



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

**КАТЕДРА “ИНФЕКЦИОЗИ БОЛЕСТИ, ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ И
ТРОПИЧЕСКА МЕДИЦИНА”**

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 19

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ИНФЕКЦИОЗНИТЕ БОЛЕСТИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„ОПАЗВАНЕ И КОНТРОЛ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ“

**ТЕМА: “ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН КОНТРОЛ НА ЕПИДЕМИЧЕН ПАРОТИТ И
РУБЕОЛА”**

РАЗРАБОТИЛ: АС. Д-Р К. ТЕРЗИЕВА

Гр. Плевен

2020 год.

Цел на практическото упражнение:

Епидемичен паротит /заушка, свинка/. Характеристика на епидемичния процес.

1. Демографска епидемичност-обуславя се от непрекъснатото наличие на източници и възприемчиво население.

2. Цикличност-

преди въвеждането на имунизацията:

продължителни (с месеци) епидемии с подем през 4-5 години

- взривове в детски колективи и казарми
- зимно-пролетна сезонност

• висока заболяемост

След въвеждане на масова имунизация

• взривове и епидемии през 8-10 години при натрупване на неимунно население поради:

• пробив в имунизационното покритие:

- имунизирани само на единия пол

• неефективна ваксина или циркулация в обществото на щам, несъвпадащ с ваксиналния.

3. Сезонност- ясно изразена зимно пролетна

4. Възрастово разпределение - детска инфекция, засягат се предимно възрастовата група 5-15г. С въвеждането на ваксината тази характеристика се измени.

5. Форми на ЕП-разпространява се основно спорадично. Развитие на епидемиите е бавно, с продължителност 3-4 месеца и „пълзящ“ характер

6. Доброкачествено протичане с нисък леталитет

Епидемиологично проучване: за установяване източника на инфекция е необходимо да се издирят всички контактни на заболелия в рамките на максималния инкубационен период /ИП/-21 дни. Източник на инфекция е болният през последните 1-2 дни от ИП до 5-6 ден от началото на заболяването-периода през който вирусът се отделя със слюнката. Поради наличието на безсимптомни форми в около 40-50% от случаите източника не се доказва. За проучването е важно да се уточни епидемиологичната обстановка в страната и имунизационният статус на заболелите. Диагнозата е клинично-епидемиологична и лабораторна. Клинична диагноза-температура, отпадналост, напрежение, разтягане и болка в околоушната област, едностранен или двустранен оток, зачервяване и оток в изходното отворение на паротитния канал /симптом на Мурсон/. Серологична диагностика-ELISA IgM-изследва се единична серумна проба взета между 5 и 30 ден от началото на заболяването. ELISA IgG-изследват се двойни серумни проби взети в началото на заболяването и след 14-21 дни. Нарастване на титъра на антителата във втората серумна проба е показател за прекарана инфекция. Вирусологична диагностика не се използва рутинно в практиката, използва се за определяне на географския произход на вируса и за определяне на циркулиращите щамове.

Мерки спрямо заболелите: Болният се карантинира у дома до изчезване на симптомите. Изоляцията продължава 9 дни при неусложнените случаи. Хоспитализират се случаите с усложнения, тежко протичащите и тези с екстрасаливарна локализация. Болните с неврологични усложнения се изолират най-малко за 20 дни. Преболедувалите от остър менингит или енцефалит се диспансеризират за

срок от 1 година с прегледи на всеки 3 месеца. На преболелите от орхот се препоръчва изследване на спермограма и сонография на тестиси след изписване и на 3-я месец. Провежда се проучване за откриване източника на зараза и пропуски в изпълнението на имунизационния цикъл /неимунизирани, непълно имунизирани, съхранение на ваксината/.

Мерки спрямо контактните лица: Контактните лица се наблюдават 21 дни или по-малко ако е известна датата на контакта. При заболяване в детско заведение групата се поставя под карантита за 21 дни, не се приемат неболедували и неимунизирани деца. Неимунизирани и неболедували деца след 13 м. възраст се ваксинират. Контактни лица, имунизирани преди повече от 30 дни от деня на контакта не подлежат на наблюдение и могат да бъдат приети в детско заведение.

