Министерство здравоохранения Иркутской области

Областное государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение «Усть- Ордынский медицинский колледж

им. Шобогорова М. Ш.»

**Острые вирусные инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа),**

**роль фельдшера в профилактике острых вирусных заболеваний**

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

Выполнила: студентка 3 курса специальности 31.02.01. Лечебное дело Машукова Екатерина Валерьевна

Научный руководитель: Башханова Надежда Сергеевна

п. Усть-Ордынский

2019

Оглавление

[Введение 3](#_Toc31306765)

[ГЛАВА 1. Теоретические основы острых вирусных заболеваний (Корь, краснуха, ветряная оспа) 5](#_Toc31306766)

[Интервью с заместителем начальника отдела эпидемиологического надзора Роспотребнадзора Татьяны Кострыкиной. 16](#_Toc31306767)

[Роль фельдшера в профилактике острых вирусных заболеваний. 19](#_Toc31306768)

[(корь, краснуха и ветряная оспа). 19](#_Toc31306769)

[ГЛАВА 2 Практическая часть. Изучение информированности населения об острых вирусных заболеваниях (корь, краснуха, ветряная оспа). 25](#_Toc31306770)

[2.1 Анализ и интерпретация полученных данных при проведении анкетирования 25](#_Toc31306771)

[Вывод: 36](#_Toc31306772)

[Заключение 37](#_Toc31306773)

[Список использованной литературы 37](#_Toc31306774)

[Приложение 1 38](#_Toc31306775)

## Введение

**Актуальность темы исследования**

Проблема заболеваемости острыми вирусными инфекциями (корь, краснуха, ветряная оспа) до сегодняшнего дня остаётся очень актуальной.

Острые вирусные инфекции, по мнению многих специалистов, являются распространёнными заболеваниями в мире. Это объясняется высокой контагиозностью данных заболеваний в условиях закрытого учреждения (детский сад, школа, интернат), загрязнением окружающей среды, неправильным образом жизни, нерациональным питанием.

Острые вирусные инфекции опасны в первую очередь развитием осложнений: пневмонии, ларингиты, стоматиты, энцефалиты и др. Если учитывать тот факт, что этими инфекциями болеет в основном детское население, возможно присоединение вторичной инфекции на фоне ослабленного иммунитета, и развитие летального исхода у детей раннего возраста. Но благодаря усилиям бактериологов, вирусологов, иммунологов, инфекционистов и эпидемиологов удалось добиться значительных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями. Были открыты новые возбудители, разработаны методы их выделения и культивирования, средства специфической профилактики, методы диагностики и лечения, получены эффективные антимикробные препараты, которые способствовали резкому снижению летальности от инфекционных заболеваний. Согласно исследованиям, вакцина в достаточной степени предохраняет от детских инфекций и их осложнений. Дети, получившие вакцинацию, могут заболеть ветряной оспой, корью или краснухой, но заболевание будет протекать в легкой форме. Вакцинацию рекомендуют проводить детям в возрасте 12 месяцев и старше, а также подросткам и взрослым, ранее не болевшим и не получивших вакцинацию.

В связи с вышеизложенным, профилактические мероприятия, проводимые фельдшером, направленные на информирование населения об источнике инфекции, путях передачи, осложнениях, а также наличие специфических средств профилактики, являются актуальными и востребованными среди населения.

**Целью** учебно-исследовательской работы является:

**1.** Изучение профилактических мероприятий как фактора снижения заболеваемости детей ветряной оспой, корью, краснухой.

**2.** Показать роль фельдшера в профилактике острых вирусных инфекций.

Для достижения цели, поставленной в исследовательской работе, были определены следующие **задачи:**

* Изучить учебную и научную литературу по теме исследования;
* Провести исследование мнения родителей, взрослых по профилактике инфекций (разработать анкету, провести анкетирование среди родителей детей в возрасте от 1 до 7 лет, проанализировать полученные данные);
* Провести анализ заболеваемости острыми вирусными инфекциями по годовым отчетам, формам №5 ОГБУЗ №2 за три года;
* Провести анализ по данным Территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Иркутской области в Эхирит-Булагатском, Баяндаевском, Осинском, Боханском, Усть-Удинском, Качугском и Жигаловском районам по годовым отчетам.

**Место исследования:** п. Усть-Ордынский, детская поликлиника ОГБУЗ ОБ№2

**Объект исследования:** профилактика инфекций детского населения от 1 до 7 лет.

**Гипотеза:** предполагаю, что жители п. Усть-Ордынский недостаточно информированы о специфической и неспецифической профилактике детских вирусных инфекций, таких как корь, краснуха, ветряная оспа.

**Практическая значимость**работы состоит в том, что результаты проведенного исследования могут быть использованы в практической деятельности фельдшера как мероприятия, направленного на профилактику ветряной оспы, кори и краснухи и улучшения состояния здоровья детского населения.

## ГЛАВА 1. Теоретические основы острых вирусных заболеваний (Корь, краснуха, ветряная оспа)

* 1. **Этиология, эпидемиология кори. Клинические проявления**

**Корь** - острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом кори, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся катаральным синдромом, поражением слизистых полости рта, синдромом интоксикации, наличием пятнисто-папулезной сыпи с переходом в пигментацию.

Источником инфекции являются больные. Максимальная заразительность наблюдается в течение катарального периода и в первый день сыпи. Инфицированный человек становится опасным для окружающих на девятый-десятый день после контакта, а в некоторых случаях - с седьмого дня. С четвертого дня от начала высыпаний больной считается незаразным.

Механизм передачи кори - воздушно-капельный. Восприимчивость к кори чрезвычайно высока.

**Клинические проявления**

В течении болезни различают четыре периода:

1. Инкубационный;
2. Катаральный;
3. Период высыпаний;
4. Период пигментации.

