**Тема: Эпидемиология и профилактика антропонозов с другими механизмами передачи.**

**План:**

1. Общее понятие эпидемиологии антропонозов с фекально-оральным механизмом передачиинфекции.
2. Бактериальные кишечные антропонозы.

**Характеристика эпидемического процесса кишечных инфекций при различных путях передачи возбудителя:**

* Водный путь - вспышка (эпидемия).
* Предшествуют паводки, аварии на водопроводных, канализационных сетях;
* сезонность не выражена;
* поражаются все возрастные группы, кроме детей до 1 года;
* разноообразие нозологических форм (полиэтиологичность): гастроэнтериты неустановленной этиологии, шигеллезы, брюшной тиф, паратифы, вирусный гепатит А, Е;
* возбудители: разные серовары, фаговары, биовары, атипичные варианты бактерий;
* инкубация: средняя или максимальная.
* клинические формы: преобладание атипичных (легких и стертых форм).

2.Пищевой путь—вспышка (эпидемия):

* внезапность возникновения;
* связь с одним предприятием общественного питания, с одним продуктом;
* сезонность не выражена;
* поражение возрастных групп, употреблявших зараженный продукт;
* возбудители: один серовар, фаговар, биовар;
* инкубация минимальна;
* клинические формы: преобладание типичных.

 3.Контактно-бытовой - спорадическая заболеваемость (редко вспышка):

* постепенное увеличение числа больных;
* общие условия жизни: общежитие, дошкольное детское учреждение;
* сезонность не выражена;
* поражение всех возрастных групп; чаще один вариант возбудителя; инкубация: средняя или максимальная; клинические формы различные.

**Профилактические и противоэпидемические мероприятия при антропонозах.**

*Выявление источника инфекции:*

* профилактическое обследование (декретированные контингенты); диагностическое обследование;
* обследование по эпидемическим показаниям общавшихся с источником инфекции;
* обследование переболевших кишечной инфекцией.

*Прерывание механизма передачи возбудителя:*

* пищевой путь (контроль за здоровьем декретированных контингентов, контроль порядка приема продуктов, их перевозки, хранения и сроков реализации на предприятиях общественного питания, продовольственной торговли, контроль за соблюдением технологического процесса приготовления нищи, борьба с мухами);
* водный путь (обеззараживание бытовых сточных вод, обеззараживание питьевой воды и контроль ее качества);
* контактно-бытовой путь (соблюдение санитарных условий в жилище, санитарного содержания туалетов, борьба с мухами).

Защита восприимчивых людей (контроль уровня санитарной культуры и создание условий для соблюдения правил личной гигиены, раннее обращение к врачу при появлении первых симптомов кишечной инфекции).

***Противоэпидемическая работа:***

1. Меры в отношении источника инфекции:

а) госпитализация.

* клинические показания: выраженность интоксикационного синдрома (тяжелое течение), возраст, лихорадка более 3 дней;
* эпидемиологические показания: принадлежность к декретированной группе населения, проживание в коммунальной квартире, общежитии.

б) изоляция дома

* легкие формы болезни;
* хорошие бытовые условия;
* санитарная грамотность больного.

2. Меры в отношении факторов и путей передачи возбудителя:

а) организация очаговой дезинфекции (текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция, объекты дезинфекции - испражнения больного, унитаз, туалет, пол, постельное белье, посуда и другие предметы быта; средства дезинфекции: кипячение, хлорсодержащие препараты и т.д.;

б) инструктаж больного, членов семьи.

3. Меры в отношении лица, общавшихся с больным:

а) санитарно-просветительная работа;

б) наблюдение в течение максимального периода инкубации (термометрия, пальпация живота, осмотр стула);

в) бактериологическое исследование кала у лиц, относящихся к декретированным контингентам;

г) сообщение по месту работы.

**Меры в отношении больных инфекционными болезнями.**

Больные инфекционными болезнями, лица с подозрением на инфекционные болезни и лица, общавшиеся с больными инфекционными болезнями, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению, и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке.

 Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, если они могут явиться источниками распространения инфекционных болезней, в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных болезней. Диагностика инфекционных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней. Диагностика инфекционных болезней осуществляется клиническими и лабораторными методами. Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания. При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают (с указанием места и времени) наличие контакта с больным или носителем, употребление сырой воды, подозрительных продуктов питания, контакта с больным животным или сырьем животного происхождения, травм, ожогов, ран, инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических вмешательств и других. Лабораторная диагностика проводится на основании результатов специфических для данного заболевания микробиологических, биохимических и других видов исследований биологических материалов. Забор биологических материалов проводится в первый день обращения больного за медицинской помощью (выявления), в последующем исследования повторяются в определенные для каждой нозологической формы сроки. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев инфекционных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней.

 О каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционной болезни или подозрении на инфекционную болезнь врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме посылают экстренное извещение по установленной форме в территориальное учреждение по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного). Ответственным за полноту, достоверность и своевременность учета инфекционных заболеваний, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы является руководитель лечебно-профилактической организации. Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы по месту их выявления в лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организациях, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Лечебно-профилактическая организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату установления, первоначальный диагноз. Учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе ставит в известность лечебно-профилактическую организацию по месту выявления больного, приславшую первоначальное экстренное извещение. Изоляция и эвакуация больных инфекционными болезнями, лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней. Больные инфекционными болезнями по эпидемическим показаниям могут подлежать временной изоляции по месту выявления, а также изоляции в специализированных инфекционных больницах (отделениях). Эвакуация (транспортирование) больных в инфекционные больницы (отделения) осуществляется специальным санитарным транспортом в сопровождении врача или медицинской сестры. Лечение больных инфекционными болезнями, носителей возбудителей инфекционных болезней, порядок их выписки и допуска к работе, диспансеризация реконвалесцентов. Больные инфекционными болезнями подлежат обязательному лечению, которое осуществляется в амбулаторных или стационарных условиях. Выписка больных из инфекционной больницы (отделения), допуск их к работе проводится после окончания курса лечения, контрольных лабораторных исследований. Реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению.

Медицинское наблюдение, лабораторное обследование и экстренная профилактика лиц, общавшихся с больными инфекционными болезнями. Лица, общавшиеся с больным по месту жительства, учебы, работы, в детской или оздоровительной организации по эпидемическим показаниям подлежат медицинскому наблюдению, лабораторному обследованию и экстренной профилактике. Разобщение (карантин) лиц, общавшихся с больными инфекционными болезнями. При некоторых инфекционных болезнях в отношении лиц, общавшихся с больным, применяется разобщение (карантин). Перечень инфекционных болезней, эпидемические показания, при которых в отношении лиц, общавшихся с больным в очагах, применяется разобщение (карантин), а также порядок проведения этих мероприятий определяются нормативными документами.

**ВИРУСНЫЕ КИШЕЧНЫЕ АНТРОПОНОЗЫ**

Острые кишечные диарейные заболевания вирусной и бактериальной этиологии, особенно в детском возрасте, представляют важную проблему здравоохранения практически во всех странах мира. За последние годы достигнут значительный прогресс в изучении вирусной природы небактериальных гастроэнтеритов.

Аденовирусы сопутствуют гастроэнтеритам иной этиологии, либо диареи являются одним из клинических проявлений полиморфной клинической кар­тины аденовирусной этиологии. Этиологическая роль астровирусов, калицивирусов и коронавирусов изучена пока недостаточно.

***Ротавирусный гастроэнтерит***

Инкубационный период при ротавирусной инфекции колеблется от 15 часов до 3 - 5 дней, чаще всего в пределах 48 ч. Начало болезни острое с развитием симптомов в течение 12 - 24 ч. Для болезни характерен полиморфизм клинических проявлений от бессимптомных и субклинических форм до тяжелейших форм с обезвоживанием. Первыми проявлениями болезни являются рвота и понос водянистого характера, сопровождаемые болями в животе. Отмечаются симптомы респираторных поражений.

