

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА
ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ З
ТРАНСМІСИВНИМ ТА
КОНТАКТНИМ
МЕХАНІЗМОМ ПЕРЕДАЧІ.
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ
НАГЛЯД**

Що об'єднує

- Основна локалізація збудника в організмі людини – у крові.
- Для збереження збудника як біологічного виду, передача його від одного індивідуума до другого може бути тільки за допомогою переносника, в організмі якого він не лише зберігається, а й проходить певний цикл свого розвитку.
- Механізм передачі - трансмісивний

Малярія – це інфекційне захворювання, що спричиняється найпростішими (малярійним плазмодієм) і характеризується типовими нападами гарячки з правильною періодичністю, розвитком анемії, гепатоспленомегалією

Епідеміологія малярії

Джерело збудника – *хворий, паразитоносій*

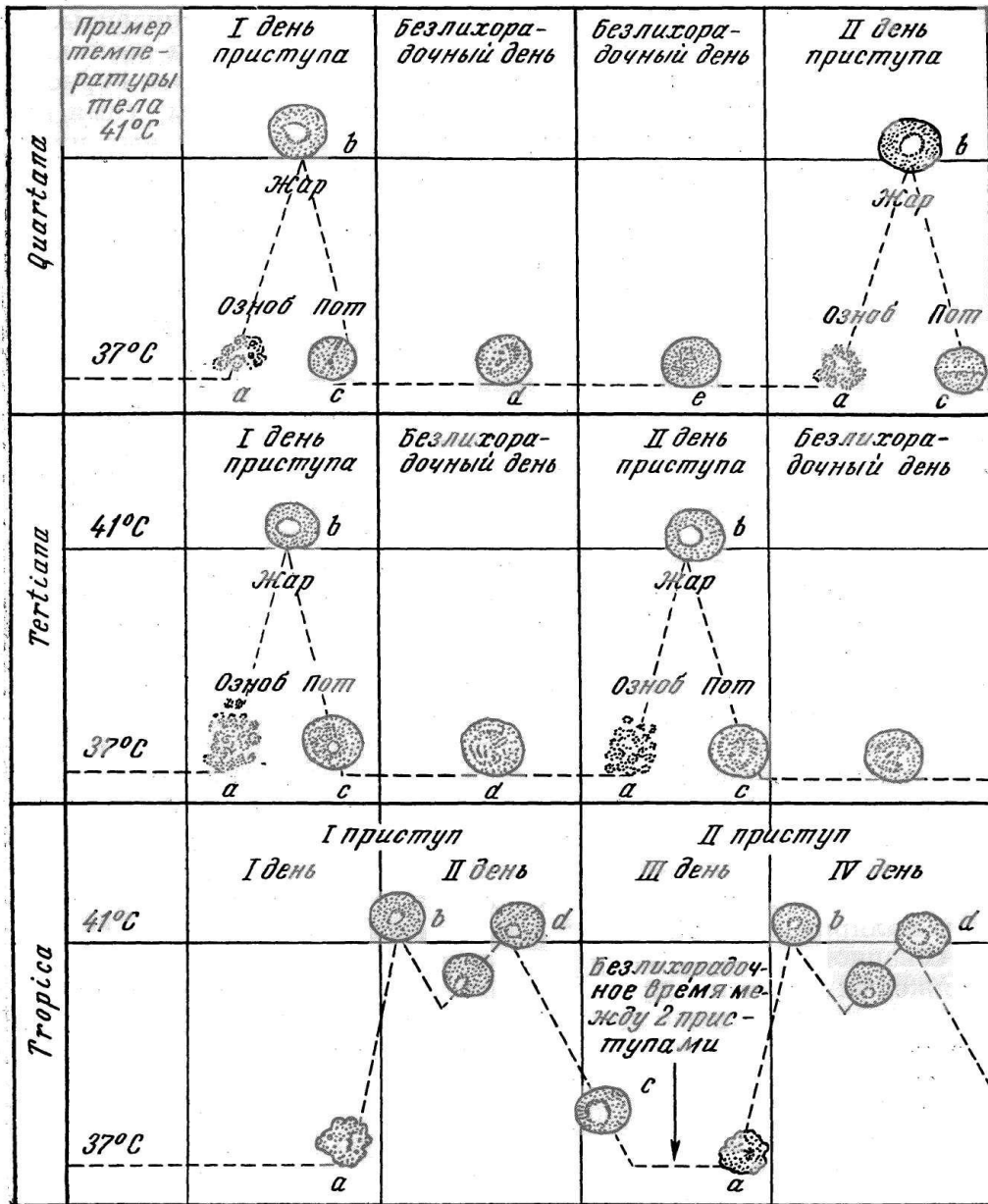
Механізм передачі – *трансмівний;*

можливо – при переливанні інфікованої донорської крові, при використанні недостатньо простерилізованого інструментарію, трансплацентарно

Переносник – *самка малярійного комара роду *Anopheles**

Сезонність – *літо-осінь, у тропіках - цілорічно*

Сприйнятливість - *висока*



**Зв'язок між
лихоманкою і
стадіями
розвитку
малярійних
паразитів у крові
людини**



Малярійні плазмодії в мазку крові:

а) *Pl. vivax*

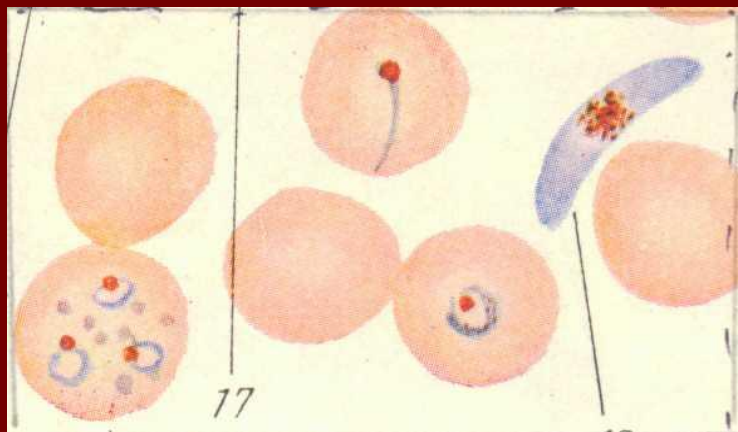
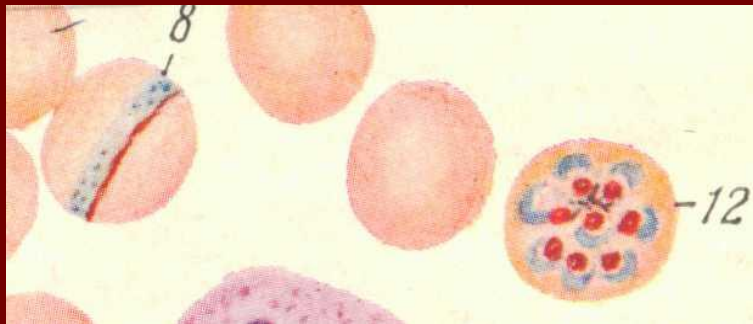
стадія кільця