В инкубационный период никаких клинических проявлений нет, в большинстве случаев он длится от 7 до 14 дней. Клинические признаки кори появляются в период катаральных проявлений. Для катарального периода характерно наличие следующих симптомов:

* общая слабость, ломота в теле;
* головные боли;
* повышение температуры тела от 38 до 40 градусов;
* насморк с обильным отделяемым слизистого характера;
* вирусный конъюнктивит (воспаление слизистых оболочек глаз);
* мучительный сухой кашель;
* увеличение шейных лимфатических узлов;
* боль в горле при глотании;
* на второй день, на слизистой щек характерно появление белесых пятнышек с красным ободком - пятен Бельского-Филатова-Коплика.

Период катаральных проявлений длится до 5 дней, в конце этого периода самочувствие больного улучшается, симптомы интоксикации уменьшаются.

Но примерно через сутки у больного опять повышается температура тела и самочувствие ухудшается. Начинается период высыпаний.

Для периода высыпаний характерно появление сыпи, сыпь - пятнисто-папулезная, очаги высыпаний склонны к слиянию. В начале высыпания появляются на голове, шее, верхней части грудной клетки. Позже сыпь распространяется на все туловище, конечности. Сыпь на теле больного держится на протяжении трех дней, затем элементы сыпи бледнеют.[[1]](#footnote-1)

Когда сыпь на теле бледнее начинается период выздоровления больного. На месте элементов сыпи появляются участки пигментации кожи. Температура тела нормализуется.

Основной опасностью кори, которая сохраняется и в настоящее время, является развитие анергии (вторичного иммунодефицита). Это приводит к возникновению осложнений: бронхит, пневмония стоматит, энтериты, колиты, менингит, энцефалит и др.

Коревая анергия держится довольно длительно (3 - 4 недели и более).

В большинстве случаев лечение проводится в домашних условиях. В случае необходимости госпитализации, больной должен помещаться обязательно в Мельцеровский бокс в связи с выраженной летучестью вируса кори.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мероприятия с больным | Мероприятия с контактными  детьми и взрослыми | Специфическая профилактика |
| 1. Госпитализация не обязательна 2. Изоляция больного до 5 дня от начала высыпаний 3. Организуют масочный режим при уходе за больным, регулярное проветривание, влажную уборку помещения. | 1. Выявить всех контактных 2. Установить карантин на все детское учреждение на 21 день (карантин снимается, если нет новых случаев заболевания корью) 3. Установить наблюдение за контактными (термометрия, осмотр кожных покровов, слизистых оболочек, учет симптомов интоксикации). 4. «Контактным» ослабленным детям ввести внутримышечно не позднее 3-5 дня после контакта противокоревой иммуноглобулин | 1. Поливалентная вакцина «Тримовакс» (против кори, краснухи, паротита) подкожно   V 12 мес.  RV 6 лет |

В качестве специфического лечения назначается противокоревой иммуноглобулин. Проводится дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, местное лечение (конъюнктивита, катаральных явлений). Широкое использование антибиотиков при лечении кори устраняет бактериальные процессы и таким образом как бы очищает корь от вторичных бактериальных осложнений. После перенесенной кори вырабатывается прочный иммунитет.

Корь является заболеванием, в отношении которого в настоящее время имеются достаточно эффективные меры борьбы. Наиболее действенной в ограничении заболеваемости корью является активная иммунизация, которая проводится живой коревой вакциной или сочетанной вакциной против кори, краснухи, паротита.

Важным звеном профилактики является как можно более раннее выявление больных корью и попавших с ними в контакт детей и проведении комплекса мероприятий с ними. К мерам неспецифической профилактики относится также регулярное проветривание помещений, проведение ежедневной уборки, предотвращение скученности, обучение детей «дисциплине кашля». С целью повышения защитных сил организма необходимо следить за соблюдением режима, проводить закаливание детей, курсы витаминотерапии, осуществлять рациональное питание.

**1.2 Краснуха, определение, этиология краснухи. Клинические проявления.[[2]](#footnote-2)**

**Краснуха** представляет собой острую вирусную инфекцию, проявляющуюся характерными высыпаниями на фоне умеренной интоксикации, сопровождается регионарной лимфоаденопатией и гематологической реакцией.

Возбудитель заболевания вирус. Он нестоек во внешней среде, не обладает выраженной летучестью. Единственным источником инфекции является больной человек, заразный конце инкубационного периода и в течение 2-5 дней после начала высыпаний.

Механизм передачи инфекции - воздушно-капельный, возможен также трансплацентарный.

Особую опасность краснуха представляет для беременных женщин, так как вирус краснухи имеет тропизм к эмбриональной ткани и обладает тератогенным действием (повреждающим действием на плод). Инфицирование плода может привести к его гибели или развитию тяжелых врожденных пороков развития. При врожденной краснухе наиболее часто развивается триада аномалий развития, получившая название «классического синдрома краснухи»: катаракта, пороки сердца, глухота. Кроме «классического» существует «расширенный» синдром краснухи, включающий ещё множество других пороков развития. Можно сказать, что нет ни одной системы, которая могла бы остаться неповрежденной при врожденной краснухе.

Характер и тяжесть уродств определяется тем, в какие сроки беременности происходит заражение плода. При этом поражается те органы и системы, которые находится в процессе формирования, так называемом критическом периоде развития. Пороки сердца, катаракта, глаукома развиваются при заболевании матери краснухой в первые 2 месяца беременности, психомоторные нарушения – при заболевании на 3-4 месяце. Но уже сформированный плод (после первого триместра беременности) вирус краснухи действует менее пагубно.

**Клинические проявления**

В течении болезни различают четыре периода:

1. Инкубационным;
2. Продромальным;
3. Периодом высыпаний;
4. Период выздоровления.

Инкубационный период краснухи составляет в среднем 18-23 дня

Типичные клинические признаки краснухи:

* Слабо выраженные катаральные явления (сухой кашель, заложенность носа, умеренная гиперемия лица).
* Увеличение затылочных, и заднешейных лимфатических узлов, болезненные на ощупь. Лимфаденит может сохраняться до 2-3 недель.