Механизм развития эпидемического процесса. Установлены кишечная локализация вируса и фекально-оральный механизм передачи возбудителя. Максимальная высеваемость вируса из фекалий приходится на 3 - 5й день болезни. В этот период выделяются большие концентрации вируса (109— 1011 частиц/г). Вирус выделяется также от реконвалесцентов и от здоровых детей в очагах. Передача вируса осуществляется контактно-бытовым путем. Описаны пищевые и водные вспышки. Относительно высокая устойчивость вируса во внешней среде способствует массивному заражению объектов внешней среды. Предположение о капельной передаче вируса не подтвердилось, хотя находки вируса из ротоглоточных смывов имеются. Изучение иммунологической структуры населения свидетельствует об активности фекально-орального механизма передачи данного возбудителя. Около 80 % детей в возрасте до 3 мес. обладали гуморальным иммунитетом, что связывается с наличием в их крови материнских антител. Наиболее низкая доля (около 20 %) детей с гуморальным иммунитетом приходилась на возраст 3 — 9 мес. В более старших возрастных группах увеличивается прослойка детей с антителами, достигая к 12 годам уровня выше 80%. Невосприимчивость к заболеванию связывают с уровнем секреторного IgA. О свежем инфицировании свидетельствует наличие IgM. Проявления эпидемического процесса. Около 25% случаев поносов у детей до 1 г. вызваны вирусами этой группы. В возрасте 1—3 года на их долю приходится до 60% всех случаев, а от 4 до 6 лет — около 40%. Острые кишечные заболевания неустановленной этиологии, вероятно, в значительной степени определяются ротавирусами. Об этом свидетельствует сходная многолетняя и годовая динамика заболеваемости детей 0 — 2 лет острыми кишечными заболеваниями неустановленной этиологии (ОКЗНЭ) и ротавирусным гастроэнтеритом. Заболевание ротавирусной инфекцией характеризуется выраженной зим­ней (пик заболеваемости) сезонностью в отличие от летне-осенней сезонности дизентерии Зоне и осенней сезонности при эшерихиозах. Вспышки ротавирусной инфекции чаше приурочены к конкретным детским коллективам. Противоэпидемические мероприятия. Основу профилактики инфекций с фекально-оральным механизмом передачи составляют санитарно-гигиенические мероприятия. Однако исключительно высокая активность этого механизма передачи при ротавирусной инфекции делает эти мероприятия недостаточно эффективными. Имеются наблюдения, согласно которым ротавирусный гастроэнтерит реже развивается у детей, вскармливаемых материнским молоком, чем у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Важное значение придается своевременной борьбе с обезвоживанием в случаях тяжелого течения болезни. В развивающихся странах первостепенной задачей, предусматриваемой программой борьбы с диареями, является предупреждение смертельных исходов.

**Эпидемиологический надзор.** Первое направление реализуется при проведении ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости детей не бактериальными диареями. Для этой группы заболеваний выделяются группы и коллективы риска, а также особенности многолетней и годовой динамики. Второе направление связано с активным выявлением ротавирусной инфекции с помощью лабораторных методов исследования. Гастроэнтериты, вызываемые вирусами группы Норволк. Механизм развития эпидемического процесса определяется кишечной локализацией вируса и фекально-оральным механизмом его передачи. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что основным фактором передачи вируса является вода. Вирус Норволк более устойчив к действию хлора, чем вирус полиомиелита и ротавирусы, сохраняет жизнеспособность при концентрации хлора в воде 10 мг/л. Установлены и пищевые заражения. Единичные случаи гастроэнтерита, вызываемые вирусами группы Норволк, не представляется возможным диагностировать только на основании клинической картины заболеваний. Однако на вспышках выявлена довольно характерная клиника, которая, как и при всех инфекционных болезнях, доста­точно вариабельна.

*Инкубационный период* колеблется от 4 до 77 ч., чаще 1-2 дня. Заболевания характеризуются кратковременным течением (1 — 3 дня) и острым развитием симптомов гастроэнтерита. Наиболее частыми являются рвота, понос, боли в животе. Возникают также миалгии, лихорадка (приблизительно у половины больных повышение температуры до 37,5 —38 °С).

