



О ПРОФИЛАКТИКЕ ДИФТЕРИИ



РОСПОТРЕБНАДЗОР

ЕДИНЫЙ КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
РОСПОТРЕБНАДЗОРА 8-800-555-49-43



Роспотребнадзор напоминает, что **ДИФТЕРИЯ – БАКТЕРИАЛЬНОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ**, характеризующееся преимущественным поражением миндалин, гортани, выраженной интоксикацией, частым развитием осложнений: крупа, миокардита, полинейропатии, нефроза и других. Возбудитель может быть причиной раневой инфекции, различных поражений кожи, глаз, желудочно-кишечного тракта и половых органов. Эта болезнь почти забыта во многих странах благодаря программам вакцинации. Наиболее тяжело дифтерию переносят дети в возрасте до 4 лет, не имеющие профилактических прививок против дифтерии, и пожилые люди.

Наиболее частый путь передачи инфекции – воздушно-капельный, но может быть и контактный, а также – пищевой. Инкубационный период – 2-10 дней.

Обычный симптом – боль в горле и повышение температуры. Вначале отмечается умеренное покраснение и отёчность миндалин, затем появляются полупрозрачные беловатые налеты, которые в течение 2-3 дней уплотняются до характерных с сероватым, желтовато-сероватым или перламутровым оттенком, становятся очень плотно фиксированы, не снимаются шпателью, могут выходить за пределы миндалин. Часто при попытке снять налёт выражена кровоточивость миндалин. Характерен запах ацетона из рта. Распространение налётов на гортань приводит к сильному лающему кашлю, осиплости до полной потери голоса, затруднению дыхания в результате перекрытия плёнками дыхательных путей.

После нормализации температуры тела налёты сохраняются еще 4-8 дней.

При токсической форме дифтерии состояние больного тяжелое, отмечается отёчность подкожной клетчатки шеи, иногда отёк распространяется на грудную клетку. Больные жалуются на сильные головные боли, сонливость, нередко регистрируются нарушение сознания, тошнота, рвота, боли в животе.



При подозрении на дифтерию необходимо срочно обратиться за медицинской помощью для уточнения диагноза и получения правильной терапии.

Больные дифтерией из-за высокого риска развития осложнений, госпитализируются.

ЛЕЧЕНИЕ – введение противодифтерийной сыворотки, местные антисептики, антибактериальная и симптоматическая терапия.

Иммунитет сохраняется до 10 лет, как после вакцинации, так и после болезни. Возможны повторные случаи заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА

Единственный эффективный метод профилактики – это вакцинация, которая проводится всем детям с возраста 3 месяца. 3 дозы вводятся с интервалом в 1,5 месяца (вместе с вакцинами против коклюша, столбняка и полиомиелита). Ревакцинация одной дозой необходима в 18 месяцев, затем – в 7 лет, в 14 лет, далее – каждые 10 лет (вместе с вакциной против столбняка – препарат АДС-М).

Противопоказания к прививкам минимальны, в большинстве случаев они временные (признаки острого инфекционного заболевания, обострения аллергии или другой соматической патологии), их определяет врач. Прививку делают в поликлиниках по месту жительства, а также по месту работы.



ОБ ИММУНИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ



РОСПОТРЕБНАДЗОР

ЕДИНЫЙ КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
РОСПОТРЕБНАДЗОРА 8-800-555-49-43



Роспотребнадзор напоминает, что специфический иммунитет, полученный после вакцинации в детском возрасте, ослабевает спустя годы. Это означает, что делать прививки необходимо не только детям, но и взрослым.

Вакцинация позволяет сохранить здоровье и качество жизни, предотвращая развитие ряда соматических неинфекционных болезней (подострый склерозирующий панэнцефалит, эндокардит, миокардит, пороки сердца, артриты и др.) и некоторых распространенных форм злокачественных новообразований (органов орофарингеальной области репродуктивной системы, карциномы печени).

