# БЕШЕНСТВО

Бешенство – острое вирусное заболевание, характеризующееся поражением нервной системы с развитием тяжелого энцефалита.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период Инкубационный период продолжается от 12 до 90 дней (редко до 1 года). Стадия предвестников длится 2-3 дня. Общее недомогание, головная боль. Первые симптомы нарушения психики: страх, тревога, депрессия, бессонница, раздражительность. Субфебрилитет. В области укуса – жжение, зуд, гиперестезия, рубец отекает, краснеет. Стадия возбуждения длится 2-3 дня. Гидрофобия, аэрофобия, слуховые и зрительные галлюцинации, гиперсаливация. Приступы помрачнения сознания, агрессивность, бурное психомоторное возбуждение. Лихорадка, дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства. Стадия параличей длиться 18-20 часов. Сознание ясное, вялость саливация, гипертермия, параличи мышц языка, лица, конечностей, дыхательных мышц и сердца.

## Лабораторная диагностика

1. *Вирусоскопический метод.* Обнаружение телец Бабеша-Негри в клетках аммониевого рога (используется для посмертной диагностики).
2. *Вирусологический метод.* Выделение вируса из слюны больных, взвеси мозговой ткани или подчелюстных слюнных желез умерших путем заражения мышей (интрацеребрально) или хомяков (внутрибрюшинно), а также в культуре тканей.
3. *Иммунофлуоресцентный метод.* Исследуют срезы мозговой ткани, обработанные специфической люминесцирующей сывороткой, с целью обнаружения АГ вируса бешенства.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна.

*Изоляция контактных.* Не производится. За укусившими животными устанавливается наблюдение в течение 10 дней. Бешеных и подозрительных на бешенство животных уничтожают и направляют их головной мозг для лабораторного исследования.

## Специфическая профилактика

1. *Сухие антирабические вакцины типа Ферми и КАВ* применяют для активной иммунизации по условным и безусловным показаниям. Показания к проведению прививок, доза вакцины и длительность курса иммунизации определяются врачами, получившими специальную подготовку.
2. *Антирабический иммуноглобулин из сыворотки лошади* применяют с целью создания немедленного пассивного иммунитета.

## Неспецифическая профилактика

Предупреждение бродяжничества собак и кошек, профилактическая иммунизация домашних животных, тщательная первичная обработка укушенных ран.

# БОТУЛИЗМ

Ботулизм – пищевая токсикоинфекция, вызванная токсином ботулиновой палочки, протекающая с поражением центральной нервной системы.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от 2 часов до 8-10 суток (чаще 6-24 часа). Начало чаще внезапное с симптомами общей слабости, головной боли, головокружения, сухости во рту. Нарушения зрения (диплопия, нечеткость зрения вблизи), в дальнейшем нарушения прогрессируют – расширение зрачков, птоз век, паралич аккомодации, стробизм, нистагм. Паралич мягкого неба (гнусавость, поперхивание). Паралич мышц гортани (осиплость, афония) и мышц глотки (нарушение глотания). Нарушение артикуляции, парезы мимических и жевательных мышц, мышц шеи, верхних конечностей, дыхательных. Сознание сохранено. Тахикардия, гипотония, глухость сердечных тонов.

## Лабораторная диагностика

Материалом для исследования могут служить рвотные массы, промывные воды (50-100 мл) желудка, испражнения, моча (5-60 мл), кровь (5-10 мл).

Исследование ведется в двух направлениях:

1. Обнаружение ботулинического токсина и определение его типа в опыте нейтрализации на белых мышах.
2. Выделение возбудителя с использованием специальных методов культивирования анаэробов.

*Предварительный ответ* (по результатам биопробы) через 4-6 часов. *Окончательный* – на 6-8-й день.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна, ранняя.

*Изоляция контактных.* В очаге за всеми лицами, употреблявшими вместе с заболевшими инфицированный продукт, устанавливается медицинское наблюдение в течение 12 дней. Этим лицам проводят специфическую профилактику (см. ниже).

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления.

*Диспансеризация:* Длительная астенизация требует ограничения физической нагрузки и наблюдения в течение нескольких месяцев. По показаниям – наблюдение невропатолога

## Специфическая профилактика

1. *Противоботулиновыми лечебно-профилактическими антитоксическими сыворотками типов A, B, C, E* проводят профилактику ботулизма лицам, употреблявшим одновременно с больными инфицированный продукт.
2. *Ботулиновым полианатоксином типов A, B, C, E* проводят иммунизацию лиц, имеющих контакт с ботулотоксином (лаборанты, экспериментаторы), и населения в неблагополучных районах.

## Неспецифическая профилактика

Соблюдение технологии переработки пищевых продуктов, исключающей возможность накопления в них ботулинических токсинов.

# БРЮШНОЙ ТИФ И ПАРАТИФЫ

Брюшной тиф и паратифы – острые инфекционные заболевания, характеризующиеся бактериемией, лихорадкой, интоксикацией, поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, розеолезными высыпаниями на коже, увеличением печени и селезенки.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от 1 до 3 недель (в среднем 2 недели). Начало чаще постепенное. Слабость, утомляемость, адинамия. Головная боль. Лихорадка. Нарастание интоксикации. Нарушение сна, анорексия. Запоры, метеоризм. В начальный период выявляются симптомы: заторможенность, брадикардия, дикротия пульса, приглушенность сердечных тонов, сухие хрипы в легких; язык обложен серовато-бурым налетом и утолщен, с краев и кончика языка чист, катаральная ангина, увеличение печени и селезенки. К началу 2-й недели симптомы достигают максимального развития: усиливается интоксикация (нарушение сознание, бред), на коже верхних отделов живота и нижних отделов грудной клетки появляются элементы розеолезно-папулезной сыпи. Брадикардия, дикротия пульса, снижается артериальное давление, тоны сердца приглушены. Язык сухой, покрыт плотным грязно-бурым или коричневым налетом. Выраженный метеоризм, чаще запор, реже понос. Урчание и болезненность в правой подвздошной области. В крови – лейкопения, в моче – белок. Осложнения: кровотечение, перфорация

При паратифе A в начальном периоде отмечаются: лихорадка, гиперемия лица, конъюнктивит, склерит, катаральные явления, герпес. Экзантема полиморфна и появляется раньше.

При паратифе B отмечается укорочение периода болезни, в начальном периоде более выражены токсикоз и желудочно-кишечные нарушения, возможны тифоподобные и септические формы.

При паратифе C встречаются тифоподобные, септические и гастроинтестинальные формы.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод0*. С первых дней болезни на высоте лихорадки (во время рецидива) проводится посев5-10 мл крови в желчный (селенитовый) бульон (50-100 мл) с целью выделения гемокультуры. Для выделения возбудителя можно исследовать испражнения, мочу, соскоб с розеол, пунктат костного мозга. Материал засевают на среды обогащения или непосредственно на плотные дифференциально-диагностические среды. Посев крови, мочи, испражнений, соскоба с розеол можно повторять каждые 5-7 дней.Бактериологическому исследованию с целью выделения возбудителя брюшного тифа и паратифов могут быть подвергнуты мокрота, гной, экссудат брюшной полости, спинномозговая жидкость (по специальным показаниям).
2. *Серологический метод.* С 5-7-го дня болезни с интервалом в 5-7 дней проводят исследование крови с целью обнаружения АТ и нарастания их титра в РА и РПГА раздельно с О-, Н- и Ви-диагностикумами.
3. Для выявления тифопаратифозного бактерионосительства проводят бактериологическое исследование желчи и испражнений (после дачи солевого слабительного). Косвенным указанием на бактерионосительство может служить обнаружение Ви-антител.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна. Оставление больного на дому допускается с разрешения эпидемиолога.

*Изоляция контактных.* Не проводится. Устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента госпитализации больного (ежедневная термометрия, однократное бактериологическое исследование испражнений и исследование крови в РПГА). Проводится трехкратное фагирование. При выделении возбудителя из испражнений проводят повторное исследование испражнений, а также мочи и желчи для выяснения характера носительства. При положительном результате РПГА (титр выше 1:40) проводят однократное бакисследование испражнений, мочи и желчи. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, при положительном результате бактериологического и серологического исследований рассматриваются как хронические носители и не допускаются к работе. Дальнейшее их наблюдение и обследование проводятся так же, как и реконвалесцентов (см. ниже).

