

3.3. Надання допомоги постраждалим в епідемічних осередках

Катастрофи, які є невід'ємною частиною нашого сьогодення, особливо природні, можуть призвести до різкого погіршення санітарно-епідеміологічного стану та виникнення епідемічних осередків.

Під час природних катастроф імовірність виникнення епідемічних ускладнень значно вища, ніж під час техногенних. Це пов'язано з різким погіршенням умов проживання, порушенням діяльності територіальних лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних установ та іншими факторами.

Епідемічний осередок – це територія, на якій у певних часових і просторових межах відбулося зараження людей збудниками інфекційних захворювань та набуло масового характеру поширення інфекційних захворювань.

За пропозицією Л.В. Громашевського, епідемічним осередком прийнято вважати місцезнаходження джерела інфекції з навколишньою територією в тих межах, у яких воно здатне у конкретній обстановці при даній хворобі приводити до зараження.

Інфекційні хвороби – розлади здоров'я людей, спричинені живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибками, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Основними чинниками, що визначають можливість погіршення санітарно-епідеміологічного стану, є:

- руйнування житлового фонду та об'єктів комунально-побутового призначення;
- вихід із ладу діючих або зниження активної діяльності

санітарно-протиепідемічних та лікувально-профілактичних закладів у зонах катастроф;

- суттєве погіршення СГ стану території, де сталася катастрофа;

- можливість утворення вторинних осередків ураження за рахунок руйнування підприємств атомної та хімічної промисловості;

- наявність непохованих трупів людей, тварин, гниття продуктів тваринного та рослинного походження;

- масове розмноження гризунів, виникнення серед них епізоотії та активізація природних осередків;

- інтенсивна міграція організованих та неорганізованих мас населення та його скупчення;

- зниження імунітету до ІХ внаслідок суттєвого погіршення матеріально-побутових умов життя, його рівня, можливість виникнення: захворювань та уражень неінфекційного походження, стресових станів, переохолодження організму й інших чинників;

- можлива затримка у виявленні, ізоляції та госпіталізації інфекційних хворих та носіїв, які не вимагають негайної медичної допомоги, а тому є постійним джерелом поширення інфекції.

Найбільшою є ймовірність виникнення осередків саме тих ІХ, які є ендемічними або ензоотичними для певної території. Відповідно до даних МНС найпоширенішими на території України є: дифтерія, кашлюк, кір, епідемічний паротит та гострі кишкові інфекції. У країні є багато природних осередків багатьох небезпечних інфекцій - туляремії (у 23 областях), лептоспірозу (у всіх регіонах), сибірки (у 16 областях), КУ-гарячки (у 9 областях), кліщового енцефаліту (у 8 областях), геморагічної гарячки з нирковим синдромом (у 10 областях), гарячки Західного Нілу (у 7 областях), Каліфорнійського енцефаліту (у 7 областях).

Найпоширенішими на території України з інфекційних захворювань тварин є туберкульоз та лейкоз великої рогатої худоби, лептоспіроз, сальмонельоз, сибірка, сказ, класична чума свиней, хвороба Гамборо (інфекційна бурсальна хвороба курчат) та хвороба Марека (інфекційна хвороба птиці – переважно курей).

Як результат суттєвого погіршення умов побуту та життєдіяльності населення, у районах катастроф може спостерігатися різке та швидке загострення стану щодо кишкових інфекцій, черевного тифу, паратифів, вірусного гепатиту, дизентерії, сальмонельозу тощо). Механізм поширення інфекції буде зберігатися і діяти в осередку протягом терміну виживання збудника у навколишньому середовищі та за наявності інфекційних хворих серед потерпілого населення.

3.3.1. Характеристика епідемічних осередків

Взаємодія патогенного мікроорганізму та макроорганізму, яка відбувається під впливом навколишнього середовища, має назву інфекційний процес, або інфекція. Якщо в результаті взаємодії з патогенним мікроорганізмом порушуються фізіологічні функції та настає розлад життєдіяльності організму, то виникає інфекційне захворювання – одна з форм інфекційного процесу. Іншою формою інфекційного процесу є безсимптомна інфекція, або носійство (бактеріо- та вірусоносійство), при якому взаємодія мікро- та макроорганізму зовні нічим не проявляється, але може супроводжуватись імунною реакцією. Носійство відіграє важливу роль у процесах прихованої природної імунізації населення та поширенні інфекції.

Характерною особливістю всіх інфекційних захворювань є їх циклічний перебіг (чіткі послідовні періоди хвороби):

- інкубаційний (або прихований) період;
- продромальний (період передвісників) період;
- період розвитку хвороби;
- період згасання (якщо хворий не помер);
- період реконвалесценції (одужання).

Окрім того, збудники ОНІ характеризуються високою мінливістю та стійкістю у навколишньому середовищі.

Інкубаційний період – максимальний відрізок часу, що минає від моменту зараження людини збудниками ІХ до появи перших симптомів цієї хвороби.

Кожна ІХ має певну тривалість цього періоду. Під час інкубаційного періоду збудник розмножується, причому утворюються та «нагромаджуються» токсичні продукти, внаслідок чого відбувається «перебудова» організму.

Продромальний період, або період передвісників, характеризується появою перших невизначених проявів хвороби (нездужання, загальна слабкість, головний біль, підвищення температури, погіршення апетиту тощо). Тривалість продромального періоду, як правило, становить 1-4 доби.

Періоду розвитку хвороби властивий комплекс симптомів, які з'являються в певній послідовності та характерні для кожного інфекційного захворювання.

У період згасання клінічні симптоми хвороби поступово слабшають.

У цей період іноді спостерігається загострення, а в період одужання – рецидиви (повернення майже повного симптомокомплексу хвороби). Перебіг хвороби при рецидивах зазвичай легший. Необхідно пам'ятати, що повернення хвороби, яке оцінюється як рецидив, може бути наслідком суперінфекції, тобто нового зараження, найчастіше іншим типом того самого збудника. Суперінфекція в умовах інфекційної лікарні нерідко виникає при порушенні епідемічного режиму. Відносно часто

спостерігаються також змішані інфекції, при яких в інфекційному процесі беруть участь декілька збудників.

У період реконвалесценції відновлюється нормальний функціональний стан організму, що може тривати іноді досить довго. При деяких ІХ організм протягом тривалого часу не може позбутися збудника (наприклад: при черевному тифі, дизентерії).

