МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА И СВЯЗИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ МОРСКОГО И РЕЧНОГО ФЛОТА им. адмирала С.О. МАКАРОВА

Кафедра портов и грузовых терминалов

Реферат на тему

Карантинные мероприятия

Выполнил: курсант 264 группы

Шкуропатова А.А.

Проверил: Слободчиков Н.А.

Санкт-Петербург 2014

Введение

Карантин (итал. quarantena, от quaranta giorni сорок дней) - комплекс ограниченных административных и медико-санитарных мероприятий, проведение которых позволяет предупреждать занос и распространение карантинных (конвенционных) болезней. К карантинным болезням относят чуму, холеру, желтую лихорадку, на них распространяются Международные медико-санитарные правила.

Карантинные мероприятия особенно важны на границах страны в связи с опасностью заноса карантинных болезней из-за рубежа. Они предусматривают осмотр транспортных средств и грузов, опрос экипажа и пассажиров, проверку правильности заполнения санитарных документов с целью выявления больных карантинными болезнями и их своевременной изоляции, а также общавшихся с ними лиц, которые подлежат изоляции и медицинскому наблюдению в течение срока инкубационного периода болезни (например, при холере - 5 сут., при чуме - 6 сут.). Наиболее строгой формой карантина является полное закрытие границы с неблагополучным по заболеваемости государством. Организация противоэпидемических мероприятий в очаге осуществляется Чрезвычайной противоэпидемической комиссией (ЧПК), которая создается решением исполкома районного, городского, окружного, областного или краевого Совета народных депутатов, постановлением Совета Министров союзной или автономной республики. Решения ЧПК обязательны для населения, а также для предприятий, учреждений и организаций - независимо от их ведомственной принадлежности.

Карантин накладывается на территорию в пределах границ эпидемического очага чумы, холеры. Эта территория максимально изолируется, что предупреждает распространение инфекции за ее пределы. При необходимости устанавливают военную охрану. Ограничивается или полностью прекращается передвижение населения, грузов и транспорта за пределы или через зону карантина. Ведется активное выявление больных, которых изолируют и лечат; изолируются и подвергаются медицинскому наблюдению общавшиеся с ними лица. Проводятся лабораторные исследования, в т.ч. выделение возбудителей из объектов окружающей среды (водоисточники, грызуны и др.); на предприятиях общественного питания обследуются работники, берутся пробы продуктов. Осуществляются дезинфекция, дезинсекция и дератизация. Карантин отменяется по истечении срока максимального инкубационного периода после последнего выявленного случая болезни и проведения надлежащих противоэпидемических мероприятий.

Элементы карантина применяются и в повседневной противоэпидемической практике: прекращаются посещения больных в стационарах во время эпидемий гриппа; разобщаются дети при возникновении вспышек инфекционных болезней в дошкольных учреждениях (запрещается прием новых детей, перевод детей из группы в группу, активно выявляются и изолируются больные и др.); прием детей в дошкольные учреждения осуществляется через фильтры-изоляторы и так называемые карантинные группы.

Однако эти меры имеют ограниченное значение. Нередко перечисленные меры неправомерно называют карантином.

Существует также ветеринарный карантин - система мероприятий, проводимых для предупреждения заноса и распространения заразных болезней животных, а также сельскохозяйственный карантин - система мероприятий, имеющая целью предупредить завоз в страну болезней растений, вредителей сельско-хозяйственных культур.

. Карантинные болезни, их симптомы и распространение

Карантинные болезни - условное название группы инфекционных болезней, характеризующихся большой заразительностью и высокой летальностью, по отношению к которым применяются международные карантинные ограничения (правила).

В 1969 г. XXII сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) были приняты Международные медико-санитарные правила (ММСП), которыми термин «карантинные болезни» был заменен термином «болезни, на которые распространяются ММСП».

Цель ММСП состоит в том, чтобы, не нарушая (или нарушая в минимальной степени) международные перевозки и сообщения, гарантировать максимальную защиту от распространения чумы, холеры, желтой лихорадки и натуральной оспы в международном масштабе. После успешного завершения глобальной программы ликвидации оспы, начатой в 1958 г. по предложению Советского Союза, XXXIV сессия ВАЗ в 1981 г. исключила оспу из числа болезней, на которые распространяются ММСП.

Одной из самых опасный болезней, подвергающихся карантину, является чума (pestis) - острая инфекционная болезнь; характеризуется выраженной интоксикацией, лихорадкой, поражением лимфатических узлов, кожи и легких.