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление и трехкратный результат бакисследования испражнений и мочи (на 5, 10 и 15-й день нормальной температуры) и однократного бакисследования желчи (на 12-14 дней нормальной температуры). Лица, не получавшие антибиотиков, выписываются не ранее 14-го дня нормальной температуры.

*Допуск в коллектив.* Реконвалесцентов брюшного тифа и паратифов (кроме работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных) допускают в коллектив без дополнительного обследования.

Реконвалесцентов – работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, не допускают к работе по специальности в течение месяца, к концу которого у них пятикратно исследуются испражнения и моча. Если эти лица продолжают выделять возбудитель, их переводят на другую работу. Через 3 месяца после клинического выздоровления у них пятикратно исследуют испражнения и мочу с интервалом 1-2 дня и однократно желчь. При отрицательном результате бакисследования (через месяц после выздоровления) эти лица допускаются к работе по специальности с ежемесячным бакисследованием испражнений и мочи в последующие два месяца и однократно исследованием желчи и постановкой РПГА с цистеином – к концу 3-го месяца. Однократное выделение возбудителя по истечении 3 месяцев после выздоровления ведет к отстранению этих лиц от работы с изменением профессии.

Учащиеся школ и школ-интернатов допускаются в коллектив, а в случае выявления носительства отстраняются от дежурства по пищеблоку и столовой.

Дошкольники-бактерионосители в коллектив не допускаются и направляются в стационар для обследования о долечивания.

*Диспансеризация:* Все переболевшие брюшным тифом и паратифами (кроме работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных) наблюдаются в течение 3 месяцев. В первые 2 месяца медицинский осмотр и термометрия проводятся еженедельно, на 3-м месяце – 1 раз в 2 недели. Бакисследование испражнений и мочи проводится ежемесячно, исследование желчи – через 3 месяца одновременно с постановкой РПГА с цистеином. При отрицательном результате – снимаются с учета, при положительном – долечивание, отстранение от дежурств по пищеблоку и столовой.

Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, обследуются ежеквартально (испражнения и моча – однократно) на протяжении 2 лет, а затем 2 раза в год – до конца трудовой деятельности. В конце 2-го года им ставят РПГА с цистеином и при положительном результате проводят пятикратное бакисследование испражнений и мочи и однократное желчи

## Специфическая профилактика

Иммунизация против данной инфекции расценивается лишь как дополнительное средство в системе комплекса противоэпидемических мероприятий. Прививки в современных условиях относительно низкой заболеваемости брюшным тифом не могут оказать существенного влияния на ход эпидемического процесса. Проведение прививок, как в плановом порядке, так и по эпидпоказаниям, осуществляется с учетом уровня коммунального благоустройства населенных мест.

## Неспецифическая профилактика

Общесанитарные мероприятия (улучшение качества водоснабжения, санитарная очистка населенных мест, канализация, борьба с мухами и др.).

# ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Вирусные гепатиты – это группа этиологически неоднородных заболеваний, сопровождающихся преимущественным поражением печени – увеличением ее размеров и нарушением функциональной способности, а также выраженными в разной степени симптомами интоксикации.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период Вирусный гепатит А передается фекально-оральным путем, заболевание протекает остро, циклично, характеризуется кратковременными симптомами интоксикации, быстропреходящими нарушениями печени, доброкачественным течением. Инкубационный период от 10 до 45 дней.

Вирусный гепатит B передается парентеральным путем, характеризуется медленным развитием болезни, длительным течением, возможностью формирования хронического гепатита и цирроза печени. Инкубационный период от 6 недель до 6 месяцев.

Вирусный гепатит C передается исключительно парентеральным путем, клинически протекает как гепатит В, только реже встречаются тяжелые формы, но чаще формируется хронический процесс с исходом в цирроз печени. Инкубационный период от нескольких дней до 26 недель.

Вирусный гепатит дельта передается парентеральным путем, протекает как коинфекция (одновременно с гепатитом В) или как суперинфекция (наслаивается на хронический гепатит В, на носительство вируса гепатита В).

Вирусный гепатит Е передается фекально-оральным путем, клинически протекает как гепатит А, но чаще дает тяжелые формы, вплоть до возникновения фульминантных форм с летальным исходом, особенно у беременных. Инкубационный период от 10 до 40 дней.

Преджелтушный период с признаками синдромов: гриппоподобного (лихорадка, озноб, головная боль, разбитость), диспепсического (анорексия, тошнота, рвота, боли в животе, диарея, лихорадка), артралгического (боли в суставах, мышцах), астеновегетативного (слабость, нарушения сна, головная боль, раздражительность), катарального. В конце периода моча темнеет, кал обесцвечивается, увеличивается печень.

Желтушный период. Нарастание желтухи, общей слабости. Боли в области печени, кожный зуд. Иногда увеличение селезенки. Брадикардия, снижение артериального давления. Прекома. Резкая нарастающая слабость, адинамия, упорная рвота, анорексия, ухудшение сна, тахикардия, уменьшение печени и нарастание желтухи. Головокружение, тремор. Геморрагии. Кома. Длительное возбуждение сменяется отсутствием реакции на раздражители. Зрачки расширены, сухожильные рефлексы отсутствуют. Сокращение размеров печени.

Постжелтушный период. Медленное уменьшение размеров печени, патологически изменены функциональные печеночные пробы.

Период реконвалесценции. Нормализуются размеры печени, восстанавливается ее функциональное состояние, может наблюдаться астеновегетативный синдром.

## Лабораторная диагностика

1. *Методы иммуно- и серодиагностики.* В период инкубации, преджелтушный и все последующие фазы течения гепатита B исследуют сыворотку на наличие в ней поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg), а также к внутреннему антигену вируса гепатита В (анти-HBc). В инкубационном и продромальном периодах и в начале острой стадии болезни в сыворотке обнаруживается HBsAg. С конца продромального периода, в острой периоде, в периоде реконвалесценции выявляются анти-HBs и анти-HBc антитела, причем последние с большим постоянством и в более высоких титрах. Для обнаружения антигена и антител к вирусам A, B, C, дельта используются радиоиммунологические и иммунологические методы с использованием коммерческих тест-систем. При гепатите А исследуют сыворотку крови на наличие в ней анти-HA-антител класса IgM. В период реконвалесценции появляются антитела класса IgG, сохраняющиеся в течение многих лет.
2. В преджелтушном и во все периоды болезни определяют в крови уровень активности аланин- и аспартатаминотрансфераз (АлАТ и АсАТ). При гепатите активность аминотрансфераз повышается (норма 0,1-0,68 ммоль/л/ч).
3. С конца преджелтушного периода в сыворотке крови, взятой натощак, определяют содержание билирубина: общего (норма 3,4-20,5 мкмоль/л), соотношение между связанным (прямым) и свободным (непрямым) в норме 1:4; ставят тимоловую (норма 0-4 ед. мутности) и сулемовую (норма 1,6-2,2 мл сулемы) пробы. У больных гепатитом содержание билирубина повышается (в основном за счет связанной фракции), показатель тимоловой пробы повышается, сулемовой – снижается.
4. В начале желтушного периода в моче обнаруживаются желчные пигменты, которые в норме отсутствуют.
5. О степени тяжести заболевания можно судить по снижению уровня бета-липопротеидов (в норме 30-35%), протромбинового индекса (в норме 93-100%), изменению содержания фракций сывороточных белков.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна. Подозреваемые в заболевании помещаются в диагностические палаты, допускается изоляция на дому в течение 1-3 дней для проведения лабораторного обследования.

*Изоляция контактных.* Не проводится. Устанавливается меднаблюдение за контактными с больным вирусным гепатитом А в течение 35 дней. На этот срок запрещен перевод контактных в другие группы и детские учреждения. Прием новых детей, а также прием контактных детей в здоровые коллективы допускается по разрешению эпидемиолога при условии своевременного введения им иммуноглобулина.

*Условия выписки.* Хорошее общее состояние, отсутствие желтухи, уменьшение печени или тенденция к ее сокращению, нормализация уровня билирубина и других показателей. Активность аминотрансфераз не должна превышать норму более чем в 2-3 раза. Выявление HBsAg у реконвалесцентов не является противопоказанием к выписке.

*Допуск в коллектив.* Реконвалесценты гепатита А считаются нетрудоспособными в течение 2-4 недель в зависимости от тяжести болезни, состояния при выписке и наличия сопутствующих заболеваний. Они освобождаются от тяжелых физических нагрузок на 3-6 месяцев.