Розрізняють змішані бактеріально-вірусні, паразитарно-бактеріальні, бактеріально-грибкові та інші ІХ. Можливі найрізноманітніші асоціації збудників.

Участь мікроорганізмів є обов'язковою умовою виникнення та розвитку інфекційного процесу. Разом із ліквідацією мікроорганізмів закінчується й інфекційний процес, однак можуть залишатись ускладнення різного ступеня тяжкості. Після перенесеної ІХ спостерігається розвиток специфічного імунітету. Його тривалість і напруженість при різних інфекційних захворюваннях неоднакові.

Джерело збудника інфекційної хвороби – це людина або тварина, заражені збудниками ІХ (хворі та носії).

Важливим джерелом більшості ІХ є хвора людина з клінічно вираженою, стертою або атиповою формою хвороби (стерті та атипові форми хвороби часто спостерігаються у щеплених дітей та дітей грудного віку). Велику епідеміологічну роль відіграють носії.

Носій збудника інфекційної хвороби – це людина, в організмі якої виявлено збудників інфекційної хвороби за відсутності симптомів цієї хвороби.

Носіїв розрізняють на:

- реконвалесцентів;
- транзиторних носіїв;
- так званих «здорових» носіїв.

Значну епідеміологічну роль мають носії-

реконвалесценти. Вони, як і хворі, як правило, виділяють у великій кількості вірулентні штами збудника. У більшості реконвалесцентів виділення збудника триває протягом 1-6 тижнів після клінічного одужання. Але після деяких ІХ (наприклад, черевного тифу) збудник може виділятися довго – місяцями, навіть роками (хронічні носії).

Здорових носіїв виявляють найчастіше у вогнищі інфекції. Тепер поняття «здоровий носій» вважається значною мірою умовним. Наявність збудника ІХ в організмі внаслідок його розмноження – це, по суті, найлегша форма інфекційного процесу, яка не проявляється клінічно.

Тварини є джерелом інфекції при зоонозах (сказ, токсоплазмоз, лептоспіроз тощо). Тварини, як і хворі, так і носії, можуть стати джерелом зараження людини.

Залежно від природи збудника ІХ поділяються на:

1. Пріоні (хвороба Creutzfeld-Jakob, куру, фатальне сімейне безсоння).
2. Вірусні (грип, парагрип, кір, вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція, цитомегаловірусна інфекція, менінгіт).
3. Бактеріальні (чума, холера, дизентерія, сальмонельоз, стрепто- та стафілококова інфекції, менінгіт).
4. Протозойні (малярія, амебіаз, балантидіаз, токсоплазмоз).
5. Грибкові інфекції (епідермофітія, кандидоз, криптококоз, аспергильоз, мукоромікоз, хромомікоз).

Крім цього, всі ІХ, залежно від локалізації збудника в організмі за Л.В. Громашевським, можна розподілити на чотири основні групи:

1. Кишкові інфекції. До них належать: дизентерія, черевний тиф, вірусний гепатит А, холера, сальмонельоз. Шлях передачі – через шлунково-кишковий тракт.
2. Інфекції дихальних шляхів. До них належать: дифтерія, коклюш, кір, туберкульоз, гострі респіраторні захворювання, грип, ангіна, аденовірусна інфекція, вітряна

віспа. Шлях передачі – повітряно-крапельний.

3. Кров'яні інфекції. До них належать: гепатити (В, С, Д, Е), малярія, висипний тиф, кліщовий енцефаліт, ВІЛ-інфекція. Всі ці інфекції, як правило, групи трансмісивних інфекцій, передача збудника здійснюється живими переносниками – різноманітними членистоногими (комахи та кліщі).

4. Інфекції зовнішніх покривів. До них належать: трахома, короста, сибірка, правець. Усі ці інфекції передаються через контактний механізм передачі збудника.

5. Інфекції з різними механізмами передачі (ентеровірусна інфекція).

Таким чином, механізм зараження специфічний для кожної ІХ. При ІХ збудники, які виділяються з організму, здебільшого із секретом слизових оболонок носа, глотки та верхніх дихальних шляхів, зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом. Такі інфекції називають повітряно-крапельними, або інфекціями дихальних шляхів (кір, краснуха, вітряна віспа, епідемічний паротит, дифтерія, скарлатина, менінгококова інфекція, коклюш тощо).

Збудник може передаватися й під час безпосереднього спілкування здорової людини з джерелом інфекції, тобто контактним шляхом (наприклад, дифтерія та скарлатина можуть передаватися при поцілунку – «прямий контакт»).

Передача інфекції через заражені об'єкти навколишнього середовища, тобто через непрямий контакт, можлива лише при хворобах, збудникам яких властива стійкість у оточуючому середовищі. Зараження відбувається через посуд, іграшки, рушники, носові хусточки та інші предмети, якими користується хворий. Зараження через непрямий контакт має велике значення в епідеміології кишкових інфекцій. Випорожнення хворого, в яких є збудники, інфікують різноманітні предмети. Здорова

людина, торкаючись цих предметів, заражує руки, вносить збудника в рот. Харчовий (аліментарний) механізм передачі збудника характерний для групи кишкових інфекцій (сальмонельоз, дизентерія, вірусний гепатит А та інші). Зараження через воду може відбуватися під час вживання її для пиття (кишкові інфекції) та в результаті потрапляння інфікованої води на ушкоджену (поранену) шкіру, тобто за типом непрямого контакту (лептоспіроз, туляремія тощо). Механічними переносниками збудників кишкових інфекцій є мухи. Епідеміологічна роль їх при кишкових інфекціях істотна.

При багатьох кров'яних інфекціях передача збудника здійснюється живими переносниками – різноманітними членистоногими (комахи та кліщі). Це трансмісивний механізм передачі інфекції. Можливе зараження різними шляхами передачі (наприклад, чумою можна заразитися трансмісивним, контактним, аліментарним та повітряно-крапельним шляхами).

Важливим фактором епідемічного процесу є сприятливість населення до ІХ, яку прийнято визначати індексом контагіозності (або індексом сприятливості).