Возбудителем инфекции является чумная палочка (Yersinia pestis), неподвижная, размером 0,5-1,5 мкм, грамотрицательная, с биполярным окрашиванием, нестойкая вне организма. Дезинфицирующие препараты, кипячение, антибиотики оказывают на нее губительное действие. Чума относится к карантинным болезням. Различают природные, синантропные и антропонозные очаги чумы. В природных очагах источниками и резервуарами возбудителя инфекции являются грызуны (около 200 видов). Основные из них - сурки, суслики и песчанки; возможно заражение людей от мышевидных грызунов (особенно в период массового их размножения) и зайцеобразных. Природные очаги чумы существуют на всех континентах, кроме Австралии, преимущественно в зонах степей, полупустынь и пустынь.

В синантропных очагах источником и резервуаром возбудителя инфекции являются крысы (серая и черная), реже домовые мыши, кошки и верблюды. Синантропные очаги регистрируются в населенных пунктах, чаще в городах, особенно портовых.

Антропонозные очаги чумы возникают там, где источником возбудителя инфекции становится человек - больной первичной или вторичной легочной чумой, а также существует опасность заражения чумой при соприкосновении с трупом умершего от чумы (в процессе обмывания трупов, погребальных ритуалов).

Переносчики возбудителя инфекции - блохи различных видов. Заражение человека происходит трансмиссивным путем (при укусе зараженной блохой); контактным (при снятии шкурок с зараженных чумой промысловых грызунов, зайцев, убое и разделке мяса больного верблюда, при соприкосновении с предметами домашнего обихода, выделениями больного, содержащими возбудителей); пищевым (при употреблении в пищу продуктов, обсемененных возбудителями чумы, например недостаточно термически обработанного мяса больных чумой верблюдов, сурков). Особую опасность представляют больные легочной формой чумы, от которых возбудитель может передаваться воздушно-капельным путем. Восприимчивость людей к чуме высокая.

В большинстве случаев возбудитель инфекции не вызывает изменений в месте внедрения и лимфогенным путем достигает регионарных лимфатических узлов. В них он интенсивно размножается, вызывая геморрагически-некротическое воспаление как в самих узлах, так и в прилежащих тканях (бубон), что обусловливает характерные внешние признаки бубонной формы чумы. Чаще встречаются паховые и бедренные бубоны, реже подмышечные и шейные. Распространение гематогенным путем чумных микробов из первичного бубона, расположенного вблизи входных ворот, приводит к образованию вторичных бубонов в различных лимфатических узлах. Чумной бубон формируется обычно в течение 6-8 дней, затем он может нагнаиваться, вскрываться, рассасываться или склерозироваться. Характерны кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки внутренних органов. Чумные палочки образуют токсин, который, попадая в кровь (токсинемия), разносится по всему организму и вызывает поражение сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма.

При воздушно-капельном пути заражения развивается первичная легочная чума с поражением слизистой оболочки дыхательных путей, альвеолярного эпителия, некротическим характером процесса, ранним возникновением бактериемии и септицемии.

Больных немедленно изолируют в стационаре (см. Изоляция инфекционных больных). Этиотропную терапию проводят препаратами тетрациклинового ряда в течение 7-10 дней. Осуществляют дезинтоксикационную терапию (5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, полиионные растворы, гемодез, реополиглюкин; вводят строфантин, сульфокамфокаин, викасол и др.).

При своевременно начатом лечении детальность удается снизить до 5-10%.

Профилактические мероприятия проводятся в двух основных направлениях: наблюдение за состоянием природных очагов чумы и предупреждение возможного заноса болезни из других стран. Эпидемиологическое наблюдение в природных очагах чумы включает систематическое обследование территории сотрудниками противочумных учреждений с целью обнаружения заболевания среди грызунов и истребления грызунов. Норы грызунов обрабатывают дезинсицирующими средствами. На территории природных очагов постоянно проводится разъяснительная работа среди населения о мерах профилактики чумы, по эпидемическим показаниям осуществляется специфическая профилактика живой вакциной.

Организуют наблюдение за состоянием здоровья населения, всех выявленных больных с лихорадкой госпитализируют для исключения заболевания чумой. Проводят ограничительные (карантинные) мероприятия, направленные на предупреждение распространения инфекции за пределы очага. В очаге осуществляют текущую и заключительную дезинфекцию, дератизацию и дезинсекцию как в полевых условиях, так и в населенном пункте (по показаниям).

Следующей опасной болезней является холера (греч. cholera, от cholē желчь + rheō течь, истекать) - острая инфекционная болезнь, характеризующаяся поражением желудочно-кишечного тракта, нарушением водно-солевого обмена и обезвоживанием организма; относится к карантинным инфекциям.