Реконвалесценты гепатита B могут вернуться к труду не ранее чем через 4-5 недель. Сроки освобождения от тяжелой физической нагрузки должны составлять 6-12 месяцев, а при показаниях – и дольше.

*Диспансеризация:* Все реконвалесценты обследуются через 1 месяц лечащим врачом стационара. Дети-реконвалесценты гепатита А обследуются в поликлинике через 3 и 6 месяцев и при отсутствии остаточных явлений снимаются с учета. Дети, перенесшие гепатит В, вызываются на обследование в стационар также через 9 и 12 месяцев. Взрослые-реконвалесценты гепатита А при наличии остаточных явлений обследуются в поликлинике через 3 месяца и могут быть сняты с учета. Взрослые, перенесшие гепатит В, обследуются в поликлинике через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Все реконвалесценты (взрослые и дети), имеющие остаточные явления, наблюдаются в стационаре ежемесячно до полного излечения. По показаниям – повторная госпитализация

## Специфическая профилактика

Выявление и наблюдение за носителями антигена вирусного гепатита В. Выявленные носители антигена B регистрируются в центрах Госсанэпиднадзора. Диспансерное наблюдение и учет носителей должен быть сосредоточен в кабинете инфекционных заболеваний. Учет проводится в течение всего периода обнаружения антигена.

Клинико-биохимическое обследование носителей HBsAg должно проводиться сразу после обнаружения антигена, через 3 месяца и в дальнейшим 2 раза в год в течение всего периода обнаружения HBsAg. Из биохимических показателей рекомендуется исследовать в динамике: содержание билирубина, белковые осадочные пробы (сулемовая, тимоловая), активность трансамина (АлАТ, АсАТ). Предпочтение следует отдавать определению активности АсАТ, так как этот фермент отражает наличие минимального воспаления в печени. Кроме обычных методов рекомендуется проведение УЗИ структуры печени (эхогепатография).

При повторном обнаружении HBsAg через 3 и 6 месяцев после его первоначального появления, а также при наличии минимальных клинико-биохимических изменений ставится диагноз «хронический вирусный гепатит» и требуется госпитализация в инфекционный стационар для уточнения глубины поражения печени.

Режим и характер труда зависят от степени выраженности патологического процесса в печени. Здоровые носители снимаются с учета при пятикратном отрицательном результате анализа на HBsAg в течение года с интервалом в 2-3 месяца.

Для профилактики гепатита А по эпидемическим показаниям применяется иммуноглобулин. Препарат вводится в течение 7-10 дней от начала заболевания детям от 1 года до 14 лет, а также беременным женщинам, имеющим контакт с заболевшим в семье или учреждении. В дошкольных учреждениях при неполной изоляции групп иммуноглобулин должен вводиться детям всего учреждения.

## Неспецифическая профилактика

Дезинфекция: контроль над водоснабжением, санитарным состоянием и содержанием пищевых объектов и детских учреждений; санитарная очистка населенных мест, санэпидрежим в ЛПУ, профилактика парентерального заражения.

# ГРИПП

Грипп – острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами специфической интоксикации, катаром верхних дыхательных путей, наклонностью к эпидемическому и пандемическому распространению.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 1-2 дня. Начало острое. Общая интоксикация (лихорадка, слабость, адинамия, потливость, боли в мышцах, головная боль, боли в глазных яблоках, слезотечение, светобоязнь). Сухой кашель, першение в горле, саднение за грудиной, осиплость голоса, заложенность носа, носовые кровотечения. Гиперемия кожи, гиперемия и зернистость зева, склерит. Брадикардия, снижение артериального давления, приглушенность тонов сердца. В крови – нейтропения, моноцитоз.

## Лабораторная диагностика

1. *Вирусологический метод.* С первых дней болезни проводят исследование смывов со слизистой зева и носа с целью выделения вируса (в развивающихся куриных эмбрионах).
2. *Иммунофлуоресцентный метод.* С первых дней болезни исследуют мазки-отпечатки со слизистой нижней носовой раковины, обработанные специфической люминесцирующей сывороткой, с целью обнаружения антигенов вируса гриппа.
3. *Серологический метод.* Исследуются парные сыворотки в реакции гемагглютинации (РТГА) и РСК с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим показаниям.

*Изоляция контактных.* В дошкольных коллективах производится медицинское наблюдение и разобщение контактных с другими группами на срок до 7 дней.

*Условия выписки.* После клинического выздоровления, не ранее 7 дней от начала болезни.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления, не ранее 10 дней от начала заболевания.

*Диспансеризация:* Детям-реконвалесцентам устанавливается щадящий режим не менее чем на 2 недели после клинического выздоровления

## Специфическая профилактика

1. *Живой гриппозной вакциной для интраназального применения* прививают по эпидемическим показаниям лиц старше 16 лет. Моновакциной или дивакциной проводят прививки трехкратно с интервалом 2-3 недели.
2. *Живой гриппозной вакциной для детей* прививают по эпидемическим показаниям детей 3-15 лет. Моновакциной или дивакциной проводят прививки трехкратно с интервалом 25-30 дней.
3. *Живой гриппозной вакциной для перорального введения* прививают по эпидемическим показаниям детей и взрослых. Моно- или дивакцину вводят трехкратно с интервалом 10-15 дней, с целью экстренной профилактики – двукратно в течение 2 дней.
4. *Противогриппозным донорским иммуноглобулином* проводят профилактику гриппа в эпидемических очагах.

## Неспецифическая профилактика

Ограничение посещения заболевшими аптек и поликлиник, а здоровыми, особенно детьми, – зрелищных мероприятий: ношение масок, использование оксолиновой мази, проветривание, УФО и дезинфекция помещений.

# ДИЗЕНТЕРИЯ

Дизентерия – инфекционное заболевание ЖКТ, вызываемое микробами рода Shigella, при котором преимущественно поражается слизистая оболочка толстого кишечника, проявляющееся колитическим синдромом.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 1-7, чаще 2-3 дня.

Основными симптомами дизентерии являются общая интоксикация (лихорадка, снижение аппетита, рвота, головная боль). Нейротоксикоз по менингоэнцефальному варианту (потеря сознания, судороги, явления менингизма). Колитический синдром (схваткообразные боли в животе, тенезмы, урчание и плеск по ходу толстого кишечника, спазмированная сигмовидная кишка, стул скудный со слизью, прожилками крови, иногда гноем, в виде «ректального плевка», податливость, зияние ануса или выпадение прямой кишки).

При легкой форме температура субфебрильная, интоксикация слабо выражена, явления колита умеренные, стул до 5-8 раз в сутки, примеси крови отсутствуют.

При среднетяжелой форме гипертермия, выражены симптомы общей интоксикации и колитический синдром, стул до 10-12 раз в сутки.

При тяжелой форме нейротоксикоз резко выражен, гипертермия, колитический синдром, стул в виде «ректального плевка» более 12-15 раз в сутки.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод.* С первых дней болезни проводят трехкратное (первое – до начала этиотропной терапии) исследование испражнений с целью выделения возбудителя и его идентификации. Средой для первичного посева служит среда Плоскирева. Для исследования отбирают порции с примесью слизи сразу после естественной дефекации. При невозможности провести посев на месте забора материала его помещают в пробирки с консервантом (глицериновая смесь) и хранят не более 12 часов при 2-6°С.
2. *Серологический метод.* С конца 1-й недели в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) исследуют парные сыворотки для обнаружения АТ и их титра.
3. Копроцитологическое исследование проводят с первых дней болезни. Обнаружение в мазке из испражнений слизи, нейтрофильных лейкоцитов, эритроцитов, клеток кишечного эпителия позволяет судить об интенсивности воспалительного процесса и его локализации.
4. В поздние сроки заболевания с диагностической целью может быть использована ректороманоскопия.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим и эпидемиологическим показаниям.

*Изоляция контактных.* Не проводится. Устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней для выявления повторных заболеваний в очаге. Кроме того, работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, дети и персонал дошкольных учреждений (при появлении там повторных случаев заболевания), организованные дошкольники из квартирных очагов подвергаются однократному бакисследованию испражнений в первые 3 дня наблюдения. Бактерионосители госпитализируются для уточнения диагноза.