Індекс контагіозності – показує співвідношення хворих до 100 контактних, які раніше не мали цього інфекційного захворювання. Його виражають десятковими дробами або у відсотках. При деяких ІХ цей показник може бути дуже високим (наприклад, для кору він дорівнює 0,96-0,97 (96,0-97,0%), що означає, що із 100 контактних із хворим на кір захворіє 96-97 осіб).

Залежно від контагіозності ІХ розділяють на:

1. Неконтагіозні (псевдотуберкульоз, ботулізм, малярія).
2. Малоконтагіозні (інфекційний мононуклеоз, орнітоз, бруцельоз).
3. Контагіозні (дизентерія, черевний тиф).
4. Висококонтрагіозні (холера, кір).

При деяких ІХ існує залежність від сезону:

- при кишкових інфекціях – зростання епідемічної кривої спостерігається в теплий літньо-осінній період;
- при повітряно-крапельних інфекціях – зростання епідемічної кривої спостерігається в осінньо-зимовий період.

Крім сезонних коливань, дитячі повітряно-крапельні інфекції характеризуються періодичністю епідемій.

Епідемії таких хвороб можуть повторюватися через певні періоди:

- при корі – в середньому через 3-4 роки;
- при дифтерії – через 7-10 років;
- при коклюші – через 2-5 років.

Періодичність ІХ пов'язана з коливаннями рівня сприйнятливості до певної ІХ.

Важливе місце у профілактиці ІХ займають загальнопрофілактичні заходи:

- благоустрій населених пунктів;
- контроль за організацією та станом громадського харчування (харчові блоки дитячих закладів, молочні кухні, шкільні буфети та їдальні тощо);
- боротьба з паразитами;
- організація СГ та ПЕ режиму в дитячих закладах;
- санітарна пропаганда серед населення.

Велике значення мають проведення заходів щодо підвищення неспецифічної опірності дитячого організму, раціональне харчування з достатньою кількістю вітамінів.

У плановому порядку проводять заходи специфічної профілактики, спрямовані проти окремих ІХ. Розрізняють активну (вакцинацію) та пасивну (введення Immunoglobulinum) імунопрофілактику.

У нашій країні щеплення проводяться згідно з наказами МОЗ України №48 від 03.02.2006р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль

якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України №207 від 17.04.2008р.

Профілактичні щеплення – введення в організм людини медичних імунобіологічних препаратів для створення специфічної несприйнятливості до ІХ.

Для пасивної профілактики застосовують специфічний Immunoglobulinum (наприклад, протигрипозний), його виготовляють з плацентарних та донорських сироваток із високим титром специфічних антитіл або одержують від імунізованих донорів. Gamma-globulinum (плацентарний Immunoglobulinum) використовується для екстреної профілактики кору (у невакцинованих) та вірусного гепатиту А (у вогнищах інфекції). Останнім часом для профілактики вірусних інфекцій використовують Interferonum – внутрішньоклітинний фактор із широким спектром противірусної дії. Для профілактики грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій використовують введення Interferonum leukocyticum humanum або його індукторів утворення.

3.3.2. Профілактика інфекційних захворювань при надзвичайних ситуаціях

Для проникнення збудників інфекційних захворювань в організм людини необхідною умовою є так звані «ворота» інфекції, тобто шлях, яким збудник може потрапити в організм у такій кількості, щоб виникло захворювання та розвивався епідемічний процес (безперервний ланцюг заражень та захворювань, що відбуваються одне за одним).

Епідемія – це масове поширення інфекційної хвороби, коли показник захворюваності серед населення перевищує її звичайний рівень, характерний для даної хвороби в умовах певної місцевості. Якщо епідемія охоплює

кілька країн або цілий континент, говорять про пандемію.

Епідемічна ситуація – це показник епідемічного благополуччя території (об'єкта) у певний час, що характеризується рівнем та динамікою захворювання людей на ІХ, наявністю або відсутністю відповідних факторів передачі інфекції та іншими обставинами, що впливають на поширення ІХ.

Благополучна епідемічна ситуація – ІХ не реєструються або реєструються їх поодинокі випадки, відсутні сприятливі умови для поширення цих хвороб.

Нестійка епідемічна ситуація – рівень захворювання людей на ІХ не перевищує середні багаторічні показники, проте є сприятливі умови для поширення цих хвороб.

Неблагополучна епідемічна ситуація – рівень захворювання людей на ІХ перевищує середні багаторічні показники, реєструються спалахи цих хвороб.

Епідемічний процес – це складне соціально-біологічне явище, це ланцюг безперервних станів, від безсимптомного носійства до маніфестних форм захворювань викликаних циркулюючим у колективі збудником. Цей процес проявляється у вигляді епідемічних осередків з одним або декількома випадками хвороби або носійства.

Біологічну основу епідемічного процесу становить взаємодія 3 складових частин (або ланок), а саме:

- джерела збудника інфекційного захворювання;
- специфічного механізму передачі збудника;
- сприятливого населення.

Отже, з метою профілактики інфекцій необхідно впливати на всі три фактори одночасно. Лише тоді боротьба із захворюваннями буде ефективною.

І. Щодо першої умови, тобто джерела інфекцій, – застосовується ряд заходів, щоб локалізувати збудника та попередити його поширення. У разі виникнення осередку

ОНІ, які у всіх випадках призводять до смерті людей, або якщо збудник хвороби невідомої природи – застосовують карантин.

Карантин – це адміністративні та медико-санітарні заходи, що застосовуються для запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб.

Він передбачає проведення комплексу режимних, адміністративних та санітарно-епідеміологічних заходів, спрямованих на попередження поширення хвороби та ліквідацію осередку зараження, а саме:

- озброєну охорону осередку зараження;
- заборону переміщення за межі карантинної зони осіб та груп людей, які не пройшли тимчасової ізоляції та медичного обстеження;
- заборону вивезення із зони карантину будь-яких речей без попереднього знезараження;
- заборону проїзду транспорту через осередок зараження.

Під час карантину обмежуються контакти серед населення, на підприємствах та в установах вводиться спеціальний режим праці. Медичний персонал, який працює із хворими, повинен бути одягнений у спеціальні протимікробні костюми, що є попередженням внутрішнього поширення інфекції у медичних закладах. Якщо лабораторними дослідженнями не виявлено небезпечних для життя мікроорганізмів та немає загрози виникнення масових захворювань, карантин може бути замінений на обсервацію.

