МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.М.ГОРЬКОГО

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

КУРСОВАЯ РАБОТА

НА ТЕМУ: «Эпидемиологический анализ сальмонеллеза»

Подготовила: студентка 5 курса 4 группы

-го медицинского факультета

Шкредова К.М.

Преподаватель: доц. Колесникова А.Г.

ДОНЕЦК 2014

Сальмонеллез - острое зоонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое бактериями рода Salmonella, характеризующееся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и протекающее чаще в виде гастроинтестинальных форм различной степени тяжести, реже - в виде генерализованных форм. (Ж.И.Возианова)

Краткие исторические сведения

Род Salmonella получил свое название в честь американского ветеринарного врача D.Salmon , описавшего в 1885 г. первого представителя этого рода микроорганизмов - Bact.hogcholerae (современное название - S.cholerae suis). Но вначале этот возбудитель не связывали с заболеваниями человека, он был объявлен, как выяснилось позже, ошибочно возбудителем «свиной чумы». В 1888 г. A.Gaertner выделил из селезенки погибшего человека сходный микроорганизм, который был назван Bact.enteritidis. В последующие годы поток информации о возбудителях, вызывающих сходные заболевания, но различающихся по ряду биохимических признаков, нарастал. Уже к 1914 г. насчитывалось 12 представителей этого рода, к 1934 г.- 44, в настоящее время - более 2200.

Еще в 1934 г. Международная номенклатурная комиссия для всех этих возбудителей приняла родовое название- «Salmonella».

Актуальность:

Сальмонеллез относят к числу повсеместно распространенных (убиквитарных) инфекций. В экономически развитых странах мира в последнее десятилетие отмечался 3-7-кратный подъем заболеваемости этой инфекцией. В отличие от большинства кишечных инфекций сальмонеллезы наиболее широко распространены в крупных благоустроенных городах, в странах, характеризующихся высоким уровнем экономического развития, что позволяет отнести их к группе болезней цивилизации. Увеличение распространения сальмонеллезов в глобальном масштабе связано с рядом причин, основные из которых: рост международной торговли продуктами животного происхождения, увеличение выпуска полуфабрикатов, процессы урбанизации; расширение сети общественного питания.

Кроме того до конца не решенной остается проблема нозокомиального сальмонеллеза.

В случае, если человек не получает своевременного адекватного лечения, сальмонеллез становится опасным своими осложнениями. Самые грозные из них: инфекционно- токсический шок, острая почечная и сердечная недостаточность.

Характеристика возбудителя

Общие сведения.

Сальмонеллы принадлежат к семейству Enterobacteriaea, роду Salmonella. Это грамотрицательные палочки с закругленными концами. Они имеют перитрихиально расположенные жгутики, обеспечивающие им подвижность, но есть и неподвижные серотипы. Спор не образуют.

Бактерии растут на обычных питательных средах, обладают сложной антигенной структурой. Сальмонеллы способны продуцировать энтеротоксин (экзотоксин) и липополисахаридный комплекс (эндотоксин). Классификация:

Классификация сальмонеллеза еще не упорядочена, хотя наиболее признанной считается классификация Кауффмана-Уайта(1966).

По последней классификации (1992 г.), основанной на ферментативных свойствах сальмонелл, этот род включает два вида (enterica и bongori), в свою очередь подразделяющихся на семь подвидов (подродов), обозначаемых номерами или собственными именами: . enterica (I); S. salamae (II);S. arizonae (IIIа); S. diarizonae (IIIb); S. houtenae (IV);S. indica (V);S. bongori (VI).Патогенностью для теплокровных обладают в основном сальмонеллы I и II, редко - прочих подвидов. - S. enterica (I);Устойчивость во внешней среде и продуктах питания:

Бактерии устойчивы во внешней среде. Доказано, что данные микроорганизмы выдерживают прогревание, губительное действие высокой температуры проявляется лишь после 70 °С. Сальмонеллы устойчивы к низкой температуре, выживают в замороженной почве, овощах и мясе. Они резистентны к высушиванию - от нескольких недель в пыли до 3-6 мес в сухом навозе, в помете и фекалиях - от 80 дней до 4 лет.