б) *Pl. malariae*

*стрічкоподібний шизонт
морула*

в) *Pl. falciparum*

*3 стрічкоподібні шизонти
в одному еритроциті
жіночий гаметоцит*



ПРОФІЛАКТИКА МАЛЯРІЇ

- Санітарна охорона території держави від завозу (карантинна інфекція)
- Обов'язкова реєстрація
- Повне виявлення джерел збудника та їх лікування (облік усіх осіб, що приїхали з районів, неблагополучних по малярії; диспансерне спостереження протягом 2 років з обов'язковою паразитоскопією; профілактичний і протирецидивний курси; заборона донорства)
- Стерилізація інструментарію
- При виявленні хворого або носія – паразитоскопічне обстеження членів сім'ї
- Протикомарині заходи (меліорація, застосування інсектицидів, репелентів)
- Хіміопротифілактика

ВИСИПНИЙ ТИФ

Гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється рикетсією Провачека. Проявляється гарячкою, інтоксикацією, специфічними висипаннями, ураженням нервової і серцево-судинної систем, гепатоспленомегалією.

Епідемічний висипний тиф

Спорадичний (рецидивний) висипний тиф
(хвороба Брілла)

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВИСИПНОГО ТИФУ

- **Джерело збудника** – хвора людина (останні 2 дні інкубації, протягом усього періоду гарячки, 2 дні після її припинення)
- **Механізм передачі** – трансмісивний (переносник – одежна, іноді головна воша), в лабораторних умовах – через кон'юнктиву ока
- **Сприйнятливість** – загальна
- **Сезонність** – холодна пора року
- **Фактори**, що сприяють розповсюдженню – соціальні потрясіння, завошивленість населення (“воєнний”, “голодний”, “тюремний”)



Висипання при висипному тифі

Особливості хвороби Брілла

- Рецидив раніше перенесеного висипного тифу
- Епідеміологічно –
відсутність вошивості та джерела збудника
хворіють переважно літні люди, частіше міські
жителі
немає сезонності
- Клінічно –
перебіг легший
період гарячки коротший
висипка розеольозна або взагалі відсутня

Профілактика висипного тифу

- **Рання діагностика і госпіталізація хворого**
- **Медичне спостереження за контактними в осередку – 51 день при висипному тифі: 21 день (максимальний інкубаційний період) + 30 днів (строк життя зараженої воші) і 25 днів при хворобі Брілла:**
щоденна термометрія, огляд на педикульоз, санітарна обробка, камерна дезінсекція речей хворого, серологічне обстеження осіб, в яких була гарячка в останні 3 міс.
- *При спалаху - щоденні подвірні обходи усіх жителів населеного пункту*
- **Боротьба з педикульозом**
- **Специфічна профілактика - вакцинація за епідепоказаннями (хімічна висипнотифозна вакцина)**
екстрена профілактика – антибіотики + бутадіон

ГЕМОРАГІЧНІ ГАРЯЧКИ

Гострі вірусні природно-осередкові інфекції, які характеризуються гарячкою, геморагічним синдромом, ураженням різних органів

- Геморагічна гарячка з нирковим синдромом
- Геморагічна гарячка Крим-Конго
- Омська геморагічна гарячка
- Геморагічні гарячки Ласса, Марбург, Ебола (контагіозні)
- Жовта гарячка

Епідеміологія ГГ

Джерело збудника – *гризуни*, додатково для гарячки Крим-Конго – *дикі та свійські тварини, кліщі*, для гарячок Ебола і Марбург – *маври*. При контагіозних гарячках людина також заразна.

Механізм передачі – трансмісивний (через кліщів і комарів), при ГГС – також пиловий, харчовий, контактний; при **контагіозних** ГГ – крапельний і контактний (через нестерильний інструментарій); можливі внутрішньолікарняні спалахи і вторинні захворювання в сім'ях (ОНІ).

Протиепідемічні заходи при виявленні хворого на карантинну інфекцію (контагіозні геморагічні гарячки)

- негайна ізоляція хворого та його лікування;
- виписка перехворілих після клінічного одужання;
- виявлення і госпіталізація осіб, підозрілих на ОНІ, в провізорний госпіталь;
- виявлення та ізоляція на максимальний інкубаційний період (17 діб) в ізолятор усіх, хто контактував з трупами померлих або їх речами (при відсутності клінічної симптоматики);
- встановлення територіального карантину;
- щоденні подвірні обходи усіх жителів населеного пункту, неблагополучного по ОНІ (з термометрією);
- дезінфекційні заходи (в тому числі – дезінсекція, дератизація)
- за епідпоказаннями – вакцинація проти жовтої гарячки

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

Вірусні гепатити А, Е

Кишкова інфекція

Джерело – хворий на будь-яку клінічну форму

Механізм передачі – фекально-оральний

Переважно хворіють *діти та особи молодого віку*

Осінньо-зимова *сезонність*

Стійкий постінфекційний *імунітет*

Вірусні гепатити В, С, D (парентеральні)