Обсервація – це комплекс заходів, спрямованих на посилене спостереження за осередком зараження та вжиття лікувально-профілактичних та обмежувальних заходів.

Строки карантину та обсервації залежать від максимального інкубаційного періоду збудника, що відлічується з моменту ізоляції останнього хворого до повного закінчення знезараження території. Режимні заходи під час обсервації менш суворі та допускають, хоч із

обмеженнями, вхід і вихід із зараженої території, вивіз і ввіз речей після їх дезінфекції.

Обсерватор – це спеціалізований заклад охорони здоров'я, призначений для госпіталізації осіб, які виявили бажання покинути територію карантину, з метою їх обстеження та здійснення медичного нагляду за ними.

Ізолятор – спеціалізований заклад охорони здоров'я, призначений для госпіталізації контактних осіб з метою їх обстеження, профілактичного лікування та здійснення медичного нагляду за ними.

II. Невід'ємною ланкою у боротьбі з механізмом передачі збудника інфекції є проведення дезінфекційних заходів.

Дезінфекційні заходи (дезінфекція, дезінсекція, дератизація) – це заходи щодо знищення у середовищі життєдіяльності людини збудників інфекційних хвороб (дезінфекція) та їх переносників – комах (дезінсекція) й гризунів (дератизація).

Дезінфекція – це комплекс спеціальних заходів щодо знищення збудників інфекційних захворювань у навколишньому середовищі.

В осередках захворювання розрізняють такі види дезінфекції:

- профілактичну дезінфекцію – проводиться з метою попередження можливості виникнення інфекційних захворювань або зараження предметів та речей загального користування;

- вогнещеву дезінфекцію – проводять в епідемічних осередках для попередження зараження осіб, що оточують хворого, та попередження винесення збудника за межі осередку.

Залежно від умов проведення вогнещевої дезінфекції, розрізняють:

- поточну (за наявності джерела інфекції) дезінфекцію,

яка проводиться в осередках захворювання, де достеменно виявлено джерело збудника (наприклад, у кімнаті, де перебуває хворий). Така дезінфекція застосовується з метою попередження поширення хвороботворних мікроорганізмів у навколишньому середовищі. Вона передбачає знезараження предметів користування хворого та його випорожнень;

- заключну (після видалення джерела інфекції) дезінфекцію, яка проводиться в осередку масових захворювань після ізоляції, госпіталізації, одужання чи смерті хворих з метою повного знищення усіх збудників, щоб уникнути вторинної інфекції.

Залежно від характеру збудника та інших показників, застосовують різні методи дезінфекції, які поділяються на чотири групи:

1. Механічні методи – передбачають вологе прибирання приміщень, звільнення від пилу, витрушування одягу та постелі, фарбування, миття тощо.

2. Біологічні методи – передбачають застосування речовин, спеціальних культур мікроорганізмів, що згубно діють на збудників хвороб та не дають їм розмножуватися. Біологічна дезінфекція застосовується у більш-менш глобальних масштабах (наприклад, для знезараження стічних вод).

3. Фізичні методи – найбільш доступні та безпечні, оскільки не передбачають застосування шкідливих для людини препаратів. До них належать: дія сонячних променів, ультрафіолетових випромінювачів, прасування одягу, спалювання сміття, обробка окропом, кип'ятіння та стерилізація в автоклавах речей і предметів тощо.

4. Хімічні методи також широко застосовуються для знезараження та передбачають дезінфекцію речей за допомогою хімічних речовин, які вбивають мікроби.

Серед хімічних речовин найчастіше застосовуються такі:

- 10,0-20,0% розчин хлорного вапна (застосовується для промивання чи обприскування будинків, туалетів або території зараженої місцевості);

- 0,2-5,0% розчин хлорного вапна (застосовується для промивання житлових та службових приміщень, меблів);

- 1,0-3,0% розчин хлорного вапна (застосовується для знезараження житлових приміщень, інвентарю та місць загального користування);

- 0,2-1,0% Sol. Chloraminum (застосовується для протирання кухонного посуду, меблів, крім того, додається у воду під час прання білизни);

- 3,0-5,0% Sol. Lysolum (застосовується для замочування білизни та одягу, а також для знезараження випорожнень хворих);

- 3,0% Sol. Hydrogen peroxide (застосовується для обприскування житлових приміщень та знезараження інвентарю);

- Ethylene oxide (застосовується для знезаражування закритих приміщень шляхом розпилення);

- Spiritus aethylicus (застосовується для протирання меблів, предметів та інвентарю);

- 0,3-1,0% Sol. Formaldehyde (застосовується для промивання туалетів та знезараження випорожнень хворих).

Елементи навколишнього середовища, предмети вжитку, повітря, комахи та вода є факторами передачі збудника. Шляхи впливу на неживу природу з метою зменшення кількості хвороботворних організмів розглянуто вище.

Щодо захворювань, які переносять деякі тварини, то проводиться комплекс заходів для знищення переносників інфекцій. Серед них окремо виділяють дезінсекцію та дератизацію.

Дезінсекція – це заходи, що проводяться з метою знищення членистоногих (наприклад, павуків, кліщів,

комах) переносників інфекцій.

Ці заходи так само поділяють на:

1. Профілактичні (розчищення дрібних водойм, закривання сітками вікон та дверей, підтримання чистоти тощо).

2. Винищувальні (полягають у застосуванні в основному хімічних методів знищення комах та подібних до них тварин).

Хімічні методи передбачають використання спеціальної отрути – інсектицидів. До них належать Hexachloranum, Carborphos, Dichlorphos тощо.

Вживаються також суто біологічні способи знищення комах, які полягають у їх зараженні вірусами, бактеріями, грибами, що безпечні для людини, свійських тварин та рослин.

Дератизація – це знищення гризунів та інших ссавців, що є резервуаром та джерелом інфекційних захворювань.

Методи знищення можуть бути:

- механічними (встановлення пасток, капканів, мишоловок тощо);

- біологічними (використання біологічних засобів, до яких відносять бактеріальні культури з групи Salmonella, які викликають загибель гризунів);

- хімічними (знищення гризунів за допомогою отрути - ратицидів).

Як ратициди використовують Ratindanum, Zoosumarinum, Barium carbonate та інші. Метод базується на приготуванні приманок, що обробляються отрутами. Як приманку використовують борошно, кашу, фарш, зерно та овочі. Під час приготування приманок слід дотримуватися правил безпеки та стежити, щоб отрута не потрапила в їжу, призначену для людей та свійських тварин.