После катарального периода появляются высыпания. Появлению сыпи обычно предшествует кожный зуд. В 75-90% случаев сыпь появляется в первый же день болезни, сначала на лице и шее, за ушами, под волосами. В некоторых случаях сыпь может распространяться из иной локализации. За сутки сыпь покрывает различные участки кожи за исключением ладоней и подошв. В особенности характерны высыпания на ягодицах, спине, разгибательных поверхностях конечностей.

* Пятнисто-папулезная сыпь:
* бледно-розовая;
* не склонная к слиянию;
* появляется быстро в течение суток;
* не оставляет пигментации и шелушения.

Осложнений обычно не наблюдается. Летальность при краснухе практически отсутствует. После перенесенной краснухи иммунитет стойкий, пожизненный.

**Диагностика краснухи**

Методам специфической серологической диагностики краснухи имеют ретроспективное диагностическое значение, поскольку производится исследование парных сывороток с интервалом в 10 дней. Определяют нарастание титров иммуноглобулинов М и G с помощью РСК, ИФА, РТГА или РИА. Кроме того, серологический анализ и постановка реакции бласттрансформации лимфоцитов производится у беременных женщин, имевших контакт с лицами, больными краснухой, для выявления инфицированности и вероятности поражения плода. Анализ сыворотки крови беременной женщины производят в максимально ранние сроки и не позднее 12 дня после контакта с больным. Выявление иммуноглобулинов G в эти сроки обычно свидетельствует о перенесении ранее инфекции и имеющемся иммунитете к ней, что позволяет безбоязненно сохранять беременность. Появление антител только во второй сыворотке (преимущественно иммуноглобулины М) говорит об имеющем место активном инфекционном процессе, могущем негативно сказаться на развитии плода. К неспецифическим методам лабораторной диагностики краснухи можно отнести общий анализ крови. Картина крови, как правило, показывает лимфоцитоз при общей лейкопении, повышение СОЭ. У взрослых в крови могут обнаруживаться плазмоциты. Дополнительные методы диагностики при краснухе необходимы в основном при подозрении на развитие осложнений. Диагностика пневмонии проводится при помощи рентгенографии легких. При неврологических нарушениях проводят ЭЭГ головного мозга, реоэнцефалографию, ЭХО-ЭГ. Возникновение отита требует консультации отоларинголога.

**Лечение краснухи**

Как правило, краснуха лечиться амбулаторно, госпитализация осуществляется только в случае развития опасных осложнений. Этиотропного лечения краснухи не разработано, в большинстве случаев выздоровление наступает самостоятельно вследствие элиминации вируса в результате сформировавшегося иммунного ответа. Терапия в случаях тяжелого течения заключается в назначении симптоматических и патогенетических препаратов (дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие средства седативные, антигистаминные препараты). При развитии краснушного артрита назначается хлорохин на 5-7 дней. Развитие неврологических осложнений служит показанием к назначению преднизолона, дегидратационной терапии. Врожденная краснуха на сегодняшний день лечению не поддается.

* 1. **Ветряная оспа. Определение, этиология. Клинические проявления.[[3]](#footnote-3)**

**Ветряная оспа** - высококонтагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках сыпи в виде пузырьков с прозрачным содержимым.

Ветряная оспа относится к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте. Практически все население переболевает ею в возрасте до 10-14 лет. [[4]](#footnote-4)

Источником заболевания могут быть больные ветряной оспой и опоясывающим герпесом.

Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный.

**Клинические проявления**

Инкубационный период продолжается от 10 до 21 дня. В типичных случаях болезнь протекает легко. Продромальные явления чаще отсутствуют, редко отмечают кратковременный субфебрилитет на фоне ухудшения общего самочувствия. Везикулы появляются обычно одновременно с повышением температуры или несколько часов позднее. При обильной экзантеме температура может повышаться до 39 С и выше. Высыпания появляются волнами на протяжении 2-4 дней и сопровождаются подъемом температуры. Сыпь локализована на лице, волосистой части головы, туловище и конечностях. На ладонях и подошвах она встречается только при обильных высыпаниях. Везикулы подсыхают через 2-3 дня, на их месте образуются корочки, которые отпадают через 2-3 недели. После отпадания корочек рубцов, как правило, не остается. Высыпания часто сопровождаются увеличением лимфатических узлов. К концу первой недели болезни одновременно с просыханием везикул нормализуется температура, улучшается самочувствие больного. В это время многих больных беспокоит кожных зуд.

**Осложнения ветряной оспы**

В подавляющем большинстве случаев течение ветряной оспы доброкачественное, осложнения отмечаются не более чем у 5% больных. Среди них преобладают заболевания, вызванные вторичной инфекцией: абсцессы, флегмоны, в тяжелых случаях – сепсис. Опасным, трудно поддающимся терапии осложнением является вирусная (ветряночная) пневмония. В некоторых случаях ветряная оспа может провоцировать кератит, энцефалит, миокардит, нефрит, артриты, гепатит. К осложнениям склонны тяжелые формы заболеваний у взрослых, в особенности при сопутствующих хронических патологиях и ослабленной иммунной системе. У детей осложнения отмечаются в исключительных случаях.

**Диагностика ветряной оспы**

Диагностика ветряной оспы в клинической практике производится на основании характерной клинической картины. Общий анализ крови при ветряной оспе неспецифичен, патологические изменения могут ограничиваться ускорением СОЭ, либо сигнализировать о воспалительном заболевании с интенсивностью, пропорциональной общей интоксикационной симптоматике.

Вирусологическое исследование подразумевает выявление вирионов при электромикроскопии везикулярной жидкости, окрашенной серебрением. Серологическая диагностика имеет ретроспективное значение и производится с помощью РСК, РТГА в парных сыворотках.

**Лечение ветряной оспы**

Ветряную оспу лечат амбулаторно, за исключением случаев тяжелого течения с интенсивными общими интоксикационными проявлениями. Этиотропная терапия не разработана, в случае формирования пустул прибегают к антибиотикотерапии непродолжительным курсом в средних дозировках. Лицам с иммунной недостаточностью можно назначать противовирусные препараты: ацикловир, видарабин, интерферон альфа (интерферон нового поколения). Раннее назначение интерферона способствует более легкому и кратковременному течению инфекции, а также снижает риск развития осложнений.