В пищевых продуктах сальмонеллы не только хорошо сохраняются (масло, сыр, хлеб и др.), но и размножаются (молоко, мясо и др.), не изменяя внешнего вида и вкуса продуктов. Длительность сохранения бактерий в продуктах в зависимости от температуры и кислотности может составлять от нескольких дней до 1 года. Так например сальмонеллы жизнеспособны:

в мясе - около 6 мес (в тушках птиц более 1 года);

в молоке - до 20 дней; в кефире - до 1 мес;

в сливочном масле - до 4 мес; в сырах - до 1 года;

в пиве - до 2 мес;- в яичном порошке - от 3 до 9 мес;

на яичной скорлупе - от 17 до 24 дней;

Экспериментально установлено, что при длительном (свыше 1 мес) хранении куриных яиц в холодильнике S. enterica может проникать внутрь яиц через неповрежденную скорлупу и размножаться в желтке.

При 70 °С они погибают в течение 5-10 мин, в толще куска мяса выдерживают кипячение в течение некоторого времени, в процессе варки яиц сохраняют жизнеспособность в белке и желтке в течение 4 мин. Соление и копчение оказывают на них очень слабое влияние, а замораживание даже увеличивает сроки выживания микроорганизмов в продуктах питания. В то же время в продуктах, содержащих лимонный сок, уксусную кислоту, и в вине сальмонеллы быстро погибают.Некоторые способы дезинфекции продуктов питания и предметов окружающей среды от сальмонелл:

В США в 2007 году журнал Journal of food science опубликовал итоги революционных исследований, которые показали, что воздействие озона совместно с ультрафиолетовым излучением губительны для сальмонеллы в такой же степени, как и обработка озонированной водой. Тогда ученые и создали специальную ультрафиолетовую озонирующую кварцевую лампу. Этот бытовой прибор устанавливают в холодильнике или в том месте, где хранятся продукты (кладовка, шкаф или ящик для овощей). Таким образом, использование «сухих» технологий в обработке пищи, позволило достигнуть поразительного дезинфекционного эффекта без необходимости водной обработки продуктов питания, которая часто приводила к уменьшению сроков хранения.

С целью обеззараживания объектов окружающей среды от сальмонелл используют химические дезинфектанты, действующими веществами которых являются спирты, амины, хлор, производные гуанидина, глютаровый альдегид, неионогенные поверхностые вещества и др. Например: «Лизоформин-3000», «Полидез», «Дезомикс-П», «Ультрацид» и др.

Однако на сегодняшний день известны так называемые резидентные (госпитальные) штаммы сальмонелл, отличающиеся множественной устойчивостью к антибиотикам и дезинфектантам.

Эпидемиологические закономерности

эпидемиологический сальмонеллез зоонозная инфекция

\* Сальмонеллез является зоонозной инфекцией.

\* Источник заболевания: многие виды сельскохозяйственных и диких животных и птиц (в том числе крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, куры, утки, индюшки, грызуны, перелетные птицы), а также больной человек и бактерионоситель (особенно в случае госпитальной инфекции).

\* Механизм передачи: фекально-оральный.

Пути передачи:

Основной путь передачи - пищевой, главным образом через продукты животного происхождения. Факторы передачи могут быть разнообразны, но наиболее значимы в эпидемиологическом отношении мясные блюда, блюда из фарша, мясные салаты, определенная роль принадлежит куриным и утиным яйцам.

В заражении людей роль водного пути передачи несущественна.

Контактно-бытовой путь передачи - через зараженные предметы обихода, полотенца, игрушки, горшки, руки медперсонала и матерей - наиболее вероятен в стационарах при внутрибольничных вспышках. Факторами передачи кроме того могут оказаться катетеры, эндоскопы и другая медаппаратура, при нарушении дезинфекции.

Многолетняя цикличность характеризуется короткими периодами со средней амплитудой колебания. По мнению профессора Ющука, высокие показатели в отдельные годы связаны с изменениями социально-экономических условий жизни, ростом международной торговли мясными продуктами, интенсификацией и централизацией производства комбикормов, выращиванием животных в условиях животноводческих комплексов, расширением сети общепита, а также возникновением внутрибольничных вспышек.

Сезонность

Сальмонеллезы регистрируются на протяжении всего года, но можно выделить летне-осеннюю сезонность. Проф. Чемич Н.Д. обосновывает этот факт тем, что в теплое время года создаются более благоприятные условия для реализации механизма передачи возбудителя. В частности, при высоких температурах происходит быстрое накопление сальмонелл в окружающей среде, и в первую очередь в инфицированных пищевых продуктах. Это ведет к формированию преимущественно клинически выраженных форм инфекции, которые чаще выявляются и регистрируются.