III. Сприятливий колектив – третя ланка епідемічного

процесу.

Сприятливість – це властивість організму відповідати патологічним процесом на інфекцію, і вона є необхідною умовою для підтримки епідемічного процесу.

Стан сприйнятливості залежить від числа факторів, що визначають специфічну та неспецифічну резистентність: захисна функція шкірних покривів, екскреторних органів, запалення, фагоцитоз, гуморальні продукти (Lysocinum, Interferonum, Prostaglandinum).

Щодо третього фактора (наявність людей, схильних до захворювань), то застосовують ряд заходів для створення штучного імунітету проти ІХ.

Епідемічний осередок – це територія, на якій у певних часових та просторових межах відбулося зараження людей збудниками ІХ та набуло масового характеру поширення інфекційних захворювань. Він може вважатися ліквідованим у тому разі, коли в його межах переривається циркуляція збудника і збудник повністю зникає.

Сприяють виникненню епідемічних осередків такі фактори:

- наявність у зоні НС неізольованих інфекційних хворих серед населення та можливість поширення ними збудників;
- уражені, які потребують госпіталізації та розглядаються з погляду ризику зараження;
- здорове населення, яке контактувало з інфекційними хворими та розглядається з погляду ризику зараження (потребує обсервації);
- довілля, яке небезпечне для людей.

Для епідемій, що виникають при стихійних лихах, характерна одночасна реалізація різних шляхів поширення. Одночасне масове зараження людей може призвести до «епідемічного спалаху», коли протягом дуже обмеженого проміжку часу з'являється велика кількість інфекційних хворих, а потім деякий час тягнеться так званий хвіст

епідемії за рахунок осіб, які були у контакті з хворими.

Осередок інфекційної хвороби – це місце (об’єкт, територія), де виявлено джерело інфекції та відповідні фактори передачі інфекції.

Осередок зараження – це територія, населені пункти, об’єкти народного господарства, які підпали під штучне зараження бактеріальними агентами.

Епідемічний осередок – це основний елемент епідемічного процесу.

Тривалість епідемічного осередку:

- при антропонозних захворюваннях – протягом максимального інкубаційного періоду після ізоляції хворих та проведення заключної дезінфекції;
- при зоонозних інфекціях – коливається протягом інкубаційного періоду або упродовж фактора передачі.

Епідемічний осередок визначається:

- за ознакою місця виникнення конкретного захворювання;
- за ознакою часу виникнення конкретного захворювання.

Розрізняють такі види епідемічних осередків:

- полігостальні – осередки з багатьма джерелами збудника;
- полівекторні – осередки з багатьма механізмами передачі.

Успішність заходів з локалізації та ліквідації осередку залежить від:

- строку виявлення хворого;
- своєчасності ізоляції хворого від оточення.

Заходи з локалізації та ліквідації осередку інфекції передбачають:

- реєстрацію та оповіщення;
- епідеміологічне обстеження;
- епідеміологічне спостереження;

- госпіталізацію;
- дезінфекцію та дезінсекцію;
- специфічну профілактику;
- санітарно-освітню роботу.

Реєстрації підлягають: черевний тиф, паратифи А та В, дизентерія (гостра та хронічна), коліти, ентерити, ентероколіти, гастроентероколіти, диспепсія у дітей до 1 року, висипний тиф, кір, дифтерія, скарлатина, цереброспінальний менінгіт, епідемічний енцефаліт, поліомієліт, туляремія, сказ, лептоспіроз, вірусний гепатит А, сибірка, кліщовий енцефаліт, малярія, бруцельоз, правець, коклюш, сап, ящур та поворотний тиф.

Метою епідеміологічного обстеження є виявлення джерел інфекції та умов, які сприяють поширенню інфекції. Обстеження епідемічного осередку проводить лікар-епідеміолог та інфекціоніст, які вживають заходи щодо госпіталізації (ізоляції) хворого, забору матеріалу для аналізу та проведення заключної дезінфекції.

Метою епідеміологічного спостереження є своєчасне виявлення нових захворювань. При виявленні носійства всі контактуючі підлягають лабораторному обстеженню та спостереженню.

Рання госпіталізація, яка є найбільш раціональним заходом попередження поширення інфекції, проводиться за клінічними та епідеміологічними показаннями. Транспортування хворих проводять спеціально призначеним санітарним транспортом, який після перевезення кожного хворого підлягає дезінфекції.

Для специфічної профілактики використовують: bacteriophage (дизентерія, холера, черевний тиф тощо), gamma-globulin (вірусний гепатит А, кір), хіміотерапію (малярія) та профілактичне щеплення (вакцини, анатоксини).

При інфекційних захворюваннях зоонозного характеру вживаються заходи щодо знешкодження тварин:

собак (при сказі), гризунів (при туляремії) та інших тварин, які можуть бути джерелом хвороби.

З метою санітарно-освітньої роботи проводяться бесіди з профілактики захворювань, друкуються пам'ятки, бюлетені та статті, населення постійно інформується по радіо та телебаченню (та іншими засобами масової інформації).

Кожна окремо взята НС має свої особливості, які пов'язані зі змінами СГ стану, що вимагає адекватного СГ та ПЕ забезпечення.

Взаємодія природних та соціальних умов можуть стимулювати або пригнічувати розвиток епідемічного процесу.

Природний фактор зв'язаний з природною локалізацією (туляремія, чума, кліщовий енцефаліт).

Соціальним фактором є: економіка, матеріальне забезпечення, густина населення, масова міграція, характер харчування, голод, війни тощо.

Виділяють три етапи в організації проведення СГ та ПЕ заходів в осередку НС.

I етап передбачає контроль за:

- знезараженням води;
- дезінфекцією місця накопичення сміття;
- дезінфекцією місця розташування формувань, що беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків НС;
- дезінфекцією місця розташування мігруючого населення.

II етап передбачає здійснення контролю за:

- продуктами харчування та водою;
- лазнями;
- збором та захороненням трупів;
- проведення фагування;
- вакцинопрофілактикою;
- дезінфекцією;

- дезінсекцією;
- дератизацією;
- посиленням санітарно-епідеміологічних установ (лікарями, транспортом, засобами).