Холера периодически распространялась на многие страны мира и целые континенты, уносила миллионы человеческих жизней; последняя, седьмая, пандемия болезни началась в 1961 г. Эпидемическая ситуация по холере в мире остается напряженной, ежегодно заболевает до нескольких тысяч человек. В странах Южной и Юго-Восточной Азии и в ряде стран Африки (на африканском континенте регистрируется более половины случаев заболеваний) существуют эндемические очаги холеры и периодически возникают эпидемии.

Возбудитель - холерный вибрион Vibrio cholerae - имеет вид запятой, очень подвижен, хорошо растет на питательных средах со щелочной реакцией. Имеет два биовара: классический и Эль-Тор. Повсеместно преобладает вибрион Эль-Тор. Холерные вибрионы хорошо переносят низкие температуры, могут перезимовывать в замерзших водоемах, длительно сохраняться в прибрежных водах морей. Кипячение убивает вибрионы мгновенно. Они чувствительны к высушиванию, действию солнечного света, дезинфицирующих веществ. В воде поверхностных водоемов, или в теплое время года возможно даже размножение холерных вибрионов, чему способствует загрязнение воды отходами со щелочной реакцией, особенно банно-прачечными стоками.

Классический холерный вибрион и вибрион Эль-Тор принадлежат к так называемой Ol (имеющих соматический антиген Ol) серологической группе вибрионов. Из окружающей среды и от больных с диареей различного характера течения выделяют вибрионы, не агглютинирующиеся Ol-сыворотками, но обладающие общими с холерными вибрионами Н-антигенами, их называют неагглютинирующимися вибрионами (холероподобными), или НАГ-вибрионами. В течение болезни зачастую обнаружение в фекалиях типичного холерного вибриона сменяется выделением НАГ-вибрионов. Нередко при исследовании нескольких колоний из посева фекалий больного холерой одновременно обнаруживают агглютинирующиеся О-холерной сывороткой и неагглютинирующиеся вибрионы. Перед вспышками холеры и при их угасании часто в окружающей среде (например, из воды открытых водоемов) из фекалий здоровых людей выделяют НАГ-вибрионы.

Источником возбудителя инфекции является только человек - больной или носитель холерных вибрионов. При холере Эль-Тор гораздо чаще, чем при классической холере, встречаются стертые формы болезни и вибриононосительство, что приводит к более широкому распространению возбудителей среди населения. Холера передается только фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Основной путь передачи водный - при употреблении загрязненной воды для питья, мытья посуды, овощей, фруктов, при купании и т.п., а также через загрязненную пищу и при бытовых контактах. Восприимчивость к заболеванию высокая. В эндемичных очагах заболевают преимущественно в семьях с низким жизненным уровнем. Широкому распространению холеры способствует расширение контактов между жителями различных местностей, стран и регионов.

Холерные вибрионы, попавшие в организм человека с водой или пищей, размножаются в тонкой кишке, выделяя экзотоксин, который вызывает поражение в первую очередь энтероцитов. При этом происходят значительная секреция воды и электролитов (натрия, калия, хлора, бикарбонатов) в просвет кишечника, потеря их с испражнениями и рвотными массами, что ведет к изотоническому обезвоживанию. При прогрессировании обезвоживания у больных развиваются сгущение крови, метаболический ацидоз, гипоксия, тромбогеморрагический синдром и острая почечная недостаточность. В слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта отмечается катаральное воспаление, при этом функциональная способность эпителия сохраняется.

При подозрении на холеру обязательна госпитализация. При наличии у больного признаков обезвоживания уже на догоспитальном этапе должна быть немедленно начата регидратационная терапия в объеме, определяемом степенью обезвоживания организма больного, которая соответствует дефициту массы тела. В большинстве случаев регидратация осуществляется путем перорального введения жидкости. Больному дают пить или вводят через тонкий зонд в желудок малыми порциями жидкость (оралит, регидрон, цитроглюкосолан). В течение часа больной должен выпивать 1-1,5 л жидкости. При повторной рвоте, увеличивающейся потере жидкости больным с обезвоживанием III и IV степеней необходимо внутривенно ввести полиионные растворы типа «Квартасоль» или «Трисоль». Обычно внутривенная первичная регидратация (восполнение потери жидкости, происшедшей до начала лечения) проводится в течение 2 ч, пероральная 2-4 ч. Далее осуществляют коррекцию продолжающихся потерь. Перед введением растворы подогревают до 38-40°. Первые 2-3 л вливают со скоростью до 100 мл в 1 мин, затем скорость перфузии постепенно уменьшают до 30-60 мл в 1 мин. Водно-солевую терапию отменяют после того, как значительно уменьшится объем испражнений и они примут каловый характер, прекратится рвота и количество мочи превысит количество испражнений в течение последних 6-12 ч. Всем больным после прекращения рвоты назначают внутрь тетрациклин по 0,3-0,5 г или левомицетин по 0,5 г через каждые 6 ч в течение 5 дней.

