности медико-социальной характеристики, условий и образа жизни. Больные отличаются неразборчивым сексуальным поведением, слабо информированы о путях передачи ИПППП, способах предохранения от заражения. Среди больных ИПППП преобладали мужчины (52,2%), лица со средним специальным и общим средним образованием (65,4% и 70,4%) соответственно. Каждый третий среди венерологических больных не имеет определенных занятий. Частая смена половых партнеров отмечалась в 39,1% случаев среди больных ИПППП

Особенностями социальной характеристики заболевших ИПППП

низкий уровень образования, значительно меньший, по сравнению с популяцией, удельный вес работающих в промышленности и сельском хозяйстве и больший — работающих в сфере обслуживания и неработающих. Большинство больных ИПППП не состоит в зарегистрированном браке, среди состоящих в браке более четверти вступали в брак неоднократно. Значительное число больных курит, злоупотребляет алкоголем, употребляет наркотики, имеет судимости. По уровню материального благосостояния и жилищным условиям больные практически не отличаются от населения в целом.

По возрасту сексуального дебюта больные ИПППП не отличаются от популяции. Среди заболевших можно выделить две группы больных: первая (58,6%) - это пациенты, которые за всю жизнь имели не более 3 половых партнеров, в том числе 17,8% - всего одного, и вторая (12,6%) - это больные, отличающиеся сексуальной неразборчивостью и имеющие многочисленные половые связи.

В первой группе больных преобладают женщины, во второй - мужчины. 16,6% больных не вели регулярную половую жизнь, в то время как 17,3% отличались сексуальной активностью, многие имели опыт орального и/или анального секса. На наличие внебрачных связей указали 29,5% женатых мужчины 10,6% замужних женщин. Каждый пятый женатый мужчина пользовался услугами проституток. Среди женщин, лечившихся в КВД, лишь 1,2% занимались коммерческим сексом.

Многие больные плохо информированы о путях передачи ИППП и способах первичной профилактики. Респонденты часто видят опасность там, где ее нет, и, наоборот, не знают о реально существующей опасности. 68,7% заболевших не использовали какие-либо средства предохранения от заражения, в основном из-за доверия партнеру. Большинство понимает тяжесть своего заболевания и возможные последствия. Почти 40% респондентов не знают источник заражения. Больные плохо информированы о мерах по предупреждению заражения окружающих, многие их не соблюдают. Женщины чаще заражаются от постоянного полового партнера или мужа, не предохраняются, доверяя партнеру, лучше информированы о средствах предохранения, более серьезно относятся к возможности заболеть ИППП.

5. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Дайте понятие определению инфекций передающихся половым путем.
- 2) Перечислите 22 болезни, которые относятся к ЗППП и делятся на 3 группы, согласно классификации ВОЗ.
- 3) Опишите темпы прироста заболеваемости.
- 4) Назовите особенности течения ИППП.
- 5) Перечислите факторы, влияющие на распространение ИППП.
- 6) Расскажите о путях передачи ИППП.
- 7) Опишите клинические проявления ИППП.
- 8) Перечислите основные симптомы и признаки ИППП.
- 9) Назовите профилактические меры по борьбе с ИППП.
- 10) Перечислите правовые аспекты.
- 11) Назовите особенности социальной характеристики заболевших ИППП.

6. Задания для самостоятельной работы:

- 1) Найти лишнее слово
- 2) Указать верны или не верны ли суждения
- 3) Сопоставить термин с определением

Тема 5. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ, ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И Е, ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ.

1. Цель занятия:

Знать такие понятия как, кишечные инфекции, токсикоинфекции, вирусные гепатиты А и Е, пищевые отравления, иметь представление о социально-медицинских и психологических проблемах людей с данными заболеваниями, знать подходы к профилактике кишечных инфекций, токсикоинфекций, вирусных гепатитов А и Е и пищевых отравлений, способы передачи данных заболеваний, задачи социальной работы с такими больными.

Уметь применять данные знания на практике.

Владеть основами консультирования населения по вопросам профилактики кишечных инфекций, токсикоинфекций, вирусных гепатитов А и Е, пищевых отравлений.

2. Вопросы для обсуждения:

1. История пищевых отравлений
2. Характеристика группы кишечных инфекций, токсикоинфекций, вирусных гепатитов А и Е, пищевых отравлений. Условия социального характера способствующие возникновению и распространению кишечных инфекций.
3. Роль социального работника в системе профилактики возникновения и распространения кишечных инфекций.

3. Глоссарий:

Пищевые токсикоинфекции - это болезни, вызываемые совместным действием бактерий и их токсинов (эндотоксинов), образующихся в результате размножения и отмирания бактерий как в пищевых продуктах, так и в желудочно-кишечном тракте человека.

Пищевые отравления – это преимущественно остро протекающие заболевания, вызываемые употреблением пищи, массивно обсемененной микробами или содержащей токсические вещества.

Токсикозы - это острые заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей токсины и различные микроорганизмы, при этом *сам возбудитель в пище может отсутствовать*.

Пищевые отравления микробной природы - острые желудочно-кишечные заболевания, возникающие при употреблении продуктов питания, инфицированных некоторыми микроорганизмами или содержащих их токсины.

4. Основное содержание:

1)История пищевых отравлений:

Пищевые отравления были распространены во все периоды развития человеческого общества. Многочисленные ограничения в потреблении тех или иных продуктов, упоминающиеся во многих документах древности, свидетельствуют, что ценой большого числа жертв люди приходили к правильному определению вредности продукта или вида пищи. Еще на заре современной цивилизации возникла необходимость при убое животных отличать больных от здоровых, чтобы не допустить использование некачественного мяса для питания. В Древнем Египте существовала каста жрецов, которые определяли пригодность животных для получения от них мяса на пищевые цели. Связь между здоровьем населения и качеством пищи понимали народы эллино-римской цивилизации. Некоторые элементы санитарной гигиены питания получили отражение в работах ученых того времени (Гиппократ, Демокрит, Цельсий, Гален). Так еще Ксенофонтом (400 лет до н.э.) дано классическое описание вспышки пищевых отравлений медом. Гиппократ и его ученики свидетельствовали об опасности употребления в пищу угрей. Плиний младший указывал на возможность отравления рыбой. Александр Македонский запрещал в походных условиях употребление рыбы. В Древней Греции существовал закон, запрещающий торговцам рыбой садиться до тех пор, пока рыба не будет распродана; указания об пищевых отравлениях имеются и у Галена.

Известны факты проведения определенных санитарно-гигиенических мероприятий в древнейшие времена народами Закавказья

зья (Грузия, Армения, Азербайджан), Средней Азии и сопредельных с ними стран – Ирана, Аравии и др. Не случайно в древней медицине вопросам питания уделялось большое внимание (Абу-Али-Хусейн-Сина, Махмуд-Ибн-Ильяс, Мехитар, Гораций, Хонели и др.). Многие факты, дошедшие до нас в документах разных эпох убедительно свидетельствуют о распространении массовых пищевых отравлений. Особенно часто это происходит в периоды войн, когда люди питались случайной пищей, нередко длительно хранившейся и подвергшейся той или иной степени порчи. Так, в эпосе киргизского народа упоминаются отравления пищевыми продуктами воинов Манаса Великодушного.

В Германии в IX веке были известны отравления кровяной колбасой, в связи с чем под страхом строгих наказаний запрещалось употребление в пищу кровяных колбас. Поэтому в середине века в ряде городов Европы был организован элементарный санитарный надзор за продажей пищевых продуктов. В России данным вопросам так же уделялось значительное внимание.

В древнерусском литературном произведении «Домострой» отведено много места проблеме питания – обработке и хранению пищевых продуктов, их качеству.

В начале XVII века, в 1624 г. царь Михаил Федорович издал указ-память «для смотрения за печением и продажей хлеба». В 1629 г. были даны указания об упорядочении торговли пищевыми продуктами, закреплении ее на определенных местах с тем, чтобы каждым продуктом торговали в определенном ряду.

Указами Петра I предписывалось торговцам съестными припасами носить «кафтаны белые полотняные», а полки и скамьи, на которых торгуют, покрывать холщовыми покрывалами и «около шалашей иметь чистоту». В 1713 г. Петр I сенатским решением запретил продажу «худого мяса». В инструктивном письме от 1722г. он требовал наблюдения за мясниками и указывал, что лиц, виновных причислять к преступникам – бить кнутом и ссылать на каторгу.

В XVIII веке в России проводится ряд оздоровительных мероприятий, даются указания по борьбе с эпидемиями, впервые предпринимается попытка регламентировать питание в госпиталях и в детских

учреждениях (воспитательном доме) и др. В это же время издается ряд медицинских сочинений, содержащих сведения о пищевых продуктах, их качестве. В 1745 г. выходит сочинение «Юности честное зерцало», где наряду с правилами поведения молодежи в обществе приведены сведения и о питании.

Однако мероприятия в области гигиены питания вплоть до середины XVIII века носили характер санитарного надзора, профилактики.

Первым, кто установил связь пищевых отравлений с употреблением мяса больных животных, был Боллингер. В 1876 г. на основе изучения большого количества фактического материала (17 вспышек при 2400 пострадавших) показал несомненную корреляцию между возникновением отравлений с заболеваниями убойных животных. Однако Боллингеру не удалось раскрыть характер и сущность этой связи. Это восполнил в 1888 г. А. Гертнер, который впервые выявил бактериальную природу пищевых отравлений. Он выделил, во время вспышки пищевого отравления в г. Франкенгаузене, из органов умершего человека и из мяса прирезанной больной энтеритом коровы микрорганализм одного вида.

Значительный вклад в изучение пищевых отравлений людей внес Ван Эрменгам, который в 1897г. расшифровал причину наиболее опасного отравления людей – ботулизма, выделив микроб, получивший название *botulus*, что означает колбаса.

Повышенный интерес средств массовой информации и общественности к проблеме безопасности продуктов питания был спровоцирован произошедшими недавно одно за другим драматическими событиями: вспышкой инфекции, вызванной *E coli*, в Шотландии, когда из 501 заболевшего 20 человек погибли, и кризисом, причиной которого стали губчатая энцефалопатия и новый вариант болезни Крейтцфельда-Якобса.

2. Характеристика группы кишечных инфекций, токсикоинфекций, вирусных гепатитов А и Е, пищевых отравлений. Условия социального характера способствующие возникновению и распространению кишечных инфекций.

По международной классификации болезней пищевые отравления выделены в отдельную группу заболеваний. К ним относятся пре-

имущественно остро протекающие заболевания, вызываемые употреблением пищи, массивно обсемененной микробами или содержащей токсические вещества.

Согласно классификации пищевых отравлений, принятой в 1981 г. и построенной по этиопатогенетическому принципу, пищевые отравления по этиологии разделяют на 3 группы:

1. Микробные.
2. Немикробные.
3. Неустановленной этиологии.

Пищевые отравления составляют группу довольно распространенных заболеваний, при этом подавляющее большинство приходится на долю микробных пищевых отравлений (до 95-97% всех случаев).

Идентификация

Из всех случаев пищевой инфекции, приведших к вспышке заболевания, только часть является лабораторно подтвержденной, и только в ряде случаев идентифицирован пищевой способ заражения, а более чем в 90% пищевых отравлений источник инфекции остается невыясненным

Дети младше 5 лет, особенно зимой, часто страдают диареей, вызываемой ротавирусом, который не передается с пищей. И распространенный возбудитель диареи у детей *Shigella sonnei* обычно передается от человека к человеку.

Уточнить диагноз можно, выяснив, с кем вместе больной ел и как себя чувствуют его соотрапезники.

Недостаток сведений о масштабах заболеваний. Случаи пищевого отравления возросли с 15 000 случаев, зафиксированных в начале 80-х годов, до более 60 000 в 1996 многие люди, пережившие нетяжелую инфекцию, не обращаются за медицинской помощью, а если и обращаются, то врач зачастую не сообщает об этих случаях из-за опасения спутать пищевую инфекцию с другими факторами, вызывающими желудочно-кишечное заболевание. тенденция к росту пищевых инфекций свидетельствует о существовании серьезной проблемы

Пищевые отравления микробной природы — острые желудочно-кишечные заболевания, возникающие при употреблении продуктов

питания, инфицированных некоторыми микроорганизмами или содержащих их токсины.

Пищевые отравления микробного происхождения:

а) часто носят массовый характер, охватывая большие группы людей, связанных общим источником питания;

б) в отличие от кишечных инфекций эти заболевания имеют короткий инкубационный период (исчисляемый часами);

в) не передаются от больного человека здоровому (не контагиозны), имеют только пищевой путь передачи.

По патогенезу микробные пищевые отравления разделяют на 3 группы: 1. Токсикоинфекции.

2. Интоксикации (токсикозы).

3. Смешанной этиологии (миксты). Это деление объясняется принципиальными отличиями в механизмах возникновения (патогенезе), особенностями течения заболеваний, различаются также меры их профилактики.

Пищевые отравления микробной природы. В настоящее время в этой группе заболеваний на долю пищевых отравлений микробного происхождения приходится 85—95%.

Пищевые отравления бактериального происхождения протекают по типу токсикоинфекций и токсикозов (интоксикаций). Пищевые токсикоинфекций возникают при употреблении пищи, содержащей массивные количества размножившихся в ней живых микроорганизмов. Пищевые токсикозы связаны с действием на организм токсинов (экзотоксинов) некоторых микроорганизмов, размножившихся в пище.

Пути заражения пищевых продуктов микроорганизмами и их токсинами вследствие санитарных и технологических нарушений производства, транспортировки, хранения и реализации продуктов.

Продукты животного происхождения (мясо, яйца, рыба) могут быть поражены еще при жизни животного (в случаях инфекционных заболеваний или бактерионосительства у животных).