Інфекції зовнішніх покривів

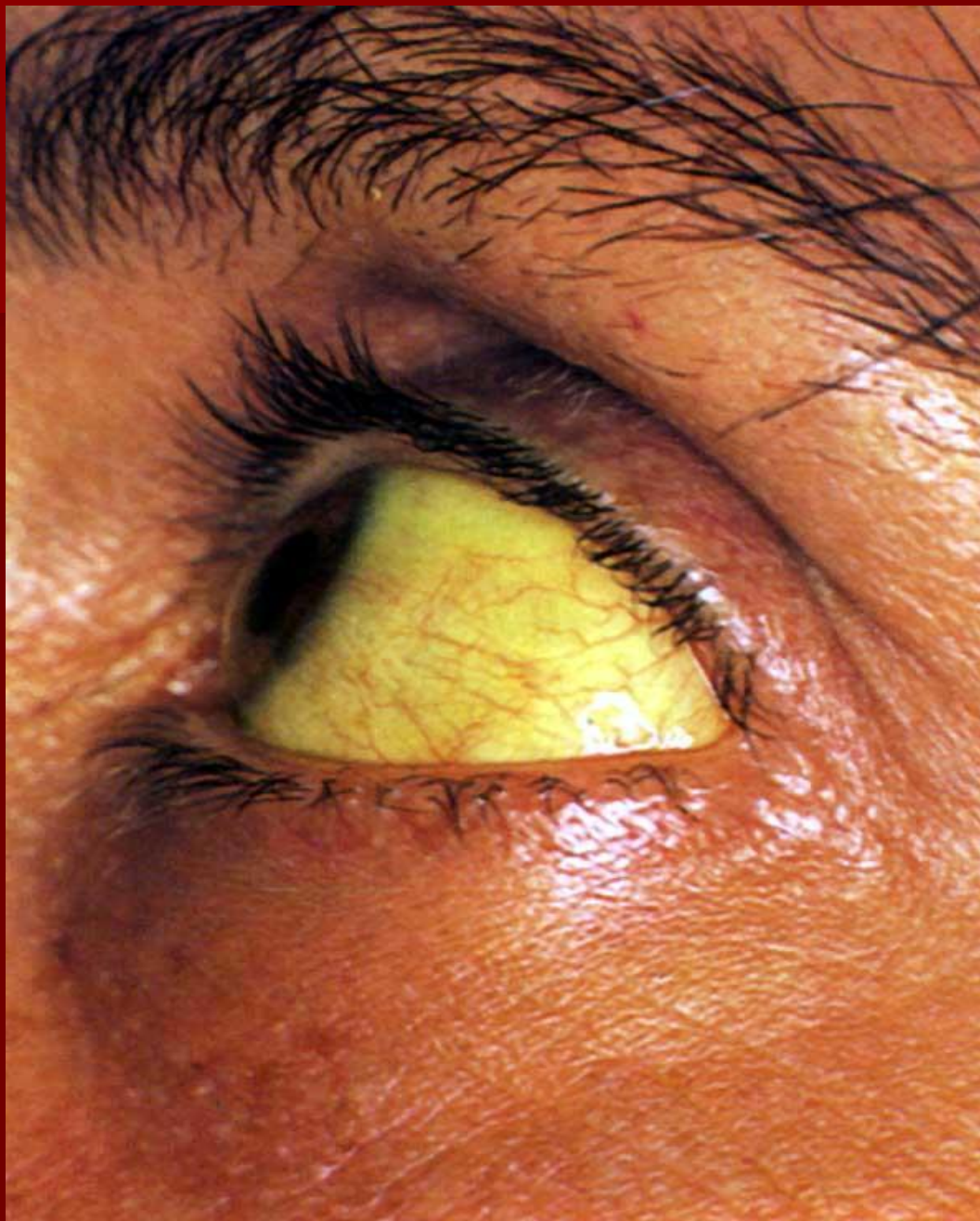
Джерело – хворий, вірусоносі

Механізм передачі – контактний (рановий)

Сезонність не характерна

Клінічні особливості ГВ

1. Тривалий інкубаційний період (понад 45 днів, максимально – 6 місяців)
2. Поступовий початок захворювання
3. Частий артралгічний синдром у початковому періоді (20-30 %)
4. Свербіння шкіри і кропивниця в початковому періоді
5. Останній часто триває більше 2 тижнів
6. Повільне наростання жовтяниці, іноді 2 тижні й довше
7. Немає покращання самопочуття з появою жовтяниці
8. Довший і тяжчий перебіг жовтяничного періоду, ніж при ГА
9. Часті загострення, рецидиви й ускладнення (причиною може бути приєднання гепатиту D)
10. Наявність вираженого астеничного синдрому в усі клінічні періоди хвороби, тривала постгепатитна астения, іноді до року й довше
11. Можливий перехід у хронічний гепатит (у 5-15% випадків) і далі в цироз печінки (у 15-30% хворих на хронічний гепатит)



*Іктеричніс
ть склер
при
вірусному
гепатиті*



*Іктеричніс
ть шкіри
при
вірусному
гепатиті*

ПРОФІЛАКТИКА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

■ Вірусні гепатити А і Е

Медичне спостереження в епідемічному осередку 35 днів

Лабораторне обстеження контактних (визначення в крові рівня білірубіну, активності АлАТ, у сечі – жовчних пігментів)

Дітям до 10 років та вагітним – введення донорського Іg; іншим – амізон, мефенамова кислота

Поточна та заключна дезінфекція

Контроль за громадським харчуванням, водопостачанням

■ Парентеральні гепатити (В, С, D)