КОГДА НУЖНА РЕВАКЦИНАЦИЯ

СТОЛБНЯК И ДИФТЕРИЯ – необходимо делать прививку раз в 10 лет.

КОРЬ, КРАСЛУХА. Иммунизация необходима, если вы не помните, когда были привиты.

ГЕПАТИТ В – инфекция, которая может привести к развитию цирроза и рака печени. Ревакцинироваться не нужно. Есть определенные группы риска, например, медработники, которые работают с кровью. Им может потребоваться ревакцинация.

ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ГРИПП – вакцинация особенно необходима людям с хроническими заболеваниями, а также лицам старше 60 лет, из-за возможности развития тяжелых осложнений и летальных исходов. Особенно тяжело протекает пневмококковая пневмония на фоне новой коронавирусной инфекции.

Также напоминаем, что вакцинацию против гриппа необходимо делать ежегодно осенью.



**У ВЗРОСЛЫХ ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ
ПРОТЕКАЮТ ГОРАЗДО ТЯЖЕЛЕЕ, ЧАЩЕ
СОПРОВОЖДАЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И
МОГУТ ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ!**

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ГЕПАТИТА А

Людям, которые часто путешествуют, много общаются показаны прививки от менингококковой инфекции и гепатита А.

Вирус, вызывающий гепатита А, который еще называют болезнь грязных рук, отличается высокая устойчивость во внешней среде – он длительно сохраняется в объектах окружающей среды и вероятность заразиться им очень высокая.

Перед поездкой поинтересуйтесь также, есть ли риск заражения эндемичными для данного региона инфекциями.

КЛЕЩЕВОЙ ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Для клещевого энцефалита характерна весенне летняя сезонность. Однако возможна и вторая волна заболеваемости, которая приходится на август–сентябрь (в отдельные годы может отмечаться в октябре–ноябре) и связана с сезонной активностью клещей, переносчиков вируса.

Помните, что взрослым людям можно и нужно прививаться! Будьте здоровы!

Подробнее на www.rosпотребнадзор.ru

Рекомендации гражданам : о профилактике заболеваний, передающихся через укусы насекомых

Напоминаем, что каждый человек, собираясь в тропические страны, должен знать об опасных заболеваниях, которые могут стать причиной смерти. В тропических странах опасность подстерегает путешественников в различных местах: вода, почва, пища.

Особую опасность для туристов представляют мошки, комары, москиты. Именно они являются переносчиками инфекций.

К тропическим болезням относится более 100 заболеваний, передающихся с водой, пищей, через переносчиков, вызываемых бактериями, вирусами, простейшими, гельминтами и грибами.

Группы экзотических инфекций:

Инфекции, которыми легко заражаются туристы, или те инфекции, которые завозятся на другие территории не только с людьми, но и с продуктами питания: тропическая малярия, лихорадка денге, амебиаз (Азия, Африка, Латинская Америка). Паразитарные инфекции, завоз которых происходит как больными, так и с продуктами питания (рыба, мясо), – дифиллоботриоз, описторхоз, трихинеллез.

Шистозомозы, филяриатозы, трипаномозы, парагонимозы, язва Бурули. Этими заболеваниями туристы также заражаются, но реже.

В настоящее время проблемы, имеющие отношение к здоровью туристов, включая вопросы профилактики, в том числе и профилактическую вакцинацию, составляют современное направление медицины – медицину болезней путешественников.

Широко распространенным и наиболее инфекционным заболеванием является малярия. Это заболевание передается через укусы комаров.

«Золотые правила» профилактики малярии:

Перед поездкой обратитесь к своему врачу и узнайте, какой препарат необходимо иметь с собой для профилактики и как его принимать.

Принимайте лекарство в назначенных вам дозах и продолжайте это делать в течение четырех недель после выезда из опасной зоны.