Смерть от кишечной инфекции, причем 22% из них пришлось на сальмонеллез. Более 75% скончавшихся от КИ — люди старше 65 лет.

Хотя смертность от этих заболеваний, «которые проходят сами по себе», составляет малую часть общей смертности, нельзя пренебрегать профилактическими мерами, тем более что предотвратить такие инфекции гораздо легче, чем смерть от болезней более сложной этиологии.

Клинические проявления и возможный источник заражения при наиболее распространенных пищевых отравлениях:

Возбудитель, симптомы

Campylobacter Диарея (кровавая), боли в животе, лихорадка

Clostridium perfringens Диарея, боли в животе

Cryptosporidium Диарея, метеоризм

Salmonella sp (кроме typhi и paratyphi) Диарея, повышение температуры тела, длительная боль в животе

E. coli (non VTEC) Диарея

E.coli (VTEC) Диарея, рвота, боли в животе, кровь в кале/моче, почечная недостаточность

Почти в 10% случаев заражения развивается гемолитико-уремический синдром Дети и пожилые люди составляют группу риска

Возможный источник заражения, инкубационный период:

Домашняя птица, сырое молоко 2—5 дней

Приготовленное красное мясо, домашняя птица 8—18 часов

Вода 7—10 дней

Домашняя птица, яйца, красное мясо, молочные продукты 2—48 часов

Салаты, сырое молоко, овощи, сыр 24—48 часов

Полусырое мясо, сырое молоко, сыр 24—36 часов

Типичными симптомами пищевого отравления служат диарея, тошнота и боли в животе. Для установления диагноза необходимо провести микробиологическое исследование, но предположительно выявить причину можно и на основе симптомов, времени их появления и анамнестических данных Для успешного лечения микробиологический диагноз, как правило, не нужен. Однако для выявления возможного вторичного распространителя инфекции и принятия соответствующих гигиенических мер необходимо проводить микробиологическое исследование при обнаружении случаев заболевания среди

продавцов продуктов питания, работников здравоохранения, маленьких детей, пожилых людей в домах престарелых, умственно отсталых или пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, а также людей, не соблюдающих нормы личной гигиены.

Пищевые отравления очень часто случаются в дороге. При этом необходимо отправить кал не только на бактериологическое исследование, но и на выявление паразитов и их яиц.

Кроме того, если пациент захочет подать в суд на владельца ресторана, продавца или туристическую фирму, ему понадобится микробиологическое подтверждение инфекционного заболевания.

Пищевые токсикоинфекции – это болезни, вызываемые совместным действием бактерий и их токсинов (эндотоксинов), образующихся в результате размножения и отмирания бактерий как в пищевых продуктах, так и в желудочно-кишечном тракте человека. Отравления обусловлены двумя группами веществ: а) являющимися структурными компонентами бактериальной клетки; б) продуктами жизнедеятельности бактериальной клетки. К их числу относятся: термолабильные и термостабильные токсины усиливающие секрецию жидкости и солей в просвет желудка и кишечника, а также цитотоксин, повреждающий мембраны эпителиальных клеток и нарушающий их белково-синтетические процессы. Согласно классификации, принятой в нашей стране, в число возбудителей пищевых токсикоинфекций включена значительная группа микроорганизмов. В первую очередь это хорошо изученные бактерии рода *Salmonella*, энтеропатогенные (вызывающие заболевание) сероварианты *E.coli*, бактерии рода *Proteus*, а так же еще недостаточно изученные бактерии этого же семейства родов: *Hafnia*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Yersinia*. Сюда же относятся спорообразующие анаэробные (*Cl. perfringens*) микроорганизмы. В эту группу входят галофильные вибрионы (*Vibrio para haemolyticus*), а так же бактерии рода *Campylobacter*.

Пищевые токсикозы обусловлены действием экзотоксинов, выделяемых микроорганизмами. Эти токсины накапливаются в продуктах питания и могут вызывать заболевания человека без участия самих микроорганизмов. К числу возбудителей пищевых токсикозов относят энтеротоксигенные штаммы *Staph.aureus*, спорообразующие

анаэробы *Cl.botulinum* и аэробные (*Bacillus cereus*) энтерококки (*Str.faecalis*). А также грибы родов: *Aspergillus*, *Fusarium*, *Claviceps* и др.

Сравнительная характеристика экзо- и эндотоксинов

Экзотоксины

1. Легко проникает в окружающую среду из микробных клеток.
2. Яды высшей активности
3. В химическом отношении представляет собой белки.
4. Термолабильны.
5. Разрушаются протеолитическими ферментами..
6. Под воздействием формалина переходят в анатоксины. Формалин мало понижает токсичность

Эндотоксины

1. Прочно связаны с телом микробной клетки.
2. Менее ядовиты
3. Чаще липосахариды в соединении с белком.
4. Термостабильны
5. Сравнительно устойчивы к действию протеолитических ферментов
6. Формалин мало понижает токсичность

Механизм действия экзотоксинов проявляется вмешательством в работу определенных функций, тканевых клеток или в разрушении некоторых субклеточных структур. . Примером первого может служить дифтеритический токсин, продуцируемый *Cog.diphtheriae*. Он влияет на процессы синтеза ДНК, РНК и белка клетки. Подавление этих процессов происходит в результате того, что токсин инактивирует фермент трансферазу II. А так как этот фермент способствует переносу растущей полипептидной цепи с одной молекулы т-РНК на другую на поверхности рибосом, то разрушение трансферазы II и останавливает синтез белка. Примером разрушения субклеточных структур бактериальным токсином может служить токсин *Cl.perfringens*. По своей природе это лецитиназа. Она расщепляет лецитин, являющийся важным структурным компонентом клеточной мембраны. Его расщепление приводит к разрушению мембраны разнообразных тканевых клеток, что возможно и является причиной распада тканей при газо-

вой гангрене. Лецитиназу продуцируют и микроорганизмы родов *Bacillus*, *Staphylococcus*, входящие в группу пищевых токсикозов.

Эндотоксины - представители группы пищевых токсикоинфекций (например: *E.coli*, *Sal.typhimurium*, *Cl.perfringens*), а так же возбудители холеры и бактериальной дизентерии продуцируют энтеротоксины (entero - кишка), которые специфически действуют на эпителий кишечника. Эндотоксины выделены из всех патогенных грамотрицательных бактерий. Для токсинов этой группы характерны два типа механизма активности - они вызывают повышение температуры тела (пирогенность) и являются токсичными.

Токсикозы — это острые заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей токсины и различные микроорганизмы, при этом сам возбудитель в пище может отсутствовать. К пищевым бактериальным токсикозам, относятся — ботулизм и стафилококковый токсикоз. При ботулизме опасный токсин может образовываться в любых продуктах при полном отсутствии воздуха. В большинстве случаев болезнь начинается сразу же после попадания токсина в организм. Основные симптомы заболевания — жжение в желудке, тошнота, рвота, понос. Может также начаться двоение в глазах, опущение верхнего века, афония. Продолжительность болезни — 4-8 дней. Смерть наступает от дыхательной недостаточности при ясном сознании. При стафилококковом токсикозе смертельные исходы крайне редки. Как правило, выздоровление наступает через сутки после первых проявлений заболевания, обусловленных внедрением в организм энтеротоксина. Для инкубационного периода характерны — тошнота, рвота, понос может и вовсе отсутствовать.

Пищевой ботулизм. Организм поражается не только токсином, содержащимся в пищевом продукте, но и токсином, который образуется в пищеварительном тракте и тканях в связи с проникновением туда возбудителя. Люди чрезвычайно чувствительны к ботулиническим токсинам типов А, В, С, Е и F. Заболевания наблюдались даже тогда, когда человек брал в рот зараженный продукт, но не проглатывал его. Смертельная доза токсина для человека составляет 1 нг/кг массы тела. Ботулинический токсин быстро всасывается в желудке и кишечнике, проникает в кровь и избирательно действует на ядра про-

долговатого мозга и ганглиозные клетки спинного мозга. Следует отметить, что, попадая в пищеварительный тракт человека или животного, клостридии ботулизма размножаются, проникают в кровь и оттуда во все органы, продуцируя при этом токсины. Инкубационный период у людей варьирует от двух часов до 10 дней, но чаще всего он составляет 18-24 часа. Чем больше инфицирующая доза, тем короче инкубационный период и тем тяжелее протекает заболевание. Летальность составляет 35-85%. Но заболевание не всегда протекает в такой форме.

Стафилококковые пищевые отравления могут возникать при употреблении рыбных продуктов. Вкус и запах консервов, осемененных стафилококком, не изменяются, бомбаж не наблюдается. Источниками заражения пищевых продуктов патогенными стафилококками являются человек и животные. Наиболее частый путь заражения продуктов — воздушно-капельный, поскольку больные стафилококковыми заболеваниями верхних дыхательных путей (ангины, риниты, фарингиты) активно выделяют их в окружающую среду при дыхании, кашле, чихании.

Одним из опасных источников обсеменения продуктов — больные со стафилококковыми поражениями кожи (нагноившиеся порезы, ожоги, ссадины, абсцессы и др.). В этом случае обсеменение продуктов происходит при непосредственном соприкосновении их с пораженными органами или через загрязненные стафилококками оборудование, инвентарь, посуду.

Большое эпидемиологическое значение в распространении стафилококковых пищевых заболеваний имеют люди - бактерионосители. В носоглотке почти каждого второго здорового человека обнаруживается патогенный стафилококк. Не менее важно эпидемиологическое значение кишечной формы носительства стафилококков.

Распространенным источником стафилококковой инфекции являются также животные, больные маститом, гнойными заболеваниями печени, мышц и др. Продукты животного происхождения могут заражаться стафилококками при жизни животных (молоко при мастите вымени) или при разделке туши.

Инкубационный период при стафилококковых интоксикациях обычно составляет 2-4 ч. Внезапно наступают тошнота, рвота, появляются понос, боли в животе, слабость. Температура тела повышается редко. Продолжительность заболевания 1—2 дня.

Немикробные пищевые отравления. Характерными особенностями пищевых заболеваний не бактериальной природы являются преимущественное возникновение их в быту и незначительное число пострадавших. Среди пищевых заболеваний отравления не бактериальной природы составляют 7—15%. Для этих заболеваний характерна высокая летальность, главным образом при употреблении ядовитых грибов и дикорастущих растений.

К этой группе относятся отравления несъедобными ядовитыми продуктами (грибы и дикорастущие растения), пищевыми продуктами, временно ставшими ядовитыми или частично приобретшими ядовитые свойства (соланин картофеля, бобы фасоли, горькие ядра косточковых плодов, органы животных), отравления, вызванные ядовитыми примесями в пищевых продуктах (соли тяжелых металлов, сорняки и ядохимикаты).

3. Роль социального работника в системе профилактики возникновения и распространения кишечных инфекций.

Профилактические мероприятия:

- предупреждение загрязнения пищевых продуктов патогенными микроорганизмами;
- создание условий, ограничивающих жизнедеятельность возбудителей пищевых отравлений;
- обеспечение условий, губительно действующих на возбудителя пищевых заболеваний.

Практика показала, что строгое выполнение комплекса ветеринарно-санитарных и санитарно-гигиенических мероприятий на всех этапах обработки пищевых продуктов — с момента их получения до реализации — обеспечивает защиту пищевых продуктов от загрязнения патогенными микроорганизмами, а широкое использование холода при хранении и тепловая обработка продуктов создают условия, ограничивающие развитие микроорганизмов, или вызывают их гибель.

Перед убоем животного, присмотреться к его состоянию. Когда оно угнетено, вяло, с неохотой двигается, то необходимо подождать с забоем, выяснить причину подобного поведения. Надо помнить, что инструменты для убоя и разделки туши должны быть чистыми, прокипяченными.

После того, как зарезали животное, необходимо как можно быстрее удалить из туши желудочно-кишечный тракт. Установлено, что уже через 40 минут после убоя, микробы, содержащиеся в кишечнике, проникают в кровь, внутренние органы и мышечную ткань. При жизни, у здорового животного, подобного не происходит, так как этому препятствует работа иммунной системы. Место убоя животного должно быть чистым, особенно от пыли и лучше будет если пол, стены или станок будут протерты слабым раствором какого-либо дезинфектанта. Если его нет, то крепким раствором поваренной соли. Это требование объясняется тем, что во внешней среде (пыль, солома и т.п.) очень много бактерий. Следующее требование, которое рекомендуют выполнять, связано с купанием, обтиранием животного перед забоем. На одном квадратном сантиметре кожного покрова может находиться от сотни миллионов до миллиарда микроорганизмов.

При снятии шкуры возможен ее контакт с мясной тушей или внутренними органами, и тогда часть микроорганизмов попадет на них с последующим размножением и заражением получаемых пищевых продуктов. Для того, чтобы избежать подобного обсеменения микробами и рекомендуют обработку кожного покрова. Лучше всего применять 0,5% раствор хлорамина, но и обработка животных просто теплой водой (20-25°C) способствуют снижению содержания бактерий до 200-500 тысяч на см², что в сотни, тысячи раз меньше исходного количества. Еще одна рекомендация, выполнение которой предотвратит попадание микробов в мышечную ткань, а значит и в получаемые из нее пищевые продукты. Желательно проведение убоя животного в спокойных для него условиях. Не надо гонять животное по двору, бить его, подобные действия вызывают у него стресс. Доказано, что в стрессовом состоянии уже при жизни животного из кишечника в мышечную ткань, внутренние органы, кровь, проникают микроорганизмы.