Распространение заболевших по месту проживания (город-село)

Своеобразие эпидемического процесса заключается в несколько большей частоте поражения городского населения по сравнению сельским, что может быть связано как с большими возможностями заражения на предприятиях общественного питания и при употреблении мясных полуфабрикатов, приобретенных в кулинарных отделах супермаркетов, так и с лучшим выявлением в городах.

Распространение заболевших по возрасту:

Возрастной состав болеющих сальмонеллезом различен, но актуальной группой являются неорганизованные дети до 1 года, что по мнению проф. Чемича Н.Д. связано с высокой восприимчивостью организма малышей, повышенной реактивностью и отсутствием типоспецифического иммунитета.

Список использованной литературы

1. Возианова Ж.И. «Инфекционные и паразитарные болезни»,Том 1 , Київ : Здоров'я, 2000 (Учеб. пособие для студ. мед. вузов)

. Малиш Н.Г., Чемич М.Д., Коваленко О.І. - Всеукраїнський науково- практичний медичний журнал «Інфекційні хвороби», №4, 2013 р. «Сучасні особливості епідемічного процесу сальмонельозу».

. Покровский В.И.., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: 3-е узд. испр. и доп..- 2013.-1008 с.: ил.

. Ющук Н. Д., Мартынов Ю. В. Эпидемиология: Учеб. пособие. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003. - 448 с: ил. - (Учеб. лит. для студ. мед. вузов).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ



Вывод:. В целом, динамика заболеваемости сальмонеллезом в г. Донецке за период с 1997г. по 2006 г. характеризуется короткими периодами цикличности (3-4 года) со средней амплитудой колебания, что совпадает с литературными данными и объясняется следующим: с одной стороны, влиянием постоянно действующих факторов (несоблюдение требований технологической и кулинарной технологии питания), которые определяли многолетнюю эпидемическую тенденцию, с другой стороны, причинами, которые действовали периодически или случайно (активизация эпизоотического процесса среди домашних сельскохозяйственных животных, поставки в учреждения торговли мяса, мясных продуктов, яиц из неблагополучных по сальмонеллезу хозяйств, уменьшение иммунной прослойки населения).



Рис.2 Годовая динамика заболеваемости сальмонеллезом в г. Донецке в год подъема (1999 г.) и год спада (2000 г.) заболеваемости

Вывод: Для обоих годов характерна летняя сезонность (июнь-август), однако пик заболеваемости в 1999 г. выпал на июль, в то время как в 2000 г. заболеваемость сальмонеллезом оставалась одинаково высокой и в июне, и в июле. Повышение заболеваемости в летний период совпадает с литературными данными и объясняется следующим: в теплое время года создаются более благоприятные условия для реализации механизма передачи возбудителя. В частности, при высоких температурах происходит быстрое накопление сальмонелл в окружающей среде, и в первую очередь в инфицированных пищевых продуктах. Это ведет к формированию преимущественно клинически выраженных форм инфекции, которые чаще выявляются и регистрируются.



Рис. 3 Заболеваемость сальмонеллезом по г. Донецку в различных возрастных группах в год подъема (1999 г.) и год спада (2000 г.) заболеваемости.

Вывод: Исследуя эпидемиологически значимые группы населения по возрасту, мы выявили, что показатели заболеваемости среди детей от 0 до 2-х лет значительно превышали показатели других возрастных групп как в 1999 г., так и в 2000 г. Таким образом, это позволяет выделить актуальный возраст - от 0 до 2-х лет. Приведенные данные совпадают с таковыми в литературе и объясняются следующим: высокой восприимчивостью организма малышей к сальмонеллезу, повышенной реактивностью и отсутствием типоспецифического иммунитета среди данной возрастной группы.



Рис. 4 Заболеваемость сальмонеллезом по г. Донецку в различных районах в год подъема (1999 г.) и год спада (2000 г) заболеваемости.