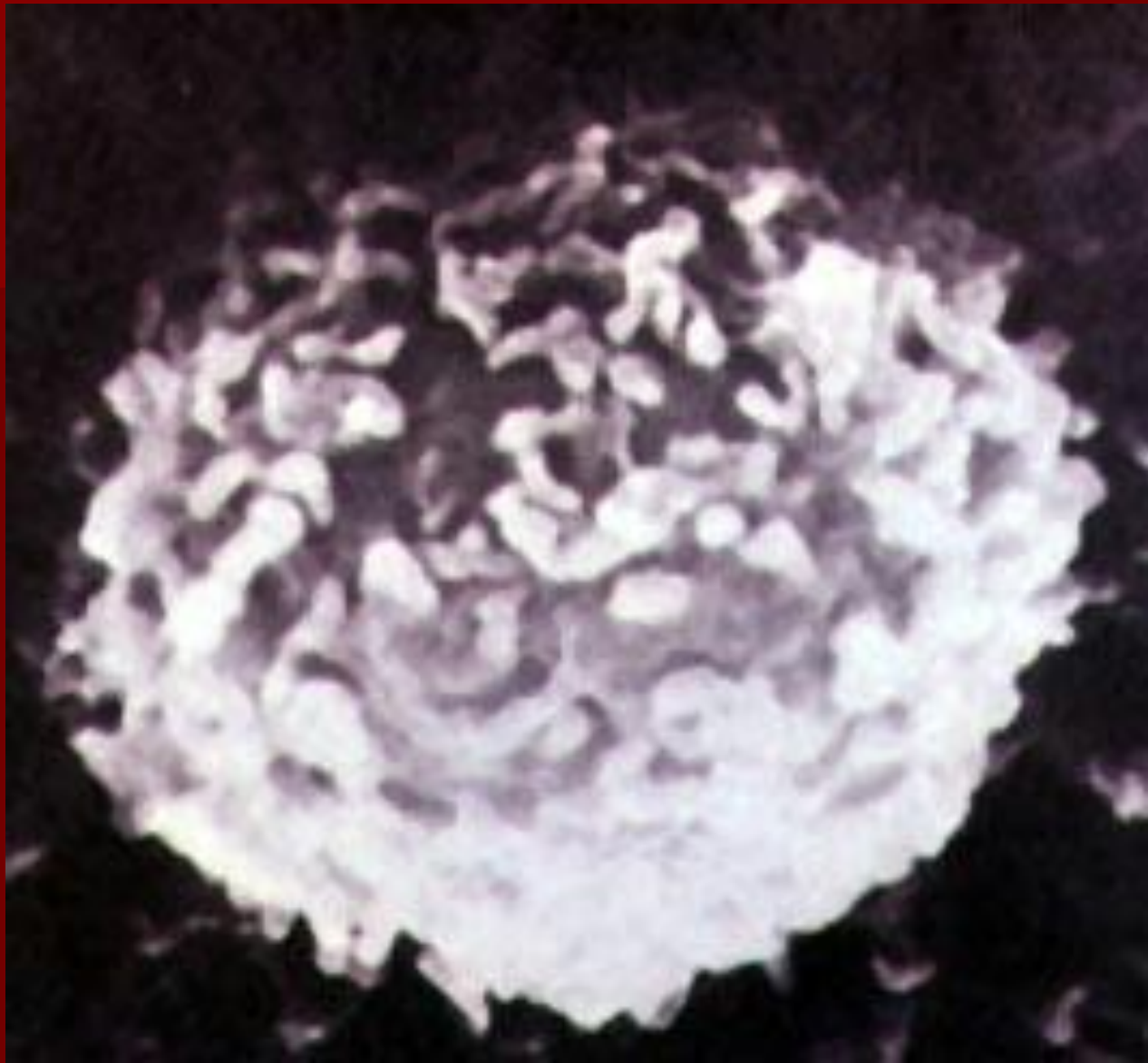
Застосування медичного інструментарію одноразового використання, ретельна стерилізація багаторазового

Клініко-лабораторне та епідеміологічне обстеження донорів крові та органів

Вакцинація проти гепатитів А і В (планова та за епідпоказаннями)

ВІЛ-інфекція -

недавно відкрита вірусна хвороба людини, що передається переважно статевим і парентеральним шляхами й характеризується багаторічною персистенцією збудника. Уражаючи тимусзалежну систему імунітету, викликає клінічно виражену форму – синдром набутого імунодефіциту (СНІД, AIDS), який проявляється лімфаденопатією, вираженою інтоксикацією організму, нашаруванням інфекційних і онкологічних захворювань та закінчується смертю.



**Електронограма вірусу
імунодефіциту**

До груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ належать такі особи:

1. Гомо- і бісексуалісти.
2. Наркомани, які вводять собі наркотики внутрішньовенно.
3. Реципієнти крові, її препаратів і органів.
4. Повії та інші особи, які проводять безладне статеве життя.
5. Хворі на венеричні хвороби та вірусні гепатити В, С, D.
6. Діти, матері яких носії ВІЛу.