Противопоказаны применение сердечно-сосудистых средств, обладающих мочегонным действием, введение прессорных аминов, способствующих развитию почечной недостаточности, коллоидных растворов.

В нашей стране проводятся мероприятия, направленные на предупреждение возможности возникновения холеры; осуществляют меры по предупреждению завоза холеры из-за рубежа. Важное значение имеют обеспечение населения доброкачественной питьевой водой, санитарная охрана источников водоснабжения, санитарный надзор за хранением и продажей пищевых продуктов, работой предприятий общественного питания, за обезвреживанием нечистот сточных вод, уничтожением мух.

При угрозе появления и распространения холеры на определенной территории (в районе, области) активно выявляют больных с острыми желудочно-кишечными заболеваниями, их госпитализируют в провизорные отделения с обязательным однократным бактериологическим обследованием на холеру. Устанавливают лиц, прибывающих из районов, неблагополучных по холере; при отсутствии удостоверений о прохождении обсервации они подвергаются пятидневному медицинскому наблюдению с однократным бактериологическим обследованием на холеру. Ведется постоянный лабораторный контроль за зараженностью вибрионами воды открытых водоемов, источников централизованного водоснабжения, а также сточных вод.

Усиливается контроль за санитарной охраной водоисточников и снабжением населения обеззараженной водой, санитарным состоянием населенных пунктов, предприятий общественного питания и пищевой промышленности, мест скопления людей (пляжей, мест отдыха, вокзалов, пристаней, аэропортов, кинозалов, гостиниц, рынков и т.п.). общественных уборных. Создаются санитарно-контрольные пункты на железнодорожном, водном и авиационном транспорте, на шоссейных дорогах для выявления и госпитализации больных с желудочно-кишечными расстройствами в целях предупреждения завоза холеры. При возникновении холеры на эпидемический очаг (дом, село, район города, город, возможно и район) по решению органов государственной власти по представлению органов здравоохранения может быть наложен карантин. Организация противоэпидемических мероприятий в очаге осуществляется чрезвычайной противоэпидемической комиссией. Проводятся активное выявление и госпитализация больных холерой, вибриононосителей, а также больных с острыми желудочно-кишечными расстройствами. Лиц, бывших в контакте с больными (с момента развития клинических проявлений) и вибриононосителями, изолируют на 5 дней, за ними устанавливается медицинское наблюдение с трехкратным (в течение первых суток) бактериологическим обследованием на холеру и профилактическим лечением антибиотиками. Выявленных больных до госпитализации изолируют в отдельную комнату; лица, ухаживающие за больным, должны носить защитный костюм, строго соблюдать санитарно-противоэпидемический режим. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция. В отдельных случаях по эпидемическим показаниям в очаге осуществляется экстренная профилактика всего населения антибиотиками.

В случае выявления больного с подозрением на холеру врач немедленно сообщает об этом в вышестоящие органы здравоохранения, оказывает больному необходимую медпомощь и приступает к организации противоэпидемических мероприятий. При этом следует строго соблюдать меры личной профилактики, проводить текущую дезинфекцию.

За лицами, перенесшими холеру и вибриононосительство, в течение 3 мес. ведется диспансерное наблюдение, в первый месяц показано бактериологическое исследование фекалий один раз в 10 дней и однократно желчи, в дальнейшем фекалии исследуются один раз в месяц.

В течение года после ликвидации вспышки холеры проводится активное выявление (подворные обходы один раз в 5-7 дней) больных с острыми желудочно-кишечными расстройствами. Больных немедленно изолируют, госпитализируют и подвергают трехкратному (в течение 3 дней) бактериологическому обследованию на вибриононосительство.

В течение года после ликвидации вспышки холеры осуществляется постоянный контроль за соблюдением санитарно-профилактических мер. Не реже одного раза в 10 дней проводится бактериологическое исследование воды из источников питьевого водоснабжения, открытых водоемов и хозяйственно-бытовых сточных вод на наличие холерных вибрионов. Систематически ведется работа по гигиеническому воспитанию населения, в частности по профилактике холеры и других желудочно-кишечных болезней.

Ещё одной опасной болезнью считается жёлтая лихорадка (febris flava) инфекционная болезнь, характеризующаяся интоксикацией, геморрагическим синдромом, поражением печени и почек; относится к карантинным инфекциям.

Желтая лихорадка регистрируется в тропических и субтропических странах Южной Америки и Африки, где возможно развитие ее переносчиков. Эндемические очаги встречаются в Боливии, Бразилии, Колумбии, Перу, Мали, Нигерии, Гамбии, Гвинее, Заире.