5. Вопросы для самоконтроля:

- 1) Что такое пищевое отравление?
- 2) Пути заражения пищевых продуктов микроорганизмами и их токсинами.
- 3) Сравнительная характеристика экзо- и эндотоксинов
- 4) Охарактеризуйте немикробные пищевые отравления.
- 5) Меры профилактики пищевых отравлений.

6. Задания для самостоятельной работы:

- 1) Игра: команды выбирают «категорию» и «стоимость» вопроса, совещаясь отвечают и набирают баллы.

Тема 6. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ.

1. Цель занятия: Овладение студентами учебным материалом об особо опасных инфекционных заболеваниях, их социально-медицинских аспектах, об организации социальной работы при массовом поступлении инфекционных больных: уметь оперировать основными понятиями темы, знать принципы организации социальной работы при массовом поступлении инфекционных больных.

2. Вопросы для обсуждения:

- 1) Понятие особо опасных инфекций
- 2) Характеристика особо опасных инфекционных заболеваний
- 3) Сущность организации социальной работы при массовом поступлении инфекционных больных

3. Глоссарий.

Особо опасные инфекции (ООИ) — условная группа инфекционных заболеваний, представляющих исключительную эпидемическую опасность.

Оспа натуральная — тяжелая острозаразная болезнь человека.

Полиомиелит - это высокоинфекционное заболевание, вызываемое вирусом, поражающее нервную систему и в течение нескольких часов может вызвать полный паралич.

Тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС) - атипичная пневмония, возбудителем которой является коронавирус ТОРС (SARS-CoV), новый вид коронавирусов.

Чума - острое зооантропонозное инфекционное заболевание человека и некоторых животных, вызываемое чумной палочкой.

Холера - острое инфекционное заболевание человека, вызываемое холерным вибрионом.

Желтая лихорадка – острое инфекционное заболевание, источником которой является больной человек, возбудитель — специфиче-

ский вирус, довольно устойчивый к неблагоприятным условиям внешней среды.

Лихорадка Ласса - Острое инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок с природной очаговостью, характеризуется тяжелым течением, высоким процентом летальных исходов, поражением органов дыхания, почек, ЦНС, миокардитом, геморрагическим синдромом.

Менингококковая инфекция - острое инфекционное заболевание, проявляющаяся разнообразными как по характеру, так и по тяжести, клиническими проявлениями: от назофарингита (воспаление ротоглотки) и простого носительства до генерализованных форм — гнойного менингита (воспаления оболочек головного мозга), менингоэнцефалита (воспаление как оболочек мозга, так и самого мозга) и менингококкемии (тотальное поражение крови и всех систем органов).

4. Основное содержание.

1) Понятие особо опасных инфекций и группы особо опасных инфекционных заболеваний.

Есть болезни, одно лишь название которых вызывает у нас трепет. Медики относят их в особую категорию, называемую «особо опасные инфекции», или ООИ.

Особо опасные инфекции (ООИ) — условная группа инфекционных заболеваний, представляющих исключительную эпидемическую опасность. Перечень и меры профилактики распространения ООИ были закреплены в Международных медико-санитарных правилах (ММСП), принятых 22-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ 26 июля 1969 года

Существует перечень особо опасных инфекций, созданный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а также меры профилактики, прописанные в одном из базовых документов этой организации – «Международных медико-санитарных правилах». Современная

редакция этого документа вступила в силу в 2007 году, и ее правила обязали соблюдать 194 государства.

Действующий перечень этих заболеваний разделен на две группы. В первой находятся болезни, которые являются необычными и могут оказывать серьезное влияние на здоровье. Сюда относятся:

- оспа,
- полиомиелит (вызванный диким полиовирусом),
- ТОРС (тяжелый острый респираторный синдром).

Во вторую группу попали болезни, все случаи которых оцениваются как опасные и потенциально угрожающие человечеству в целом, поскольку данные заболевания имеют тяжелые последствия для здоровья людей, и способны стремительно распространяться в мировом масштабе. Это:

- легочная форма чумы,
- холера,
- желтая лихорадка,
- лихорадки Ласса, Маргбург, Эбола, Западного Нила, денге,

Рифт-Валли,

- менингококковая инфекция.

Последние три заболевания относят к инфекциям, опасным в региональных масштабах. У европейцев, к слову сказать, лихорадка денге протекает с менее выраженными симптомами и без гемморагических проявлений, да и переносчиков болезни (комары вида *Aedes aegypti*) в Европе просто нет. То же можно сказать и о менингококковой инфекции.

Важно отметить, что в список попала только одна форма чумы – легочная, потому что она очень быстро передается от одного больного к другому, то есть обладает сильной инвазивностью. Кашляющий человек распространяет на 5 метров вокруг себя опасные бактерии, которые оседают на окружающих предметах; учитывая почти 100% восприимчивость к вибриону и его живучесть, вероятность возникновения эпидемии очень велика.

Натуральная оспа, кстати, снова была возвращена в этот список, как потенциальное биологическое оружие. Кроме этого один из

штаммов вируса все еще поражает обезьян и ничего не мешает ему снова однажды мутировать, превратившись в ООИ.

В новой редакции появились и пункты, согласно которым, например, ВОЗ может делать заключения не только на основе данных, предоставленных государствами, но и из СМИ (не все государства готовы делиться информацией об опасных инфекциях – например, в КНР изначально замалчивались случаи атипичной пневмонии).

Кроме инфекций, перечисленных в вышеупомянутом перечне, существуют так называемые «карантинные инфекции», список которых определяется отдельно взятым государством, регионом, городом или даже отдельным населенным пунктом.

Определены также правила для лечебных учреждений и медиков, которые выявили на своей территории особо опасные инфекции.

2) Характеристика некоторых опасных и особо опасных инфекционных заболеваний человека.

Оспа

Оспа натуральная — тяжелая острозаразная болезнь человека.

Возбудитель оспы — особый вид фильтрующегося вируса. Он паразитирует внутри-клеточно, но содержится также в гнойничках и оспенных корочках. Единственный источник инфекции — больной человек в течение всего периода заболевания вплоть до отторжения корочек. Инфекция передается от больного сначала воздушно-капельным путем, затем — через гной и отторгающиеся корочки, через предметы обихода, игрушки, вещи и т. д. Восприимчивость ранее не болевших и не привитых людей является всеобщей. Перенесенное заболевание оставляет прочный пожизненный иммунитет.

Инкубационный период длится 12-15 дней. Симптомы: озноб, очень высокая температура тела, головная боль, головокружение, рвота, потеря аппетита, запор; характерны боли в пояснице и особенно — в крестце; возможны потеря сознания, бред, одышка.

После некоторого снижения температуры по всему телу выступает мелкоточечная пятнистая сыпь, особенно обильная на лице и кистях. Подобные высыпания покрывают слизистые оболочки рото-

вой полости, носа, конъюнктиву обоих глаз. Вследствие этого у больного затрудняется носовое дыхание, развиваются светобоязнь, слезо- и слюнотечение, появляются охриплость, кашель.

Сыпь очень быстро трансформируется в уплотнения, затем в пузырьки и гнойнички, которые, подсыхая, образуют корочки. Вслед за этим появляется зуд кожи и слизистых оболочек. Больные, не выдерживая зуда, сдирают корочки, под которыми образуются кровоточащие и нагнаивающиеся язвочки. После отторжения корочек остаются красноватые пятна, со временем приобретающие бурый оттенок, а в тех местах, где кожные поражения были наиболее глубокими, образуются округлой формы рубцы (оспины), сохраняющиеся всю жизнь.

В результате поражения конъюнктивы может наступить слепота. Такова типичная клиническая картина натуральной оспы. Однако заболевание может протекать по-разному.

Специфического лечения оспы пока не существует. Назначение антибиотиков препятствует развитию гнойных процессов, возможных при осложнении заболевания вторичной инфекцией.

Полиомиелит

Полиомиелит - это высокоинфекционное заболевание, вызываемое вирусом. Он поражает нервную систему и в течение нескольких часов может вызвать полный паралич. Вирус попадает в организм через рот и размножается в кишечнике. Первоначальными симптомами являются высокая температура, усталость, головная боль, тошнота, ригидность шеи и боль в конечностях. Один из 200 случаев инфицирования приводит к необратимому параличу (обычно ног). Из таких парализованных 5%–10% умирают в результате иммобилизации дыхательной мускулатуры.

В препаралитической стадии может быть эффективным введение иммуноглобулина (по 0,3-0,5 мл/кг массы больного). В острой фазе применяют противоотечные, седативные, болеутоляющие, антигипоксанты, витамины группы В, антибиотики (при бактериальных осложнениях). Для предупреждения контрактур следует укладывать больного на жесткий матрац без подушки, ноги должны быть вытянуты, стопы фиксированы в нормальном положении шиной. При нарастании

паралича дыхательной мускулатуры больного переводят на искусственную вентиляцию легких. В восстановительном периоде широко используют антихолинэстеразные препараты (прозерин), ноотропы, адаптогены, дибазол, глютаминовую кислоту, применяют массаж, лечебную физкультуру, физиотерапию, санаторно-курортное лечение.

Прогноз при тяжелых бульбарных и спинальных параличах очень серьезный. При благоприятном течении у переболевших формируется инвалидность из-за стойких атрофических параличей.

ТОРС

Тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС), более известен как SARS, пурпурная смерть, также, в СМИ — атипичная пневмония — первый случай заболевания зарегистрирован в ноябре 2002 года в китайской провинции Гуандун. На данный момент известно, что возбудителем ТОРС является коронавирус ТОРС (SARS-CoV), новый вид коронавирусов. В процессе размножения вирус разрушает клетки лёгочных альвеол. Уровень смертности от ТОРС — около 10 %.

Вначале власти КНР скрывали сообщения о вспышке новой инфекции, однако эпидемия быстро распространилась на соседние Гонконг и Вьетнам в конце февраля 2003 и далее на другие страны и континенты. Последний случай заболевания ТОРС был зафиксирован в июне 2003. Всего было отмечено 8437 случаев заболевания, из которых 813 закончились летальным исходом.

В России был выявлен только один случай заболевания ТОРС, заболевший Денис Сойников был помещён в больницу Благовещенска 8 мая и выписан 11 июня 2003 года.

Чума

Острое зооантропонозное инфекционное заболевание человека и некоторых животных, вызываемое чумной палочкой.

Клинически чума характеризуется общей резкой интоксикацией, тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы и местными проявлениями, которые зависят от места внедрения возбудителя.

Формы протекания чумы: легочная (поражение легких); бубонная (поражение лимфатических узлов); кожно-бубонная (карбункулы и кожные язвы с поражением лимфатических узлов).

Карбункул — это острое гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки, исходящее из волосяных мешочков и сальных желез.

Все формы заболевания без специального лечения быстро приводят к смерти.

В России носителями чумной инфекции являются суслики, крысы и другие грызуны.

Наличие природных очагов чумы в России (прикаспийского и забайкальского), рост международных связей, использование современных средств сообщения вынуждают в настоящее время поддерживать постоянную противоэпидемическую настороженность.

Лечение: антибактериальные препараты, выбор и пути введения которых, так же как объем терапии в целом, определяются формой заболевания, тяжестью его протекания, характером осложнений.

Холера

Острое инфекционное заболевание человека, вызываемое холерным вибрионом. Клинически выраженная форма заболевания характеризуется внезапным возникновением обильных жидких испражнений и рвоты, приводящих к резкому обезвоживанию и обессоливанию организма, нарушению кровообращения, прекращению мочеотделения, снижению кожной температуры, появлению судорог, цианоза (синеватое окрашивание кожи и слизистых оболочек), глубокому нарушению обмена веществ и угнетению функции центральной нервной системы вплоть до развития комы.

Во внешнюю среду возбудители холеры попадают с испражнениями, реже — с рвотными массами людей.

Основной путь распространения холеры — через зараженную воду, а также употребление загрязненной пищи, несоблюдение правил личной гигиены. Способствуют распространению инфекции также мухи.

Лечение: часто заболевание протекает бессимптомно или со слабыми жидкими испражнениями, практически не требуя лечения. В

более тяжелых случаях лечение в первую очередь направлено на восстановление водно-солевого баланса, т. е. больному вводится большое количество водно-солевых смесей и глюкозы разными путями: через рот, с помощью желудочного зонда и внутривенно. Кроме того, чтобы уменьшить потери воды и солей, применяются, обычно через рот, антибиотики.

Желтая лихорадка.

Источником инфекции является больной человек. Возбудитель — специфический вирус, довольно устойчивый к неблагоприятным условиям внешней среды. Переносят возбудителя определенные виды комаров. Путь передачи — трансмиссивный.

Заболевание распространено повсеместно, чаще всего носит спорадический характер. В клинической картине заболевания преобладают симптомы общей интоксикации, лихорадка, желтуха, кровоизлияния, возможно поражение почек.

Специфическое лечение отсутствует.

Лихорадка Ласса

Острое инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок с природной очаговостью, характеризуется тяжелым течением, высоким процентом летальных исходов, поражением органов дыхания, почек, ЦНС, миокардитом, геморрагическим синдромом.

Лихорадка Ласса — острое инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок с природной очаговостью, характеризуется тяжелым течением, высоким процентом летальных исходов, поражением органов дыхания, почек, ЦНС, миокардитом, геморрагическим синдромом.

Симптомы: повышенная температура тела; слабость и недомогание; головная, мышечная боли, тошнота, рвота, диарея, кашель, возможны боли в области живота.

В тяжелых случаях возможны: отеки лица; жидкость в легочных кавернах; кровотечения изо рта, носа, ЖКТ, вагины; низкое кровяное давление.

На последних стадиях болезни могут возникать шок, конвульсии, тремор, дезориентация и кома. У четверти пациентов наступает глухота, хотя затем у половины из них через пару месяцев слух восстанавливается.