Там, где распространена малярия, спать следует в комнате, окна и двери которой затянуты сеткой, или под сетчатым пологом, желательно пропитанным инсектицидом, края которого заправлены под матрас. Кроме того, с сумерек до рассвета одевайтесь так, чтобы не оставлять открытыми руки и ноги. Открытые участки тела обработайте репеллентом.

Помните о симптомах заболевания. Если у вас внезапно начинаются лихорадка, головная боль, боль в мышцах, тошнота или понос, немедленно обратитесь за медицинской помощью. Обязательно скажите врачу, где вы побывали. Малярия может развиваться спустя год после возвращения из путешествия, даже если вы принимали противомаларийные препараты.

Не забывайте, что малярия способна привести к смерти менее чем за 48 часов после появления первых симптомов.

Следует помнить, что во время пребывания в стране, неблагополучной по малярии, и в течение трех лет после возвращения на родину при любом

повышении температуры следует немедленно обратиться в лечебное учреждение и сообщить врачу, что вы были в «тропиках».

Помимо малярии насекомые могут вызывать и другие опасные инфекционные заболевания, такие как лейшманиоз, геморрагическая лихорадка, желтая лихорадка, энцефалит. Основные проявления этих заболеваний – головная боль, кожный зуд, изменение цвета кожи, зуд, высыпания.

Как предотвратить укусы насекомых:

В помещениях должны быть сетки на окнах и дверях, если сеток нет – окна должны быть закрыты. Желательно наличие кондиционера.

Репеллент нужно наносить на кожу каждые три-четыре часа в период между сумерками и рассветом.

Если комары проникают в помещение, над кроватями должна быть сетка, заправленная под матрас. Надо убедиться, что сетка не порвана и под ней нет комаров.

В помещениях, предназначенных для сна, нужно использовать аэрозоли и специальные спирали.

Одежда должна быть закрытой.

Вакцинопрофилактика осуществляется путем проведения профилактических прививок туристам. Для решения вопроса о профилактической вакцинации планирующим поездку необходимо обратиться за консультацией не менее чем за четыре-шесть недель до поездки.

При въезде в большинство стран Азии, Африки и Южной Америки рекомендуют прививки от гепатитов А и В и брюшного тифа, от желтой лихорадки (где имеются очаги этого заболевания); от менингита – путешествующим в страны, расположенные в «менингатном поясе» Африки, планирующим быть в контакте с местным населением. Для взрослых в определенных ситуациях рекомендовано привиться от полиомиелита, дифтерии, кори, столбняка и бешенства.

Прививки для туристов делятся на три группы:

Рутинные вакцины, которые распространены в большинстве стран. В нашей стране они проводятся согласно Национальному календарю профилактических прививок (дифтерия, столбняк, коклюш, гепатит В, корь, полиомиелит, туберкулез, гемофильная инфекция).

Вакцины, рекомендуемые при въезде в некоторые страны: холера, грипп, гепатит А, японский энцефалит, менингококковый менингит, бешенство, клещевой энцефалит, туберкулез, брюшной тиф, желтая лихорадка.

Обязательные вакцины: желтая лихорадка (при въезде в страны, где распространено это заболевание), менингококковый менингит – для паломников, направляющихся в Саудовскую Аравию.

Путешествующим в тропические страны **следует позаботиться о наличии индивидуальной аптечки**, которая должна содержать не только средства профилактики тропических инфекций, но и средства для лечения диареи путешественников, малярии и других бактериальных и грибковых

инфекций. Также рекомендуется иметь средства от ожогов, обезвоживания, болезней, передающихся половым путем, средства защиты от кровососущих насекомых.