III етап передбачає посилення контролю за:

- якісним харчуванням;
- водопостачанням;
- умовами розташування;
- санітарно-освітньою роботою та ін.

При НС до роботи в епідемічних осередках залучаються такі формування:

1. Рухомі групи епідеміологічної розвідки, які формуються на базі районних СЕС та в змозі провести обстеження на території 25-35км² і здійснити відбір 8-12 проб за добу.

2. Спеціалізовані ПЕ бригади, які формуються на базі науково-дослідних інститутів, республіканських та обласних СЕС у районах масштабних НС.

Оснащення формувань, що залучаються до роботи в епідемічних осередках, містить:

- засоби індивідуального захисту;
- укладки для відбору проб;
- засоби сигналізації;
- засоби зв'язку;
- автотранспорт.

Основні принципи СГ та ПЕ заходів у епідемічних осередках:

1. Єдиний підхід до організації СГ та ПЕ заходів.
2. Державний територіально-виробничий характер ПЕ забезпечення.
3. Участь усіх ланок охорони здоров'я в проведенні СГ та ПЕ заходів та їх взаємодія.
4. Забов'язаність і відповідальність усіх керівників об'єктів народного господарства за проведення СГ та ПЕ

заходів.

На охорону здоров'я покладається відповідальність за методичне керівництво та санітарний нагляд за проведенням СГ та ПЕ заходів.

Керівництво СГ та ПЕ заходами передбачає:

1. Безперервне отримання даних про СГ та ПЕ стан населення та його аналіз й оцінку.
2. Планування СГ та ПЕ заходів (складання комплексних та оперативних планів СГ та ПЕ заходів).
3. Своєчасна постановка завдань підлеглим медичним силам та формуванням, контроль за їхньою діяльністю й необхідна допомога.
4. Організація взаємодії зі всіма службами.

Санітарно-епідеміологічний стан населення в епідемічних осередках характеризується таким чином:

1. Благополучний стан – серед населення відсутні інфекційні захворювання чи спостерігаються поодинокі випадки захворювань, які не пов'язані один з одним.
2. Нестійкий стан – серед населення з'являються окремі (що не реєструвалися раніше) інфекційні захворювання, виникають групові, без подальшого поширення захворювання, тобто без ознак епідемії.
3. Неблагополучний стан – виникають групові інфекційні захворювання з тенденцією до подальшого їх поширення чи фіксуються випадки захворювань ОНІ (чума, холера, сибірка).
4. Надзвичайний стан – серед населення виникла епідемія інфекційних захворювань ОНІ.

При локалізації та ліквідації осередків інфекційних захворювань можуть упроваджуватися режимні та обмежувальні ПЕ заходи.

Надзвичайні режими – це спеціальні правові режими життєдіяльності населення, здійснення господарської діяльності та функціонування органів влади на території, де

виникла НС.

Законодавство нашої країни передбачає три основні різновиди надзвичайних режимів:

- надзвичайний стан;
- надзвичайна екологічна ситуація;
- воєнний стан.

Законодавство про зону надзвичайної екологічної ситуації ґрунтується на Конституції України і складається із законів України «Про охорону навколишнього природного середовища» від 25.06.1991р., «Про аварійно-рятувальні служби» від 14.12.1999р., «Про правовий режим надзвичайного стану» від 16.03.2000р., «Про зону надзвичайної екологічної ситуації» від 13.07.2000р., а також прийнятих відповідно до них інших підзаконних нормативно-правових актів.

Режимні ПЕ заходи в зоні НС проводяться у формі обсервації або карантину (залежно від виду збудника ІХ).

До них відносять:

- карантин;
- обсервацію;
- роз'єднання;
- епідеміологічне спостереження.

Обмежувальні протиепідемічні заходи – це медико-санітарні та адміністративні заходи, що здійснюються в межах осередку ІХ з метою запобігання її поширенню.

Загальні принципи профілактики інфекцій в епідемічних осередках спрямовані:

1) на джерело збудника (дезінфекція, дезінсекція, дератизація) – раннє активне виявлення та своєчасну ізоляцію й госпіталізацію хворих; при зоонозних інфекціях шляхи знешкодження джерела збудника можуть бути різними;

2) на розрив механізму передачі збудника (повітряно-крапельний – при бактеріальних та вірусних інфекціях та

фекально-оральний – при кишкових інфекціях) – водопостачання, каналізація, продукти харчування тощо.

Керування силами та засобами, що залучаються до виконання СГ та ПЕ заходів у вогнищах катастроф, виконує:

- Центральна координаційна комісія ДСМК (належить до керівних органів управління), в яку входить начальник Головного санітарно-епідеміологічного управління, який організовує проведення всього комплексу робіт, або СГ та ПЕ забезпечення на державному рівні;

- на обласному рівні – головний епідеміолог обласної СЕС;

- на районному – головний епідеміолог районної СЕС.

До органів повсякденного (оперативного) управління належить інформаційно-диспетчерська служба:

- на рівні держави – інформаційно-диспетчерський пункт МОЗ;

- на обласному – обласний інформаційно-диспетчерський пункт.

Крім цього, затверджені СЕС повної готовності, а також центри індикації та діагностики (санітарно-епідеміологічні загони):

- на базі Науково-дослідного інституту епідеміології та ІХ, Центральної СЕС та Кримської й Одеської протичумних станцій створені спеціалізовані ПЕ бригади постійної готовності;

- на рівні обласних СЕС формуються спеціалізовані ПЕ бригади (бригади швидкого реагування);

- на базі районних СЕС створені спеціалізовані ПЕ бригади та групи епідеміологічної розвідки;

- на базі головного санітарно-епідеміологічного управління МОЗ України формується санітарно-епідеміологічний загін з метою посилення державного нагляду при НС.

3.3.3. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення населення при надзвичайних ситуаціях

Санітарні втрати в осередку ІХ залежать від:

- кількості населення;
- індексу контагіозності;
- своєчасності проведення СГ та ПЕ заходів;
- ефективності вакцин, запропонованих для специфічної профілактики ІХ;
- кількості інфікованого населення, якому не проводиться специфічна антибіотикотерапія.