Терапия ветрянки включает меры по уходу за кожей с целью предупреждения гнойных осложнений: везикулы смазываются антисептическими растворами: 1%-й раствор бриллиантового зеленого, концентрированный – перманганата калия («зеленка», «марганцовка»). Изъязвления слизистой обрабатываются перекисью водорода в 3%-ном разведении или этакридиналактатом. Интенсивный зуд в области высыпаний облегчают смазывания участков кожи глицерином или обтирая разведенным уксусом, спиртом. В качестве патогенетического средства назначают антигистаминные препараты. Беременным женщинам и больным с тяжелой формой назначают специфический противоветряночный иммуноглобулин.

**Прогноз и профилактика ветряной оспы**

Прогноз благоприятный, заболевание заканчивается выздоровлением. Значительное ухудшение прогноза у лиц с иммунодефицитом, тяжелыми системными заболеваниями.

Профилактика ветряной оспы заключается в предупреждении заноса

инфекции в организованные детские коллективы, для чего при выявлении случаев заболевания производятся карантинные мероприятия. Больных изолируют на 9 дней с момента появления высыпаний, контактировавшие с больными дети разобщаются на 21 день. В случае если день контакта с больным точно определен, ребенок не допускается в детский коллектив с 11 по 21 день после контакта. Контактным детям, не болевшим ранее ветряной оспой, с ослабленным иммунитетом в качестве профилактической меры назначают противоветряночный иммуноглобулин.

Последнее время стала применяться вакцинация против ветряной оспы. С этой целью используются вакцины Варилрикс (Бельгия) и Окавакс (Япония).

## Интервью с заместителем начальника отдела эпидемиологического надзора Роспотребнадзора Красноярского края Татьяны Кострыкиной.

Все больше людей сегодня вообще не хотят прививаться от кори или дифтерии, считают, что это уже не нужно. Некоторые наотрез отказываются ставить прививки своим детям.

Татьяна Кострыкина: И это очень плохо. Как только уменьшается «иммунная прослойка», увеличивается риск, что болезнь снова заявит о себе. Вспышки кори, дифтерии, полиомиелита и других «забытых» заболеваний – это следствие пробелов в вакцинации. Вспышки разные, причина – та же

В 2015 году и в 2011, когда была предыдущая вспышка кори, инфекцию в Красноярск завезли мигранты из Ближнего зарубежья. Кто контролирует состояние здоровья и наличие необходимых прививок у тех, кто въезжает в наш край?

Татьяна Кострыкина: Сразу скажу: отслеживать состояние здоровья мигрантов - не в компетенции Роспотребнадзора, скорее всего, этим занимается Федеральная миграционная служба. В любом случае, если не хотите заразиться корью и другими инфекциями – прививайтесь. Ведь и вы сами можете стать источником болезни, если отправитесь в другую страну без нужных прививок. Были случаи, когда жители Красноярского края привозили корь из Таиланда. Не хотите такой «сувенир» – сделайте все прививки и отдыхайте спокойно.

Об эпидемиологической ситуации по кори в Российской Федерации в 2016 году по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщает, что по данным Всемирной организации здравоохранения в последние годы отмечается неблагополучие по кори во многих странах мира. Так, высокая заболеваемость корью в 2016 году регистрировалась в Армении, Грузии, Кыргызстане, Таджикистане, Беларуси, Румынии, Боснии, Бельгии, Италии и ряде других стран.

Благодаря принятым дополнительным мерам по профилактике кори, в Российской Федерации после пика заболеваемости в 2014 году регистрируется снижение заболеваемости корью. В 2016 году по сравнению с 2015 годом заболеваемость снизилась в 4,7 раза и составила 0,12 на 100 тыс. населения (2015 год - 0,58).

Сохраняется крайне неравномерное распределение кори по территориям страны. Число территорий, где случаи кори не регистрировались, увеличилось до 62 против 38 в 2015 году; на 21 территории показатель заболеваемости был менее 1,0 на 100 тыс. населения и только в двух регионах страны (Свердловская область и Республика Бурятия) интенсивный показатель составил 1,76 и 1,12 на 100 тыс. населения соответственно.

Спорадическая заболеваемость (показатель заболеваемости составляет менее 1 на 100 тыс. населения) регистрируется в 91,3% территорий страны.

В 2016 году выявлен 21 импортированный случай кори из 7 государств: Германия (1), Р. Беларусь (5), Индия (2), Китай (2), Таиланд (2), Индонезия (6), Монголия (2), Сингапур (1). Без учета импортированных случаев (по критериям ВОЗ) показатель заболеваемости корью в Российской Федерации в 2016 году составил 1 случай на 1,0 млн. населения. Импортирование наблюдалось на территории 9 субъектов Российской Федерации, из них в трех субъектах имело место вторичное распространение инфекции.

В структуре заболевших корью, в отличие от 2015 года, преобладают дети в возрасте до 17 лет - 57,3% (2015 г. - 41,9%), показатель заболеваемости - 0,36 на 100 тыс. возрастной группы. Наиболее высокая заболеваемость среди детей отмечалась в возрастной группе до 1 года - 1,29 на 100 тыс. детей (25 случаев).

По-прежнему, эпидемический процесс кори поддерживался за счет лиц, не привитых против кори или не имевших сведений о прививках, на долю которых в 2016 году пришлось 70,8%.

В отчётном (2018) году было сформировано 75 очагов кори, из них 78,7% (59) составляли очаги с 1 случаем заболевания и 21,3% (16) очагов с распространением инфекции. Очаги с вторичным распространением наблюдались только в 8 субъектах из 23, где регистрировалась заболеваемость.