При одновременном появлении заболеваний в нескольких группах дошкольного учреждения обследуются бактериологически все контактные дети, персонал групп, работники пищеблока весь другой обслуживающий персонал. Кратность обследования определяется эпидемиологом.

*Условия выписки.* Не ранее 3 дней, после клинического выздоровления, нормализации стула и температуры; отрицательный результат однократного контрольного бакисследования испражнений, проведенного не ранее 2 дней после окончания этиотропной терапии.

Работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, перенесших бактериологически подтвержденную дизентерию, и организованных дошкольников выписывают после перенесенной дизентерии после однократного бакисследования.

При положительном результате бакисследования в стационаре перед выпиской лечение продолжают. Положительный результат бакисследования после повторного курса этиотропной терапии определяет необходимость установления за такими лицами диспансерного наблюдения.

*Допуск в коллектив.* Проводится без дополнительного обследования. Дети из детских домов и школ-интернатов не допускаются к дежурствам на пищеблоке и в столовой в течение 1 месяца (перенесшие обострение хронической дизентерии – в течение 6 месяцев). Дошкольники, перенесшие обострение хронической дизентерии, допускаются в коллектив после 5 дней медицинского наблюдения, при хорошем общем состоянии, нормальном стуле и температуре и отрицательном результате однократного бакисследования.

При продолжающемся бактериовыделении организованные дошкольники в коллектив не допускаются. Работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, при бактериовыделении более 3 месяцев рассматриваются как больные хронической формой дизентерии и переводятся на работу, не связанную с продуктами питания.

*Диспансеризация:* Организованные дошкольники наблюдаются в течение месяца с однократным бакисследованием испражнений в конце периода заболевания. В течение 3 месяцев с ежемесячным бакисследованием и осмотром врачом наблюдаются:

* лица, страдающие хронической дизентерией, подтвержденной выделением возбудителя;
* бактерионосители, длительно выделяющие возбудителя;
* лица, длительно страдающие неустойчивым стулом;
* работники пищевых предприятий и лиц, к ним приравненные.

Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, страдающие хронической дизентерией, наблюдаются 6 месяцев с ежемесячным бакисследованием. По истечении по этого срока в случае полного клинического выздоровления эти лица могут быть допущены на работу по специальности

## Специфическая профилактика

*Поливалентный специфический бактериофаг с кислотоустойчивым покрытием* применяют в период сезонного подъема заболеваемости с профилактической целью в неблагополучных по заболеваемости дошкольных учреждениях.

## Неспецифическая профилактика

Санитарный надзор за водоснабжением, канализацией, сбором и обезвреживанием нечистот; санитарный контроль на предприятиях пищевой промышленности и общественного питания, санитарное просвещение.

# ДИФТЕРИЯ

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое дифтерийной палочкой, характеризующееся воспалительным процессом с образованием фибринозной пленки на месте внедрения возбудителя и явлениями общей интоксикации.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от 2 до 10 дней (чаще 7 дней).

Дифтерия ротоглотки.

Катаральная. Слабость, умеренные боли при глотании, субфебрилитет. Застойная гиперемия и отек миндалин, лимфаденит.

Островчатая. Умеренные лихорадка и интоксикация. Увеличение и отек миндалин с островками фибринозных пленок. Увеличенные болезненные лимфоузлы.

Пленчатая. Начало острое. Лихорадка, интоксикация. Увеличение и отек миндалин. Застойная неяркая гиперемия слизистой. Налеты сплошные, плотные, беловатые, после снятия их – эрозии. Увеличение и болезненность лимфоузлов.

Распространенная. Распространение пленок за пределы миндалин, лихорадка, выраженная интоксикация, снижение артериального давления, приглушенность сердечных тонов.

Токсическая. Общая интоксикация, лихорадка. Отек шейной клетчатки (субтоксическая – односторонний около лимфоузлов, I степени – до середины шеи, II степени – до ключицы, III степени – ниже ключицы). Значительное увеличение и отек миндалин, окружающих тканей. Нарушение дыхания. Налеты грязно-серого цвета, распространяющиеся на слизистые мягкого и твердого неба. Гнилостный запах. Поражение сердечно-сосудистой системы. Парезы и параличи. Триада: рвота, боли в животе, сердечный ритм галопа.

Дифтерия гортани. Начало постепенное. Умеренная интоксикация. Стеноз гортани (I стадия – осиплость голоса, грубый «лающий» кашель; II стадия – шумное дыхание, афония, втяжение податливых мест, участие в акте дыхания вспомогательных мышц; III стадия – гипоксия, беспокойство, сонливость, цианоз).

Дифтерия носа. Слабо выраженная интоксикация, сукровичные выделения из носа, на слизистой носа – пленки и эрозии.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод.* В первые 3 дня болезни или пребывания больного в стационаре проводят исследование материала, взятого из очага поражения (слизь из зева и носа, мазок с конъюнктивы, из влагалища, раневое отделяемое, гной из уха и т. д.), с целью выделения возбудителя. Материал из зева забирают не ранее чем через 2 часа после еды. Среды для первичного посева: кровяно-теллуритовый агар, хинозольная среда, среда Лефлера. Ориентировочные ускоренные методы: а) микроскопия материала с тампона; б) материал забирают тампоном, предварительно смоченный сывороткой и раствором теллурита калия. Тампон помещают в термостат и через 4-6 часов по изменению цвета и на основании микроскопии мазка с тампона и выдают ответ.
2. *Серологические методы.* а) исследование сыворотки крови в РПГА с целью обнаружения противобактериальных антител и нарастания их титра; б) определение титра антитоксина в сыворотке крови по методу Йенсена в первые дни заболевания (до введения антитоксической сыворотки). Титр 0,03 МЕ/мл и ниже свидетельствует в пользу дифтерии, титр 0,5 МЕ/мл и выше – против дифтерии.
3. С целью выявления контингентов, подлежащих ревакцинации, ставится РПГА с дифтерийным эритроцитарным антигенным диагностикумом.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна в отношении больных и подозрительных лиц, а также носителей токсигенных микробов. Носители атоксигенных микробов не госпитализируются и из коллектива не удаляются.

*Изоляция контактных.* Прекращается после изоляции больного или носителя токсигенных микробов, заключительной дезинфекции и однократного отрицательного результата бакисследования слизи зева и носа. Медицинское наблюдение за контактными проводится в течение 7 дней с момента госпитализации больного или носителя.

*Условия выписки.* Изоляцию больных и носителей токсигенных микробов прекращают после клинического выздоровления и отрицательного результата двукратного бакисследования слизи зева и носа, проводимого с интервалом 1 день через 3 дня после окончания лечения.

*Допуск в коллектив.* Реконвалесценты дифтерии допускаются в коллектив без дополнительного обследования. Реконвалесценты-носители токсигенных микробов при повторном и длительном высеве продолжают лечение в стационаре. Они могут быть допущены в иммунный коллектив не ранее 60 дней со дня клинического выздоровления при условии постоянного медицинского наблюдения до прекращения носительства. За коллективом, куда допущен носитель токсигенной палочки, устанавливается медицинское наблюдение с целью выявления лиц с заболеваниями носоглотки, их лечения и обследования; вновь принимаются только правильно привитые дети.

*Диспансеризация:* Носители токсигенных микробов подлежат медицинскому наблюдению и бакобследованию до получения двух отрицательных результатов. Носители атоксигенных микробов с патологическими процессами в носоглотке подлежат лечению

## Специфическая профилактика

1. *АКДС-вакциной* прививают не болевших коклюшем детей до 3 лет.
2. *АДС-вакциной* прививают детей с 3 месяцев до 6 лет, переболевших коклюшем, не привитых ранее АКДС-вакциной, имеющих противопоказания к прививкам АКДС-вакциной (щадящий метод иммунизации).
3. *АДС-М-анатоксином* прививают детей и подростков с 6 до 17 лет, а также взрослых.

## Неспецифическая профилактика

Мероприятия по борьбе с бактерионосительством (выявление, изоляция, лечение).

# КОРЬ

Корь – острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся повышением температуры, наличием интоксикации, катаром верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, этапным высыпанием пятнисто-папулезной сыпи.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 9-17 дней (при серопрофилактике – 21 день).