**Энтеровирусные инфекции**

*Энтеровирусные инфекции* — большая группа инфекционных болезней, вызываемых возбудителями, относящимися к роду энтеровирусов из семейства пикорнавирусов (pico — малые размеры, rna — содержащие РНК), в состав которого входят также род риновирусов и несколько родов вирусов, поражающих животных и растения. Два вида вирусов из этого рода (вирус полиомиелита и вирус гепатита А) вызывают самостоятельные нозологические формы инфекционных болезней. Другие энтеровирусы вызывают заболевания, для которых характерен полиморфизм клинических проявлений. При исследовании материалов от больных людей с диагнозом полиомиелит в культурах тканей почти одновременно в различных лабораториях в 1951 — 1953 гг. стали выделять вирусы, вызывающие цитопатический эффект, но не вызывающие поражений у лабораторных животных. Эти вирусы получили название ECHO по начальным буквам слон enteric cytopathogenic human orphans (дословно: кишечные цитопатогенные вирусы человека — сироты). Термин «сироты» означал, что эти вирусы не связаны с конкретными клиническими проявлениями. Они выделялись при асептических менингитах, летних лихорадочных заболеваниях с сыпью, полиомиелитоиодобных заболеваниях, миокардите, респираторных заболеваниях, ящуроподобных заболеваниях. Механизм развития эпидемического процесса. Энтеровирусы человека выделяются только от людей — больных и здоровых. Основным местом локализации вируса являются слизистые оболочки кишечника. Имеются указания на то, что энтеровирусы (помимо вируса гепатита А) выделяются и из глотки. Специальные исследования показали, что энтеровирусы широко распространены не только среди людей, но и в объектах внешней среды. Показана смена циркулирующих энтеровирусов как по антигенной характеристике, так и по вирулентности. Противоэпидемические мероприятия и эпидемиологический надзор. Специфические средства профилактики и доступные методы лабораторной диагностики не разработаны. Поэтому рекомендуются общие мероприятия, используемые в борьбе с кишечными инфекциями. В эпидемиологическом надзоре следует ориентироваться на связь с научно-исследовательскими учреждениями соответствующего профиля.

**Полиомиелит**

Полиомиелит — самостоятельная нозологическая форма, вызываемая вирусами полиомиелита I, II и III сероваров и характеризующаяся острым общим лихорадочным заболеванием с возникновением в части случаев воспалительных изменений в сером веществе спинного мозга и некоторых других отделах ЦНС с развитием вялых атрофических параличей и парезов преимущественно ног, рук и туловища.

 *Эпидемиология* полиомиелита изучена в допрививочный период. Инкубационный период равен 2 — 7 дням. Параличи развиваются примерно через неделю после первых общих клинических признаков. Поэтому при расчете на паралитические формы инкубационный период может удлиняться до двух недель. Однако при циркуляции особо вирулентного возбудителя паралитические формы развивались через 3-7 дней после заражения. Манифестность низкая. Общие клинические проявления развиваются примерно у 5% зараженных, а паралитические формы — у 1 % больных. Такая структура форм инфекции — результат неоднородности и изменчивости взаимодействующих популяций вируса и людей. Механизм развития эпидемического процесса. Основная локализация возбудителя в кишечнике определяет фекально-оральный механизм его передачи. В 1 г фекалий больных может содержаться до 10 млн. инфицирующих доз вируса, что определяет высокую степень активности фекально-орального механизма передачи возбудителя, реализуемой контактно-бытовым путем. Эпидемиологическое значение дополнительной локализации вируса в ротоглотке осталось невыясненным. Вся история эпидемий в высокоразвитых странах указывает на то, что высокий уровень жизни сам по себе бессилен прерван, цепь передачи вируса полиомиелита. Он распространяется среди всех восприимчивых членов вне зависимости от их гигиенических навыков. К основным социальным факторам, влияющим на активность передачи возбудителя, относят плотность населения, скученность размещения и формирование организованных коллективов, а также миграции.