Возбудитель инфекции - арбовирус, имеющий антигенное родство с вирусами денге и японского энцефалита. При температуре свыше 60° и воздействии обычных дезинфицирующих средств вирус легко разрушается, однако в замороженном состоянии и после лиофилизации сохраняется длительно.

Желтая лихорадка - трансмиссивная природно-очаговая болезнь, способная к эпидемическому распространению. Источниками возбудителя инфекции являются обезьяны, некоторые сумчатые, грызуны, а также больной человек; переносчики возбудителей инфекции - комары рода Aёdes. Различают два эпидемиологических типа желтой лихорадки: эндемический (джунглевый, сельский) и эпидемический (городской). В первом случае вирус циркулирует в основном среди диких животных, заболевание среди людей носит обычно спорадический характер, чаще болеют охотники, лесорубы, а также неиммунные лица, дети и приезжие в селениях, прилегающих к джунглям. При городском типе болезни источником инфекции является больной человек, очаги заболеваний регистрируются в городах и крупных населенных пунктах, переносчики вируса комары Aёdes aegypti. Больной эпидемиологически опасен в конце инкубационного периода и в первые 3 дня болезни. Заболеваемость возрастает сразу после окончания периода дождей, когда популяция комаров наибольшая.

Вирус, попавший в организм человека при укусе комара, по лимфатическим сосудам проникает и размножается в регионарных лимфатических узлах, что соответствует инкубационному периоду. По окончании последнего, в периоде вирусемии, отмечается его занос в печень, селезенку, почки, костный и головной мозг. Характерны дистрофические и некротические изменения гепатоцитов, эпителия почечных канальцев, повышается проницаемость капилляров и венул, возможно развитие энцефалита.

Лица, переболевшие желтой лихорадкой, приобретают стойкий пожизненный иммунитет, прививочный иммунитет сохраняется в течение нескольких лет (до 6).

Больные или подозрительные на болезнь подлежат госпитализации. В качестве специфического лечения успешно применяют препараты интерферона. При тяжелом течении желтой лихорадки, проводят вливание водно-электролитных и белковых растворов, назначаются глюкокортикоиды, плазмаферез, по показаниям вводятся антикоагулянты, препараты для коррекции ацидоза, диуретики; при развитии почечной недостаточности показан гемодиализ. При легком течении болезни лечение симптоматическое.

Прогноз серьезный. Летальность в среднем около 5%, при тяжелом течении болезни превышает 25%.

Профилактические мероприятия предполагают строгий эпидемиологический надзор в эндемичных по желтой лихорадке районах; вакцинацию лиц, выезжающих в неблагополучные по желтой лихорадке страны или прибывающих оттуда, проведение дезинсекции кораблей и самолетов, прибывших из этих стран; применение индивидуальных средств защиты от укусов комаров, в эндемичных районах - репеллентов; непривитые лица, прибывшие из эндемичных районов подвергаются карантину в течение 9 дней.

. Международные медико-санитарные правила

Международные медико-санитарные правила - документ, содержащий требования, направленные на обеспечение максимальной защиты государств от завоза и распространения тех инфекционных болезней, на которые распространяются Правила, при минимальном вмешательстве в международные сообщения и перевозки.

Международные медико-санитарные правила приняты XXII сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения 25 июля 1969 г. В 1973 г. на Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения внесены изменения в положения Правил, относящихся к холере. На XXXIV сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1981 г. из них исключены положения, касающиеся оспы, ввиду ее глобальной ликвидации.

Международные медико-санитарные правила состоят из 9 частей (94 статьи), 4 дополнений и 6 приложений. В части I «Определения» приведены термины, применяемые в Правилах. В части II «Уведомление и эпидемиологическая информация» изложен порядок взаимоинформации между ВОЗ и государствами о случаях появления заболеваний чумой, холерой, желтой лихорадкой, о фактах выделения вируса желтой лихорадки и возбудителя чумы и о размерах пораженного ими района, а также об освобождении районов от инфекции. В части III «Организация санитарного надзора» изложены требования по созданию в портах и аэропортах надлежащих санитарно-гигиенических условий, выполнению профилактических мероприятий и организации медико-санитарных служб, осуществляющих санитарный контроль, с их кадровым и материально-техническим обеспечением.

В части IV «Санитарные меры и процедура их применения» предусматривается проведение необходимых дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных и других санитарных операций, порядок медицинского обеспечения лиц, зараженных или подозрительных на заражение, другие меры при отъезде, в пути следования между портами и аэропортами отправления и прибытия и по прибытии. В части V «Специальные положения, касающиеся каждой болезни, на которые распространяются Правила», исходя из сроков инкубационного периода, определены сроки проведения медицинских мероприятий, которые для чумы и желтой лихорадки составляют 6 дней, для холеры - 5 дней. Требование вакцинации касается только желтой лихорадки.