Начальный катаральный период длится в среднем 3-4 дня: повышение температуры, общее недомогание, вялость, разбитость, понижение аппетита, нарушение сна, головная боль, насморк, склерит, конъюнктивит, сухой кашель. Со 2-3-го дня – снижение температуры, усиление насморка, грубый кашель, энантема, пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Период высыпания: усиление интоксикации, экзантема – пятна и папулы, склонные к слиянию, на неизмененном фоне кожи, характерна этапность (1-е сутки – за ушами, лицо, шея и частично грудь; 2-й день – туловище и проксимальные отделы конечностей; 3-й день – на всю кожу конечностей). С 4-го дня угасание сыпи в том же порядке, пигментация, изредка шелушение.

Осложнения: круп, пневмония, поражение пищеварительного тракта, отит, менингоэнцефалит.

Митигированная корь (у детей, получавших иммуноглобулин): субфебрильная температура, слабо выраженные катаральные явления, пятен Бельского-Филатова-Коплика и этапности высыпания нет, сыпь необильная, мелкая. Осложнений не наблюдается.

## Лабораторная диагностика

1. *Вирусологический метод.* С первых дней болезни проводят исследование смывов из носоглотки или крови с целью выделения вируса в культуре ткани.
2. *Серологический метод.* Исследуют в РСК или РТГА парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.
3. *Иммунофлуоресцентный метод.* В конце продромального периода и в период высыпания проводят исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа, обработанных специальной люминесцирующей сывороткой, с целью выделения антигенов вируса кори.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим и эпидемиологическим показаниям (из закрытых детских учреждений, общежитий).

*Изоляция контактных.* Дети, не привитые против кори и не болевшие корью, разобщаются на 17 дней от момента контакт, а получившие иммуноглобулин, – на 21 день. При установлении точного дня контакта разобщение начинают с 8-го дня. За дошкольниками, привитыми живой коревой вакциной, устанавливается медицинское наблюдение на 17 дней с момента контакта.

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление, но не ранее 4-го дня, а при наличии осложнений (пневмония) – не ранее 10-го дня после начала высыпания.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления.

*Диспансеризация:* Не проводится

## Специфическая профилактика

1. *Коревой живой вакциной* прививают детей в возрасте 12 месяцев. Ревакцинируют не болевших корью перед школой в 6-7 лет. В очагах с целью экстренной профилактики кори всем детям старше 12 месяцев возможно проведение вакцинации только до 5-го дня от момента контакта.
2. *Иммуноглобулином* проводят экстренную профилактику детям, не болевшим корью и непривитым; контактным с больным корью – при противопоказаниях к вакцинации.
3. Для оценки напряженности вакцинального иммунитета проводятся серологические исследования. Контингент: дети, своевременно и правильно привитые от кори, раздельно по каждой возрастной группе; в коллективах, где в течение последнего года не регистрировались случаи кори. По результатам обследования детей 4-5 лет можно судить о качестве прививок, сделанных 1-2 года назад, а школьников – о напряженности вакцинального иммунитета в отдаленные сроки после иммунизации либо после повторной прививки. Критерием защищенности кори является выделение в каждой обследуемой группе не более 10% серонегативных лиц (с титрами специфических антител мене 1:10 в РПГА). При выявлении в коллективе учащихся более 10% серонегативных и невозможности расширения серологического обследовании всех учащихся данной школы (ПТУ, техникума), за исключением тех, кто уже был привит.

## Неспецифическая профилактика

Ранняя изоляция больного.

# КРАСНУХА

Краснуха – острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся незначительными катаральными симптомами со стороны верхних дыхательных путей, увеличением затылочных и других групп лимфоузлов и мелкопятнистой сыпью.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 15-21 день. Слабость, недомогание, умеренная головная боль, иногда боли в мышцах и суставах. Температура чаще субфебрильная, небольшие катаральные явления, конъюнктивит. Увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов. Мелкопятнистая сыпь вначале на коже лица и шеи, затем по всему телу. Пигментации нет. Осложнения – артрит, энцефалит.

## Лабораторная диагностика

*Серологический метод.* Исследуют в РПГА парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Не обязательна.

*Изоляция контактных.* Женщины в первые 3 месяца беременности изолируются от больного на 10 дней от начала заболевания.

*Условия выписки.* Изоляция больного на дому прекращается через 4 дня после появления сыпи.

*Диспансеризация:* Не проводится

## Специфическая профилактика

В стадии разработки.

## Неспецифическая профилактика

Изоляция больных из коллектива.

# МАЛЯРИЯ

Малярия – инфекционная болезнь, протекающая длительно, характеризующаяся периодическими приступами лихорадки, увеличением печени, селезенки, прогрессирующей анемией.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период при трехдневной малярии – 10-20 дней, при четырехдневной – 15-20 дней, при тропической – 8-15 дней. Начало острое. Потрясающий озноб 1,5-2 часа. При трехдневной малярии приступы по 6-8 часов через день, при четырехдневной – по 12-24 часа через 2 дня, при тропической – приступ продолжительный. Отмечается увеличение печени и селезенки. Легкая иктеричность. Герпетические высыпания.

## Лабораторная диагностика

*Микроскопический метод.* В мазках из крови или в «толстой капле», окрашенных по Романовскому-Гимза, обнаруживают плазмодии малярии (голубая цитоплазма, ярко-красное ядро, внутриэритроцитарное расположение).

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* При тропической малярии – обязательная, немедленная; в остальных случаях – обязательная в эпидемический период.

*Изоляция контактных.* Не проводится.

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление, но ранее чем через 2 дня после исчезновения плазмодиев в крови.

*Допуск в коллектив.* После клинического и паразитологического выздоровления.

*Диспансеризация:* Проводится в течение года

## Специфическая профилактика

Не разработана.

## Неспецифическая профилактика

Уничтожение личинок и комаров – переносчиков малярии, применение отпугивающих средств.

# МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококком Neisseria meningitidis, характеризующееся разнообразными по тяжести и характеру клиническими проявлениям: от легких назофарингита и носительства до генерализованных форм – гнойного менингита и менингококкемии.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от 1 до 10 дней (чаще 5-7 дней).

*Острый назофарингит.* Повышение температуры, умеренная интоксикация, ринофарингит.

*Менингит.* Начало острое или внезапное. Изредка продрома в виде назофарингита. Лихорадка, возбуждение, головная боль, рвота, общая гиперестезия, менингеальные симптомы, выбухание и напряжение большого родничка. Поза: на боку, с согнутыми ногами и запрокинутой головой. Бред, возбуждение, нарушение сознания, судороги, тремор. Сухожильные рефлексы оживлены, затем снижаются.

*Менингоэнцефалит.* Патологические рефлексы, парезы, параличи.

*Менингококкемия.* Острое начало, температура, бледность. Высыпания на коже живота, ягодиц, бедер от мелких геморрагических «звездчатых» элементов до крупных геморрагических элементов с некрозом в центре на всех кожных покровах. Клиническая картина инфекционно-токсического шока, синдром Уотерса-Фридерихсена: снижение температуры до нормальных цифр, падение артериального давления, нитевидный пульс, одышка, акроцианоз, общий цианоз, олигоанурия, нарушение сознания, кома, рвота «кофейной гущей», ДВС-синдром.

## Лабораторная диагностика

1. *Микроскопический метод.* С первых дней болезни в мазках из осадка спинномозговой жидкости, из геморрагических сыпных элементов и реже из крови обнаруживают грам(–), бобовидные, внутриклеточного расположения диплококки.
2. *Бактериологический метод.* С первых дней болезни проводят посев спинномозговой жидкости, крови, носоглоточной слизи, материала из геморрагических сыпных элементов на сывороточный или асцит-агар с ристомицином с целью выделения менингококков.
3. *Серологический метод.* Исследуют в РПГА парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра на 5-7 день болезни и в динамике.
4. *Метод иммунодиагностики.* Обнаружение в мениногкоккового АГ в крови или спинномозговой жидкости в реакции встречного иммуноэлектроосмофореза (ВИЭФ).
5. *Другие методы.* При исследовании спинномозговой жидкости выявляют увеличение давления (норма 130-180 мм вод. ст. , или 40-60 капель в минуту), определяют цитоз (количество клеток в 1 мм, норма – до 8-10), цитограмму (норма: лимфоциты 80-85%), белок (норма 0,22-0,33 г/л), содержание сахара (норма 0,2-0,3 г/л или 2,8-3,9 ммоль/л) и хлоридов (норма 120-130 ммоль/л, или 7-7,5 г/л). При менингите: давление увеличено, нейтрофильный цитоз до 10000 в 1 мм, увеличение белка, снижение сахара и хлоридов. При исследовании периферической крови выявляют гиперлейкоцитоз с резким сдвигом влево.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательна в отношении больных генерализованной формой. Госпитализацию больных назофарингитом проводят по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Не подлежат госпитализации носители менингококка.