В 2016 году снизилось количество локальных вспышек кори с 18 в 10 субъектах (пострадало 365 человек из них 45,2% дети до 17 лет) до 2-х: в Свердловской области зарегистрирована 1 вспышка (с числом пострадавших 76, из них 52 ребенка), в Иркутской области - 1 вспышка (число пострадавших - 24 и 16 соответственно). По данным министерства здравоохранения Новосибирской области 11 человек госпитализированы в больницы Новосибирска с корью. По данным ведомства, десять несовершеннолетних поступили 26 и 27 июня 2018 года в детскую городскую клиническую больницу №3 из города Обь и села Толмачево. Восемь подростков инфицированы, еще двое контактировали с заболевшими. Также с симптомами кори в инфекционную клиническую больницу №1 поступила 18-летняя девушка. Все заболевшие прибыли в Новосибирскую область из другого региона и не ставили прививки от инфекции. Минздрав Новосибирской области создал оперативный штаб и утвердил план противоэпидемических мероприятий. Как отмечают в министерстве, медицинские учреждения региона готовы к увеличению числа заболевших.

По данным Роспотребнадзора, в январе-марте 2018 года заболеваемость корью среди детей выросла 27,5 раз по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. В мае представители ведомства назвали несколько факторов, способствующих передаче инфекции. Среди них — наличие людей без иммунизации к кори, позднее обнаружение заболевания, неполная и поздняя иммунизация. Повышенная заболеваемость корью зарегистрирована и в Башкирии. По данным республиканского управления Роспотребнадзора, с начала 2018 года там зафиксировано шесть случаев заражения корью, тогда как за последние два года было выявлено только два случая.

## 1.4 Роль фельдшера в профилактике острых вирусных заболеваний.

## (корь, краснуха и ветряная оспа).

Для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний среди детей необходимы:

* Своевременное выявление больных и носителей инфекции, изоляция их от здоровых и затем проведение лечения;
* Исключение контакта здоровых с загрязненными предметами (посуда, игрушки и другие предметы обихода);
* Строгое соблюдение санитарно-гигиенического и санитарно-противоэпидемического режима в учреждениях и дома.

При поступлении детей в детское учреждение при них обязательно должны быть заключение педиатра о состоянии здоровья ребенка, результаты лабораторных исследований и заключение эпидемиолога об отсутствии в течение двух предшествующих недель контактов с инфекционными больными.

Ежедневно при приеме детей в учреждение, медицинская сестра или воспитатель опрашивает родителей о состоянии здоровья детей, осматривает зев и кожу. В ясельных группах всем детям измеряют температуру тела. В дошкольных группах — по показаниям - контролируют характер стула.

При подозрении на заболевание ребенка изолируют до установления причины плохого самочувствия.

При выявлении инфекционного заболевания должны быть немедленно приняты меры по предупреждению распространения инфекции.

Каждый медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра), обнаруживший инфекционного больного или подозрительного на инфекционное заболевание, обязан заполнить карту экстренного извещения и направить ее в районную или городскую СЭС.

В организованном детском коллективе - поставить в известность руководство учреждения.

Каждый случай инфекционного заболевания регистрируется в специальном журнале. Педагоги и воспитатели ежедневно отмечают в журналах отсутствующих детей и сообщают об этом медицинскому работнику учреждения для выяснения причин отсутствия ребенка.

По указанию эпидемиолога проводятся санитарно-противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение распространения инфекции среди организованных детских коллективов.

В зависимости от характера инфекции и способа ее передачи может предусматриваться карантин, дезинфекция, вакцинация и др. или комплекс предупредительных мероприятий. Кроме того, принимаются все меры для контроля за всеми контактными детьми и персоналом, проводятся обследования по выявлению носительства и т. д.

Как правило, медицинский персонал учреждения принимает участие в эпидемиологическом обследовании, проводимом эпидемиологом, санитарным врачом или их помощниками.

Медицинский персонал детских и подростковых учреждений поддерживает также тесный контакт с эпидемиологом и санитарным врачом тех районов, на территории которых находятся детские учреждения и куда направляются дети на отдых, с целью получения от них сведений об эпидемиологической обстановке в данных районах.

Среди профилактических мероприятий важное место занимает формирование невосприимчивости организма детей и создание у них иммунитета к различным болезням путем проведения предохранительных прививок, закаливающих процедур и других оздоровительных мероприятий. Невосприимчивость организма к инфекционным болезням достигается применением препаратов специфической профилактики (вакцины, сыворотки, Y-глобулин), а также использованием химиопрепаратов (антибиотики, сульфаниламиды и пр.). В настоящее время в качестве основных средств специфической профилактики широко применяются вакцины, на введение которых организм формирует специфический иммунитет к соответствующей инфекции.

Организацию и проведение профилактических прививок осуществляет медицинский персонал детских и подростковых учреждений. Вакцинация детей проводится как в плановом порядке (обязательные прививки), так и по эпидемиологическим показаниям.

Особого внимания требует вопрос о сроках допуска переболевших детей в детское учреждение. Сроки допуска детей в коллектив после перенесенного острого респираторного заболевания должны определяться главным образом индивидуальными особенностями и характером перенесенной инфекций.

Большинство детей могут быть допущены в детское учреждение после исчезновения у них симптомов острого катарального периода вне зависимости от срока, прошедшего от начала заболевания. Такой подход оправдан тем, что наиболее заразный период совпадает с периодом разгара катаральных явлений. Чаще всего при острых респираторных вирусных инфекциях катаральные явления держатся 5-6 дней, так что допуск в учреждение детей при отсутствии осложнений возможен на 7 день от начала заболевания.

Многочисленные исследования и практический опыт показали, что практически все дети при индивидуальном подходе могут быть вакцинированы. Дети с хроническими заболеваниями подвержены наибольшему риску заражения вирусными заболеваниями, поэтому они должны быть иммунизированы в первую очередь.

Прививки должны проводиться в лечебно-профилактических учреждениях. Перед прививкой фельдшер должен провести тщательный анализ состояния прививаемого ребенка, определить наличие возможных противопоказаний к вакцинации. Одновременно с изучением анамнеза необходимо учитывать эпидемиологическую ситуацию, то есть наличие инфекционных заболеваний в окружении ребенка. Это очень важно, так как присоединение инфекций в поствакцинальном периоде отягощает его течение и может вызвать различные осложнения. Кроме того, снижается выработка специфического иммунитета.