В части VI «Медицинская документация» содержатся условия заполнения, предъявления и выдачи морской санитарной декларации, санитарной части общей декларации самолетов, международного свидетельства о вакцинации. В частях VII, VIII и IX изложен ряд положений о возможных сборах за медицинское обслуживание или информационное обеспечение по медицинским вопросам, о проведении дезинсекционных мероприятий на транспортных средствах в целях предупреждения завоза малярии, о правах государств по выполнению настоящих Правил или внесению в них дополнений или оговорок, об урегулировании спорных вопросов.

В качестве дополнений в Правилах приведены формы «Свидетельство о дератизации или свидетельство об освобождении от дератизации». «Международное свидетельство о вакцинации или ревакцинации против желтой лихорадки», «Морская санитарная декларация», «Санитарная часть общей декларации самолета».

В приложениях к Правилам перечислены государства, принявшие Правила без оговорок, приведены оговорки к Правилам, предложенные Египтом, Индией и Пакистаном, изложены обязанности органов здравоохранения по выполнению Правил, порядок обеспечения государств-членов эпидемиологической информацией, санитарно-гигиенические нормы на судах и самолетах, перевозящих лиц, принимающих участие в периодических массовых паломничествах.

. Санитарная охрана территории и карантинные меры

Санитарная охрана территории - система общегосударственных мероприятий, направленных на предотвращение заноса из-за рубежа и распространения на территории нашей страны карантинных и некоторых других заразных болезней, локализацию и ликвидацию очагов этих болезней при их выявлении.

Основой для проведения мероприятий по предотвращению завоза болезней служат Международные медико-санитарные правила, принятые в 1969 г., исправленные и дополненные в 1973 и 1981 гг.

Правила по санитарной охране территории нашей страны утверждены в 1983 г., они распространяются на холеру, чуму, желтую лихорадку (карантинные болезни); контагиозные вирусные геморрагические лихорадки (Лаоса, Марбург, Эболы); малярию и другие опасные для человека инфекционные болезни, передаваемые комарами - денге, лихорадка Чикунгунья, долины Рифт, Западного Нила; энцефаломиелиты - западный, восточный, венесуэльский; энцефалиты - японский, калифорнийский, Сент-Луис, долины Муррея). В связи с ликвидацией натуральной оспы во всем мире в правилах отсутствуют упоминания об этой инфекции.

Органы и учреждения санитарно-эпидемической службы осуществляют государственный санитарный надзор за выполнением мероприятий по санитарной охране в пределах обслуживаемой территории.

Организация противоэпидемических мероприятий в очаге осуществляется чрезвычайными противоэпидемическими комиссиями. Противоэпидемических мероприятия в очаге проводятся министерствами и ведомствами до полной ликвидации очага.

Санитарная охрана территории включает организационные, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, осуществляемые на всех видах транспортных средств международных сообщений, в пунктах пропуска через Государственную границу и на всей территории страны. Медицинское наблюдение устанавливается на срок инкубационного периода только за лицами, прибывшими из районов, где возникли заболевания легочной чумой, контагиозной вирусной геморрагической лихорадкой или эпидемии опасных инфекционных болезней, которые в случае завоза на территорию страны могут вызвать серьезные эпидемические осложнения.

Карантинные меры - мероприятия профилактического и/или практического характера, направленные на предупреждение или ликвидацию распространения карантинного объекта.

Противоэпидемические мероприятия - комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и административных мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его локализации и ликвидации. Противоэпидемические мероприятия проводят на основании результатов эпидемиологического обследования очага.

Мероприятия по карантину в Российской Федерации осуществляются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 апреля 1992 г. N 268 "О Государственной службе по карантину растений в Российской Федерации", Законом Российской Федерации от 1 апреля 1993г. N 4730 "О государственной границе Российской Федерации", соответствующими ГОСТами, инструкциями, другими нормативными документами и Правилами по охране территории РФ от карантинных вредителей, болезней растений и сорняков.

Перечень карантинных мероприятий довольно значителен, поэтому для удобства их принято разделять на две основных группы:

Профилактические карантинные меры (preventive quarantine measures) - мероприятия, направленные на предупреждение проникновения карантинного объекта и на устранение факторов, способствующих дальнейшему его распространению.

Профилактические мероприятия распространяются на перевозимые материалы. При перевозке растительной продукции внутри страны проводятся карантинные досмотры, контролируется соответствие правилам безопасной транспортировки (запрет на использование растительной подстилки для плодов и т.д.), отбираются пробы для выявления возможного наличия карантинных организмов.

К профилактическим мерам также относятся: проверки хозяйств, предприятий и организаций, ознакомление с ведением документации, установку феромонных ловушек для выявления вредителей, оценку соответствия правилам хранения и переработки растительных материалов.