В основе превращения полиомиелита в грозную эпидемическую болезнь лежит изменение свойств вируса в сторону усиления его нейровирулентности в изменившихся условиях циркуляции. В развитии эпидемического процесса можно выделить несколько этапов, которые отражают фазность развития эпидемического процесса. Эпидемии предшествует становление эпидемического варианта возбудителя, которое применительно к полиомиелиту включает в себя формирование нейровирулентных популяций вируса в связи с многократным пассированием вируса через кишечник полностью восприимчивых лиц. Распространение эпидемического варианта вируса полиомиелита среди восприимчивого контингента определяет эпидемию. Происходит широкая иммунизация населения в связи с большой долей бессимптомных форм инфекции. При пассаже через кишечник иммунных людей нейровирулентность цир­кулирующих штаммов снижается. В связи с этим эпидемия обычно затухает задолго до того, как будет исчерпан весь восприимчивый контингент.

Проявления эпидемического процесса. До конца прошлого века эпидемические очаги полиомиелита не давали больших эпидемий. При относительно ограниченных масштабах миграций населения и активной латентной иммунизации детей младшего возраста не было условий для выраженной изменчивости циркулировавших среди населения вариантов вируса. Они являлись штаммами одной и той же генетической линии, а прослойка восприимчивых людей в каждый данный момент была относительно ограниченной. Эпидемии паралитического полиомиелита в допрививочный период характеризовались некоторыми общими признаками. К ним относятся: 1) редкое выявление контактов заболевших с предшествующими подтвержденными заболеваниями (невозможность обнаружения конкретного источника инфекции); 2) более высокие показатели заболеваемости в тех местах, где в предэпидемический период было меньше заболеваний; 3) радиальное рас­пространение эпидемии от эпицентра ее возникновения; 4) более высокие по­казатели заболеваемости в малых городах и сельских районах; 5) сдвиг в воз­растной структуре заболеваний на более старшие возрасты по мере улучшения санитарно-гигиенических условий. Противоэпидемические мероприятия. На начальных этапах борьбы с полиомиелитом применяли раннее выявление и изоляцию всех заболевших с карантином для контактировавших с ними лиц, тщательную текущую и заключительную дезинфекцию в очагах, запрещение совместных мероприятий среди детей в очагах, максимальное разобщение групп в детских учреждениях. Показана комбинированная вакцинация, когда первоначально вводится инактивированная вакцина, а потом живая. Эпидемиологический надзор. Целью эпидемиологического надзора за полиомиелитом является предупреждение заболеваний и региональная ликвидация инфекции. Наряду с контролем за качеством плановых прививок особое значение приобретает активное выявление заболеваний с исчерпывающим проведением вакцинации населения, проживающего в районе эпидемических очагов.