О ПРОФИЛАКТИКЕ УКУСОВ КОМАРОВ

РОСПОТРЕБНАДЗОР

ЕДИНЫЙ КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
РОСПОТРЕБНАДЗОРА 8-800-555-49-43



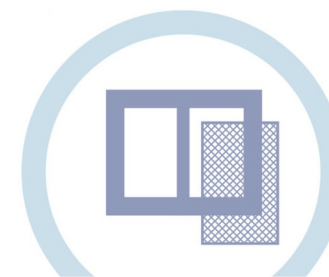
Комары могут быть
переносчиками возбудителей
опасных инфекционных
и паразитарных заболеваний
человека



Проводите
санитарно-гидротехнические
мероприятия на территориях



Следите за водопроводными
системами в жилых домах



В помещениях застегивайте
окна и форточки

Подробнее на www.rosпотребнадзор.ru

Памятка населению: малярия и ее профилактика

Малярия – паразитарная тропическая болезнь, характеризующаяся приступами лихорадки, анемией и увеличением селезенки. Существует 4 вида малярии: тропическая, трехдневная, четырехдневная и овале-малярия. Наиболее тяжелая - тропическая. Малярия передается от больного человека к здоровому при кровососании самок комаров. Существует и еще два пути заражения - при переливании крови и внутриутробный, когда больная малярией женщина заражает своего будущего ребенка. Попавшие в организм человека во время укуса малярийных комаров паразиты циркулируют в крови, а затем заносятся в печень, в клетках которой и развиваются.

Инкубационный (скрытый) период развития паразитов колеблется от семи дней до трех лет. Такая амплитуда зависит от вида малярии, при тропической малярии инкубационный период короткий. Болезнь начинается с симптомов общей интоксикации (слабость, разбитость, сильная головная боль, познабливание). Затем наступают повторяющиеся приступы лихорадки, температура тела поднимается до 40 градусов и выше, держится несколько часов и сопровождается ознобом и сильным потоотделением в конце приступа. Если отмечается четкое повторение таких приступов через определенное время – ежедневно (через день или через два дня), следует подумать о возможном заболевании малярией и незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

Тропическая малярия - наиболее тяжелая форма малярии. Инкубационный период колеблется от 8 до 16 дней. За 3-4 дня до развития клинических симптомов могут отмечаться головная боль, утомляемость, тошнота, снижение аппетита. Начальные проявления характеризуются выраженным ознобом, чувством жара, сильной головной болью. В ряде случаев приступы малярии наступают без озноба. Лихорадка в начале заболевания может быть постоянной без выраженных приступов, что затрудняет диагностику. При поздней диагностике и задержке с лечением тропическая малярия принять «злокачественное течение». Особенно увеличивается риск развития «злокачественной» малярии при задержке с лечением более 6 дней от начала болезни. Летальность при тропической малярии колеблется от 10 до 40% в зависимости от времени начала лечения, правильного подбора противомалярийных препаратов и оснащенности клиники. Дети, беременные женщины и не иммунные взрослые более подвержены развитию тяжелой тропической малярии. Церебральная малярия - наиболее частое осложнение тропической малярии, при этом характерны судороги, ригидность, кровоизлияния в сетчатку.

Паразиты малярии находятся в крови больного человека и могут быть обнаружены только при исследовании крови под микроскопом. Лечение этой опасной болезни осуществляется с учетом вида возбудителя и его чувствительности к химиопрепаратам.

С целью профилактики малярии необходимо заблаговременно до выезда в эндемичные по малярии страны Африки, Юго- Восточной Азии, Южной Америки начать прием противомалярийных препаратов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ГРАЖДАНАМ: Профилактика укусов комаров

Роспотребнадзор напоминает, что кровососущие комары (Diptera, Culicidae) могут быть переносчиками возбудителей инфекционных и паразитарных болезней.

Чем опасны комары

На территории России обитают более 100 видов и подвигов кровососущих комаров, относящихся к 8 родам: *Anopheles*, *Culiseta*, *Aedes*, *Culex*, *Coquillettidia*, *Orthopodomyia*, *Uranotaenia*, *Toxorhynchites*. Эпидемиологическое значение имеют представители родов *Anopheles*, *Culiseta*, *Aedes*, *Culex* и *Coquillettidia*.