Лечение

Все больные лихорадкой Ласса обязательно госпитализируются в специализированные инфекционные отделения с режимом строгой изоляции. Для специфической терапии можно ввести 250—500 мл плазмы реконвалесцентов, переболевших лихорадкой Ласса, ее следует вводить в первую неделю заболевания. При введении плазмы в более поздние сроки состояние больного может даже ухудшиться. При осложнениях показаны антибиотики, кортикостероиды. Также разрабатываются этиотропные средства и вакцинные препараты.

Менингококковая инфекция

Острое инфекционное заболевание, проявляющаяся разнообразными как по характеру, так и по тяжести, клиническими проявлениями: от назофарингита (воспаление ротоглотки) и простого носительства до генерализованных форм — гнойного менингита (воспаления оболочек головного мозга), менингоэнцефалита (воспаление как оболочек мозга, так и самого мозга) и менингококкемии (тотальное поражение крови и всех систем органов).

При своевременно начатом лечении прогноз при менингококковой инфекции благоприятный. Однако и в настоящее время летальность остается высокой и составляет в среднем около 5%. Прогноз зависит от возраста ребенка и формы заболевания (чем больше и глубже поражены системы органов, тем хуже прогноз). Чем меньше возраст ребенка, тем выше летальность.

После перенесенной менингококковой инфекции длительное время сохраняются остаточные явления в виде угнетения мозговых функций, угнетении психосоматического состояния, снижении активности и развитии астении, иногда в виде легкой симптоматики, реже формируется эпилепсия и эпилептиформные расстройства сознания, снохождение, вздрагивание при засыпании и пробуждении.

При поздно начатом лечении возможны отставание в умственном развитии, глухота, частичная атрофия зрительного нерва (слепота или значительное снижение остроты зрения) и формирование гидроцефалии (нарушение оттока жидкости от головного мозга, приводящее к нарушению его работы).

3) Сущность организации социальной работы при массовом поступлении инфекционных больных

В системе противозидемических мероприятий особое место занимают раннее активное выявление инфекционных больных или подозрительных на инфекционное заболевание, своевременная диагностика, оказание неотложной помощи и эвакуация в инфекционные стационары.

Выявление больных. При возникновении эпидемических вспышек инфекционных заболеваний раннее активное выявление инфекционных больных должно быть организовано по территориальному признаку медицинским персоналом, формирующимся на базе медицинских пунктов, с проведением опроса населения и осмотра больных или подозрительных на инфекционное заболевание.

Эффективность противозидемических мероприятий в отношении инфекционных больных в значительной степени определяется своевременностью и правильностью диагностики. В большинстве случаев диагностика вспышек инфекционных заболеваний не представляет для больших затруднений, особенно в период ее разгара и поступления больных с характерными клиническими проявлениями заболевания.

Однако могут встречаться эпидемические вспышки заболеваний, менее известных широкому кругу специалистов, таких, как кишечные (холера, псевдотуберкулез), природно-очаговые и трансмиссивные (лептоспироз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз, малярия, сыпной тиф и др.), не исключен занос и опасных геморрагических лихорадок (Эбола, Ласса, Марбург и др.). Кроме того, в крупных городах при авариях канализационных и водопроводных систем, в регионах с теплым и жарким климатом и в сельской местности не исключено появление

эпидемических вспышек сочетанных кишечных инфекций (шигеллез, брюшной тиф, вирусный гепатит, холера и др.), при которых клиническая картина заболеваний не укладывается в какую-либо одну нозологическую форму.

Сортировка больных на догоспитальном этапе.

Важнейшее условие правильной организации лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий - осуществление медицинской сортировки инфекционных больных. Сортировка инфекционных больных на амбулаторно-поликлиническом этапе должна предусматривать выделение однородных групп больных.

Оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе должно проводиться всем больным в тяжелом состоянии.

Эвакуация больных в стационар.

При эпидемической вспышке моноинфекции (заболевание, вызываемое одним видом микроорганизмов) очередность эвакуации зависит от тяжести состояния больных: в первую очередь с учетом транспортабельности эвакуации в инфекционный стационар подлежат тяжелые больные, затем среднетяжелые и легкие больные.

При эпидемической вспышке в первую очередь эвакуируются тяжелые больные и все зараженные высококонтагиозными заболеваниями и имеющие признаки поражения органов дыхания. Больные в состоянии средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения эвакуируются во вторую очередь, все остальные категории больных - в третью очередь. Лечение больных легкими формами контагиозных, малоконтагиозных и неконтагиозных инфекций может в зависимости от обстоятельств проводиться в домашних условиях с использованием этиотропной терапии (это лечение, направленное на устранение причины возникновения заболевания).

Организация приема инфекционных больных в стационар.

Прием больных должен проводиться по принципу пропускной системы полного разобщения больных с различными инфекционными заболеваниями. Дежурный по контрольно-пропускному пункту лечебного учреждения, проверив медицинские документы и убедив-

шись, что больные прибыли по назначению, докладывает заведующему приемного отделения.

Больных распределяют по установленному в приемном отделении диагнозу или начальным клиническим признакам заболевания. При установлении этиологии заболевания больных распределяют по нозологическому принципу. Прием больных каждого потока (группы больных) проводят раздельно. С этой целью выделяют смотровые с отдельным входом и санитарные пропускники. Размещение помещений должно обеспечивать полную изоляцию между потоками и группами больных. Больные в тяжелом состоянии и с риском развития тяжелых осложнений, нуждающиеся в неотложной помощи, направляются в отделение (блок, палату) интенсивной терапии и реанимации, где их размещают в зависимости от вида инфекции в отдельных палатах (полубоксах).

Медицинская сортировка больных в лечебных отделениях.

На основании поставленного диагноза все поступившие направляются в лечебные отделения для однотипных (по нозологической форме и тяжести состояния) больных. При наличии диагностического отделения больного в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до установления нозологического диагноза (до трех суток), после чего переводят в профильное отделение (палату). При отсутствии диагностического отделения больного помещают в отдельную палату.

Медицинская сортировка инфекционных больных в профильных отделениях проводится таким образом, чтобы вновь поступающие больные не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями.

Специалист по социальной работе выполняет следующие функции:

Интегративные функции:

-Участие в разработке региональных комплексных целевых программ по профилактике инфекционных заболеваний среди населения на основе федеральной программы.

-Участие в реализации программ по раннему выявлению инфекционных больных (организация массовых осмотров, диспансеризации выявленных больных).

-Организация медико-социальной экспертизы инфекционных больных.

-Определение оснований для признания гражданина инвалидом.

Медико-ориентированные функции:

-Ранняя диагностика инфекционных заболеваний у различных групп населения путем участия в проведении массовых медицинских осмотров.

-Предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности от инфекционных болезней и их последствий, внедрение и использование современных эффективных методов и технологий лечения инфекционных болезней.

-Медицинский патронаж больных с инфекционными заболеваниями.

-Пропаганда медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

Социально-ориентированные функции:

-Определение потребности больного в различных видах социальной защиты.

-Содействие пациенту в реализации его прав, предоставление интересов в органах власти.

-Участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве.

Таким образом, функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным включают: диагностику социальных и психологических проблем больных инфекционными заболеваниями, а также членов их семей; информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе; предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с инфекционным заболеванием; участие в проведении мероприятий по их со-

циальной защите; обучение родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

5. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Дать определение понятию «особо опасные инфекции»
- 2) Базовый документ, в котором закреплен перечень особо опасных инфекционных заболеваний. Дата его принятия.
- 3) Почему в список особо опасных инфекционных заболеваний попала только одна форма чумы – легочная?
- 4) Какие еще существуют особо опасные инфекции, список которых не указан в базовом документе и определяется отдельно взятым государством, регионом, городом или даже отдельным населенным пунктом?
- 5) Какие последствия для здоровья могут наступить у человека, болеющего оспой, в результате поражения конъюнктивы?
- 6) Высокoinфекционное заболевание, которое в течение нескольких часов может вызвать полный паралич.
- 7) Сколько случаев заболевания ТОРС (Тяжёлый острый респираторный синдром) было выявлено в России?
- 8) Носителями какой инфекции в России являются суслики и крысы?
- 9) Возбудители какой инфекции во внешнюю среду попадают с испражнениями, реже — с рвотными массами людей?
- 10) В результате какой инфекции при поздно начатом лечении возможны отставание в умственном развитии, глухота, частичная атрофия зрительного нерва?
- 11) Назвать важнейшее условие правильной организации лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий.
- 12) Что такое моноинфекция?
- 13) Рассказать об очередности эвакуирования больных при эпидемической вспышке.
- 14) Что такое этиотропная терапия?
- 15) Перечислить интегративные функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

16) Перечислить медико-ориентированные функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

17) Перечислить социально-ориентированные функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

6.Задания для самостоятельной работы

1) Ответить на вопросы теста по пройденной теме (задание по группам)

2) Разгадать кроссворд по данной теме (задание по группам)

Тема 7. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ ТРАНСМИССИВНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И С БОЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЕЙ ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ КОНТАКТНО-БЫТОВЫМ ПУТЕМ.

1. Цель занятия:

Изучить трансмиссивные и контактно-бытовые инфекции, механизмы их распространения,

знать основы социальной работы с больными трансмиссивными инфекциями и с больными инфекцией передающимися контактно-бытовым путем.

2. Вопросы для обсуждения:

1) Трансмиссивные инфекции. Механизм распространения трансмиссивных инфекций. Краткая характеристика наиболее распространенных трансмиссивных инфекций

2) Инфекции, передающиеся контактно-бытовым путем.

3) Социальная работа с больными трансмиссивными инфекциями и с больными инфекцией передающимися контактно-бытовым путем.

3. Глоссарий:

Трансмиссивные инфекции - заболевания, передающиеся через кровь в основном через укусы кровососущих насекомых (вши, москиты, клопы, клещи, комары, паразиты), поражающие людей и животных.

Контактно-бытовой путь - это заражение при тесном бытовом контакте: через вещи личного и общего пользования или при непосредственном контакте с больным или с его выделениями.

4. Основное содержание.

1) Трансмиссивные инфекции.

Инфекционные болезни, возникающие при укусах кровососущих насекомых, во время которых происходит заражение возбудителями этих заболеваний, называются трансмиссивными. В большинстве своем это природно-очаговые инфекции, т. е. инфекции, распространенные на территориях, ограниченных местом обитания переносчиков (кровососущих насекомых). Трансмиссивные инфекции встречаются в районах, где обитают их переносчики. Такие районы называются эндемическими по какому-либо заболеванию, распространенному в данном регионе.

Трансмиссивные болезни включают более 200 нозологических форм, вызываемых вирусами, бактериями, риккетсиями, простейшими и гельминтами. Часть из них передаётся только с помощью кровососущих переносчиков (облигатные трансмиссивные болезни, например сыпной тиф, малярия и др.), часть различными способами, в том числе и трансмиссивно (например, туляремия, заражение которой происходит при укусах комаров и клещей, а также при снятии шкурок с больных животных).

В передаче возбудителей трансмиссивных болезней участвуют специфические и механические **переносчики**. В специфических переносчиках возбудитель либо размножается и накапливается (например, вирусы в теле клещей), либо созревает до **инвазионной** стадии (например, личинки филярий в комарах, мошках, слепнях, малярийные плазмодии в теле комаров). Как размножение, так и развитие возбудителей в теле специфических переносчиков может происходить только при достаточно высокой, строго определённой температуре для каждой пары паразит — переносчик. Так, половое размножение, или спорогония, возбудителя трёхдневной малярии продолжается 19 дней при 20 °С и 6½ дней при температуре 30 °С, и только после этого в слюнных железах переносчика появляется инвазионная стадия паразита — спорозоит.

В организме механических переносчиков возбудители не развиваются и не размножаются. Попавший на хоботок, в кишечник или на поверхность тела механического переносчика возбудитель передается непосредственно (при укусе) либо путем контаминации ран, слизистых оболочек хозяина или пищевых продуктов. Самыми распростра-

ненными механическими переносчиками являются мухи семейства *Muscidae*, которые известны как переносчики вирусов, бактерий, простейших, гельминтов. Неодинаковая активность переносчиков в разное время года по-разному влияет на уровень заражаемости и заболеваемости людей. В организме переносчиков прослеживается специфический цикл размножения и накопления возбудителя (у вши — при сыпном и возвратном тифе, у блохи — при чуме, у комара — при малярии). Наконец, возбудитель может длительно сохраняться в организме членистоногих, передаваясь потомству через откладываемые яйца (трансовариально). Таким путем передается от одного поколения клещей другому вирус клещевого энцефалита.

Краткая характеристика наиболее распространенных трансмиссивных инфекций.

Геморрагическая лихорадка - группа вирусных заболеваний с выраженной природной очаговостью. Проявления: лихорадка, мелкие кровоизлияния, головные и мышечные боли, бессонница. Резервуар вируса и источник заражения для человека - грызуны и клещи.

Энцефалит (от греч. encephalos - головной мозг) - воспаление головного мозга, сопровождающееся повышением температуры, головной болью, параличами, расстройствами сознания. Вызывается вирусами (первичный, эпидемический энцефалит) либо является осложнением других инфекционных заболеваний.

Сыпной тиф - острое инфекционное заболевание человека: лихорадка, поражение сердца, сосудов, центральной нервной системы, сыпь. Вызывается риккетсиями; передается вшами.

Ку-лихорадка (риккетсиоз Q) - острая инфекционная болезнь человека и животных, вызываемая риккетсиями. Симптомы: головная боль, слабость, бессонница, боли в мышцах, очаговая пневмония. У животных протекает бессимптомно. Человек заражается от животных.