**Гепатит А (ГА)**

При проведении мероприятий в очагах (прежде всего в детских коллективах) необходимо обеспечить раннее выявление среди контактных больных этой инфекцией (особенно со стертой и безжелтушной формами), организовать их регулярное клиническое обследование (наблюдение за цветом склер, окраской мочи, размером печени и селезенки). Эпидемиологический надзор за гепатитом А обеспечивает целенаправленность, содержание, объем и время проведения мер по профилактике ГА. Надзор включает в себя 3 части: информационную, диагностическую и управленческую. Сбор всей первичной информации, ее оценку, обработку, анализ (эпидемиологическую диагностику) осуществляют эпидемиологи и другие специалисты в оперативном порядке или в процессе проведения ретроспективного эпидемиологического анализа. Результаты оперативного анализа являются основой для принятия экстренных управленческих решений. Выводы ретроспективного анализа используются для определения прогноза заболеваемости и разработки перспективных целевых программ по снижению заболеваемости. При проведении оперативного анализа должна приниматься во внимание следующая информация: ежедневные сведения по поступившим "экстренным извещениям" о всех больных вирусными гепатитами, и особо о больных сотрудниках эпидемически значимых объектов, о каждом значимом для ГА отклонении от нормы результатов исследования воды, пищевых продуктов, аварийных ситуациях, ремонтных работах, случаях нарушения технологии и санитарно-противоэпидемического режима на объектах надзора, вводе в действие новых таких объектов; поступление сведений о качестве проводимых профилактических мероприятий и результатов проводимых с определенной периодичностью санитарно-бактериологических, санитарно-вирусологических исследований (определение колифагов, энтеровирусов, антигена вируса ГА и др.). Интенсивность и динамику заболеваемости следует оценивать с периодичностью не более 3-7 дней, сопоставляя с "контрольными" уровнями, характерными для своей территории в соответствующий период и в условиях благополучной по ГА ситуации. Оперативно оценивается уровень и динамика заболеваемости отдельных возрастных и социальных групп населения, а также очаговость в детских и при необходимости в других учреждениях. Ретроспективный эпидемиологический анализ ГА осуществляется на основе информации, поступающей в течение каждою года, сведений устойчивого характера, отражающих санитарно-гигиенические, демографические особенности территории, ее отдаленных частей и конкретных эпидемиологически значимых объектов. Этот анализ направлен на выявление основных закономерностей проявления ГА на конкретных территориях и на основании многолетних данных, характеризующих эти особенности, разработку комплексных программ, направленных на снижение заболеваемости ГА. В процессе анализа оценивается качество специфической диагностики ГА, интенсивность эпидемического процесса в целом на обслуживаемой территории и особо на отдельных ее участках с определением территории риска. Многолетнюю динамику заболеваемости оценивают в течение 15 - 20 лет и определяют ее тенденции.

Оценивается помесячная динамика заболеваемости, в основу которой берутся даты заболевания. Оценивается заболеваемость отдельных возрастных, социальных, профессиональных групп населения и отдельных коллективов, выявляются группы и коллективы риска. Анализируется качество и эффективность профилактических (качество питьевой воды, санитарно-противоэпидемический режим на объектах надзора, специфическая профилактика и др.) и противоэпидемических мероприятий (полнота и своевременность выявления больных, качество специфической диагностики, доля зарегистрированных безжелтушных форм ГА, полнота госпитализации, очаговость ГА в семьях и коллективах и др.). Меры профилактики в отношении источников ВГА (активное и раннее выявление) имеют вспомогательное значение. Они наиболее важны в коллективах детей, среди работников организаций общественного питания, торговли пищевыми продуктами и других организаций. Лица, подозреваемые как источник инфекции, подвергаются углубленному клинико-лабораторному обследованию (с определением активности аланин-аминотрансферазы и обследованию на наличие маркеров ГА, прежде всего выявление анти-ВГА IgM в крови). В комплекс мер по профилактике ГА входит как пассивная (введение иммуноглобулина человеческого нормального), так и активная иммунизация-вакцинация. Для активной иммунизации против ГА применяются инактивированные вакцины отечественного и зарубежного производства, которые вводят дважды с интервалом в 6 - 12 месяцев. Вакцинация показана прежде всего детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией, (возрастные группы определяются данными эпиданализа), медицинским работникам, воспитателям и персоналу детских дошкольных учреждений, работникам сферы обслуживания населения и, прежде всего, занятым в организациях общественного питания, водопроводных и канализационных сооружениях. Прививки также показаны лицам, выезжающим в гиперэндемичные по гепатиту А регионы и страны (туристы, лица, работающие по контракту, военнослужащие), а также контактным лицам в очагах по эпидпоказаниям. Массовую вакцинацию против гепатита А не проводят. При отсутствии условий оставления больных ГА на дому их госпитализируют в инфекционные отделения. Проводится заключительная дезинфекция, которую организует врач-эпидемиолог. Эпидемиологическое обследование в очагах ГА проводится врачом-эпидемиологом учреждений по его усмотрению, помощником эпидемиолога. Эпидемиолог уточняет границы очага, разрабатывает и реализует меры по его ликвидации. В границы очага включаются детские и трудовые коллективы, стационары, санатории и др., в которых больной был в конце инкубации и в первые дни болезни. Всех лиц, проживающих в границах очага, подвергают осмотру в день регистрации больного и медицинскому наблюдению в течение 35 дней со дня разобщения с источником. Лица, подозреваемые как источник инфекции, подвергаются клинико-лабораторному обследованию, включая определение маркеров ГА (анти-ВГА IgM в крови, антиген вируса ГА в фекалиях). Определяют активность аминотрансфераз в крови. О контактных детях, воспитывающихся и обучающихся в коллективах, ставят в известность медицинский персонал этих учреждений. Детей допускают в коллективы с разрешением педиатра и эпидемиолога при условии их полного здоровья, при указаниях на перенесенный ранее ГА, введения иммуноглобулина или вакцинации против ГА. За ними устанавливают регулярное наблюдение в течение 35 дней. При наличии показаний в кратчайший срок (до 10 дня от начала контакта с больным) детям, находившимся в контакте, проводят экстренную иммуноглобулинопрофилактику, которую назначает врач поликлиники (амбулатории) по согласованию с эпидемиологом. Иммуноглобулин не назначают при наличии ГА в анамнезе, при обнаружении защитного уровня антител в сыворотке контактного, при наличии медицинских противопоказаний и в тех случаях, когда не прошло 6 месяцев после предыдущего введения такого же препарата. Дозы титрованных серий иммуноглобулина не отличаются от тех, которые назначают при предсезонной профилактике. О взрослых лицах, общавшихся с больным ГА по месту жительства, занятых приготовлением пищи и реализацией пищевых продуктов (организации общественного питания и т.п.), уходом за больными в ЛПУ, воспитанием и обслуживанием детей, обслуживанием взрослого населения (проводники, стюардессы и т.п.) сообщается руководителям этих учреждений, в соответствующие здравпункты (медико-санитарные части).

