**Коклюш, организация профилактических мероприятий**

 Коклюш представляет собой острую инфекционную патологию, вызванную  специфической бактерией  и характеризующуюся приступами выраженного сухого кашля. Случаи этой инфекции регистрируются повсеместно, чаще ее развитию подвержены дети.

     К развитию коклюша приводит бактерия – Bordetella pertussis, которая имеет палочковидную форму, небольшие размеры. Эта бактерия не образует споры и капсулу, поэтому является неустойчивой во внешней среде и погибает в ней в течение нескольких часов.     Коклюш относится к антропонозным инфекциям. Основным резервуаром возбудителя в природе и источником инфекции является организм человека. В эпидемиологическом отношении, более опасными являются люди с атипической формой течения инфекции, при которой нет специфической симптоматики, человек не изолируется и продолжает активно выделять возбудителя в окружающую среду. Бактерия коклюша является высококонтагиозным возбудителем, что означает ее способность к быстрому распространению и заражению большого количество людей. Эта эпидемиологическая особенность  часто может являться причиной групповых заболеваний в детских организованных коллективах (садик, школа). Индекс контагиозности бордетеллы достигает 75-100% — то есть при наличии источника инфекции, контактный человек (при условии отсутствия иммунитета) заболевает в 100% случаев. Заболеваемость коклюшем отмечается в основном в детском возрасте, в осенне-зимний сезон, наблюдаются  периодичные повышения уровня заболеваемости ( через 2-4 года).  Очередной периодичный подъем  имеет место в Ярославской области в текущем году. Путь передачи инфекции воздушно-капельный – бактерия выделяется от больного человека или бактерионосителя (зараженный человек, без клинических проявлений коклюша) в окружающую среду во время кашля с мельчайшими капельками мокроты, которые определенное время (до нескольких часов) находятся в воздухе во взвешенном состоянии. При вдыхании такого воздуха, бордетеллы попадают в дыхательные пути здорового

Инкубационный период-это период времени от момента заражения человека коклюшем, до появления первых симптомов заболевания. Его длительность при этом составляет от 3 до 14 дней (в среднем около недели). В инкубационном периоде практически нет никакой симптоматики заболевания, человек чувствует себя нормально и не предъявляет никаких жалоб.

**Профилактика**

Попадание в организм антигенов бактерий коклюша вызывает формирование стойкого иммунитета (последующая невосприимчивость к повторному заражению). Поэтому для профилактики заболевания практически во всех странах, в том числе в России введена обязательная вакцинация от коклюша Прививка от коклюша выполняется несколько раз в жизни, дает высокий результат в отношении невосприимчивости к инфекции. Даже в случае развития инфекционного процесса, у привитых людей заболевание протекает в легкой форме без развития приступов кашля.

В очагах коклюша    проводится активное выявление  кашляющих, направление их в лечебные организации для уточнения диагноза, лечения. Проводится медицинское наблюдение за контактными. Вводится усиленный режим дезинфекции и проветривания, используются  бактерицидные лампы.

**Скарлатина у детей, организация профилактических мероприятий.**

 Скарлатина — это контактная и очень заразная инфекция, которая может передаваться воздушно-капельным путем. Болезнь скарлатина в основном возникает в холодное время года, пик заболеваемости приходится на октябрь — ноябрь и февраль-апрель. В это время года организм ребенка наиболее восприимчив к различного рода [инфекционным](http://med-pomosh.com/?cat=7) агентам и наблюдается большая скученность детей в детских дошкольных и школьных учреждениях. Это провоцирует повышение риска заражения.

Возбудитель скарлатины относится к группе гемолитических стрептококков. Известно более 50 штаммов данного возбудителя. Эта микробная группа способна вызывать острые гнойные процессы верхних дыхательных путей, лимфатической системы, придаточных пазух носа и среднего уха. Поэтому часто возникают осложнения в виде отита среднего уха, заглоточного абсцесса, фронтита и синусита. Длительное время сохраняется региональный лимфаденит (воспаляются подчелюстные и шейные группы лимфатических узлов).

          Возбудитель скарлатины отлично адаптируется к неблагоприятным условиям внешней среды. Он длительное время может сохраняться в замороженном состоянии, при нагревании долго не теряет адаптационных свойств, может сохранять свою вирулентность в высушенном виде. Дезинфицирующие вещества, кипячение и ультрафиолетовые лучи для него губительны.

         Передается скарлатина от больного к здоровому человеку  воздушно-капельным и контактным ( через игрушки, посуду, полотенца и др.) путями. Возбудитель выделяется в окружающую среду с мокротой, слизью. Заразность достигает максимума в первые же часы после появления типичных симптомов. Контактный бытовой путь возможен при несоблюдении правил личной гигиены и несвоевременной  изоляции больного ребенка.

          Наиболее подвержены заражению дети в возрасте от 2-х до 10-ти лет. В первые 12 месяцев жизни присутствует врожденный иммунитет к этому возбудителю, поэтому случаи заражения крайне редкие.

          Инкубационный период скарлатины составляет от 12 часов до 7 дней. В этот период происходит распространение стрептококка по лимфатической и кровеносной системе, активное размножение и начало продукции специфических токсинов.

           Основные причины скарлатины кроются в отсутствии специфического иммунитета и ослаблении организма за счет часто и длительно протекающих простудных заболеваний. Также играет роль соблюдение правил личной гигиены и профилактика распространения инфекции в детских дошкольных коллективах.

Первые признаки и симптомы скарлатины

       Скарлатина у детей может возникать внезапно, на фоне видимого общего благополучия. Симптомы скарлатины развиваются постепенно, начиная с воспалительных реакций в месте входных ворот инфекции. Симптомы скарлатины у детей до момента высыпания на коже могут напоминать клиническую картину ангины или тонзиллита.

       Особого внимания заслуживает специфическая сыпь, которая появляется тотально по всему тела в первые 48 часов от момента заболевания.

Среди возможных осложнений скарлатины у детей чаще всего отмечается ревматизм и развитие пороков сердечных клапанов. Но в последнее время в связи с использованием современных групп антибиотиков осложнения развиваются очень редко и только в случаях отсутствия адекватной и своевременной терапии.

**Профилактика** и лечение скарлатины у детей шагают «рука об руку», поскольку только с помощью превентивных мер можно предупредить распространение инфекции в детском коллективе и локализовать очаг. В связи с этим с первых дней заболевания проводится экстренная изоляция больного ребенка. В детском дошкольном учреждении включается режим «карантина», во время которого здоровью детей, контактировавших с больным, уделяется максимум внимания. При появлении первых же признаков вновь заболевших изолируют.

В домашних условиях необходимо выделение ребенку со скарлатиной отдельного помещения с системой активного проветривания. Желательно проводить утром и вечером влажную уборку с применением дезинфицирующих средств. Также желательно обеспечить кварцевание комнаты 3 раза в сутки. Выделяется индивидуальная посуда и средства гигиены, которые после использования лучше кипятить.

Специфическая профилактика скарлатины у детей с помощью вакцинации не предусмотрена.

Основной упор в профилактике скарлатины у детей делается на соблюдении правил санитарного и эпидемиологического режима в условиях детских дошкольных учреждениях.

Соблюдение правил личной гигиены — это базовая основа для активной профилактики данной инфекции. Также важно уделять максимум внимания укреплению защитных сил организма.  Проводится закаливание, употребление витаминных комплексов.