*Изоляция контактных.* Производится до получения однократного отрицательного результата бакисследования слизи из носоглотки. Контактные с носителем менингококка не изолируются. В коллективах – очагах инфекции устанавливается медицинское наблюдение в течение 10 дней.

*Условия выписки.* После клинического выздоровления и отрицательного результата однократного бакисследования слизи из носоглотки, проводимого не ранее чем через 3 дня после окончания этиотропной терапии.

*Допуск в коллектив.* Реконвалесценты допускаются в детский коллектив после получения отрицательного результата однократного бакисследования слизи из носоглотки, проведенного не ранее чем через 5 дней после выписки из стационара. Носители менингококка допускаются в коллектив после лечения и отрицательного результата бакисследования слизи из носоглотки, проведенного не ранее чем через 3 дня после окончания санации.

*Диспансеризация:* Перенесшие менингит без остаточных явлений наблюдаются в течение 2 лет с осмотром психоневрологом на 1-м году наблюдения 4 раза и на 2-м году – 1-2 раза. При наличии остаточных явлений – активное лечение и наблюдение не менее 3-5 лет

## Специфическая профилактика

*Химической полисахаридной менингококковой вакциной* проводят прививки с профилактической целью и в очагах инфекции – с целью экстренной профилактики детям старше 5 лет и взрослым.

## Неспецифическая профилактика

Общие мероприятия те же, что и при других воздушно-капельных инфекциях. Детям до 5 лет, контактным с генерализованной формой, можно применять иммуноглобулин.

# ПАРОТИТНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Паротитная инфекция (свинка, заушница) – острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся поражением железистых органов и центральной нервной системы.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 11-21 день (в среднем 18-20 дней).

*Железистая форма.* Начало острое, иногда с продромы (недомогание, боли в мышцах, головная боль, нарушение сна и аппетита). Повышение температуры, увеличение и болезненность слюнных желез (подчелюстных, подъязычной, чаще – околоушных). Воспалительные изменения в области выводящих протоков желез. Орхит, панкреатит и др.

*Нервная форма.* Начало острое. Лихорадка, сильная головная боль, рвота, менингеальный синдром, очаговые поражения головного мозга и черепных нервов.

## Лабораторная диагностика

1. *Вирусологический метод.* С 1-5-го дня болезни исследуют слюну, кровь, реже – спинномозговую жидкость с целью выделения вируса в развивающихся куриных эмбрионах.
2. *Серологический метод.* Исследуют в РТГА парные сыворотки (с интервалом 7-14 дней) с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.
3. *Другие методы.* При нервной форме: в первые дни при исследовании спинномозговой жидкости выявляют увеличение белка до 2,5%, лимфоцитарный цитоз в пределах 300-700 клеток в 1 мм. При поражении поджелудочной железы выявляют повышение активности диастазы крови (в норме 32-64 ед.).

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим и эпидемиологическим показаниям.

*Изоляция контактных.* Дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом, разобщаются на 21 день от момента контакта. При установлении точного дня контакта разобщение начинают с 11-го дня. При появлении повторных случаев заболевания в детском учреждении разобщение не проводят.

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление, не ранее 9 дней от начала заболевания. При нервной форме – не ранее 21 дня от начала болезни, при развитии панкреатита – контрольное определение активности диастазы крови.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления.

*Диспансеризация:* Для перенесших нервную форму проводится наблюдение в течение 2 лет с осмотром психоневролога на 1-м году 4 раза, на 2-м – 1-2 раза. По показаниям – осмотр окулиста и отоларинголога

## Специфическая профилактика

*Живой противопаротитной вакциной* прививают детей в возрасте 15-18 месяцев.

## Неспецифическая профилактика

Изоляция больных.

# САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Сальмонеллез – острое инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода Salmonella, протекающее преимущественно с поражением ЖКТ, реже в виде генерализованных форм.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период при алиментарном пути заражения – 12-24 часа, при контактном – 3-7 дней.

Желудочно-кишечная форма. Гастрит, энтерит, гастроэнтерит. Начало острое. Лихорадка, боли в эпигастрии, тошнота, рвота. Интоксикация (головная боль, слабость, разбитость, анорексия). Стул жидкий, водянистый, зловонный, непереваренный, темно-зеленого цвета. Эксикоз.

Энтероколит, гастроэнтероколит, колит. Начало острое. Лихорадка, интоксикация, тошнота, упорная рвота. боли в эпигастрии. Увеличение печени и селезенки. Спазм и болезненность толстого кишечника. Могут быть тенезмы. Стул жидкий с примесью слизи, крови, темно-зеленого цвета, в виде «болотной тины». Длительный тяжелый токсикоз, реже эксикоз, упорная кишечная дисфункция.

Тифоподобная форма. Начало острое. Лихорадка, интоксикация. Кожа бледная, сухая. Цианоз. Приглушение тонов сердца, брадикардия. Густо обложенный и утолщенный язык, метеоризм, нечастая, но упорная рвота, увеличение печени и селезенки. Розеолезная или розеолопапулезная сыпь. Стул энтеритный или нормальный.

Септическая форма. Развивается у новорожденных и ослабленных детей. Лихорадка с большими суточными размахами. Клиника зависит от локализации гнойного очага. Пневмония, гнойный менингит, нефрит, гепатит, артрит, энтероколит.

Внутрибольничные сальмонеллезы, особенно у детей раннего возраста, протекают обычно более тяжело и длительно, сопровождаясь значительной интоксикацией и явлениями гастроэнтероколита. Могут развиваться токсикодистрофические состояния. У детей старше 3 лет и взрослых внутрибольничные сальмонеллезы могут протекать легко.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод.* С первых дней болезни проводят трехкратное (первое – до начала этиотропной терапии) исследование испражнений с целью выделения возбудителя. Материалом для исследования могут служить также рвотные массы, промывные воды желудка, остатки пищи, при подозрении на генерализованную инфекцию – кровь (в первые дни болезни), моча (с конца 2-й недели), ликвор, мокрота. Средами первичного посева являются селенитовый (желчный бульон) или одна из дифференциально-диагностических сред для энтеробактерий.
2. *Серологический метод.* Исследуют в РА и РПГА парные сыворотки (с интервалом 7-10 дней) с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.
3. *Копроцитоскопия и ректороманоскопия* позволяют судить о характере и локализации воспалительного процесса в кишечнике.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим и эпидпоказаниям.

*Изоляция контактных.* Не проводится. Устанавливается меднаблюдение в течение 7 дней для выявления повторных заболеваний в очаге. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, дети, посещающие ясли, сады, а также детских домов и школ-интернатов подвергаются однократному бакисследованию испражнений без отстранения от работы и выведения из коллектива.

При одновременном появлении заболевания в нескольких группах детского дошкольного учреждения обследуются бактериологически все дети, персонал групп, работники пищеблока и весь другой персонал. Кратность обследования определяется эпидемиологом.

При внутрибольничном сальмонеллезе:

* больной изолируется;
* при групповом заболевании (вспышка) возможна временная организация специального отделения на месте;
* после выведения больного прекращается госпитализация в эту палату новых больных в течение 7 дней;
* контактные остаются в палате и подвергаются однократному бакисследованию и дальнейшему клиническому наблюдению;
* при возникновении 3 и более случаев заболевания в разных палатах или при высеве сальмонелл из смывов или воздуха в разных помещениях отделение закрывают и проводят бакобследование всех детей, матерей и персонала.

Открывается такое отделение после проведения комплекса противоэпидемических мероприятий с разрешения ЦГСЭН.

*Условия выписки.* Не ранее 3 дней после клинического выздоровления, нормальной температуры и стула; отрицательный результат однократного бакисследования испражнений, проведенного не ранее 2 дней после окончания этиотропной терапии.

Работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, детей до 2 лет и детей, посещающих детские дошкольные учреждения, выписывают при этих условиях после двукратного отрицательного бакисследования испражнений.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления, за исключением работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, и детей яслей и домов ребенка. Эти лица не допускаются в коллектив в течение 15 дней после выписки из стационара (им проводится трехкратное бакисследование испражнений с интервалом 1-2 дня). При выделении возбудителя срок наблюдения продлевается еще на 15 дней и т. д.