Чума - карантинная болезнь человека, вызываемая чумной бактерией. Характерны природная очаговость; передача главным образом от больных животных (через блох) и воздушно-капельным путем; лихорадка, интоксикация, бубоны, пневмония.

Туляремия - острая инфекционная природно-очаговая болезнь животных (чаще овец, пушных зверей) и человека. Симптомы: у жи-

вотных чаще скрытое течение болезни, у человека - поражения легких, лимфатических узлов, кишечника. Заражение - от больных грызунов.

Малярия - инвазионное заболевание человека, вызываемое плазмодиями. Переносчики - малярийные комары. Характерны приступы лихорадки, анемия.

Лейшманиозы - заболевания человека и животных, вызываемые лейшманиями и передающиеся через москитов. Различают две формы лейшманиоза человека: лейшманиоз кожный и лейшманиоз внутренних (висцеральный).

2) Инфекции, передающиеся контактно-бытовым путем.

Контактно-бытовой путь передачи, т. е. заражение за счет общих предметов обихода (игрушки, посуда и т. д.), реализуется лишь при неблагоприятном стечении обстоятельств, прежде всего в детских учреждениях, в которых не соблюдается предусмотренный необходимый санитарно-гигиенический режим. Контактно-бытовая передача при кишечных инфекциях, поскольку объекты внешней среды загрязнены небольшим количеством фекальных масс и, соответственно, небольшой дозой возбудителя, по-видимому, имеет значение в распространении лишь некоторых (но не всех) кишечных инфекций. При действии контактно-бытовой передачи обязательно должна быть очаговость (как уже говорилось, вероятность заражения контактно-бытовым путем зависит от тесноты общения), а так же медленное и не очень мощное развитие эпидемического процесс.

Чем менее оперативно удаляются из популяции источники инфекции и чем хуже санитарно-гигиенические условия, тем вероятнее развитие заболеваемости за счет контактно-бытового пути передачи.

Контактно-бытовой путь передачи делится:

* прямой контакт - (от источника к хозяину) - в том числе заболевания, передающиеся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию;

* косвенный контакт - (через промежуточный объект) - это могут быть руки (при раневой инфекции, кишечных инфекциях) или раз-

личные предметы, в том числе и медицинского назначения (при гнойно-воспалительных заболеваниях и парентеральных гепатитах).

Сокращения заболеваний, передающихся контактно-бытовым способом, можно добиться повышением гигиенической культуры людей, укреплением нравственности и морали, стимулированием общественной нетерпимости ко всем проявлениям антикультуры, нарушению этических норм и правил (важный элемент в этом процессе — образование и воспитание детей и подростков, привитие им культуры здоровья и здорового образа жизни).

3) Социальная работа с больными трансмиссивными инфекциями и с больными инфекцией передающимися контактно-бытовым путем.

Значительный объем помощи лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим и может оказываться социальными работниками. Они организуют и осуществляют мероприятия, обеспечивающие психологическую и социальную помощь больным с инфекцией, включая мероприятия по уменьшению дискриминации, паллиативную помощь, заботу о детях-сиротах и других членах семей инфекционных больных, включая оказание медико-социальной помощи на дому (совместно со специалистами муниципальных амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений, центров социального обслуживания населения, общественных организаций).

Специалист по социальной работе выполняет следующие функции:

7. Осуществляет информирование и обучение населения и больных инфекцией по вопросам профилактики, диагностики и лечения инфекции.

8. Принимает участие в формировании у пациентов приверженности к лечению.

9. Информировует клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе.

10. Предоставляет информацию клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с инфекционным заболеванием.
11. Участвует в проведении мероприятий по их социальной защите.
12. Обучает родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

Профилактика большинства трансмиссивных болезней проводится путем уменьшения численности переносчиков. При природно-очаговых трансмиссивных болезнях нередко более эффективными являются мероприятия по снижению численности резервуара — диких животных — источников возбудителей (например, грызунов при чуме и пустынном кожном лейшманиозе; применение защитной одежды и репеллентов, в ряде случаев — вакцинация (например при туляремии, желтой лихорадке); и химиопрофилактика (например, при сонной болезни). Большое значение имеют проведение мелиоративных работ, создание вокруг населённых пунктов зон, свободных от диких грызунов и переносчиков возбудителей трансмиссивных болезней.

4.Задания для самостоятельной работы

- 1) Решить кроссворд.
- 2) «Своя игра»: группы выбирают «категорию» и «стоимость» вопроса, отвечая правильно, зарабатывают баллы.
- 3) Составить загаданный по теме термин из букв.
- 4) Составить ребус по любому термину, встретившемуся в данной теме.

Тема 8. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ПАРАЗИТАРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

1.Цель занятия:

Изучить паразитарные инфекции, механизмы их распространения.

Знать основы социальной работы с больными паразитарными инфекциями.

2.Вопросы для обсуждения:

1)Паразитарные инфекции. Краткая характеристика наиболее распространенных паразитарных инфекций.

2)Механизм распространения паразитарных инфекций.

3)Социальная работа с больными паразитарными инфекциями.

3.Глоссарий:

Паразитарные инфекции - группа заболеваний, вызываемых паразитами — гельминтами и членистоногими.

Паразит- организм, живущий за счет другого организма, который называется хозяином паразита, и согласующий свою физиологию с его физиологией.

4. Основное содержание.

1)Паразитарные инфекции.

Паразитарные болезни (син. **инвазионные болезни**) — группа заболеваний, вызываемых паразитами — гельминтами и членистоногими.

Хотя паразитарные болезни являются частью инфекционных, обычно их разделяют, и рассматривают **инфекционные болезни** как заболевания, вызванные одноклеточными организмами (**вирусы, бактерии, грибы, простейшие**). Строго говоря, вирусы относятся к неклеточной форме организации материи. Возбудители паразитарных

болезней — многоклеточные животные — различные **гельминты** и **членистоногие**. Среди членистоногих болезни человека могут вызывать некоторые патогенные и условно-патогенные клещи (**Акариазы**, **Арахнозы**), насекомые (**Энтомозы**), язычковые (**Лингватулидозы**) и, редко, многоножки (**Myriapodiasis**). Среди членистоногих преобладают эктопаразиты. Паразитические черви вызывают у человека различные **гельминтозы**: сосальщики вызывают **трематодозы**, ленточные черви — **цестодозы**, скребни — **акантоцефалёзы**, круглые черви — **нематодозы**, пиявки — **гирудиоз**. В качестве случайных паразитов у человека встречаются иногда и Волосатики **Nematomorpha**. Среди червей преобладают эндопаразиты.

Паразиты бывают временными (пиявки, многие кровососущие членистоногие) и постоянными (чесоточные клещи, вши, гельминты). Часто к числу паразитарных болезней ошибочно прибавляют и **протозойные инфекции** (**малярия**, **токсоплазмоз** и т. д.).

Жизненный цикл многих паразитов очень сложен. Возбудители ряда паразитарных болезней (например, **дифиллоботриоза**, **малярии**, **тениоза**) для завершения своего развития используют двух, а иногда и трех хозяев — животных различных видов.

Острицы. Острица — круглый глист, который обитает в толстом кишечнике человека, является наиболее распространяемым инвазирующим паразитом. Установлено, что почти 30% всех детей в мире инвазировано острицами, независимо от социального и экономического положения. Могут быть инвазированы целые семьи. Из-за сходства с короткими обрывками белых ниток для шитья их также называют кишечными **иглицами**.

Острицы чрезвычайно стойки и могут выживать неделями в грязи, домашней пыли, в обивке, в покрывалах на постелях, в белье, на игрушках и даже на **мехе** домашних животных. Дети заражаются острицами после контакта с загрязненными предметами. Яйца могут передаваться через пищу или через загрязненный предмет, если он попадает в рот. Плохое мытье рук, пренебрежение гигиеническими навыками вызывает быстрое распространение яиц остриц. По ночам, когда ребенок спит, самки остриц выползают из кишечника через анус, от-

кладывают яйца на кожу вокруг анального отверстия, а затем умирают.

Сразу после заражения дети легко передают остриц незараженным детям при близком контакте или через общую пищу и белье. Дети продолжают повторно самозаражаться, расчесывая область вокруг прямой кишки, где отложены яйца остриц, затем через прикосновение или через предметы яйца попадают в рот.

Наиболее очевидными симптомами инвазии острицами являются сильный зуд вокруг анального отверстия ребенка и дискомфорт. Иногда самки глистов, которые выползают из ануса ночью, остаются на пижаме или на постельном покрывале и обнаруживаются утром.

Анкилостома. Яйца анкилостомы созревают в почве, загрязненной экскрементами человека или животных, содержащими паразитов. Когда ребенок ходит босиком позагрязненной почве, анкилостома может проникнуть в организм через кожу ребенка. Анкилостома затем попадает в кровоток ребенка и заносится в легкие, откуда выкашливается в глотку и проглатывается. Она постепенно попадает в тонкий кишечник ребенка, где, используя крюкообразные приспособления, внедряется в кишечную стенку. Анкилостома живет в кишечнике, высасывая кровь своего «хозяина». Сразу после заражения ребенок может передать анкилостому незараженным детям при близком контакте или через общую еду.

В некоторых случаях первым признаком анкилостомозной инвазии является раздражение и воспаление вокруг места проникновения. Если кишечная инвазия протекает в средней или тяжелой форме, у ребенка могут появиться *лихорадка, понос, боль в животе*. Печень может увеличиться в размерах и стать чувствительной при пальпации. Может развиваться легкая *анемия* (низкий уровень железа в крови), могут воспалиться дыхательные пути, так как глисты проходят через легкие.

Личинки анкилостом проникают через кожу ребенка и бесцельно блуждают в ней, вызывая кожный синдром миграции личинок. Это приводит к сильному зуду и появлению выпуклых, воспаленных полос на коже. Если инвазия сильная, может иметь место потеря веса, раздражительность и бессонница.

Аскарида. Аскарида является паразитом, напоминающим земляного червя. Она распространяется через почву, загрязненную экскрементами человека или животных, куда взрослые глисты отложили яйца. В тех областях, где обработка сточных вод и удаление нечистот являются примитивными, от 60% до 100% детей заражаются аскаридами. Если ребенок инфицирован, он может заразить здоровых детей при близком контакте или через общую пищу. Инвазия аскаридами проходит 2 фазы. В первой фазе личинки аскарид мигрируют через кровоток в легкие. Вторая фаза наблюдается после того, как зараженный ребенок откашливает и затем проглатывает личинки. Личинки затем проходят через пищеварительную систему в тонкий кишечник, где они вылупляются и созревают аскариды. Взрослые глисты скручиваются в узлы и зарываются в стенки кишечника ребенка.

Сильно инвазированные дети не имеют отчетливых симптомов. Однако у ребенка могут появиться *кашель*, небольшая *лихорадка* и симптомы *воспаления легких* во время миграции личинок аскарид через легкие. Иногда у ребенка могут быть несильные *боли в животе*.

БОЛЕЕ РЕДКИЕ ГЛИСТНЫЕ ИНВАЗИИ

Власоглав. Подобно большинству других глистных инвазий, власоглав распространяется через контакт с почвой или водой, загрязненной экскрементами человека или животных, содержащими паразита, или при близком контакте с зараженным. В большинстве случаев власоглав не вызывает симптомов, но изредка ребенок может страдать от *поноса* или от *боли в животе*.

Лентец (цепень, солитер). Цепни могут обнаруживаться у зараженных свиней, у крупного рогатого скота или у рыб. Если свинина, говядина или рыба плохо проварены, яйца цепня не погибают и проглатываются вместе с едой. Постепенно они вылупляются, и глисты поселяются в кишечнике ребенка, где конкурируют с организмом ребенка за необходимые питательные вещества. Слабая инвазия цепнем редко сопровождается симптомами. Тяжелая инвазия вызывает усиление аппетита, потерю веса и слабость.

Трихинеллез. Трихинеллез вызывается — трихинеллой спиралис — глистом, выявляемым у зараженных животных, особенно у свиней. Если зараженное мясо не полностью проварено или прожаре-

но, яйца трихинелл не погибают. Они проглатываются вместе с мясом, превращаясь в зрелые формы, которые живут в организме около 6 недель. Новые яйца откладываются глубоко в слизистую оболочку кишечника и затем разносятся кровотоком через печень в легкие, сердце и по всему телу. Личинки трихинелл постепенно пробуравливают мышечные волокна. Легкие случаи трихинеллеза могут не вызывать симптомов. Более тяжелые, длительные инвазии (от 2 до 3 недель без лечения) вызывают *лихорадку*, болезненность, *головную боль*, мышечную боль, вздутие живота, потерю аппетита, тошноту и *рвоту*.

ПАЗАРИТАРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ МИКРООРГАНИЗМАМИ

Лямблиоз. В любое время приблизительно 7% всех американцев имеют лямблиоз — инвазию кишечного тракта микроорганизмами. Некоторые медицинские эксперты полагают, что лямблии изменяют структуру слизистой оболочки кишечника, конкурируют с организмом за питательные вещества, раздражают кишечник и понижают собственную функцию кишечника.

Лямблиоз может не вызывать симптомов, но ребенок может страдать от *нарушения всасывания в кишечнике*, особенно от непереносимости лактозы, что проявляется *болью в животе*, *поносом* и потерей веса. Симптомы обычно появляются приблизительно через 2 недели после инвазии и могут длиться около 2 месяцев, если инвазию не лечить.

Заражение лямблиями легко происходит через загрязненные экскременты, которые содержат паразитов. Такое заражение часто имеет место в семьях или учреждениях, особенно в детских садах и школах, где дети имеют тесные контакты с носителями. Если ребенок заражен, он может передать лямблии незараженным детям при тесном контакте или через общую пищу.