Кроме того для каждого вредного организма проводят анализ фитосанитарного риска.

Радикальные карантинные меры (radical quarantine measures) - мероприятия, обеспечивающие уничтожение очага заражения карантинного объекта.

К радикальным мерам относят выкорчевку больных растений, уничтожение растительной продукции сжиганием, обработку растений и почвы инсектицидами и др. Свежие плоды могут обеззараживать рефрижерацией - охлаждением в специальных камерах, при котором гибнут теплолюбивые личинки плодовых мух. Эта процедура проводится в течение нескольких дней, например, некоторые цитрусовые проходят рефрижерацию до месяца.

Некоторые виды подкарантинного материала, например, некоторую сельскохозяйсивенную продукцию и посадочный материал обезвреживают газами отравляющих веществ. Это мероприятие носит название фумигации, или газовой дезинсекции. Процедура обеззараживания карантинных организмов может проводиться в вакуумных и безвакуумных фумигационных камерах или под палаткой. На определенное время в них помещается обеззараживаемый материал, а затем туда вводят фумигант. После определенной экспозиции продукция считается обеззараженой.

Задачей противоэпидемических мероприятий является эффективное воздействие на факторы (элементы, звенья) эпидемического процесса с целью прекращения циркуляции возбудителя инфекции в очаге.

Меры, направленные на обезвреживание источника возбудителя инфекции, различны также при антропонозах и зоонозах. Наиболее радикальными и часто применяемыми формами обезвреживания источника возбудителя антропонозной инфекции (инфекционного больного) являются ранняя изоляция и госпитализация больного в стационар. Своевременная госпитализация способствует успешному лечению больного, но прежде всего она обеспечивает прекращение распространения возбудителя инфекции среди общающихся с больным лиц и в окружающей среде. Больного госпитализируют в инфекционную больницу или в инфекционное отделение соматической больницы, а при отсутствии такой возможности - в специально развернутый стационар или отделение при условии соблюдения противоэпидемического режима. Однако при кори, коклюше, гриппе и др., когда большинство заболевших остается на дому, должны быть созданы условия, максимально предотвращающие общение с ними здоровых людей и тем самым предупреждающие их заражение.

За лицами, контактировавшими с источником возбудителя инфекции или подвергшимися риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя инфекции в очаге, устанавливается медицинское наблюдение. Медицинское наблюдение проводится в течение всего инкубационного периода болезни и продлевается на соответствующий срок после появления каждого нового случая заболевания в данном очаге. Находящиеся под наблюдением лица иногда подлежат разобщению.

В очагах чумы и холеры лица, общавшиеся с источником возбудителя инфекции или подвергшиеся риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя инфекции в очаге, подлежат обсервации, т.е. изоляции в специально приспособленных помещениях, где за ними осуществляется наблюдение в течение срока, равного максимальной длительности инкубационного периода при данной инфекционной болезни.

Меры по разрыву механизма передачи возбудителя инфекции направлены на обезвреживание факторов передачи.

Прежде всего к ним относится дезинфекция объектов в окружении больного. Например, если больного оставляют на дому, то проводят текущую дезинфекцию предметов обихода, обеззараживание его выделений, влажную уборку помещения, кипятят загрязненное белье, постельные принадлежности, посуду. После госпитализации больного осуществляют заключительную дезинфекцию помещения, где он находился, предметов обстановки, посуды, белья, одежды, постельных принадлежностей, игрушек и др.

Значимость отдельных факторов передачи возбудителей инфекции при различных заразных болезнях неодинакова. Так, при фекально-оральном механизме передачи возбудителя инфекции наиболее эффективны санитарно-гигиенические меры, личная гигиена. Необходимо исключить возможность использования населением загрязненной воды, пищевых продуктов. При инфекциях, в передаче возбудителей которых могут участвовать живые переносчики (мухи или кровососущие членистоногие - насекомые и клещи), разрыву механизма передачи способствует дезинсекция, направленная на резкое сокращение или уничтожение мест выплода переносчиков либо самих переносчиков. Для уничтожения мух в помещениях используют липкую бумагу, отравленные приманки, на окна вешают сетки или марлю. Уборные и мусорные ящики обрабатывают водными эмульсиями или суспензиями инсектицидов. Для уничтожения личинок мух в выгребных ямах и твердых отбросах мусоросборников также применяют инсектициды. Большое значение имеет ликвидация скоплений мусора и нечистот. В очаге сыпного тифа важнейшим элементом П. м. является борьба с педикулезом путем полной санитарной обработки (мытье в бане, камерная обработка одежды и постельных принадлежностей, обработка помещений инсектицидами. При заражении через комаров производят уничтожение их на доступных ограниченных участках, прежде всего в помещениях для жилья и в хозяйственных постройках.