Передача инфекции комарами происходит при укусе, т.е. трансмиссивным путем. Комары, в организме которых возбудитель проходит определенные стадии жизненного цикла, являются специфическими переносчиками; комары, в организме которых не происходит размножение возбудителя инфекции, являются неспецифическими переносчиками.

На территории Российской Федерации комары могут являться неспецифическими переносчиками возбудителей туляремии и потенциально, сибирской язвы и специфическими переносчиками малярийного плазмодия и арбовирусов, относящихся к семействам *Togaviridae*, *Bunyaviridae* и *Flaviviridae*, а также нематод, вызывающих дирофиляриозы.

Эндемичные для России заболевания, переносчиками которых являются комары: туляремия, дирофиляриозы, лихорадка Западного Нила (ЛЗН), лихорадки, вызываемые вирусами группы Калифорнийского энцефалита (лихорадка Инко, лихорадка Тягиня, лихорадка Хатанга), лихорадка Батаи, лихорадка Синдбис, Карельская лихорадка, лихорадка Леса Семлики.

Инфекции, не эндемичные для России, могут быть завезены в страну больными людьми, занесены больными животными или зараженными переносчиками, которые способны перемещаться на большие расстояния с морским, воздушным, железнодорожным и автомобильным транспортом.

Так, малярия является эндемичной инфекцией для Африки, Юго-Восточной Азии, Индии, Центральной Азии, стран Тихоокеанского бассейна, Южной Америки. В Российской Федерации местная передача может осуществляться в Центральном регионе и в Западной Сибири комарами *An. messeae*, *An. maculipennis* и *An. beklemishevi*, в предгорьях Большого Кавказа – *An. maculipennis* и *An. superpictus*, на равнинных территориях Дагестана – *An. maculipennis* и *An. sacharovi*, в Поволжье, Краснодарском крае – *An. atroparvus* и *An. maculipennis*, на Дальнем Востоке – *An. sinensis*. На Черноморском побережье Кавказа возможна передача малярии с участием *An. maculipennis* и *An. plumbeus*. Малярийные комары на эндемичных территориях могут находить укрытия в воздушных судах и по прибытии на территорию России стать источником так называемой «аэродромной малярии», поэтому по рекомендации ВОЗ во время стоянок воздушные суда обрабатываются дезинсекционными средствами для предотвращения укусов комаров.

Вирусы чикунгунья, денге, Зика циркулируют повсеместно в зонах тропического и субтропического климата. В России лихорадку денге завозят туристы, возвращающиеся из Индии, Шри-Ланки, Юго-Восточной Азии, с Карибских островов (Доминиканская Республика), из Центральной Америки, Африки, лихорадку чикунгунья завозят из Индии, Индонезии, лихорадку Зика – преимущественно из Америки, Юго-Восточной Азии. Эффективным переносчиком возбудителей перечисленных болезней в Российской

Федерации могут быть инвазивные виды *Ae. aegypti* и *Ae. albopictus*, зарегистрированные на Черноморском побережье Кавказа и на юге Краснодарского края. Возможен завоз зараженных комаров из-за рубежа различными видами транспорта.

С 1999 года в России стала массово регистрироваться лихорадка Западного Нила (ЛЗН). На сегодня установлена циркуляция возбудителя инфекции на территории 62 регионов страны. ЛЗН представляет собой природно-очаговую болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающую у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации; в тяжелых случаях - с поражением центральной нервной системы. Высокий риск заболевания тяжелой клинической формой - у людей старших возрастных категорий и иммуносупрессивным состоянием.

Основным источником и резервуаром возбудителя ЛЗН в природе являются птицы водного и околоводного комплексов, в городских условиях - домашние и синантропные птицы. Человек не является источником инфекции. Переносчиками вируса Западного Нила чаще всего являются комары различных родов и видов. Наиболее эпидемиологически значимыми являются комары видов *Culex pipiens* и *Culex modestus*. Заболевание имеет сезонные проявления: в центральных и южных территориях России - июнь- сентябрь, северных – июль. Заражение ЛЗН может происходить и в другие сезоны года при выезде в зарубежные тропические страны, где сезон передачи круглогодичный.