Для розрахунку санітарних втрат від різних інфекцій розроблено відповідні методики. Імовірність виникнення та поширення ІХ у районах катастроф вимагає від всієї системи охорони здоров'я, ДСМК та особливо від санітарно-протиепідемічної служби, як на державному, так і на територіальному рівні, чіткої організації роботи, швидкого застосування комплексів запобіжних заходів для збереження благополучного епідемічного стану, локалізації та ліквідації осередків інфекційних захворювань.

При виникненні НС за завданням територіального центру ДСМК здійснюється санітарно-епідеміологічне обстеження території зони лиха та виявлення інфекційних хворих, яким надається ЕМД та проводиться комплекс необхідних СГ та ПЕ заходів.

Протиепідемічні заходи – це комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню ІХ, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій.

Для кожної групи інфекційних захворювань застосовуються специфічні ПЕ заходи.

При виникненні епідемії кишкової інфекції:

- госпіталізація хворих;
- дезінфекція та дезінсекція в осередку;
- епідеміологічне обстеження осередку захворювання (медичне спостереження за особами, що контактували з хворими, активне виявлення знову захворілих та їх ізоляція, бактеріологічне обстеження осіб, що були в контакті з хворими, та забезпечення їх дизентерійними бактеріофагами);

- посилення СГ заходів;
- санітарна обробка людей та знезаражування одягу й постільних речей, що були в епідемічному осередку;
- ведення контролю за обов'язковою дезінфекцією та миттям рук перед вживанням їжі та після відвідування туалету в період епідемічного спалаху;
- непланове щеплення;
- організація обсервації або карантину, якщо є в цьому є необхідність;

- контроль за знезаражуванням води та їжею;
- посилення санітарно-просвітньої роботи.

При виникненні повітряно-крапельних інфекцій:

- активне виявлення та ізоляція хворих;
- вологе прибирання приміщень із використанням 0,5% розчинів хлорного вапна або Sol. Chloraminum;
- дезінфекція повітря;
- дезінфекція їдальні та посуду;
- імунізація за епідемічними показаннями;
- максимальне обмеження контактів між людьми;
- бактеріологічне обстеження всіх, хто контактував із хворими;

- організація обсервації або карантину за показаннями (при віспі - обов'язково).

При виникненні трансмісивних хвороб:

- активне виявлення, ізоляція та госпіталізація хворих;
- повна санітарна обробка колективу, в якому виявлений

хворий;

- епідеміологічне обстеження випадків захворювань;
- медичне спостереження за особами, які контактували з захворілим (при вошивих тифах);
- посилення профілактичних заходів;
- установа режимних заходів при появі масових захворювань;
- дезінсекція;
- знищення членистоногих переносників збудників хвороб (комах та кліщів);
- проведення протирецидивного лікування при малярії;
- санітарно-просвітня робота.

При контактних інфекціях:

- виявлення та госпіталізація хворих;
- дезінфекція у вогнищі;
- епідеміологічне обстеження осередку з метою виявлення джерела та механізму передачі збудника хвороби;
- введення лікувальної сироватки та антибіотиків.

Керування та координацію діяльності санітарно-епідеміологічної служби здійснюють групи контролю дотримання та виконання СГ заходів спільно з групами санітарно-епідеміологічної розвідки. За їх розпорядженням зі складу СЕС у район катастрофи направляються рухомі медичні формування – групи епідеміологічної розвідки, а за необхідності – гігієнічні, епідеміологічні, токсикологічні та радіологічні бригади.

До групи епідеміологічної розвідки входять:

- лікар-епідеміолог (старший групи);
- фельдшер;
- лаборант-мікробіолог.

За необхідності до складу групи епідеміологічної розвідки можуть входити такі фахівці, як: лікар-гігієніст, лікар-токсиколог, паразитолог, зоолог та інші.

Основним завданням групи епідеміологічної розвідки

є:

- з'ясування епідеміологічної ситуації у районі катастрофи шляхом огляду місцевості, опитування населення та медичних працівників лікувально-профілактичних закладів, що збереглися;

- відбір проб ґрунту, повітря, води та продуктів харчування;

- позначення заражених ділянок місцевості та об'єктів.

Особовий склад групи епідеміологічної розвідки має на оснащенні засоби індивідуального захисту, укладання для відбору проб, біологічних рідин і тканин хворих та загинлих людей і тварин, засоби сигналізації, зв'язку та автотранспорт.

Група епідеміологічної розвідки впродовж доби має змогу виконати санітарно-епідеміологічне обстеження території площею 25-35км² та здійснити відбір 8-12 проб, які надсилаються у СЕС для аналізу та висновку. Попередні висновки про шкідливі фактори навколишнього середовища (РР, СДОР та інші) можуть бути зроблені на місці забору проби.

Гігієнічні бригади, які направляються у район лиха, визначають доброякісність води та продуктів харчування.

Радіологічні бригади займаються з'ясуванням радіоактивного забруднення ґрунту, джерел води, повітря та продуктів харчування.

Токсикологічні бригади займаються виявленням у навколишньому середовищі отруйних хімічних речовин.

Інфекційно-епідеміологічні бригади здійснюють повне обстеження території та об'єктів на виділеній ділянці району лиха, розгортають тимчасові інфекційні стаціонари, виявляють при поквартирному обході житлових об'єктів інфекційних хворих та госпіталізують їх. За необхідності такі бригади проводять серед населення екстрену неспецифічну та специфічну профілактику інфекційних

захворювань.

Обстеження епідемічного осередку здійснюється за таким планом:

1. Опитування та обстеження хворих та здорових людей.
2. Огляд санітарного стану населених пунктів, джерел води, комунальних та харчових об'єктів.
3. Визначення об'єктів народного господарства, що погіршують санітарно-гігієнічну та епідемічну обстановку.
4. Візуальне та лабораторне обстеження зовнішнього середовища, експертиза води й продуктів харчування.
5. Обробка матеріалів, аналіз динаміки та структури захворюваності за епідеміологічними ознаками.

Проведення ПЕ заходів базується на таких основних принципах:

1. Установлення виду збудника захворювання та механізму передачі інфекції.
2. Своєчасна достовірна та безперервна оцінка епідемічної обстановки у районі НС.
3. Вибір та запровадження необхідних ПЕ заходів та оцінка їх ефективності.

При виділенні виду збудника захворювання та встановленні механізму передачі інфекції необхідно визначити джерело інфекції: заражений організм людини чи тварини.