Мерки спрямо външната среда-извършва се влажно почистване и дезинфекция на помещенията, предметите съдовете за хранене и играчките.

При поява на болен в ДЗ нови, неболедували и неимунизирани деца не се приемат в срок от 21 дни.

Епидемиологично проучване на рубеола.

Характеристика на епидемичния процес при рубеола

1. Демографска епидемичност-обуславя се от непрекъснатото наличие на източници и възприемчиво население.

2. Форма на разпространение на ЕП-предимно спорадично. В населени места или детски колективи, където продължително време не е имало рубеола при въвеждане на инфекцията възникват значителни епидемии, възможни са и ВБИ в детски лечебни заведения.

3. Цикличност-многогодишната периодичност е с интервал от 9-10 години.

4. Възрастово разпределение- детска инфекция, боледуват предимно децата на възраст от 3-6г. Децата под една година боледуват рядко поради предадения им пасивен имунитет от майката, изключение са тези, заразени втρεутробно.

5. Сезонност-края на есента, зимата и началото на пролетта

6. Злокачественост-при бременни жени

За установяване на източника на инфекция е необходимо да се издирят всички болни с различни клинични форми. Серологична диагностика-ELISA IgM-изследва се единична серумна проба взета между 4 и 28 ден от началото на заболяването. ELISA IgG-изследват се двойни серумни проби взети в началото на заболяването и след 14-21 дни. Нарастване на титъра на антителата във втората серумна проба е показател за прекарана инфекция. При вродена рубеола се изследват тъканни части от плода при спонтанни аборти и мъртворождания.

Болните се изолират в дома си в продължение на 5 дни от появата на обрива. Всички контактни до 7 г. възраст, които не са боледували и не са имунизирани се поставят под наблюдение за 20 дни. Провежда се имунизация на всички, необхванати с ваксина. При възникване на рубеола в детско заведение контактните деца се поставят под медицинско наблюдение за 20 дни, не се приемат неболедували и неимунизирани деца.

На бременни жени, заболели от рубеола до третия месец от бременността се препоръчва аборт по медицински показания. На контактните бременни до 3-я месец се взема кръв за изследване двукратно. При липсващ или нисък титър на антителата - под 1:32 при първото изследване се провежда профилактика с гама-

глобулин в доза 0.3мл/кг. Покачване на титъра на антителата при второто изследване показва инфекция-препоръчва се аборт по медицински показания. Спрямо външната среда се извършва влажно почистване и проветряване на помещението.

Специфична профилактика при епидемичен паротит и рубеола се провежда със ваксина – моновалентна или комбинирани. Съгласно Имунизационния календар на Р. България схемата на приложение на комбинираната трикомпонентна ваксина срещу морбили, паротит и рубеола е навършени 13 м. Възраст и реимунизация на 12 години.

Конкретни примери и задачи в практическото упражнение:

1. Да се запознаят студентите с методите на провеждане на епидемиологично проучване при зслучай на заболял от епидемичен паротит и предприеманите противоепидемични мероприятия към заболялия, контактната група и външната среда.
2. Провеждане на епидемиологично проучване при случай на рубеола, мерки спрямо заболялия, контактните и външната среда.
3. Имунопрофилактика срещу епидемичен паротит и рубеола-видове ваксини, начини на приложение, подлежащи контингенти, срокове и интервали за поставянето им.

База и инструментариум за провеждане на практическото упражнение:

1. Наредба № 21 от 18 юли 2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести, изм. и доп. ДВ. бр.56 от 8 Юли 2014г.
2. НАРЕДБА № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България
3. Епидемиология на инфекциозните болести. АРСО, 2017, п/р Т. Димитрова
4. Ръководство за практически упражнения по епидемиология на инфекциозните заболявания. Симелпрес, 2013, п/р Н. Рибарова

Март, 2020 год.
Гр. Плевен

Изготвил:

/Ас. д-р К. Терзиева/