Иногда для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения в эпидемическом очаге, назначают антибиотики, химиопрепараты, иммуноглобулины, иммунные сыворотки и некоторые другие лекарственные средства.

Обязательным элементом противоэпидемических мероприятий являются беседы медицинских работников с целью повышения санитарной грамотности населения. Населению разъясняют природу данной инфекционной болезни, ее начальные клинические признаки, возможные пути и факторы распространения возбудителя инфекции, способы предупреждения заражения и заболевания. Важным элементом является разъяснение мер индивидуальной профилактики. В эпидемическом очаге противоэпидемических мероприятий проводят в течение всего периода выявления заразных больных и прекращают после изоляции последнего больного (с добавлением времени максимального инкубационного периода) и заключительной дезинфекции. Противоэпидемические мероприятия (раннее выявление больных и носителей, своевременная и правильная диагностика заболеваний, изоляция и госпитализация больных, дезинфекционные, дезинсекционные, дератизационные и другие мероприятия), как правило, приводят к прекращению распространения возбудителей инфекции, локализации и ликвидации эпидемического очага.

Заключение

Карантинные мероприятия - меры профилактического и/или практического характера, направленные на предупреждение или ликвидацию распространения карантинного объекта.

В случае получения информации о наличии на транспортных средствах инфекционного больного, переносчиков возбудителей или о падеже грызунов, транспортное средство, экипаж, пассажиры и грузы подвергаются медицинскому (санитарному) пограничному досмотру, который включает опрос и осмотр людей, проверку медико-санитарной декларации (части общей декларации), осмотр транспортного средства, грузов и багажа.

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больных включают срочную информацию руководителя медицинской службы, изоляцию и последующую госпитализацию больного, дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию транспортного средства; кроме того, по эпидемическим показаниям возможна изоляция или медицинское наблюдение за пассажирами и членами экипажа на срок инкубационного периода.

В случае угрозы распространения карантинных болезней на территории нашей страны или иностранного государства сообщение через Государственную границу на угрожаемых участках может быть временно ограничено или прекращено

При выявлении на территории страны случаев чумы, холеры на очаг такой болезни может быть наложен карантин.

холера болезнь инфекция возбудитель

Список использованной литературы

1. Васютин А.С. Карантин растений в Российской Федерации/ Васютин, А.С., Сметник А.И., Мордкович Я.Б. и др. Под редакцией Васютина А.С. и Сметника А.И. - М.: Колос, 2001 - 376 с.

. ГОСТ 20562-75. Карантин растений. Термины и определения.

. Дранкин Д.И. и др. Методы противоэпидемических мероприятий, М., 196В; Тер-Карапетян А.З. и Смирнов С.М. Эпидемиологическое обследование и противоэпидемические мероприятия при важнейших инфекциях, М., 1972, библиогр.; Шляхов Э.Н. Практическая эпидемиология, с. 124, Кишинев, 1986.

. Дродов С.Г. Сергиев В.П. Защита неэндемических территорий от тропических вирусных геморрагических лихорадок, М., 1984.

. Иллюстрированный справочник по вредителям в болезням внешнего карантина, М., 1948

. Международные медико-санитарные правила (1969 г.), М.,1985: Щепин О.П. и Ермаков В.В. Международный карантин, с. 235, М. 1982

. Правила по охране территории РФ от карантинных вредителей, болезней растений и сорняков от 19.02.1996 г.

. Сельскохозяйственная энциклопедия. Т. 2 (Ж - К)/ Ред. коллегия: П. П. Лобанов (глав ред) [и др.]. Издание третье, переработанное - М., Государственное издательство сельскохозяйственной литературы, 1951, с. 624

. Руководство но зоонозам, под ред. В.И. Покровского, с. 157, Л., 1983; Тропические болезни, под ред. Е.П. Шуваловой, с. 127, М., 1989.

. Руководство по инфекционным болезням, под ред. В.И. Покровского и К.М. Лобана, с. 42, М., 16; Тропические болезни, под ред. Е.П. Шуваловой, с. 3, М., 1989.

. Руководство по инфекционным болезням, под ред. В.И. Покровского и К.М. Лобана, с. 232, М., 1986; Тропические болезни, под ред. Е.П. Шуваловой, с. 23, М., 1979.

. Черкасский Б.Л. Сергиев В.П. Ладный И.Д. Эпидемиологические аспекты международной миграции населения, М., 1984

. Федеральный закон о карантине растений № 99-ФЗ от 15.07.2000, ред. 18.07.2011 г.

. Щепин О.П. Ермаков В.В. Международный карантин, М., 1982.