Лімфаденопатія при ВІЛ-інфекції







**Прогресую
ча втрата
маси тіла
та
схуднення
у хворих
на СНІД.**



**Прогресуюча втрата
маси тіла та
схуднення у хворих
на СНІД.**





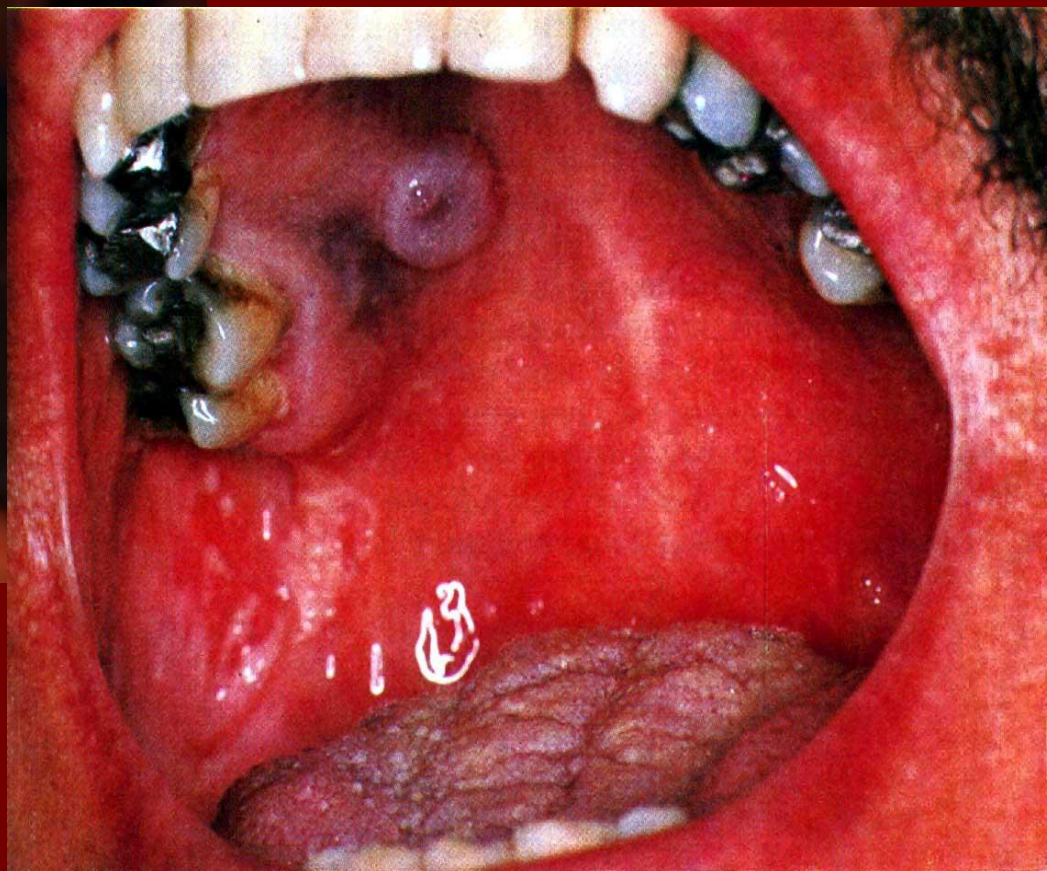
Саркома Капоші при СНІДі



Саркома Капоші при СНІДі







ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Фактори, що залежать від поведінки людини і впливають на розповсюдження ВІЛ-інфекції

Сприяють

- *Наявність шкідливих звичок (вживання алкоголю і наркотиків)*
- *Віра у виліковність СНІДу*
- *Фаталізм*
- *Почуття неушкодженості або несприйнятливості*
- *Невігластво*
- *Труднощі контролю сексуальних імпульсів*

Перешкоджають

- *Знання про шляхи і фактори зараження ВІЛом*
- *Страх перед зараженням*
- *Усвідомлення ризику та ушкоджуваності*
- *Зменшення або відмова від алкоголю, наркотиків*
- *Підвищення контролю за своїми імпульсами*

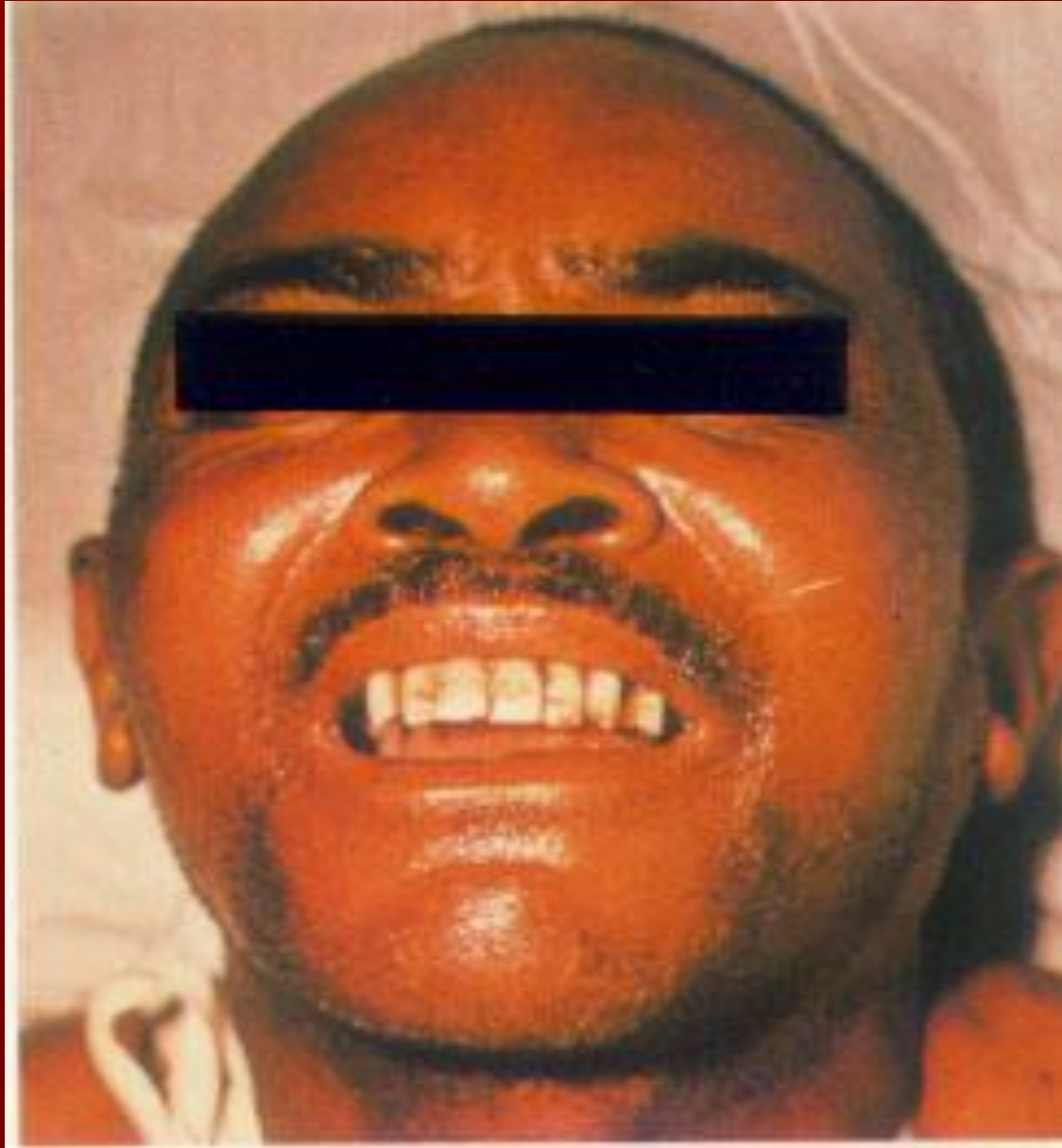
Правець (*Tetanus*, син. **тетанус, стовбняк**) – одна із найважчих гострих інфекційних хвороб, яка спричинюється токсином анаеробного збудника *Clostridium tetani*.

Характеризується ураженням нервової системи і проявляється тонічними й тетанічними судомами скелетної мускулатури, що призводять до асфіксії. Термін *tetanus* походить від грецького *teino* – «тягну», «витагую» і вказує на різко виражене при правці напруження м'язів.

Збудник правця *Clostridium tetani*



«Сардонічна посмішка» (risus sardonicus)



Опістотонус у немовляти



Для планової профілактики застосовують такі препарати:

- *адсорбовану коклюшно-дифтерійно-правцеву вакцину (АКДП-вакцина), яка містить 20 одиниць зв'язування правцевого анатоксину в 1мл;*
- *адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин зі зменшеною концентрацією антигена (АДП-М-анатоксин), який містить 10 одиниць зв'язування правцевого анатоксину в 1мл;*
- *адсорбований правцевий анатоксин (АП-анатоксин) очищений – концентрований препарат, який містить 20 одиниць зв'язування в 1мл.*

Рідше – інші асоційовані препарати, які містять правцевий анатоксин.