Вывод: Анализируя заболеваемость сальмонеллезом в различных районах г. Донецка в 1999 и 2000 гг., можно судить о том, что в год подъема наибольшая заболеваемость была зарегистрирована в Калининском районе, тогда как в год спада максимальный показатель приходился на Куйбышевский район. Это может говорить в пользу вспышек на предприятиях общественного питания, а также большем количестве спорадических случаев сальмонеллеза, регистрируемых на территории вышеуказанных районов.

Противоэпидемические мероприятия в очагах сальмонеллезов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мероприятия | Содержание мероприятия | Кем проводится |
| 1. Мероприятия, направленные на источник инфекции |
| 1.1. | Выявление | Осуществляется: при обращении за медицинской помощью; во время медицинских осмотров и при наблюдении за лицами, общавшимися с больными; при поступлении взрослых в социальные учреждения, детей в дома ребенка и школы-интернаты проводится их однократное бактериологическое обследование на сальмонеллез;. при поступлении на работу лица из числа контингента, подлежащего предварительным и периодическим осмотрам, обследуются бактериологически однократно с профилактической целью; среди детей дошкольных учреждений, домов ребенка, интернатов, летних оздоровительных учреждений при осмотре перед оформлением в данное учреждение и бактериологическом обследовании при наличии эпидемических или клинических показаний; при приеме детей, возвращающихся в перечисленные учреждения после любого заболевания или длительного (3 дня и более без учета выходных) отсутствия, (прием проводится только при наличии справки от участкового врача или из стационара с указанием диагноза болезни); - при утреннем приеме ребенка в ДДУ (проводится опрос родителей об общем состоянии ребенка, характере стула; при наличии жалоб и клинических симптомов, характерных для ОКИ, ребенок в ДДУ не допускается, а направляется в ЛПУ). | Участковые врачи; медработники ДДУ, школ, интернатов, домов ребенка, оздоровительных учреждений. |
| 1.2. | Диагностика | Проводится по клиническим, эпидемиологическим данным и результатам лабораторных исследований. |  |
| 1.3. | Учет и регистрация | Больные сальмонеллезом подлежат индивидуальному учету в территориальных СЭС. Первичными документами учета информации о заболевании являются: медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025у); история развития ребенка (ф. 112у), медицинская карта (ф. 026у). Случай заболевания регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060у). |  |
| 1.4. | Экстренное извещение в ЦГЭ | Направление в СЭС экстренного извещения (ф. 058у): первичного - устно, по телефону в городе в первые 12 часов, на селе - 24 часа, окончательного - письменно, не позже 24 часов с момента установления окончательного диагноза. Информирование СЭС о контактных, относящихся к работникам пищевых предприятий и лицам, к ним приравненных, а также о неорганизованных детях до 3-летнего возраста, детях, посещающих ДДУ, школы-интернаты и другие организованные коллективы. | Врач, зарегистрировавший случай заболевания  |
|  |  |  | Врач, установивший диагноз |
| 1.5. | Изоляция  |  Проводится на дому или в инфекционном стационаре. Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям. Клинические показания: все тяжелые формы инфекции, независимо от возраста больного; среднетяжелые формы у детей раннего возраста и у лиц старше 60 лет с отягощенным преморбидным фоном; заболевания у лиц, резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями; Эпидемические показания: при угрозе распространения инфекции по месту жительства больного; работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные при подозрении в качестве источника инфекции (в обязательном порядке для полного клинического обследования). |  |
| 1.6 | Лечение | В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей. | Участковые врачи-терапевты, врачи-специалисты(амбулаторное лечение), врачи-специалисты инфекционных отделений ( лечение в стационаре). |
| 1.7. | Выписка | При выписке врач стационара обязан оформить и передать в поликлинику выписку из истории болезни, включающую клинический и этиологический диагнозы заболевания, данные о проведенном лечении, результаты всех лабораторных исследований, рекомендации по диспансеризации (учетная форма «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» ф. 027/у). Контингент, подлежащий предварительным и периодическим осмотрам, дети до 3-х лет, и дети, посещающие детские дошкольные, оздоровительные учреждения, другие закрытые коллективы выписываются из стационара после полного клинического выздоровления и отрицательного однократного результата бактериологического обследования кала и мочи на сальмонеллез, проведенного через 1-2 дня после окончания лечения антибактериальными препаратами. Другие категории больных, выписываются после полного выздоровления. Объем и кратность их лабораторного обследования перед выпиской определяется лечащим врачом. |  |