Руководители этих учреждений обеспечивают контроль за соблюдением контактными правил личной и общественной гигиены, обеспечивают медицинское наблюдение и отстраняют их от работы при появлении первых признаков заболевания. Содержание наблюдения за взрослыми эпидемиологически значимых профессий не отличается от такового в отношении детей. За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование в течение 35 дней осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта). Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования и иммуноглобулинопрофилактику. Каждый медицинский работник, осуществляющий наблюдение за контактными, систематически проводит работу по гигиеническому воспитанию. Все меры, направленные па ликвидацию очага, отражаются в карте эпидемиологического обследования и амбулаторной карте больного ГА, в которую вклеивается особый лист наблюдения за контактными. В этих же документах фиксируется окончание мероприятий в очаге и результаты наблюдения за контактными. Больных с любой установленной клинической формой ГА регистрируют а учреждении Роспотребнадзора и из учреждений закрытого типа госпитализируют в инфекционные отделения. Больных с неясными симптомами госпитализируют в боксированное отделение, при благоприятных санитарно-коммунальных условиях, легком течении заболевания и обеспечении индивидуального ухода их изолируют на 2 - 3 дня в изоляторе учреждения для медицинского наблюдения, лабораторного обследования в целях уточнения диагноза, В очаге проводят заключительную дезинфекцию и определяют меры текущей дезинфекции. Лица, подозреваемые как источник инфекции для зарегистрированных больных ГА, подвергаются углубленному клинико-лабораторному обследованию, включая определение маркеров ГА. Пораженные группы (классы, больные отделений или палат) максимально изолируют от других групп, подразделений учреждения. Они не принимают участия в мероприятиях, проводимых с другими членами коллектива. В карантинной группе, классе, палате и т.п. отменяют систему самообслуживания, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики ГА.