Для екстренної профілактики правця застосовують:

- протиправцевий людський імуноглобулін, який отримано з крові активно імунізованих людей. Одна профілактична доза складає 250 МО;
- протиправцеву сироватку, виготовлену з крові гіперімунізованих коней. Одна профілактична доза складає 3000 МО;
- адсорбований правцевий анатоксин (АП-анатоксин) очищений.

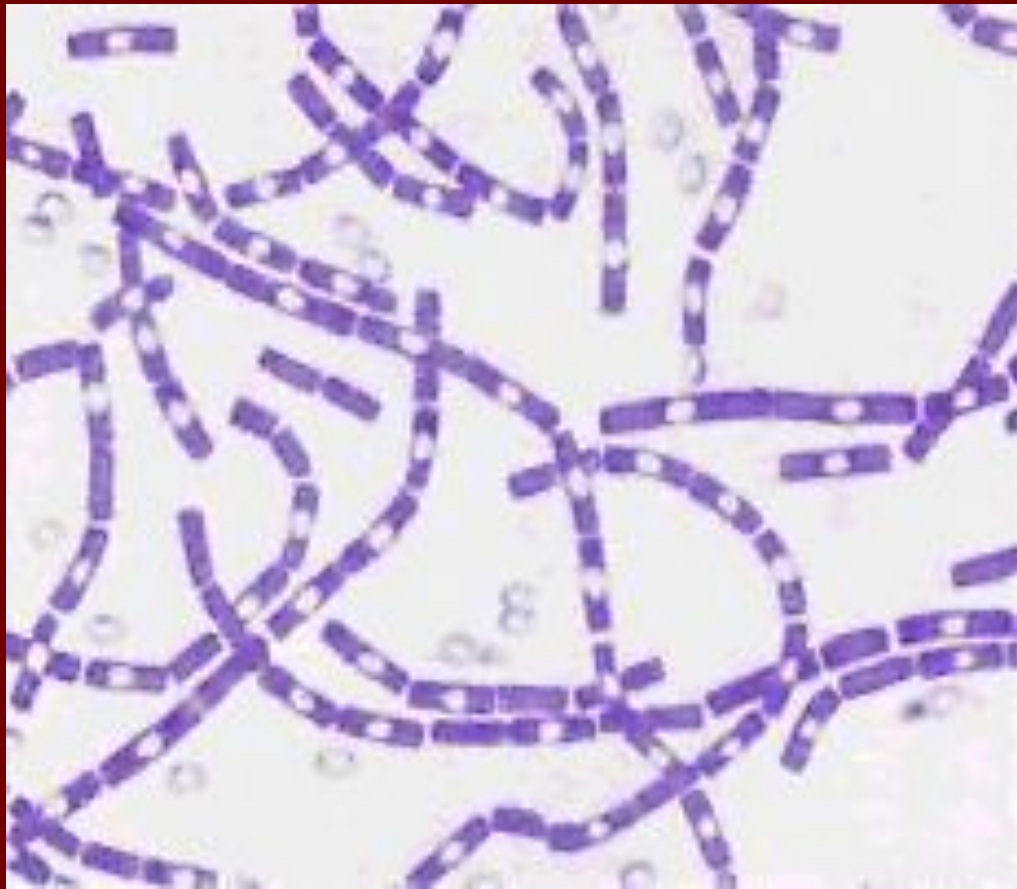
Показання для проведення екстренної профілактики:

- *травми з порушенням цілості шкіри і слизових оболонок;*
- *обмороження й опіки II, III, IV ступенів;*
- *позалікарняні аборти;*
- *пологи поза лікарнями;*
- *гангрена чи некроз тканин будь-якого типу, абсцеси;*
- *укуси тварин;*
- *проникаючі пошкодження травного каналу.*

Сибірка



Сибірка – гостра зоонозна інфекція, характеризується розвитком серозно-геморагічного і некротичного запалення і перебігає у вигляді локалізованої (шкірної) і генералізованої (септичної) форми з різко вираженим інтоксикаційним синдромом.



Етіологія. *Bacillus anthracis* велика грампозитивна нерухома паличка, з обрубленими кінцями, аероб. Існує у вигляді вегетативної і спорової форми. Вірулентність збудника пов'язана з утворенням капсули і продукцією токсину. Вегетативні форми гинуть протягом кількох секунд при кип'ятінні. Спори у ґрунті збе-



ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

- Джерелом збудника інфекції є домашні тварини, головним чином, траво-їдні та дикі(олені), у яких хвороба перебігає у вигляді генералізованої форми.



Зараження людини відбувається контактним шляхом (через подряпини, порізи) при догляді за хворими тваринами, їх забою, зніманні шкіри, розбирання туші, при виконанні земляних робіт, зрідка – при вживанні недостатньо термічно обробленого зараженого м'яса, аспіраційним шляхом, при укусі мухи –жигалки. Хвороба переважно носить професійний характер, частіше хворіють сільські жителі, іноді трапляються зараження побутового характеру (через помазки, одяг, що вироблені із шкіри, волосіння інфікованих тварин. Сезонність – літньо-осіння. Імунітет – стійкий.