| 1.8 | Порядок допуска в организованные коллективы и на работу |  Переболевшие лица, подлежащие предварительным и периодическим осмотрам, дети до 3-х лет, и дети, посещающие детские дошкольные, оздоровительные учреждения, другие закрытые коллективы допускаются к работе и к посещению этих коллективов на основании справки о состоянии здоровья. |  |
| 1.9 | Диспансерное наблюдение |  Контингент, подлежащий предварительным и периодическим осмотрам, после выписки подлежит диспансерному наблюдению в течение месяца с клиническим осмотром и 2-кратным бактериологическим исследованием кала, проведенным через 15 дней после выписки и в конце срока диспансерного наблюдения и однократным бактериологическим исследованием мочи в конце срока диспансерного наблюдения. Дети, переболевшие сальмонеллезом, посещающие детские дошкольные учреждения, школы-интернаты, другие закрытые учреждения подлежат диспансерному наблюдению в течение месяца после выздоровления с клиническим осмотром и однократным бактериологическим обследованием, проведенным в конце срока диспансерного наблюдения. | По окончании срока диспансерного наблюдения при условии полного клинического выздоровления, отрицательных результатов лабораторного обследования реконвалесценты снимаются с учета врачом-инфекционистом (участковым-врачом) поликлиники, с оформлением краткого эпикриза и отметкой о снятии с диспансерного учета. |
|  |  |  Лица, выделяющие сальмонеллы в процессе диспансерного наблюдения, направляются на повторное лечение. Лица из числа контингента, подлежащего предварительным и периодическим осмотрам продолжающие выделять сальмонеллы после повторного курса лечения, временно не допускаются к основной работе и трудоустраиваются на такую работу, где они не представляют эпидемической опасности и состоят на диспансерном учете еще 3 месяца. В этот период (ежемесячно) проводится бактериологическое исследование кала, мочи, и однократное (в третий месяц наблюдения) желчи. При получении отрицательных результатов эти лица допускаются к основной работе. При получении хотя бы одного положительного результата такие лица расцениваются как хронические бактерионосители и отстраняются от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность в установленном законом порядке. |  |
|  |  |  Решение вопроса о допуске или запрещении посещения детских дошкольных, учреждений, домов ребенка, других закрытых детских коллективов реконвалесцентами-выделителями сальмонелл. Дети, посещающие общеобразовательные школы, в т.ч. школы-интернаты, в случае установления бактерионосительства после выписки из больницы допускаются в коллективы, но им запрещается дежурство на пищеблоках. | Решается лечащим врачом и врачом-эпидемиологом комиссионно, с учетом установленного диагноза, санитарно-гигиенического состояния объекта и условий соблюдения санитарно-гигиенических норм. |
|  |  | Контроль соблюдения мер личной гигиены этими детьми. | Педагоги  |
|  |  |  Остальным категориям, переболевшим сальмонеллезной инфекцией, диспансерное наблюдение назначается по усмотрению лечащего врача. |  |
| 2. Мероприятия, направленные на механизм заражения |
| 2.1. | Текущая дезинфекция | В домашних очагах Санитарно-гигиенические мероприятия: больного изолируют в отдельную комнату или отгороженную часть ее (комнату больного подвергают ежедневной влажной уборке и проветриванию), исключается контакт с детьми, ограничивается число предметов, с которыми больной может соприкасаться, соблюдаются правила личной гигиены; выделяют отдельную постель, полотенца, предметы ухода, посуду для пищи и питья больного; посуду и предметы ухода за больным хранят отдельно от посуды членов семьи. Грязное белье больного собирают отдельно от белья членов семьи. Соблюдают чистоту в помещениях и местах общего пользования. В квартирных очагах целесообразно применять физические и механические способы дезинфекции, а также использовать моюще-дезинфицирующие препараты бытовой химии, соду, мыло.  | Проводится самим больным или лицами, ухаживающими за ним. Организует ее медицинский работник, установивший диагноз. |
|  |  | В ЛПУ проводится на протяжении максимального инкубационного периода  | Проводится силами персонала под контролем медицинского работника. |