Хронические носители сальмонелл в ясли и дома ребенка не допускаются, а работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, переводятся на работу, не связанную с продуктами питания.

Бактерионосители-школьники (в том числе и школ-интернатов) не допускаются к дежурствам на пищеблоке и столовой.

*Диспансеризация:* Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, дети до 2 лет и организованные дошкольники наблюдаются в течение 3 месяцев с ежемесячным исследованием испражнений

## Специфическая профилактика

*Поливалентный сальмонеллезный бактериофаг* применяется с профилактической целью по эпидпоказаниям всем лицам, общавшимся с больными или выделителями сальмонелл.

## Неспецифическая профилактика

Санитарно-ветеринарный надзор за убоем скота и птицы. Соблюдение правил хранения и приготовления пищевых продуктов. Дератизация.

# СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Сибирская язва (сибирка, злокачественный карбункул) – острое инфекционное заболевание, относящееся к группе зоонозов, характеризующееся тяжелой интоксикацией, лихорадкой, протекающее в виде кожной и висцеральной форм.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от нескольких часов до 8 дней (в среднем 2-3 дня).

*Кожная форма.* При карбункулезной разновидности на месте входных ворот инфекции – пятно, папулу, везикула, пустула, язва, некроз, регионарный лимфаденит. Со 2-го дня болезни – интоксикация с подъемом температуры до 39-40°C, сердечно-сосудистые нарушения. Длительность интоксикации 5-6 дней, местного процесса – 2-4 недели. Возможны эдематозная, буллезная, эризепелоидная разновидности кожной формы.

*Легочная форма.* После короткого инкубационного периода (до 1 суток) внезапный подъем температуры до высоких цифр, насморк, слезотечение, светобоязнь, боль в груди, кашель, интоксикация, головная боль, рвота, нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность. Смерть.

*Желудочно-кишечная форма.* Интоксикация. Острые боли в животе, кровавая рвота с желчью, кровавый понос, парез кишечника, воспаление брюшины, выпот, прободение кишечной стенки, перитонит. Смерть через 2-4 дня.

*Септическая форма.* Генерализация процесса наступает быстро без предшествующих местных явлений. На коже – обильные геморрагии, поражаются легкие, кишечник. Менингеальный синдром. Смерть наступает в первые сутки.

## Лабораторная диагностика

1. *Микроскопический метод.* Исследуют на наличие капсул мазки, приготовленные из содержимого везикул или карбункула, окрашенные по Граму.
2. *Иммунофлуоресцентный метод.* Исследуют мазки, приготовленные из указанных выше материалов и обработанные специфической люминесцирующей сывороткой.
3. *Бактериологический метод.* Исследуют материал (см. выше) засевают на плотную (МПА) и в жидкую (МПБ) среды с целью выделения возбудителя. С этой же целью ставят биопробу путем внутрибрюшинного заражения белых мышей. Материалом для исследования могут быть также кровь, мокрота, испражнения, трупный материал.
4. *Аллергический метод.* С первых дней болезни ставят кожную аллергическую пробу с антраксином.
5. Обнаружение антигена возбудителя и антител к нему методом ИФА.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательная, немедленная – в инфекционное отделение или отдельные палаты. Для ухода выделяют отдельный медперсонал. Все выделения дезинфицируют.

*Изоляция контактных.* Не проводится. За лицами, контактировавшими с больными животными или бывшими в тесном контакте с больным человеком, устанавливают меднаблюдение в течение 8 дней. Им проводят экстренную профилактику противосибиреязвенным иммуноглобулином и антибиотиками.

*Условия выписки.* При кожной форме – после эпителизации и рубцевания язв на месте отпавшего струпа, при других формах – после клинического выздоровления.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления.

*Диспансеризация:* Не проводится

## Специфическая профилактика

1. *Сибироязвенной живой сухой вакциной СТИ для людей* проводят плановые прививки по профессиональным показаниям накожным и подкожным методом.
2. *Противосибиреязвенным иммуноглобулином и антибиотиками* проводят экстренную профилактику заболевания у лиц, имевших прямой контакт с инфицированным материалом, в срок не более 5 суток после употребления инфицированной пищи или после кожного контакта.

## Неспецифическая профилактика

Снижение и ликвидация заболеваемости среди домашних животных. Уничтожение продуктов питания и обеззараживание сырья, полученных от больных животных.

# СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД)

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – вирусная, медленно текущая инфекция, вызываемая ретровирусом иммунодефицита человека, передающаяся половым, парентеральным и вертикальным путем, характеризующаяся специфическим преимущественным поражением T-лимфоцитов-хелперов, приводящим к развитию вторичного иммунодефицитного состояния.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от 2-4 недель до 5 лет.

В острой лихорадочной фазе «мононуклеозный» синдром: ангина, лихорадка, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия; гриппоподобный синдром; астенический серозный менингит или менингоэнцефалит; преходящие экзантемы.

В бессимптомной фазе появляется сероконверсия (в сыворотке противовирусные антитела).

Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия: увеличение шейных, затылочных, заушных, локтевых и др. групп лимфоузлов; вегетососудистые расстройства; появляется дисбаланс в иммунной системе.

ПреСПИД – потеря массы тела до 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; обострение хронических очагов инфекции: потливость, длительная диарея, лихорадка, признаки иммунодефицита.

СПИД – потеря массы тела более 10%, волосистая лейкоплакия, туберкулез легких, стойкие бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные поражения кожи и внутренних органов, локализованная саркома Капоши. Генерализация всех инфекций, диссеминированная саркома Капоши, поражение нервной системы, СПИД-маркерные заболевания.

## Лабораторная диагностика

1. *Серологический метод.* Выпускаются многочисленные диагностические тест-системы для обнаружения АТ к антигенам ВИЧ методом иммунноферментного анализа. Первичный положительный результат требует обязательного подтверждения с использованием техники иммуноблотинга.
2. *Иммуноиндукция.* С помощью набора поли- и моноклональных АТ в крови больных и ВИЧ-инфицированных могут быть обнаружены как комплексы, так и отдельные антигенные детерминанты ВИЧ.
3. *Вирусологическое исследование.* Выделение ВИЧ проводится только в специализированных центрах.
4. *Генетические методы.* В ДНК из клеток крови больных и ВИЧ-инфицированных можно обнаружить нуклеотидные последовательности вируса.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Вопросы изоляции и госпитализации больных СПИД и ВИЧ-инфицированных решаются коллегиально эпидемиологами, клиницистами, сотрудниками центра СПИД.

*Изоляция контактных.* Не проводится. За контактными из очагов ВИЧ-инфекции устанавливается диспансерное наблюдение в центре СПИД и инфекционном кабинете в течение 1 года с проведением 1 раз в квартал исследования крови на ВИЧ методом ИФА.

*Допуск в коллектив.* Допуск в коллектив больных СПИД и ВИЧ-инфицированных решатся коллегиально эпидемиологами, клиницистами, сотрудниками центра СПИД.

*Диспансеризация:* Проводится в центре СПИД, сроки не регламентированы

## Специфическая профилактика

Не разработана.

## Неспецифическая профилактика

Профилактика полового пути заражения ВИЧ-инфекции:

* использование презервативов при половом сношении.

Парентерального пути инфицирования:

* дезинфекция и стерилизация медицинского инструментария, широкое использование медицинских инструментов однократного применения.

Меры личной профилактики:

* работа в спецодежде, использование перчаток.

В случае загрязнения рук кровью (сывороткой крови) необходимо «щипком» очистить кожу ватным шариком, смоченным в дезинфицирующем средстве (хлорамин, хлорная известь, спирт), после чего вымыть руки с мылом.

# СЫПНОЙ ТИФ КЛЕЩЕВОЙ

Сыпной тиф клещевой (североазиатский риккетсиоз) – острое инфекционное болезнь с доброкачественным течением, характеризующаяся наличием первичного аффекта, лихорадкой и кожными высыпаниями.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период 4-9 дней. Начало острое. Лихорадка, головная боль, бессонница. Воспалительная реакция на месте укуса клеща и регионарный лимфаденит. Полиморфная розеолезно-папулезная сыпь с характерной локализацией на коже туловища, ягодиц, разгибательной поверхности конечностей, иногда – на лице, ладонях и подошвах с последующей пигментацией. Брадикардия. Артериовенозная гипотония. У детей отмечается более легкое течение заболевания.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод.* С первых дней болезни выделяют возбудитель из крови путем заражения развивающихся куриных эмбрионов.
2. *Серологический метод.* Со 2-й недели болезни исследуют в РА, РПГА или РСК с риккетсиозным антигеном парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* По клиническим показаниям.