Места обитания комаров

Виды комаров подразделяют на эндофильные, которые концентрируются в различных типах убежищ (жилые помещения, животноводческие, надворные постройки) и экзофильные (нападают на добычу на открытом воздухе).

Местами выплода малярийных комаров (род *Anopheles*) являются пресноводные постоянные или длительно существующие временные водоемы, заросшие водной растительностью и хорошо освещенные солнцем. Личинки этих комаров не выносят волнобоя. Места массовой концентрации личинок весной – небольшие водоемы. По мере прогревания больших водоемов и формирования в них растительности происходит их заселение личинками. В связи с этим необходима регулярная и тщательная обработка таких водоемов.

Комары рода *Aedes* распространены во всех природно-климатических зонах России. Местами выплода комаров являются как временные пересыхающие водоемы, так и прибрежная зона больших водоемов, заболоченные территории. Максимум численности приходится на весну-начало лета. Завозные виды: *Aedes (Aedes aegypti* L., *Ae. albopictus* Sk., *Ae. koreicus* Edw.) в населенных пунктах выплывают в различных заполненных дождевой водой старых автомобильных покрышках, вазонах на кладбищах, поддонах цветочных горшков, мелких пластиковых контейнерах и т.п. В природных условиях местами выплода служат водоемы в междоузлиях и дуплах деревьев, расщелинах скал. Максимум их численности – вторая половина лета-осень.

Местами выплода комаров рода *Culex* являются постоянные или длительно существующие временные слабо проточные и стоячие водоемы, заболоченные территории, канавы, подвалы домов с плохой гидроизоляцией. Комары вида *Cx. pipiens* в качестве мест выплода могут использовать любые искусственные емкости с застоявшейся водой на приусадебных и дачных участках: бочки, ведра, корыта и т.п. Личинки держаться у поверхности воды. Максимум численности комаров этого рода приходится на конец лета или начало осени.

Профилактические мероприятия

Специфическая профилактика инфекций, передающихся комарами, (вакцинация) разработана против туляремии, желтой лихорадки, лихорадки Денге и японского энцефалита.

Неспецифические профилактические мероприятия осуществляют посредством комплексных мероприятий по снижению численности популяции кровососущих комаров и применения средств индивидуальной защиты.

Комплексные мероприятия по снижению численности популяции кровососущих комаров предусматривают:

- проведение инсектицидных обработок эпидемиологически значимых участков в природных или урбанизированных биотопах в течение эпидемического сезона, с использованием инсектицидных средств (преимущественно ларвицидов), разрешенных для применения в Российской Федерации;

- контроль эффективности проведенных инсектицидных мероприятий;

- проведение гидротехнических мероприятий, ликвидацию мест выплода комаров;

- содержание подвальных помещений многоквартирных домов в соответствии действующими санитарными нормами и правилами и проведение борьбы с подвальными (городскими) популяциями комаров;

- благоустройство территорий населенных пунктов, парков, скверов, мест массового отдыха и пребывания населения;

- санитарно-просветительную работу с населением.

Мероприятия по защите людей от укусов комарами в жилых помещениях включают использование противокосариных (противомоскитных) сеток на окнах и дверях, обработку помещений инсектицидными средствами в аэрозольной упаковке, использование электрофумигаторов, обработку террас, веранд, туристических палаток противокосариными инсектицидными спиралями или стержнями.

В нежилых помещениях для борьбы с окрыленными комарами кроме средств, разрешенных для обработки жилых помещений, возможно использование инсектицидных шашек, таблеток, спиралей.

В качестве средств индивидуальной защиты от нападения комаров используются репеллентные средства и инсектицидно-репеллентные средства, в соответствии с инструкцией производителя.

В местах массового нападения комаров показано использование специальной защитной одежды.