При необходимости проводится лабораторное обследование и консультации у специалистов. Перед проведением профилактической прививки проводится медицинский осмотр для исключения острого заболевания, обязательная термометрия. В медицинской документации производится соответствующая запись фельдшера о проведении прививки. Рекомендуется проводить прививки, особенно живыми вакцинами, в утренние часы.

Прививку следует проводить в положении сидя или лежа во избежание падения при обморочных состояниях. В течение 1—1,5 часов после вакцинации необходимо медицинское наблюдение за ребенком, в связи с возможным развитием аллергических реакций немедленного типа. Затем в течение 3-х суток ребенок должен наблюдаться фельдшером на дому или в организованном коллективе.

Кроме того, чтобы быть уверенными в том, что ребенок на момент прививки совершенно здоров, необходимо сделать общий анализ крови и мочи.

На основании этих показателей, фельдшер решит можно ли делать малышу прививку и даст направление. За несколько дней до прививки детям аллергикам желательно назначить антигистаминные препараты, что поможет избежать аллергических реакций. Часто на составляющие компоненты вакцин открывается подобная реакция. Если ребенок страдает аллергией или имеются другие хронические заболевания, иммунизацию лучше начать с консультации иммунолога, который назначит дополнительные исследования. На основании этих данных он поможет выбрать наиболее подходящую вакцину.

Фельдшер должен знать вакцины, инструкции по их применению. Должен знать как хранится вакцина т.е. при температуре 2-8 С или в замороженном виде. Заморозка растворителя не допустима.

Иммунитет - это способ защиты организма от действия различных веществ и организмов, вызывающих деструкцию его клеток и тканей, характеризующийся изменением функциональной активности преимущественно иммуноцитов с целью поддержания гомеостаза внутренней среды.

Естественный врожденный иммунитет – возникает за счет передачи антител от матери к ребенку.

Естественный приобретенный иммунитет – формируется после перенесенного инфекционного заболевания.

Искусственный активный иммунитет – полученный в результате вакцинации.

Искусственный пассивный иммунитет – полученный в результате введения лечебной сыворотки.

Специфическая профилактика проводится путем иммунизации различных групп населения.

Иммунизация - это процесс, благодаря которому человек приобретает иммунитет, или становится невосприимчивым к инфекционной болезни, обычно, путем введения вакцины. Вакцины стимулируют собственную иммунную систему организма к защите человека от соответствующей инфекции или болезни.

Ежегодно иммунизация позволяет предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти от инфекционных заболеваний.

**Цели специфической профилактики:**

1. Улучшение качества и увеличение продолжительности жизни человека;
2. Снижение смертности и инвалидизации от инфекционных болезней;
3. Предупреждение, ограничение распространения и ликвидация инфекционных болезней.
4. Задачи специфической профилактики:
5. Индивидуальная защита прививаемых.
6. Создание популяционного иммунитета.

Специфическая профилактика направлена на повышение устойчивости организма к инфекциям путем создания искусственного иммунитета.

Различают активный и пассивный искусственный иммунитет. Активный иммунитет создается с помощью вакцин, пассивный — с помощью препаратов, содержащих антитела против какого-либо возбудителя.

**Вакцина** - биологически активный медицинский препарат, содержащий антиген для выработки иммунного ответа, который защищает привитого от соответствующего инфекционного заболевания.

В арсенале современной медицины существуют как моновакцины, предназначенные для вакцинации против одной инфекции, так и комплексные вакцины, включающие в себя два или три компонента. В зависимости от цели вакцинации можно подобрать соответствующую вакцину. Для первичной вакцинации детей в год, лучше выбрать комплексную вакцину, чтобы снизить кратность инъекций. Для ревакцинации в подростковом возрасте можно использовать однокомпонентные прививки. В состав вакцины против кори, паротита, краснухи входят «живые» вирусы. То есть микроорганизмы специальным образом были ослаблены для того, чтобы снизить их способность вызывать болезнь. Это способствует тому, что живая вакцина при попадании в кровь вызывает адекватный иммунный ответ без заболевания.

В России зарегистрированы следующие вакцины:

**Коревые вакцины**:

* Живая культуральная коревая
* Рувакс

Краснушные вакцины:

* Рудивакс

Аротитная вакцина – ЖПВ;

Дивакцина паротитно-коревая;

Комплексные вакцины:

* Коревая, паротитная, краснушная;
* М-М-Р II;
* Приорикс

Наиболее часто в прививочном кабинете применяется комплексная вакцина Приорикс.[[5]](#footnote-5)

## ГЛАВА 2 Практическая часть. Изучение информированности населения об острых вирусных заболеваниях (корь, краснуха, ветряная оспа).

## 2.1 Анализ и интерпретация полученных данных при проведении анкетирования

Данное исследование проводилось на базе ОГБУЗ ОБ №2 «детская поликлиника»

**Диаграмма 1**

В анкетировании приняли участие 53 респондента, 44 женщины, что составило 83%, и 9 мужчин это составило 17%/

**Диаграмма 2**

В анкетировании приняло участие 53 родителя детей до 7 лет, среди них 32 – родителя девочек, что составило 60%, 21 –родителей мальчиков, что составило 40 %.

**Диаграмма 3**

По возрасту дети разделились следующим образом: от 12 месяцев до 2 лет – 24 (45 %) ребенка, от 2 – 4 лет – 12 детей (23 %), от 4 – 6 лет – 8 (15 %) детей, от 6 -7 лет – 9 детей, что составило 17%.

**Диаграмма 4**

33 (62%) родителя ответили что, получают сведения о прививках от медицинских работников, 13(24%) родителей получают сведения о прививках из средств массовой информации, 4(8 %) родителя - из распространяемых информационных материалов поликлиники, 3 (6%) родителя получили информацию от знакомых и родственников.

**Диаграмма 5**

На вопрос, знают ли они о вирусных инфекциях 47 родителей ответили - да, что составляет 89%, 6 (11%) родителей ответили – нет не знают о таких инфекциях, как корь, краснуха, ветряная оспа.