Малярия. Малярия вызывается микроорганизмом, который передается через укус комара — носителя этого микроорганизма. Плазмодии попадают в кровотоки и путешествуют по всему телу, вызывая *лихорадку*, недомогание, *головную боль*, озноб, *боль в суставах* и мышцах. Кроме того, могут наблюдаться увеличение селезенки, поте-

ря аппетита, *рвота* или *понос*. У маленьких больных детей может быть **желтуха** или они могут быть очень бледными. Если малярия запущена и протекает в тяжелой форме, ребенок может страдать от *анемии* (снижение количества эритроцитов), тромбоцитопении (см. *заболевания крови*) и бреда, у него может проявляться состояние *шока* или *комы*. Может наступить смерть. Комары, носители малярии, не встречаются в США, но путешествующие по миру должны соблюдать осторожность и применять антималярийные препараты при путешествии в эндемичные области.

Бабезиоз. Бабезиоз является паразитарной инфекцией, вызываемой микроорганизмом *Babesia*. Бабезия передается при укусе клеща и распространяется по организму через кровотоки. У детей обычно не развивается бабезиоз до тех пор, пока не снижается их резистентность к инфекции из-за удаления селезенки.

Обычно зараженные дети могут не иметь симптомов заболевания, но чаще симптомы сходны с теми, которые бывают при малярии, включая лихорадку, недомогания, апатичность и гемолитическую анемию (см. *анемия гемолитическая*).

Амебиаз. Амебиаз — инфекция, вызываемая микроскопическим организмом, называемым амебой, может развиваться только в кишечнике или вовлекать другие органы, наиболее часто — печень. Ребенок заражается амебой, проглатывая почву или воду, загрязненные экскрементами человека или животных, инфицированных этим микроорганизмом. После заражения ребенок может передать амеб незараженным детям при тесном контакте.

Симптомы кишечной инвазии могут не проявляться, или ребенок может страдать от *болей в животе*, кровавого *поноса*, незначительной лихорадки и слабости. Симптомы инвазии печени те же, что и при кишечной инвазии, а также могут появляться повышенная температура, озноб, увеличение, болезненность и нарушение функции печени.

2) Механизмы передачи паразитарных инфекций.

Источником возбудителя инвазии является больной либо паразитоноситель (человек или животные) — хозяин паразита. При некоторых паразитарных болезнях хозяин паразита может служить источником инвазии для самого себя (например, повторное заражение острицами при привычке грызть ногти, под которыми у людей, больных **энтеробиозом**, могут быть яйца остриц).

Проникновение возбудителей паразитарных болезней в организм человека происходит через естественные отверстия, чаще через рот, иногда через мочеиспускательный канал, половые органы, через кожу. Возбудители передаются с пищей и водой (большая часть гельминтозов, **кантариаз**, **миазы** и др.), через членистоногих переносчиков (**филяриатозы**), при контакте с больным человеком (**чесотка**), соприкосновении с почвой (**анкилостомоз**), а также воздушно-пылевым путём (например, **аскаридоз**).

Клиника паразитарных болезней проявляется в широком диапазоне от субклинической до тяжёлой. Некоторые паразитозы не оказывают фактического влияния на жизнь и здоровье человека, другие нередко угрожают жизни (**трихинеллёз**, **эхинококкоз**, малярия) и значительно ухудшают здоровье (**филяриатозы**, **шистосомозы**).

Паразитарные заболевания могут быть вызваны как патогенными бактериями, так и паразитическими простейшими, паразитическими членистоногими, вирусами, паразитическими червями. Паразиты, как у человека, так и у животного могут поразить любую часть организма, даже глаза и мозг.

Пути заражения паразитами различны:

- Через пищеварительный тракт с немытыми овощами, фруктами, ягодами, плохо прожаренным мясом и рыбой, через заражённую воду или почву, контакт с животными (например: в 1 г кошачьих фекалий содержится до 20 миллионов цист токсоплазм; эхинококкозы передаются с меховыми изделиями), при не соблюдении санитарно-гигиенических правил (как населения, так и продавцов, работников пищевой промышленности и общественного питания). Часто на одной буханке хлеба из уличной палатки можно обнаружить яйца нескольких видов гельминтов.

- При вдыхании пыли с яйцами или цистами паразитов.

- Паразиты могут активно пробуравливать покровы и внедряются через них. Так, личинки шистосомов, пробуравливая кожу, попадают в организм человека во время купания в пресноводных водоемах.

- Трансмиссивный (через укусы насекомых). Комары являются переносчиками малярии, филяриатоза и других паразитов.

- От человека к человеку (чесотка, энтеробиоз и др.), в частности, во время беременности от матери к плоду (токсоплазмоз).

- Заражение тропическими паразитарными болезнями.

3) Социальная работа с больными паразитарными инфекциями.

ПРОФИЛАКТИКА. Дети должны быть приучены к мытью рук немедленно после игр вне дома, должны избегать брать в рот пальцы или трогать рот руками. Они должны носить обувь все время, когда гуляют по незнакомым местам или в местах, где есть возможность загрязнения необработанными сточными водами. Почва может быть исследована санитарными службами, если подозревается инвазия паразитами. Должны начаться процедуры по очистке почвы, если в ней обнаруживаются паразиты. Если почва загрязнена, дети должны играть на других участках. Насекомые — носители паразитов, такие как клещи, должны уничтожаться немедленно.

Невозможно полностью предотвратить инвазию острицами среди детей. Однако содержание рук и ногтей ребенка в порядке и чистоте поможет предотвратить распространение остриц также, как привычка мыть руки перед едой и после мочеиспускания и дефекации.

Мясо и рыба должны быть хорошо проварены для еды (температура в центре куска мяса или рыбы должна достигать по крайней мере 66° С).

Перед путешествием в другие страны желательно проконсультироваться с врачом, чтобы можно было принять соответствующие предупредительные меры для исключения паразитарной инвазии. При путешествии за границу, где санитарные правила ненадежны, необходимо пить только кипяченую или разлитую по бутылкам воду, нельзя

есть необработанную термически пищу (такую, как салаты). Фрукты необходимо тщательно мыть.

Значительный объем помощи лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим и может оказываться социальными работниками. Они организуют и осуществляют мероприятия, обеспечивающие психологическую и социальную помощь больным с инфекцией, включая мероприятия по уменьшению дискриминации, паллиативную помощь, заботу о детях-сиротах и других членах семей инфекционных больных, включая оказание медико-социальной помощи на дому (совместно со специалистами муниципальных амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений, центров социального обслуживания населения, общественных организаций).

Специалист по социальной работе выполняет следующие функции:

1. Осуществляет информирование и обучение населения и больных инфекцией по вопросам профилактики, диагностики и лечения паразитарных инфекций.
2. Принимает участие в формировании у пациентов приверженности к лечению.
3. Информировует клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе.
4. Предоставляет информацию клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с паразитарным заболеванием.
5. Участвует в проведении мероприятий по их социальной защите.
6. Обучает родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

Таким образом, функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи больным паразитарными инфекциями включают: диагностику социальных и психологических проблем больных паразитарными инфекциями, а также членов их семей; информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе; предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с парази-

тарными инфекциями; участие в проведении мероприятий по их социальной защите; обучение родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

5.Задания для самостоятельной работы

1)Решить кроссворд.

2) «Активити»: группы по очереди объясняют загаданное слово одним из трёх способов: жестами, рисунком, словами. Задача остальных членов группы – отгадать загаданное слово.

3) «Квадрат фортуны»: группы по очереди выбирают квадрат на игровом поле и выполняют задание.

4) Составить загадку по любому термину, встретившемуся в данной теме.

Тема 9. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ. СОЦИАЛЬНАЯ ЗНА- ЧИМОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И САНИТАРНО- ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ. РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РА- БОТНИКА В СОХРАНЕНИИ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ.

1. Цель занятия: Овладение студентами учебным материалом о социально-медицинских аспектах внутрибольничных инфекций, о социальной значимости гигиенического обучения и санитарно-просветительской работы уметь оперировать основными понятиями темы, знать принципы организации социальной работы в сохранении санитарно-эпидемиологического благополучия.

2. Вопросы для обсуждения:

- 1) Понятие внутрибольничных инфекций.
- 2) Причины и факторы высокой заболеваемости ВБИ в лечебных учреждениях.
- 3) Социальная значимость гигиенического обучения и санитарно-просветительской работы.
- 4) Принципы организации социальной работы в сохранении санитарно-эпидемиологического благополучия.

3. Глоссарий

Внутрибольничная инфекция (нозокомиальная, больничная, госпитальная) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания или после выписки из больницы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1979 г.).

Этиологическая природа ВБИ определяется широким кругом микроорганизмов (более 300), которые включают в себя как пато-

генную, так и условно-патогенную флору, граница между которыми часто достаточно размыта.

Основными, имеющими наибольшее значение, возбудителями ВБИ являются:

грамположительная кокковая флора: род Стафилококки (золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк), род Стрептококки (пиогенный стрептококк, стрептококк пневмонии, энтерококк);

грамотрицательные палочки: семейство энтеробактерий, включающее 32 рода, и так называемые неферментирующие граммотрицательные бактерии (НГОб), самым известным из которых является синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa*);

условно-патогенные и патогенные грибы: род дрожжеподобных грибов кандиды (*Candida albicans*), плесневые грибы (аспергиллы, пенициллы), возбудители глубоких микозов (гистоплазмы, бластомицеты, кокцидиомицеты);

вирусы: возбудители простого герпеса и ветряной оспы (герпвирусы), аденовирусной инфекции (аденовирусы), гриппа (ортомиксовирусы), парагриппа, паротита, RS-инфекции (парамиксовирусы), энтеровирусы, риновирусы, реовирусы, ротавирусы, возбудители вирусных гепатитов.

4. Основное содержание.

1) Понятие внутрибольничных инфекций.

Внутрибольничная инфекция (нозокомиальная, больничная, госпитальная) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания или после выписки из больницы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1979 г.).

Несмотря на достижения в здравоохранении проблема внутрибольничных инфекций остается одной из острых в современных усло-

виях, приобретая все большую медицинскую и социальную значимость. По данным ряда исследований, уровень смертности в группе госпитализированных и приобретших внутрибольничные инфекции в 8-10 раз превышает таковой среди госпитализированных без внутрибольничных инфекций.

Ущерб, связанный с внутрибольничной заболеваемостью, складывается из удлинения времени пребывания больных в стационаре, роста летальности, а также сугубо материальных потерь. Однако существует еще и социальный ущерб, не поддающийся стоимостной оценке (отключением больного от семьи, трудовой деятельности, инвалидизация, летальные исходы и пр.). В США экономический ущерб, связанный с внутрибольничными инфекциями, оценивается в 4,5-5 млрд. долларов ежегодно.

Этиологическая природа ВБИ определяется широким кругом микроорганизмов (более 300), которые включают в себя как патогенную, так и условно-патогенную флору, граница между которыми часто достаточно размыта.

Внутрибольничная инфекция обусловлена активностью тех классов микрофлоры, которая, во-первых, встречается повсеместно и, во-вторых, характерна выраженная тенденция к распространению. Среди причин, объясняющих эту агрессивность - значительная природная и приобретенная устойчивость такой микрофлоры к повреждающим физическим и химическим факторам окружающей среды, непритязательность в процессе роста и размножения, тесное родство с нормальной микрофлорой, высокая контагиозность, способность к формированию устойчивости к антимикробным средствам.

Основными, имеющими наибольшее значение, возбудителями ВБИ являются:

- грамположительная кокковая флора: род Стафилококки (золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк), род Стрептококки (пиогенный стрептококк, стрептококк пневмонии, энтерококк);
- грамотрицательные палочки: семейство энтеробактерий, включающее 32 рода, и так называемые неферментирующие гра-

мотрицательные бактерии (НГОБ), самым известным из которых является синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa*);

- условно-патогенные и патогенные грибы: род дрожжеподобных грибов кандиды (*Candida albicans*), плесневые грибы (аспергиллы, пенициллы), возбудители глубоких микозов (гистоплазмы, бластомицеты, кокцидиомицеты);
- вирусы: возбудители простого герпеса и ветряной оспы (герпвирусы), аденовирусной инфекции (аденовирусы), гриппа (ортомиксовирусы), парагриппа, паротита, RS-инфекции (парамиксовирусы), энтеровирусы, риновирусы, реовирусы, ротавирусы, возбудители вирусных гепатитов.

В настоящее время наиболее актуальными являются такие этиологические агенты ВБИ как стафилококки, грамотрицательные условно-патогенные бактерии и респираторные вирусы. Для каждого лечебного учреждения характерен свой спектр ведущих возбудителей ВБИ, который в течение времени может изменяться. Например, в:

крупных хирургических центрах ведущими возбудителями постоперационных ВБИ были золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, энтеробактерии;

ожоговых стационарах – ведущая роль синегнойной палочки и золотистого стафилококка;

детских стационарах большое значение имеет занос и распространение детских капельных инфекций – ветряной оспы, краснухи, кори, эпидемического паротита.

В отделениях новорожденных, для иммунодефицитных, гематологических больных и ВИЧ-инфицированных пациентов особую опасность представляют вирусы герпеса, цитомегаловирусы, грибы рода кандиды и пневмоцисты.

Источниками ВБИ являются больные и бактерионосители из числа больных и персонала ЛПУ, среди которых наибольшую опасность представляет:

медицинский персонал, относящийся к группе длительных носителей и больных стертыми формами;

длительно находящиеся в стационаре больные, которые нередко становятся носителями устойчивых внутрибольничных штаммов.

Роль посетителей стационаров, как источников ВБИ - крайне незначительна.