Foto: CDC, USA



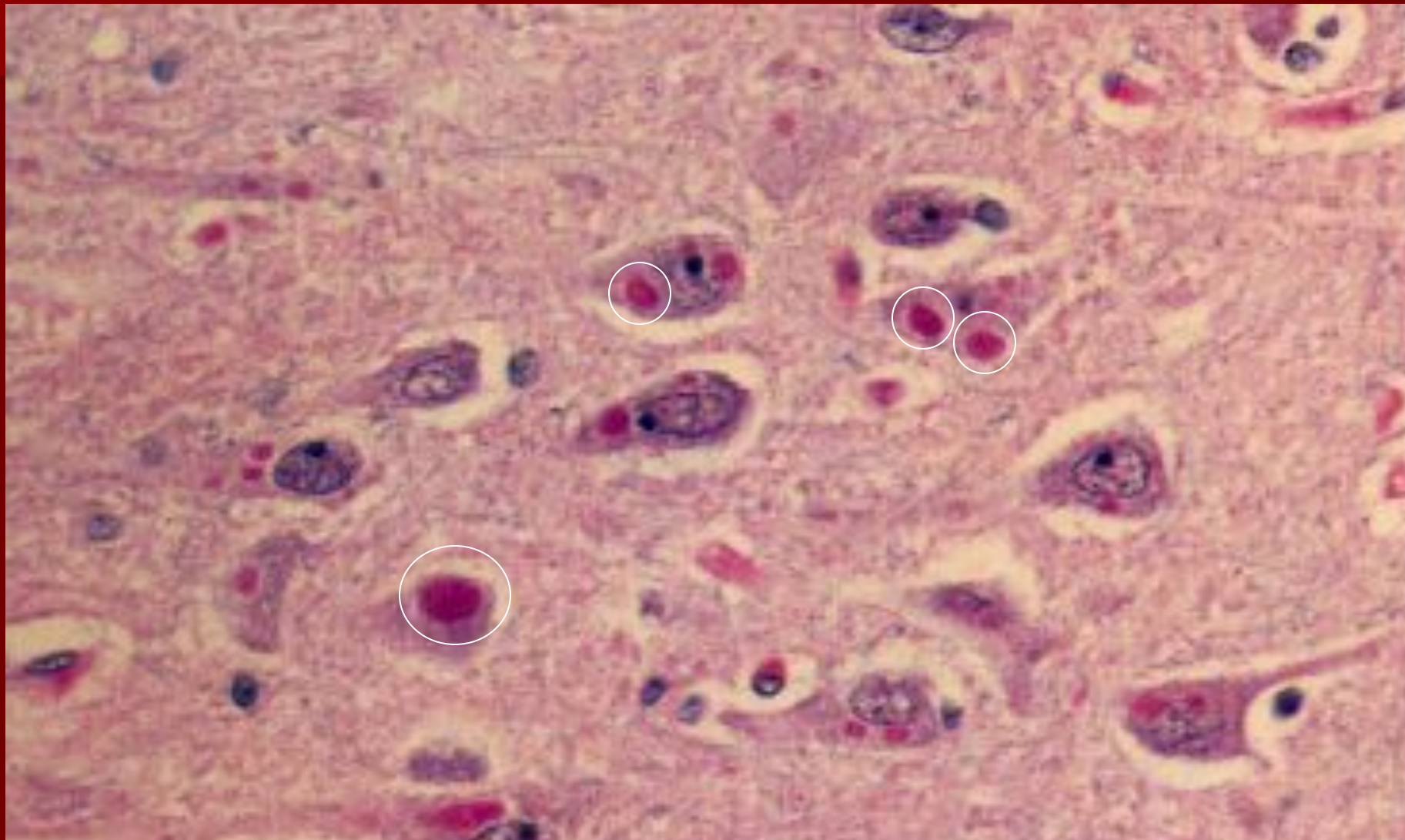
Профілактика. При обслуговуванні хворих на сибірку медперсонал використовує захисний одяг. За особами, що були в контакті з хворою твариною або заразним матеріалом, спостерігають 14 днів, їм вводять протисибірковий імуноглобулін: дорослим 20 мл, дітям-5 мл. Для специфічної профілактики застосовують суху живу вакцину СТІ, яку вводять одноразово нашкірно. Ревакцинація щорічна.