**Вывод**: Недостаточная информированность родителей о вирусных инфекциях.

**Диаграмма 6**

На вопрос: «Знаете ли вы, что является источником инфекциипри данных заболеваниях?»

39 родителей ответили да, что составило 74%, 14 родителей ответили, нет, это составило 26%.

**Вывод**: Недостаточная информированность родителей об источнике этих заболеваний.

**Диаграмма 7**

На вопрос «Знаете ли вы, пути передачи краснухи?»

30 (57%) участников опроса ответили - да, 23(43%)респондента ответили-нет.

**Вывод**: Недостаточный уровень знаний родителей о краснухе.

**Диаграмма 8**

На вопрос «Знаете ли вы пути передачи кори?»

32(60%) респондента ответили - да, 21 респондентов ответили- нет, это составило 40%.

**Вывод**: Недостаточная информированность родителей о кори.

**Диаграмма 9**

На вопрос «Знаете ли вы, как клинически проявляется корь?»

37 (70%) участников пороса ответили -да, 16 (30%) участников ответили-нет.

**Вывод**: Родители получают мало информации о кори.

**Диаграмма10**

На вопрос «Знаете ли Вы, как клинически проявляется краснуха?», результаты распределились следующим образом:

44 родителей, что составило 83%,ответили -да, 9родителей,что составило 17%,ответили –нет.

**Вывод**: 17 % опрошенных родителей недостаточно информированы о краснухе.

**Диаграмма 11**

На вопрос «Знаете ли вы, как клинически проявляется ветряная оспа?», результаты распределились следующим образом.

51 родителей, что составило 96%, ответили - да, 2(4%) родителей ответили-нет.

**Вывод**: Большинство родителей знают, как клинически проявляется ветряная оспа.

**Диаграмма 12**

На вопрос «Знаете ли вы об осложнениях кори?», результаты распределились следующим образом.

6 родителей ответили да, что составляет 11%, 47(89%) родителей ответили-нет.

**Вывод:** Большинство родителей не знают об осложнениях кори.

**Диаграмма 13**

На вопрос «Знаете ли вы об осложнениях краснухи?»

24(45%) респондента ответили - да, 29 респондентов, что составляет 55%, ответили-нет.

**Вывод:** Большая часть опрошенных родителей не знают об осложнениях краснухи.

**Диаграмма 14**

На вопрос «Может ли корь без лечения привести к летальному исходу?», результаты распределились следующим образом:

11 родителей, что составляет 21%, ответили - да, 42 родителей, что составило 79%, ответили-нет.

**Вывод:** Недостаточная информированность родителей об осложнениях кори.

**Диаграмма 15**

На вопрос «Требует ли краснуха срочной медицинской помощи?»

33 родителей, что составляет 62%, ответили - да, 20 родителей, что составило 38%, ответили - нет.

**Вывод:** Большинство родителей считают, что краснуха требует срочной медицинской помощи.

**Диаграмма 16**

На вопрос «Знаете ли вы, что такое вакцинация?», результаты распределились следующим образом:

49 родителей, что составляет 92%, ответили - да, 4 родителей, что составило 8%, ответили – нет.

**Вывод:** Недостаточная информированность родителей о значении вакцинации детей.

**Диаграмма 17**

На вопрос «Знаете ли вы, что такое ревакцинация?»

46 участников опроса, что составляет 87%, ответили - да, 7 участников, что составило 13%, ответили – нет.

**Вывод:** Недостаточная информированность родителей о ревакцинации.

**Диаграмма 18**

На вопрос «Знаете ли вы, как можно предупредить эти заболевания, результаты распределились следующим образом:

40 родителей, что составляет 75%, ответили положительно, 13 родителей, что составляет 25% опрошенных - не знают.

**Вывод:** Большинство родителей знают, как можно предупредить эти заболевания.

**Диаграмма 19**

На вопрос «Знаете ли вы о роли фельдшера в профилактике кори, краснухи и ветряной оспы?»

25(47%) родителей ответили – да , 28(53%) родителей ответили–нет.

**Вывод:** Большинство родителей (53%) не знают о роли фельдшера в профилактике кори, краснухи и ветряной оспы.

**2.2. Анализ заболеваемости ветряной оспы по данным Территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Иркутской области в Эхирит-Булагатском, Баяндаевском, Осинском, Боханском, Усть-Удинском, Качугском и Жигаловском районах за 2016, 2017, 2019 года**

**Вывод:**

Из данной диаграммы следует, что в Усть-Удынском, Качугском, Осинском, Баяндаевском и Жигаловском районе за 2018 год наблюдается подъем заболеваемости ветряной оспы. И наоборот в Эхирит-Булагатском и в Боханском районах наблюдается снижение заболеваемости ветряной оспы в сравнении с 2016 и 2017 годами.

По данным Территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Иркутской области в Эхирит-Булагатском, Баяндаевском, Осинском, Боханском, Усть-Удинском, Качугском и Жигаловском районах в течение 10 лет не было ни одного случая кори и краснухи. Это подтверждается годовыми отчетными формы №5 (сведения о профилактических прививках за 2017-2018 года) детской поликлиники. Процент выполнения плана вакцинации по кори в 2017 – 121,30%, по краснухе – 102%, в 2018 году по кори -100%, по краснухе -102%. Процент ревакцинации кори в 2018 году – 100%, краснухи – 100%. Процент ревакцинации кори в 2017 – 100%, краснухи – 100%.

Таким образом, в нашем регионе не вакцинированных детей против данных инфекций нет. Высокий процент детей получивших прививку против этих инфекций, подтверждает высокую иммунологическую прослойку, что также объясняет отсутствие заболеваний кори и краснухи в течение 10 лет.

## Вывод:

Из полученных данных, в ходе анкетирования методом свободной выборки среди населения (53 родителей организованных детей), выявлено, что из всех анкетированных 11%(6) родителей не знают, что такое корь, краснуха, ветряная оспа, 26%(14) родителей не знают, что является источником инфекции при этих заболеваниях. В ходе анализа анкетирования выяснилось, что 62% (33) опрашиваемых получают сведения о прививках от врачей, 24% (13) из средств массовой информации, 8%(4) из распространяемых информационных материалов, 6% (3) от знакомых и родственников.