*Изоляция контактных.* Не проводится.

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление не ранее 10 дней от начала болезни.

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления.

*Диспансеризация:* Рекомендуется ограничение физической нагрузки в течение 3-6 месяцев

## Специфическая профилактика

Не разработана.

## Неспецифическая профилактика

Дератизация и дезинсекция в эпидемических очагах. Ношение спецодежды и осмотры одежды и поверхности тела для обнаружения и удаления клещей. Снятых клещей уничтожают, место укуса обрабатывают растворами йода, ляписа или спирта.

# ХОЛЕРА

Холера – острая кишечная инфекция, вызываемая холерным вибрионом, характеризующаяся гастроэнтеритическими проявлениями с быстрым обезвоживанием организма вследствие потери жидкости и электролитов с рвотными массами и испражнениями.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от нескольких часов до 5 дней.

*Легкая форма.* Потеря массы – 3-5%. Умеренная жажда и сухость слизистых. Нерезко выраженная кратковременная диарея. Эксикоз I степени.

*Среднетяжелая форма.* Потеря массы тела – 5-8%. Гемодинамические расстройства (тахикардия, гипотония, цианоз, похолодание конечностей). Жажда, олигурия. Стул частый, обильный, быстро теряет каловый характер (вид рисового отвара), примесь слизи, кровь. Урчание кишечника, метеоризм. Рвота. Эксикоз II степени.

*Тяжелая форма (алгид).* Потеря массы более 8-12%. Выраженные гемодинамические расстройства (падение артериального давления, пульс слабого наполнения, глухие тоны сердца, цианоз, холодные конечности, анурия). Заострившиеся черты лица, сухие склеры, афония. Гипотермия. Частая рвота и диарея. Судороги. Эксикоз III-IV степени.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериологический метод* (проводится в лабораториях ООИ). С первых дней болезни проводят повторные исследования испражнений и рвотных масс с целью выделения возбудителя. Среды для первичного посева: 1% пептонная вода с теллуритом калия, щелочной агар. Предварительный ответ – через 12-16 часов, окончательный – через 24-36 часов.
2. *Серологический метод.* Исследуют в РА и РПГА парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Строго обязательна для больных и вибрионосителей.

*Изоляция контактных.* В исключительных случаях при широком распространении инфекции устанавливается карантин на территории очага с изоляцией контактных с больными, вибриононосителями, умершими от холеры и зараженными объектами внешней среды, а также выезжающих с карантинной территории. За этими лицами устанавливается меднаблюдение в течение 5 суток с трехкратным (в течение суток) бакисследованием испражнений. Выявляются и госпитализируются вибриононосители и больные острыми желудочно-кишечными заболеваниями. Медперсонал стационара и обсерватора переводится на казарменное положение.

*Условия выписки.* Клиническое выздоровление, отрицательные результаты трехкратного бакисследования испражнений (в течение 3 дней подряд) и однократного бакисследования желчи (порции B и C), проведенных не ранее 24-36 часов после лечения антибиотиками.

Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, а также страдающие заболеваниями печени и желчевыводящих путей обследуются на протяжении 5 дней (пятикратное бакисследование испражнений и однократное – желчи) с предварительной дачей слабительного перед первым исследованием.

*Допуск в коллектив.* Лиц, перенесших холеру и вибриононосительство, допускают в коллектив сразу после выписки из стационара.

Детей допускают не ранее 15 дней после выписки и пятикратного ежедневного бакисследования испражнений.

*Диспансеризация:* Лиц, перенесшие холеру и вибриононосительство, наблюдаются в течение года. Бакисследование (с предварительной дачей слабительного) проводится: на 1-м месяце 1 раз в 10 дней, в последующие 5 месяцев – 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца. При длительном вибриононосительстве с поражением печени и желчевыводящих путей – стационарное лечение.

Лица, находящиеся в очаге холеры и перенесшие острые желудочно-кишечные заболевания, наблюдаются в течение 3 месяцев с ежемесячным бакисследованием на патогенную кишечную флору, включая, холерный вибрион.

При ликвидации вспышки работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, медицинские работники и организованные дошкольники, бывшие в очаге холеры, подвергаются бакисследованию на вибриононосительство 1 раз в течение 1-го месяца, затем однократно в апреле-мае. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, при приеме на работу в течение года после ликвидации вспышки обследуются трехкратно ежедневно на вибриононосительство

## Специфическая профилактика

1. *Холерную вакцину* применяют для подкожных профилактических прививок детям и взрослым.
2. *Холерогенанатоксином* прививают взрослых и детей с 7 лет.

## Неспецифическая профилактика

Санитарный надзор за водоснабжением, канализацией, сбором и обезвреживанием нечистот; санитарный контроль на предприятиях пищевой промышленности и общественного питания, санитарное просвещение.

# ЧУМА

Чума – острое инфекционное заболевание, характеризующаяся тяжелой формой общей интоксикацией, специфическим поражением лимфатических узлов, легких и других органов.

## Клиническая диагностика

Инкубационный период от нескольких часов до 10 дней (чаще 3-6 дней). Начало внезапное. Высокая температура, интоксикация, нарушение сознания, бред. Поражение сердечно-сосудистой системы. Токсическая одышка. Увеличение печени и селезенки.

При бубонной форме – лимфаденит, нагноение и вскрытие бубона.

При кожно-бубонной форме – пустула, резкая болезненность, затем язва.

При легочной форме – тяжелейшая интоксикация, высокая постоянная лихорадка, ранее прогрессирующее падение сердечно-сосудистой деятельности, дыхательная недостаточность, кашель, мокрота с кровью.

При септической форме – тяжелый сепсис с выраженным геморрагическим синдромом.

## Лабораторная диагностика

1. *Бактериоскопический метод* (проводится в лабораториях ООИ). С первых дней болезни исследуют мазки из мокроты, пунктата бубонов (реже слизи из зева), окрашенные по Граму и метиленовой синью, с целью обнаружения возбудителя.
2. *Бактериологический метод* (проводится в лабораториях ООИ). С первых дней болезни исследуют мокроту, пунктаты бубонов, кровь, слизь из зева с целью обнаружения возбудителя. Среда для первичного посева: агар Хотингера или специальные среды. Этим же материалом заражают лабораторных животных.
3. *Серологический метод.* С конца 1-й недели исследуют в РА и РПГА и реакции нейтрализации антигена сыворотку крови с целью обнаружения АТ.
4. *Метод иммунодиагностики.* С первых дней болезни исследуют в реакции торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА) и реакции нейтрализации антител (РНАТ) сыворотку крови и патологический материал с целью обнаружения антигена.
5. Обнаружение антигена возбудителя и антител к нему методом ИФА.

## Мероприятия в отношении больных и контактных лиц

*Госпитализация.* Обязательная, срочная, с изоляцией в помещении с предварительно проведенной дезинфекцией, дератизацией и дезинсекцией. Медперсонал работает в полном противочумном костюме. Все выделения больных дезинфицируются.

*Изоляция контактных.* Все лица, бывшие в контакте с больным или с зараженными предметами, подлежат строгой изоляции в течение 6 суток с ежедневным трехкратным измерением температуры. Температурящих лиц переводят в изолятор для окончательного установления диагноза. За медперсоналом, обслуживающим больных, устанавливается тщательное медицинское наблюдение с двукратным измерением температуры.

*Условия выписки.* Полное клиническое выздоровление (при бубонной форме – не ранее 4 недель, при легочной – не ранее 6 недель со дня клинического выздоровления) и отрицательный результат трехкратного бакисследования (пунктата бубона, мазков из зева и мокроты).

*Допуск в коллектив.* После клинического выздоровления и трехкратного бакисследования.

*Диспансеризация:* Проводится в течение 3 месяцев

## Специфическая профилактика

*Чумной живой сухой вакциной* прививают взрослых и детей с 2 лет по эпидемическим показаниям.

## Неспецифическая профилактика

Предупреждение заноса болезни из-за рубежа и возникновения заболевания людей в энзоотических местностях.