В период наблюдения (в течение 35 дней с момента изоляции последнего больного ГА) не допускается перевод контактных детей, персонала детских и иных учреждений в другие группы, классы, палаты и в другие учреждения за исключением особых случаев с разрешения эпидемиолога. Прием в карантинные коллективы (группы дошкольных учреждений, палаты, и т.п.) новых лиц допускается по согласованию с эпидемиологом в случаях, если поступающий ранее перенес ГА или предварительно получил высокотитрованный иммуноглобулин, или вакцинирован против ГА. Дети и взрослые лица эпидемиологически значимых профессий, бывшие в контакте с Больным ГА, в стационаре (санатории и др.), ранее переболевшие ГА допускаются в коллективы и учреждения. В случае госпитализации контактного лица по другим причинам в соматическое, хирургическое и др. отделения медицинский персонал или руководитель карантинного коллектива обязаны сообщить администрации этого лечебного учреждения о пребывании госпитализированного в эпидемическом очаге гепатита А. За лицами, бывшими в контакте с больными ГА, устанавливают медицинское наблюдение. Детей и персонал дошкольных учреждений, школьников начальных классов, больных стационаров, санаториев и т.п. осматривают ежедневно (опрос, осмотр кожи, склер и слизистых, термометрия, в дошкольных учреждениях дополнительно оценивается цвет мочи и фекалий) и 1 раз в неделю проводят углубленный осмотр с обязательным определением размеров печени и селезенки. Контактных других категорий (студенты, рабочие и др.) осматривают еженедельно. По решению эпидемиолога, в зависимости от характеристик очага, назначаются однократные или повторные (с интервалом 15-20 дней) лабораторные обследования контактных. Они могут касаться всех лиц в границах очага или проводиться выборочно, включать биохимические исследования крови (определение активности аланин-аминотрансферазы) и определение маркеров ГА (анти-ВГА класса IGM в крови, антиген вируса в фекалиях). Лабораторное обследование лиц, общавшихся с больными ГА (определение в крови аланин-аминотрансферазы и специфических маркеров ГА), при наличии показаний проводят в детских дошкольных и других учреждениях по назначению педиатра и эпидемиолога. Экстренную иммуноглобулинопрофилактику (ИГП) проводят препаратом с высоким титром антител по решению эпидемиолога и согласованию с врачом учреждения. Контингент, подлежащий ИГП, определяют с учетом конкретной эпидемической ситуации, времени, прошедшего от регистрации случая ГА и от предшествовавших введений этого препарата, перенесения в прошлом ГА, состояния здоровья контактных детского учреждения, стационара, санатория и других коллективов. Беременные, находившиеся в контакте с больным ГА, получают титрованный иммуноглобулин за исключением женщин, иммунных к ГА. В течение всего периода карантина контактным не проводят плановые прививки. Персонал карантинных учреждений обучают правилам противоэпидемического режима, при этом обязательно мотивируют каждое из мероприятий, инструктируют о первых симптомах ГА и мерах при выявлении лиц с такими симптомами. Эту работу проводят с родителями детей из пораженного инфекцией коллектива, с детьми и взрослыми лицами, оказавшимися в контакте с больным ГА в стационаре, санатории и др. При появлении одновременных групповых заболеваний ГА в разных группах, классах, отделениях стационара и т. п. условиях проводится комплекс мер в связи с возможностью пищевого или водного пути передач возбудителя. По представлению эпидемиолога главный врач ЦГСЭН формирует группу специалистов гигиенического, клинического и других необходимых профилей, распределяет между ними обязанности по проведению эпидемиологического обследования и реализации мер по ликвидации очага.

**Гепатит Е (ГЕ)**

Эпидемиологический надзор за ГЕ должен быть направлен на своевременное выявление больных ГЕ. Настороженность в отношении ГЕ должна проявляться при обращении за медицинской помощью больных ВГ на территориях, близких к эндемичным. Верификация диагноза возможна с помощью определения специфических антител (по состоянию на октябрь 1999 г. в России зарегистрированных тест-систем нет). Специфичным для ГЕ сигналом должно служить появление тяжелых случаев вирусных гепатитов с отсутствием маркеров ГА, ГВ, ГС у беременных. Эпидемиологические данные и исключение маркеров гепатитов А, В, С и D у больного острым гепатитом может оказать помощь в распознавании ГЕ.

Эпидемиологический надзор за ГЕ принципиально не отличается от такового при ГА. Необходима четкая информация о состоянии водоснабжения и качестве питьевой воды, миграционных процессах с эндемичных территорий.

**Литература**