43% (23) не знают о путях передачи краснухи, также 40% (21) родителей не имеют представления о путях передачи кори. 30% (16) родителей не знают, как клинически проявляется корь, 17% (9) не имеют представления о клинике краснухи, 4% (2) о ветряной оспе.

Выяснилось, что 89% (47) родителей не знают об осложнениях кори и 55% (29) родителей об осложнениях краснухи. Также 79% респондентов не знают о тяжелых осложнениях вплоть до летального исхода такого заболевания как корь.

62% (33) родителей считают, что краснуха требует срочной медицинской помощи для детей.

Выяснилось, что 4% (8) респондентов не знают что такое вакцинация, и 13% (7) не имеют представления о ревакцинации.

Таким образом, выдвинутая мной гипотеза о недостаточной информированности населения об острых вирусных инфекциях подтверждается.

**Заключение**

В ходе исследовательской работы были представлены теоретические основы острых вирусных инфекций, основные пути и механизмы передачи, клинические проявления, тем самым подтверждена актуальность и обоснована необходимость проведения профилактических мероприятий для предотвращения этих заболеваний и возникновения их осложнений. От того насколько профессионально действует медицинский персонал детской поликлиники зависит не только здоровье населения, но и снижается риск развития осложнений.

Ведущую роль в неспецифической профилактике и лечении острых вирусных инфекций у детей имеет соблюдение здорового образа жизни, рационального соблюдения режима дня и отдыха, правильное и полноценное питание ребенка, так как это способствует укреплению иммунитета. Но самая главная роль определена специфической профилактике - иммунопрофилактике.

Иммунопрофилактика занимает приоритетное положение среди мер, направленных на снижение заболеваемости и смертности от острых вирусных заболеваний. Это достигается путем внедрения современных методов организации профилактических прививок, обучения медицинских работников, информационно-разъяснительной работы с населением, а также мониторинга поствакцинальных осложнений и предупреждения их развития**.**

Далее планирую продолжить исследование по данной теме для защиты выпускной квалификационной работы.

Список использованной литературы

1. Национальное руководство, Педиатрия Том II,под эгидой Союза педиатров России и Ассоциации медицинских обществ по качеству,

ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. 674-681.

1. Национальное руководство, Инфекционные болезни, под редакцией Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я., ГЭОТАР-Медиа, 2017 г, 801-809.
2. Дягтерев А.А., инфекционное заболевание детей 2018
3. <http://zrenie100.com/zdorove-detej/kak-raspoznat-krasnuxu-kor-vetryanku-a-takzhe.html>
4. <https://uchenie.net/13-kor-etiologiya-epidemiologiya/>
5. <https://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-infekcionnye/kor.html>
6. <https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fhealth.yandex.ru%2Fdiseases%2Finfec%2Frash&d=1>
7. <https://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-infekcionnye/krasnuha.html>
8. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rubella>
9. https://mirmam.pro/privivki-ot-kor-krasnuha-parotit

## Приложение 1

**Анкета**

**Уважаемый респондент, прошу вас принять участие в социологическом исследовании, которое проводится с целью оценки уровня информированности о детских вирусных заболеваниях.**

1. **Пол ребенка?**

а. Женский

б. Мужской

**2. Возраст ребенка?**

а. 12 мес. – 2 года

б. 2 – 4 года

в. 4 – 6 лет

г. 6 – 7 лет

**3.Ваш пол?**

1. Женский
2. Мужской

**4. Из каких источников Вы получаете сведения о прививках?**

1. От врачей (врач родильного дома, педиатр из участковой поликлиники)
2. Из СМИ (телевидение, радио, газеты и журналы, сеть Internet)
3. Из распространяемых информационных материалов (листовки, буклеты)
4. От знакомых и родственников

**5.Знаете ли вы, что такое корь, краснуха, ветряная оспа?**

1. Да
2. Нет

**6.Знаете ли вы, что является источником инфекции?**

1. да
2. нет

**7.Знаете ли вы, пути передачи краснухи?**

1. да
2. нет

**8. Знаете ли вы, пути передачи кори?**

а. да

б. нет

**9.Знаете ли вы, как клинически проявляется корь?**

1. да
2. нет

**10. Знаете ли вы, как клинически проявляется краснуха?**

1. да
2. нет

**11.Знаете ли вы, как клинически проявляется ветряная оспа?**

а. да

б. нет

**12. Знаетели вы об осложнениях кори?**

1. да
2. нет

**13. Знаете ли вы, об осложнениях краснухи?**

а. да

б. нет

**14. Как вы думаете, может ли корь без лечения привести к смертельному исходу?**

1. Да
2. Нет

**15.Как выдумаете, требует ли краснуха срочной медицинской помощи?**

1. да
2. нет

**16. Знаете ли вы что такое вакцинация?**

а. да

б. нет

**17.Знаете ли вы что такое ревакцинация?**

1. да
2. нет

**18. Знаете ли вы как можно предупредить эти заболевания?**

а. да

б. нет

**19. Знаете ли вы о роли фельдшера в профилактике кори, краснухи и ветряной оспы?**

а. да

б. нет

**Благодарим за участие в анкетировании и желаем Вам и Вашим детям крепкого здоровья!**

**Приложение 2**

1. https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fhealth.yandex.ru%2Fdiseases%2Finfec%2Frash&d=1 [↑](#footnote-ref-1)
2. <http://zrenie100.com/zdorove-detej/kak-raspoznat-krasnuxu-kor-vetryanku-a-takzhe.html> [↑](#footnote-ref-2)
3. Национальное руководство, Педиатрия Том II, под эгидой Союза педиатров России и Ассоциации медицинских обществ по качеству,

   ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. 674 [↑](#footnote-ref-3)
4. Национальное руководство, Инфекционные болезни, под редакцией Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я., ГЭОТАР-Медиа, 2017 г, 801-805 [↑](#footnote-ref-4)
5. https://mirmam.pro/privivki-ot-kor-krasnuha-parotit [↑](#footnote-ref-5)