Пути и факторы передачи ВБИ весьма разнообразны, что существенно затрудняет поиск причин возникновения.

Это контаминированный инструментарий, дыхательная и другая медицинская аппаратура, белье, постельные принадлежности, матрацы, кровати, поверхности “влажных” объектов (краны, раковины и др.), контаминированные растворы антисептиков, антибиотиков, дезинфектантов, аэрозольных и других лекарственных препаратов, предметы ухода за больными, перевязочный и шовный материал, эндопротезы, дренажи, трансплантанты, кровь, кровезамещающие и кровезамещающие жидкости, спецодежда, обувь, волосы и руки больных и персонала.

В больничной среде могут формироваться т.н. вторичные, эпидемически опасные резервуары возбудителей, в которых микрофлора переживает длительное время и размножается. Такими резервуарами могут оказаться жидкие или содержащие влагу объекты – инфузионные жидкости, питьевые растворы, дистиллированная вода, кремы для рук, вода в вазах для цветов, увлажнители кондиционеров, душевые установки, трапы и водяные затворы канализации, щетки для мытья рук, некоторые части лечебно-диагностических приборов и аппаратов, и даже дезинфицирующие средства с заниженной концентрацией активного агента.

В зависимости от путей и факторов передачи ВБИ классифицируют следующим образом:

- воздушно-капельные (аэрозольные);
- водно-алиментарные;
- контактно-бытовые;
- контактно-инструментальные:
 - 1) постинъекционные;
 - 2) постоперационные;
 - 3) послеродовые;
 - 4) постранифузионные;
 - 5) постэндоскопические;
 - 6) посттрансплантационные;

- 7) постдиализные;
- 8) постгемосорбционные.
- посттравматические инфекции;
- другие формы.

Клинические классификации ВБИ предполагают их разделение, во-первых, на две категории в зависимости от возбудителя: болезни, вызываемые облигатно-патогенными микроорганизмами с одной стороны и условно-патогенными, с другой, хотя такое разделение, как отмечалось, в значительной мере условно. Во-вторых, в зависимости от характера и длительности течения: острые, подострые и хронические, в-третьих, по степени тяжести: тяжелые, среднетяжелые и легкие формы клинического течения. И, наконец, в-четвертых, в зависимости от степени распространенности процесса:

1. Генерализованная инфекция: бактериемия (виремия, микемия), сепсис, септикопиемия, инфекционно-токсический шок.
2. Локализованные инфекции:
 - 2.1 Инфекции кожи и подкожной клетчатки (инфекции ран, постинфекционные абсцессы, омфалит, рожа, пиодермия, парапроктит, мастит, дерматомикозы и др.).
 - 2.2 Респираторные инфекции (бронхит, пневмония, легочный абсцесс и гангрена, плеврит, эмпиема плевры и др.).
 - 2.3 Инфекция глаза (конъюнктивит, кератит, блефарит и др.).
 - 2.4 ЛОР-инфекции (отиты, синуситы, риниты, ангина, фарингиты, эпиглоттит и др.).
 - 2.5 Стоматологические инфекции (стоматит, абсцесс, альвеолит и пр.).
 - 2.6 Инфекции пищеварительной системы (гастроэнтероколит, холецистит, абсцесс брюшины, гепатиты, перитонит и др.).
 - 2.7 Урологические инфекции (бактериоурия, пиелонефрит, цистит, уретрит).
 - 2.8 Инфекции половой системы (сальпингоофорит, эндометрит, простатит и пр.).
 - 2.9 Инфекция костей и суставов (остеомиелит, артрит, спондилит и др.).

2.10 Инфекция ЦНС (менингит, миелит, абсцесс головного мозга, вентрикулит).

2.11 Инфекции сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит, перикардит, флебит, инфекции артерий и вен и др.).

Из “традиционных” инфекционных заболеваний наибольшую опасность внутрибольничного распространения имеют дифтерия, коклюш, менингококковая инфекция, эшерихиозы и шигеллезы, легионеллез, хеликобактериоз, брюшной тиф, хламидиозы, листериоз, Нib-инфекция, ротавирусная и цитомегаловирусная инфекция, различные формы кандидозов, грипп и прочие РВИ, криптоспоридиоз, энтеровирусные заболевания.

Огромное значение в настоящее время имеет опасность передачи в ЛПУ гемоконтактных инфекций: вирусных гепатитов В, С, D, ВИЧ-инфекции (при этом страдают не только пациенты, но и медицинский персонал). Особая значимость гемоконтактных инфекций определяется неблагополучной эпидемической ситуацией по ним в стране и растущей инвазивностью медицинских манипуляций.

2) Причины и факторы высокой заболеваемости ВБИ в лечебных учреждениях.

Общие причины:

- наличие большого числа источников инфекции и условий для ее распространения;
- снижение сопротивляемости организма пациентов при усложняющихся процедурах;
- недостатки в размещении, оснащении и организации работы ЛПУ.

Факторы, имеющие особое значение в настоящее время

1. Селекция полирезистентной микрофлоры, которая обусловлена нерациональным и необоснованным применением антимикробных препаратов в ЛПУ. В результате формируются штаммы микроорганизмов в множественной устойчивостью к антибиотикам, сульфаниламидам, нитрофуранам, дезинфектантам, кожным и лечебным антисептикам, УФ-облучению. Эти же штаммы часто имеют измененные

биохимические свойства, заселяют внешнюю среду ЛПУ и начинают распространяться в качестве госпитальных штаммов, в основном вызывающих внутрибольничные инфекции в конкретном лечебном учреждении или лечебном отделении.

2. Формирование бактерионосительства. В патогенетическом смысле носительство – одна из форм инфекционного процесса при которой отсутствуют выраженные клинические признаки. В настоящее время считается, что бактерионосители, особенно среди медицинского персонала, являются основными источниками внутрибольничных инфекций.

Если среди населения носители *S. aureus* среди населения, в среднем, составляют 20-40%, то среди персонала хирургических отделений – от 40 до 85,7%.

3. Рост числа контингентов риска возникновения ВБИ, что во многом, связано достижениями в области здравоохранения в последние десятилетия.

Среди госпитализированных и амбулаторных пациентов в последнее время возрастает доля:

- пожилых пациентов;
- детей раннего возраста со сниженной сопротивляемостью организма;
- недоношенных детей;
- больных с самыми различными иммунодефицитными состояниями;
- неблагополучным преморбидным фоном в связи с воздействием неблагоприятных экологических факторов.

В качестве наиболее значимых причин развития иммунодефицитных состояний выделяют: сложные и продолжительные операции, применение иммуносупрессивных лечебных препаратов и манипуляций (цитостатики, кортикостероиды, лучевая и радиотерапия), длительное и массивное применение антибиотиков и антисептиков, заболевания, ведущие к нарушению иммунологического гомеостаза (поражения лимфоидной системы, онкопроцессы, туберкулез, сахарный диабет, коллагенозы, лейкозы, печеночно-почечная недостаточность), пожилой возраст.

4. Активизация искусственных (артифициальных) механизмов передачи ВБИ, что связано с усложнением медицинской техники, прогрессирующим увеличением числа инвазивных процедур с применением узкоспециализированных приборов и оборудования. При этом, по данным ВОЗ, до 30% всех процедур не являются обоснованными.

Наиболее опасные с точки зрения передачи ВБИ следующие манипуляции:

диагностические: забор крови, зондирование желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкого кишечника, эндоскопии, пункции (люмбальная, стерильная, органов, л/узлов), биопсии органов и тканей, венесекция, мануальные исследования (вагинальные, ректальные) – особенно при наличии на слизистых эрозий и язв;

лечебные: трансфузии (крови, сыворотки, плазмы), инъекции (от п/кожных до в/костных), трансплантация тканей и органов, операции, интубация, ингаляционный наркоз, ИВЛ, катетеризация (сосудов, мочевого пузыря), гемодиализ, ингаляции лечебных аэрозолей, бальнеологические лечебные процедуры.

5. Неправильные архитектурно-планировочные решения лечебных учреждений, что приводит к перекресту “чистых” и “грязных” потоков, отсутствию функциональной изоляции подразделений, благоприятным условиям для распространения штаммов возбудителей ВБИ.

6. Низкая эффективность медико-технического оснащения лечебных учреждений. Здесь основное значение имеют:

недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом, лекарственными препаратами;

недостаточный набор и площади помещений;

нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции;

аварийные ситуации (на водопроводе, канализации), перебои в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении.

7. Дефицит медицинских кадров и неудовлетворительная подготовка персонала ЛПУ по вопросам профилактики ВБИ.

8. Невыполнение персоналом лечебных учреждений правил госпитальной и личной гигиены и нарушения регламентов санитарно-противоэпидемического режима.

3) Социальная значимость гигиенического обучения и санитарно-просветительской работы. Система профилактики ВБИ.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений.

I. Неспецифическая профилактика

1. Строительство и реконструкция стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений с соблюдением принципа рациональных архитектурно-планировочных решений:

- изоляция секций, палат, операционных блоков и т.д.;
- соблюдение и разделение потоков больных, персонала, “чистых” и “грязных” потоков;
- рациональное размещение отделений по этажам;
- правильное зонирование территории.

2. Санитарно-технические мероприятия:

- эффективная искусственная и естественная вентиляция;
- создание нормативных условий водоснабжения и водоотведения;
- правильная воздухоподача;
- кондиционирование, применение ламинарных установок;
- создание регламентированных параметров микроклимата, освещения, шумового режима;
- соблюдение правил накопления, обезвреживания и удаления отходов лечебных учреждений.

3. Санитарно-противоэпидемические мероприятия:

- эпидемиологический надзор за ВБИ, включая анализ заболеваемости ВБИ;
- контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом в лечебных учреждениях;
- введение службы госпитальных эпидемиологов;
- лабораторный контроль состояния противоэпидемического режима в ЛПУ;
- выявление бактерионосителей среди больных и персонала;
- соблюдение норм размещения больных;
- осмотр и допуск персонала к работе;
- рациональное применение антимикробных препаратов, прежде всего – антибиотиков;
- обучение и переподготовка персонала по вопросам режима в ЛПУ и профилактики ВБИ;
- санитарно-просветительная работа среди больных.

4. Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия:

- применение химических дезинфектантов;
- применение физических методов дезинфекции;
- предстерилизационная очистка инструментария и медицинской аппаратуры;
- ультрафиолетовое бактерицидное облучение;
- камерная дезинфекция;
- паровая, суховоздушная, химическая, газовая, лучевая стерилизация;
- проведение дезинсекции и дератизации.

II. Специфическая профилактика

1. Плановая активная и пассивная иммунизация.
2. Экстренная пассивная иммунизация.

4) Принципы организации социальной работы в сохранении санитарно-эпидемиологического благополучия.

Для борьбы с внутрибольничными инфекциями разрабатываются различные мероприятия, носящие в основном медикаментозный

характер (прививки, коррекция иммунологического статуса и прочие дорогостоящие меры).

Основными профилактическими мерами остается соблюдение асептики (использование химических средств для создания чистой, гигиенической среды, в первую очередь исключаящей распространение микробов) и антисептики (использование химических средств для уничтожения микробов или контроля их роста на живых тканях, если они уже там присутствуют).

Кроме этого необходимо совершенствовать систему стерилизации и предстерилизационной очистки, решать проблемы обработки изделий “однократного” применения и совершенствовать контроля качества стерилизации и дезинфекции.

А также:

- раннее и максимально полное выявление больных и носителей среди пациентов и медицинских работников;
- выявление больных с гнойно-воспалительными и другими инфекционными заболеваниями;
- разграничение «потока» пациентов, поступающих в физиологическое отделение роддома, отделение «чистой» и гнойной хирургии;
- своевременная изоляция и перевод больных с ВБИ в соответствующие отделения и палаты;
- организация работы «фильтра» для выявления больных среди медицинского персонала;
- сокращение числа инвазивных вмешательств

5. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Дайте понятие определению внутрибольничная инфекция.
- 2) Чем определяется этиологическая природа внутрибольничных инфекций?
- 3) Что является основными, имеющими наибольшее значение, возбудителями ВБИ?
- 4) Из чего складывается ущерб связанный с внутрибольничной заболеваемостью?

- 5) Кто является источником внутрибольничных инфекций?
- 6) Перечислите пути и факторы передачи ВБИ.
- 7) На какие категории в зависимости от возбудителя делятся ВБИ?
- 8) Что представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий?
- 9) Что включает в себя неспецифическая профилактика?
- 10) Перечислите санитарно-технические мероприятия.
- 11) Перечислите санитарно-противоэпидемические мероприятия.
- 12) Что включает в себя специфическая профилактика?
- 13) Какие мероприятия разрабатываются для борьбы с ВБИ?

6. Задания для самостоятельной работы.

1. Составить тест из 7 тестовых заданий.
2. Ответить на тестовые вопросы составленные другой командой
3. Игра «Кто хочет стать миллионером?»
4. Игра «Крокодил»
5. Викторина «вопрос — ответ».