| 2.2. | Заключительная дезинфекция |  В квартирных очагах после госпитализации или излечения больного с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моюще-дезинфицирующих средств.  | Выполняется родственниками больного с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моюще-дезинфицирующих средств. Инструктаж о порядке их применения и проведения дезинфекции проводят медицинские работники ЛПУ, а также врач-эпидемиолог территориальной СЭС. |
|  |  |  В ДДУ, школах-интернатах, домах ребенка, общежитиях, гостиницах, оздоровительных учреждениях для детей и взрослых, домах престарелых, в квартирных очагах, где проживают многодетные и социально неблагополучные семьи применяют различные дезинфекционые средства - растворы хлорамина (0,5-1,0%), сульфохлорантина (0,1-0,2%), хлордезина (0,5-1,0%), перекиси водорода (3%), дезама (0,25-0,5%) и др. Камерная дезинфекция не проводится. | Проводится при регистрации каждого случая ЦДС или дезинфекционным отделом территориального ЦГЭ в течение первых суток с момента получения экстренного извещения по заявке врача-эпидемиолога или помощника эпидемиолога. |
| 2.3. | Лабораторное исследование внешней среды | Как правило, выполняют забор проб остатков пищи подозреваемосго продукта и смывы с объектов внешней среды для бактериологического исследования. | Необходимость исследований, их вид, объем, кратность определяется врачом-эпидемиологом или помощником эпидемиолога. |
| 3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с больным |
| 3.1. | Выявление | Общавшимися в ДДУ являются дети, посещающие ту же группу, что и заболевший в ориентировочные сроки заражения, персонал, сотрудники пищеблока, а в квартире - проживающие в этой квартире. | Осуществляется участковым врачом |
| 3.2. | Клинический осмотр | Включает опрос, оценку общего состояния, осмотр, пальпацию кишечника, измерение температуры тела. Уточняется наличие симптомов заболевания и дата их возникновения. |  |
| 3.3. | Сбор эпидемиологического анамнеза |  Выясняется время и характер общения с заболевшим, наличие подобных заболеваний по месту работы/учебы общавшихся, факт употребления продуктов питания, которые подозреваются в качестве фактора передачи. |  |
| 3.4. | Медицинское наблюдение |  Устанавливается на 7 дней. В коллективном очаге (ДДУ, больнице, санатории, школе, школе-интернате, летнем оздоровительном учреждении, на пищевом предприятии и предприятии водообеспечения) В квартирных очагах медицинскому наблюдению подлежат работники пищевых предприятий и к ним приравненные лица, дети, посещающие ДДУ. Объем наблюдения: ежедневно (в ДДУ 2 раза в день - утром и вечером) опрос о характере стула, осмотр, термометрия. Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112у), в амбулаторную карту больного (ф. 025у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026у), а результаты наблюдения за работниками пищеблока - в журнал «Здоровье». При медицинском наблюдении по эпидемическим показаниям оформляются листы наблюдения, в которых предусматриваются графы отметки ежедневных результатов осмотров (термометрия, характер и кратность стула, наличие и кратность рвоты, общее состояние и др.). | Выполняется медицинским работником указанного предприятия или территориального ЛПУ. Осуществляют медицинские работники по месту жительства общавшихся |
| 3.5 | Режимно-ограничительные мероприятия | Мероприятия проводятся в течение 7 дней после изоляции больного. Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДДУ, из которой изолирован больной. Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы после изоляции больного. Не допускается общение с детьми других групп. Запрещается участие карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях. Организуются прогулки карантинной группы и возвращение из них в последнюю очередь, соблюдение групповой изоляции на участке, получение пищи в последнюю очередь. При получении положительного результата бактериологического обследования работники пищевых предприятиях и лица, приравненные к ним, отстраняются от работы, связанной с пищевыми продуктами или от посещения организованных коллективов и направляются в КИЗ территориальной поликлиники для решения вопроса об их госпитализации. |  |
| 3.6 | Экстренная профилактика |  Не проводится. Можно использовать сальмонеллезный бактериофаг. |  |
| 3.7. | Лабораторное исследование  | Лабораторное (бактериологическое) обследование контактных проводится без отстранения от работы (посещения организованных коллективов). Однократному бактериологическому обследованию подлежат контактные с больным (бактерионосителем): лица из числа, контингента, подлежащего предварительным и периодическим осмотрам; дети до 3 лет; дети, посещающие детские дошкольные учреждения, школы-интернаты, другие закрытые коллективы, работники стационаров лечебно-профилактических организаций. | Забор материала осуществляется специалистами лабораторного отдела.  |