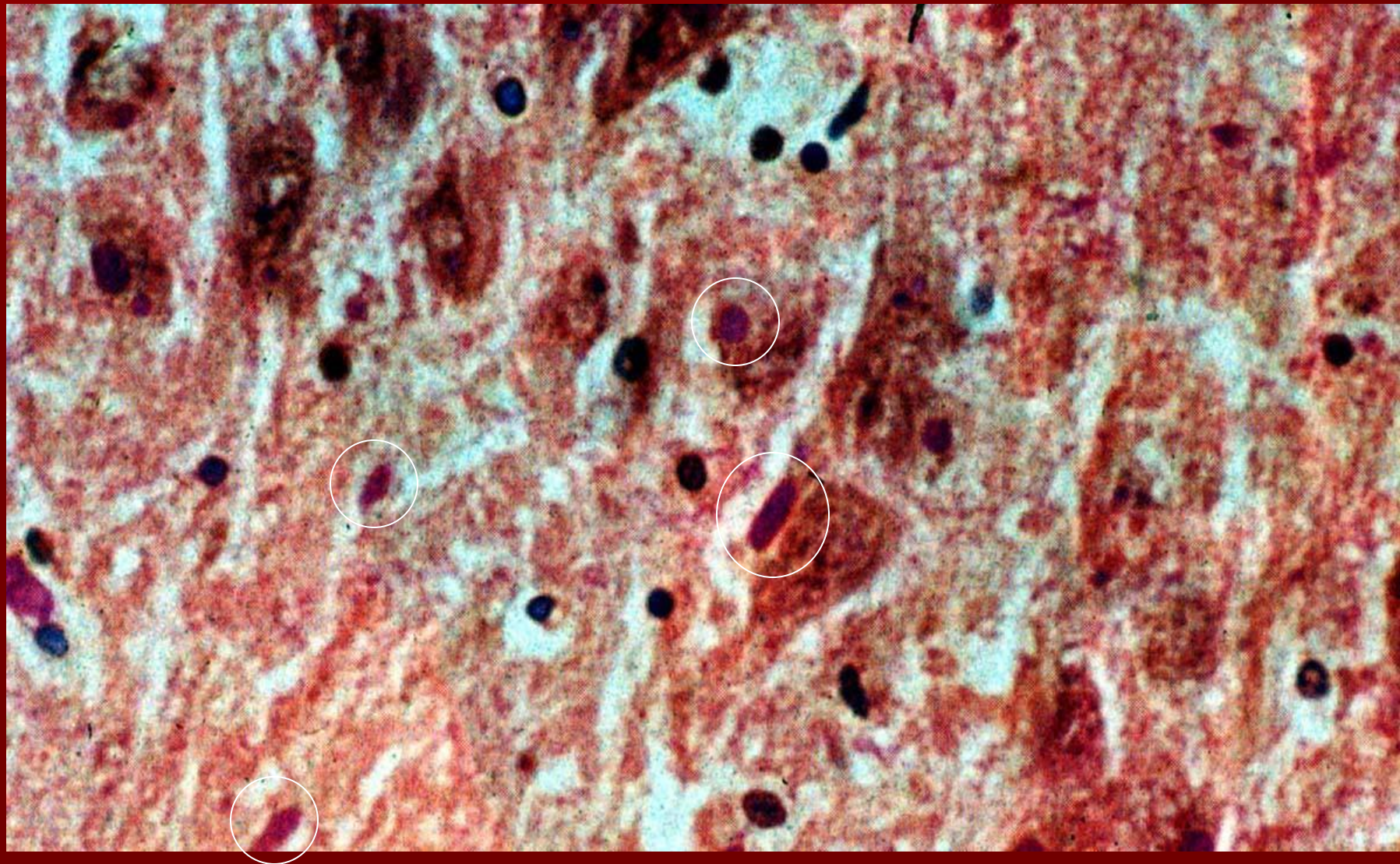
Сказ (*rabies*) –

**гостра вірусна хвороба, що виникає
після укусу чи ослинення
зараженою твариною і
характеризується розвитком
смертельного енцефаліту**

Тільця Бабеша-Негрі в цитоплазмі нейронів



Тільця Бабеша-Негрі в цитоплазмі нейронів



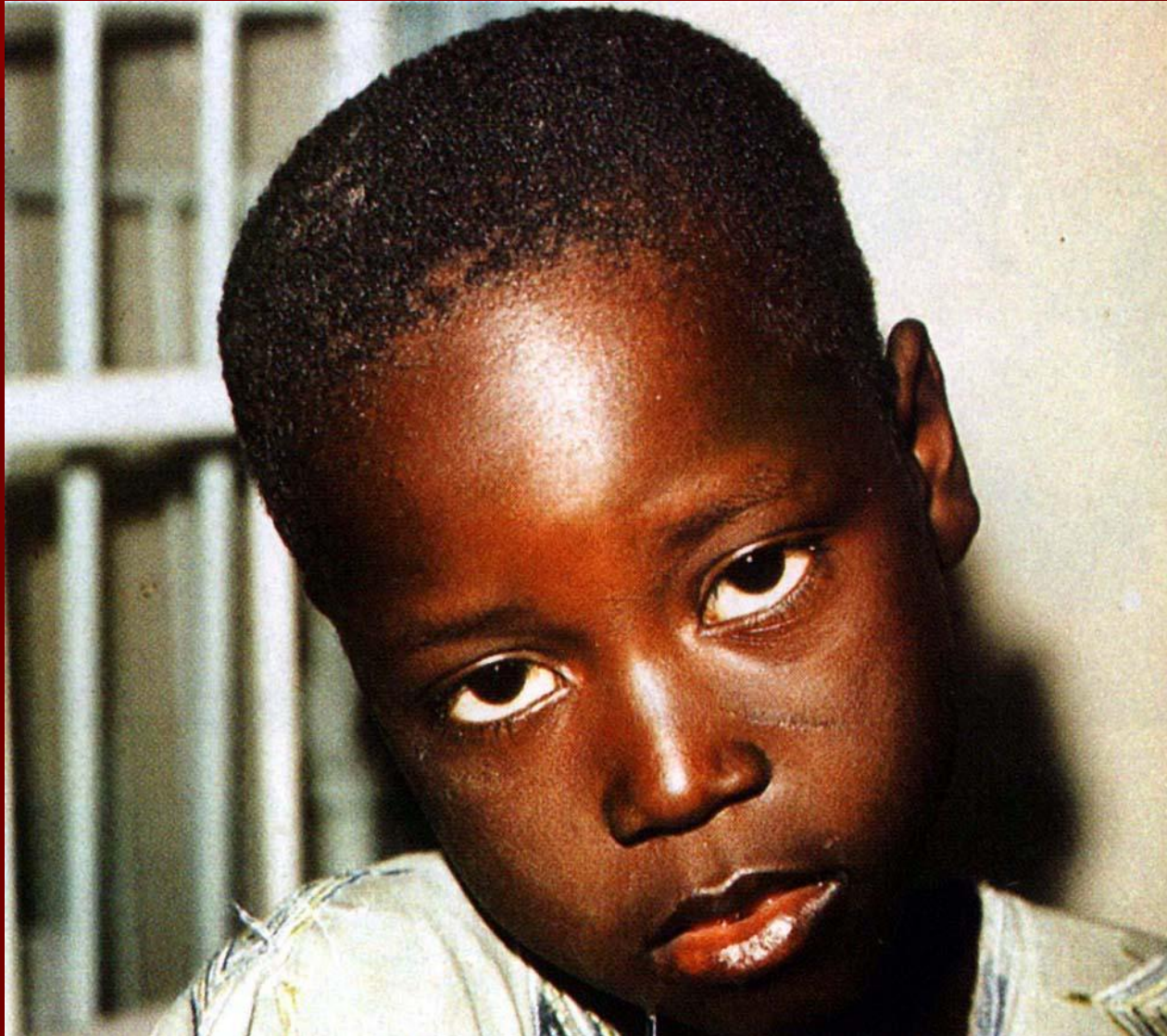
Тільця Бабеша-Негрі в цитоплазмі нейронів



Вигляд хворого на сказ у період розпалу



Вигляд хворого на сказ у паралітичному періоді



Проти епідемічні заходи, спрямовані на нейтралізацію джерела збудника серед тварин:

- Найважливішим є контроль за утриманням домашніх собак і котів (домашніх собак обов'язково реєструють і щорічно щеплять проти сказу).
- Бродячих тварин слід відловлювати.
- У природних осередках мисливські господарства регулюють чисельність диких тварин (особливо вовків і лисиць).
- Тварину, що завдала ушкоджень людині, стараються відловити, оглянути і за відсутності ознак сказу карантинувати у ветеринарному закладі. Якщо ж така тварина загинула, то її труп направляють на обстеження у ветеринарну лабораторію в опечатаній металевій коробці.

Заходи, спрямовані на другу ланку епідемічного процесу:

- Медичний персонал повинен працювати в захисному одязі, щоб захиститись від попадання слини хворого на шкіру і слизові.
- Здійснюють поточну дезінфекцію, а після смерті хворого – заключну.