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулов И.А., Смирнов А.М, Васильев Д.А. Токсикоинфекции, пищевые инфекции и токсикозы микробного происхождения. М. МСХиП РФ 1995.
2. Генис Д. Е. Медицинская паразитология: Учебник. — Изд. 4-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 1991. — 240, [32] с. — (Учеб. лит. Для учащихся мед. училищ). — ISBN 5-225-00866-6
3. Генис Д. Е. Медицинская паразитология. — М.: Медицина, 1979. — 344 с. — 50 000 экз.
4. Генис Д. Е. Медицинская паразитология: Учебник. - Изд. 4-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 1991. — 240, [32] с — (Учеб.лит. Для учащихся мед.училищ). —ISBN 5-225-00866-6
5. Генис Д. Е. Медицинская паразитология. - М.: Медицина, 1979. — 344 с. — 50 000 экз.
6. Горская И.В. Развитие медико-социальной работы в различных сферах здравоохранения. —Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2002.
7. Дерябкин Г.Д. Стафилококки: экология и патогенность. Екатеринбург 2000.
8. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1992.
9. Лобзин Ю.В. Реабилитация и диспансеризация инфекционных больных. - СПб, 1994.
10. Лобзин Ю.В. с соавт. Инфекционные болезни. Справочник для всех. - СПб, 2007.
11. Мазохина – Поршнякова Н.Н. Подавление возбудителей ботулизма в пищевых продуктах. М. Агропромиздат.1989.
12. Миняев В. А. (ред.). Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. — Л., 1991.
13. Официальный интернет-сайт эпидемиологии РФ//Интернет: <http://www.epidemiolog.ru/>

14. Официальный интернет-сайт эпидемиологии РФ//Интернет:
<http://www.epidemiolog.ru/>
15. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 05.10.2004 № 3 “О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями и мерах по их снижению.
16. Приложение N 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам (в ред. Изменений и дополнений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 25.04.2008 N 29)
17. Руководство «Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми с ВИЧ/СПИДом». Под редакцией Д.В. Островского. - РОО «СПИД инфосвязь», 2005.
18. Руководство «Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми с ВИЧ/СПИДом». Под редакцией Д.В. Островского. РОО «СПИД инфосвязь», 2005.
19. Руководство по медицинской энтомологии / Под ред. В. П. Дербеневой-Уховой. - М.: Медицина, 1974. - С. 10. - 360 с.
20. Руководство по медицинской энтомологии / Под ред. В. П. Дербеневой-Уховой. — М.: Медицина, 1974. — С. 10. — 360 с.
21. Семина Н.А., Ковалева Е.П., Фролочкина Т.И. Организация эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в России / Матер. 8 съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. М., 2002.
22. Сорокопуд Ю.В. Педагогика высшей школы. - Ростов н/Д: Феникс, 2011.
23. Социально-медицинская работа: учебное пособие. - Изд.2-е / А.М. Вязьмин; А.Л. Санников, Ж.Л. Варакина и др. – Архангельск: Изд. Северного Государственного Медицинского Университета, 2010. - 408 с.
24. Социально-медицинская работа:уч.пос.-Изд.2-е/А.М. Вязьмин и др.-Архангельск: Изд.Северногогос.мед.ун-та, 2010.-408 с.
25. Социально-медицинская работа:уч.пос.-Изд.2-е/А.М. Вязьмин и др.-Архангельск: Изд.Северногогос.мед.ун-та, 2010.-408 с.

26. Справочник – путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / с 74 под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000 – 1295 с.
27. Тарасов В. В. Эпидемиология трансмиссивных болезней / Рецензенты: акад. РАМН И. В. Тарасевич, акад. РАМНВ. П. Сергиев. — М.: Изд-во МГУ, 2002. — 336 с. — 2000 экз. — ISBN 5-211-04650-1
28. Тарасов В. В. Эпидемиология трансмиссивных болезней / Рецензенты: акад. РАМН И. В. Тарасевич, акад. РАМНВ. П. Сергиев. — М.: Изд-во МГУ, 2002. — 336 с. — 2000 экз. — ISBN 5-211-04650-1
29. Туберкулез: Учебник. – М.: Медицина, 1990. – 304 с. Перельман М. И., Корякин В. А., Протопопова Н. М.
30. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
31. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
32. Чижова В.М., Чумакова М.И., Волчанский М.Е. Модель специалиста по социальной работе в здравоохранении. - Волгоград, 2007.

Приложения.

Тема 3.

Тест.

1. *Первичный туберкулез развивается в результате*

- а) активизации дремлющей инфекции в организме
- б) первого проникновения МБТ в организм человека при несо-
стоятельности его иммунной системы
- в) обострения хронических заболеваний
- г) длительной гормональной терапии

2. *Инфицирование МБТ чаще происходит*

- а) у детей и подростков
- б) у контактных по туберкулезу
- в) у пожилых людей
- г) не зависит от возраста

3. *Как можно выявить инфицирование МБТ*

- а) рентгенологически
- б) томографически
- в) сбор анамнеза
- г) туберкулинодиагностикой

4. *Какие формы первичного туберкулеза существуют*

- а) туберкулезная интоксикация
- б) первичный туберкулезный комплекс
- в) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- г) ответы а,б,в верны

5. *Особенности туберкулезной интоксикации*

- а) самая поздняя из форм первичного туберкулеза с поражением
как лимфоузлов, так и ткани легких
- б) данная форма туберкулеза вызывает стопроцентную смерть в
течение года после появления клиники

в)самая ранняя из форм первичного туберкулеза, не имеет рентгенологических признаков, однако элементы специфического воспаления локализуются во внутригрудных

лимфатических узлах (нельзя выявить рентгенологически из-за малых размеров очагов)

г)нет верного ответа

6. Самая частая форма первичного туберкулеза

а)туб интоксикация

б)инфильтративный туберкулез

в)первичный туберкулезный комплекс

г)туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

7. Какие формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов выделяют

а)первой, второй и третьей стадий

б)инфильтративную и туморозную

в)нодозную и туморозную

г)все верно

8. Как развивается первичный туберкулезный комплекс

а)сначала поражаются внутригрудные лимфоузлы, затем ткань легкого

б)сначала поражается ткань легкого, затем лимфоузлы

в)двумя путями, перечисленными выше ("а" и "б")

г)нет верного ответа

9. Первичный туберкулез обычно возникает в каких отделах легких

а)в хорошо вентилируемых

б)в плохо вентилируемых

в)в верхних долях

г)во всех долях с равной частотой

10. Какие компоненты первичного тубкомплеса вы знаете

- а) первичный аффект, туберкулез регионарного лимфоузла и связующий их лимфангит
- б) первичный аффект и лимфангит
- в) лимфангит и туберкулез регионарного лимфоузла
- г) нет верного ответа

11. Что такое очаг Гона

- а) это исход туберкулезной интоксикации
- б) исход с калицинацией после перенесенного туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- в) результат обратного развития первичного тубкомплекса, с образованием фиброза и гиалиновой капсулы, которая окружает легочной компонент ПТК
- г) все верно

12. Когда развивается реинфекционный первичный туберкулез

- а) при неадекватной антибиотикотерапии туберкулеза
- б) при утрате нестерильного противотуберкулезного иммунитета в результате биологического излечения
- в) при повторном инфицировании МБТ
- г) нет верного ответа

13. По какой причине возможно развитие параспецифических реакций (нодозная эритема, фликтена, аллергический плеврит и другие)

- а) из-за токсического действия продуктов жизнедеятельности МБТ
- б) из-за экзотоксинов МБТ
- в) из-за токсического действия антибиотиков при лечении туберкулеза
- г) во всех долях с равной частотой

14. Какие рентгенологические стадии первичного тубкомплекса вы знаете

- а) первичный аффект, туберкулез регионарного лимфоузла и связующий их лимфангит
- б) пневмоническая, рассасывания и уплотнения, петрификации
- в) первичный аффект, уплотнение, петрификация
- г) нет верного ответа

Правильные ответы:

- 1-б
- 2-а
- 3-г
- 4-г
- 5-в
- 6-г
- 7-б
- 8-в
- 9-а
- 10-а
- 11-в
- 12-б
- 13-а
- 14-б

Тема 4.

1) Найти лишнее слово:

- 1. а) бактерии, б) вирусы, в) простейшие, г) дрожжевые грибы, д) членистоногие
- 2. а) СПИД; б) Гепатит В; в) Цитомегалия; г) Мочеполовой хламидиоз; д) Лямблиоз
- 3. а) Сифилис; б) Гонорея; в) Шанкроид; г) Лимфогранулематоз паховый; д) Гранулема венерическая
- 4. а) Лобковый педикулез –фтириаз; б) Сепсис новорожденных; в) Чесотка; г) Генитальный контагиозный моллюск; д) Мочеполовой микоплазмоз

5. а) иммигранты; б) беженцы; в) персонал гостиниц, воздушных линий, международного транспорта; г) сезонные рабочие; д) туристы
6. а) проститутки; б) гомосексуалисты; в) наркоманы; г) моряки; д) бродяги.

Ответы:

1.- возбудители ИППП

2. г) Мочеполовой хламидиоз (с преимущ. Поражением других органов)

3.- классические венерические заболевания

4. б) Сепсис новорожденных (с преимущ. Поражением половых органов)

5. в) персонал гостиниц, воздушных линий, международного транспорта (группы повышенного риска)

6. г) моряки (группы высокого риска)

2) Верны ли следующие суждения

- Термин «инфекции, передающиеся половым путем» был предложен Всемирной организацией здравоохранения в 1982 г.
- К ЗППП относятся 23 болезни, которые делятся на 3 группы
- Чесотка не относится к ЗППП
- ИППП являются второй по значимости причиной утраты здоровья у женщин в возрасте от 15 до 45 лет
- По данным ВОЗ, каждый десятый человек в мире, включая детей и стариков, болен тем или иным ЗППП
- ИППП страдают менее 50% сексуально активной группы населения
- Единственная неизлечимая болезнь из всех ИППП – СПИД
- У 100% больных с хроническими мочеполовыми инфекциями выявлены ипохондрический, тревожно-депрессивный, фобический синдромы
- 17 февраля - День профилактики инфекций, передающихся половым путем
- Амебиаз появляется преимущественно у гомосексуалистов

Ответы:

- 1.верно
- 2.не верно (К ЗППП относятся 22 болезни)
- 3.не верно (Чесотка относится к ЗППП)
- 4.верно
- 5.верно
- 6.не верно (ИППП страдают более 50% сексуально активной группы населения)
- 7.верно
- 8.не верно (У 20-80% больных с хроническими мочеполовыми инфекциями выявлены ипохондрический, тревожно-депрессивный, фобический синдромы)
- 9.не верно (17 января - День профилактики инфекций, передающихся половым путем)
- 10.верно

3. Сопоставьте понятие и его определение:

- 1.Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека
- 2.изменения в возрастной и половой структуре населения
- 3.сопротивляемость (устойчивость, невосприимчивость) организма к воздействию различных факторов
- 4.инфицирование ребёнка матерью или отцом
- 5.время от момента инфицирования до возникновения клинических симптомов заболеваний
- 6.группа заболеваний, основной путь передачи которых происходит через сексуальные контакты
- 7.хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни
- 8.инфекционное заболевание, передающееся половым путём, вызываемое хламидиями

- А. Сифилис
Б. СПИД
В. Вертикальный путь передачи инфекции

- Г. ИППП
- Д. демографические сдвиги
- Е. резистентность
- Ж. Хламидиоз
- З. инкубационный период

Ответы:

- 1-б
- 2-д
- 3-е
- 4-в
- 5-з
- 6-г
- 7-а
- 8-ж

Тема 6.

1. Тест.

1)высокоинфекционное заболевание, вызываемое вирусом, поражающее нервную систему и в течение нескольких часов может вызвать полный паралич.

- а)ооспа
- б)полиомелит
- в)холицистит

2)острое зооантропонозное инфекционное заболевание человека и некоторых животных, вызываемое чумной палочкой.

- а)оспа
- б)полиомелит
- в)чума
- г)холера

*3)острое инфекционное заболевание человека, вызываемое ***** вибрионом.*

- а)чума
- б)оспа
- в)холера
- г)полиомелит

4)острое инфекционное заболевание, источником которой является больной человек, возбудитель — специфический вирус, довольно устойчивый к неблагоприятным условиям внешней среды

- а)холера
- б)чума
- в)оспа
- г)желтая лихорадка

5)острое инфекционное заболевание, проявляющаяся разнообразными как по характеру, так и по тяжести, клиническими проявлениями: от назофарингита (воспаление ротоглотки) и простого носительства до генерализованных форм — гнойного менингита (воспаления оболочек головного мозга), менингоэнцефалита (воспаление как оболочек мозга, так и самого мозга) и менингококкемии (тотальное поражение крови и всех систем органов)

- а)желтая лихорадка
- б)оспа
- в)менингококковая инфекция
- г)полиомелит
- д)лихорадка Ласса

б)Острое инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок с природной очаговостью, характеризуется тяжелым течением, высоким процентом летальных исходов, поражением органов дыхания, почек, ЦНС, миокардитом, геморрагическим синдромом.

- а)лихорадка Ласса
- б)полиомелит
- в)желтая лихорадка

7)условная группа инфекционных заболеваний, представляющих исключительную эпидемическую опасность.

- а)Особо опасные инфекции (ООИ)
- б)заболевания,передающиеся половым путем(ЗПП)
- в)хронические заболеваниями

8)Перечень и меры профилактики распространения ООИ были закреплены в Международных медико-санитарных правилах (ММСП), принятых 22-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ принятых:

- а)6 июля 1968
- б)26 июня 1969
- в)26июля 1969
- г)6 июня 1969

9)БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБЫЧНЫМИ И МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ СЕРЬЕЗНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ.(СОГЛАСНО ПЕРЕЧНЮ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВОЗ)(НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА):

- а)чума
- б)оспа
- в)полиомелит
- г)СПИД
- д)ГОРС
- е)туберкулез

10)болезни, все случаи которых оцениваются как опасные и потенциально угрожающие человечеству в целом, поскольку данные заболевания имеют тяжелые последствия для здоровья людей, и способны стремительно распространяться в мировом масштабе.(по перечню ВОЗ):

- а)холера
- б)астма
- в)гастрит
- г)легочная форма чумы,

- д) лихорадки Ласса
- е) менингококковая инфекция
- ж) туберкулез