У механізмі передачі інфекції виділяють 3 стадії:

1. Стадію виділення збудника із зараженого організму.
2. Стадію перебування збудника у внутрішньому середовищі.
3. Стадію внутрішнього проникнення збудника в організм іншої людини.

ІХ та джерело інфекції можуть виділяти патогенного збудника (бактерії, віруси тощо) з видихом повітря (при кашлі та чиханні), з виділеннями із шлунково-кишкового тракту (з випорожненнями та блювотними масами), із сечею,

через шкіру та кров. Відповідно до цього розрізняють шляхи зараження людини – інгаляційний (повітряно-крапельний), пероральний (надходження інфекції з зараженою водою чи їжею у шлунок), через шкіру (надходження інфекції через шкірні покриви) та через кров. Функції передавача інфекції виконують такі елементи навколишнього середовища, як повітря, вода, харчові продукти, ґрунт, предмети побуту та виробничої обстановки, а також живі переносники (комахи, членистоногі, малі та великі тварини).

Усе вище перелічене дозволяє спланувати та цілеспрямовано виконати необхідні у даній ситуації ПЕ заходи.

Основні принципи організації невідкладних СГ та ПЕ заходів при НС базуються на загальних принципах охорони здоров'я – наданні медичної допомоги населенню в районах стихійних лих та техногенних катастроф, запобіганні виникненню та поширенню інфекційних захворювань.

СГ та ПЕ забезпечення в умовах НС починається безпосередньо в осередку НС та продовжується на шляхах евакуації аж до самого місця розміщення евакуйованого населення. При НС формується складна санітарна та епідемічна обстановка, яка потребує проведення відповідних заходів.

Для забезпечення їх ефективності необхідно:

- завчасно прогнозувати санітарну та епідемічну обстановку;
- у перші години після НС забезпечити проведення СЕ розвідки;
- дати оцінку СЕ стану осередку НС;
- з'ясувати особливості розвитку епідемічного процесу;
- спрогнозувати санітарні втрати серед населення;
- визначити необхідну кількість медичних сил та засобів, порядок використання та керування ними;
- установити особливості лікувально-евакуаційного

забезпечення інфекційних хворих.

В організації ПЕ заходів особливе місце займають активне виявлення інфекційних хворих, своєчасна діагностика, надання невідкладної медичної допомоги та евакуація їх в інфекційний стаціонар. Активне виявлення інфекційних хворих проводиться шляхом опитування населення та огляду хворих одночасно зі збором матеріалу для бактеріологічного дослідження. У ряді випадків діагностика ІХ може бути ускладненою унаслідок атипової клінічної картини, що зумовлена комбінованою дією кількох збудників, незвичним шляхом зараження та ін. На клінічні прояви захворювання також можуть вплинути попередньо проведені профілактичні щеплення або екстрена неспецифічна профілактика антибіотиками широкого спектра дії.

Ефективність санітарно-протиепідемічного забезпечення населення досягається шляхом своєчасного наближення сил та засобів санітарно-епідеміологічної служби до осередку НС. Для забезпечення його найбільшої ефективності необхідно знати особливості лікувально-евакуаційного забезпечення інфекційних хворих за умов НС.

Завдання санітарно-епідеміологічної служби формуються з урахуванням двох напрямків ПЕ заходів:

- у районах стихійного лиха;
- на шляхах евакуації населення.

1. У районі стихійного лиха – дотримання ПЕ режиму на етапі медичної евакуації серед уражених, інфекційних хворих, медичного персоналу відповідного етапу з метою попередження занесення та поширення інфекції на наступні етапи.

Це досягається за рахунок:

- медичного сортування уражених з метою виявлення серед них інфекційних хворих;
- проведення серед уражених, хворих, населення, що

потерпіло, та персоналу етапів медичної евакуації екстреної неспецифічної й специфічної профілактики інфекційних захворювань;

- дезінфекції транспорту, нош та одягу після евакуації інфекційних хворих;

- виконання вимог ПЕ заходів, що передбачені для ізоляторів та лікувальних закладів;

- підтримання санітарних умов на території розгортання етапів медичної евакуації.

У районах катастроф при масовому доставленні постраждалих, повинно проводитися медичне сортування, яке дозволяє визначити інфекційних хворих.

При цьому всіх інфекційних хворих залежно від їх епідеміологічної небезпеки необхідно поділити на дві групи:

- перша група – хворі з неконтагіозними або малоконтагіозними інфекціями (наприклад: бруцельоз, туляремія, менінгококова інфекція, ботулізм та деякі геморагічні гарячки);

- друга група – хворі з контагіозними та висококонтагіозними інфекціями (наприклад: чума, сибірка, холера, інфекційний гепатит).

Водночас за переважними клінічними ознаками, інфекційних хворих доцільно розподілити на:

1. Хворих з переважним ураженням дихальних шляхів та легенів.

2. Хворих з переважним ураженням шлунково-кишкового тракту.

3. Хворих з ознаками ураження нервової системи.

4. Хворих з ураженням шкіри та слизових оболонок.

5. Хворих з вираженим синдромом загальної інтоксикації без локальних органних уражень.

Слід пам'ятати, що:

- найнебезпечнішими для оточуючих та медичного персоналу вважаються хворі з ураженням органів дихання;

- менш небезпечні – хворі з ураженням шлунково-кишкового тракту;
- малонебезпечні – хворі з ураженням нервової системи;
- відносно хворих з ураженням шкіри та слизових оболонок, а також хворих з вираженим синдромом загальної інтоксикації – питання про ступінь епідемічної небезпеки слід вирішувати індивідуально.

Після огляду для всіх інфекційних хворих починається комплексне етіотропне лікування. При встановленні діагнозу лікування проводиться за загальноприйнятою схемою. Одним із найбільш надійних засобів запобігання захворюванням у вогнищі є проведення екстреної профілактики, яка поділяється на неспецифічну та специфічну.

Неспецифічна екстрена профілактика проводиться інфекційним хворим до встановлення виду збудника (використовують антибіотики широкого спектра дії: *Tetracyclinum*, *Rifampicinum*, *Doxycyclinum*).

Специфічна екстрена профілактика здійснюється після визначення виду збудника, його чутливості до антибіотиків та підтвердження діагнозу.

2. На шляхах евакуації населення – санітарно-протиепідемічне забезпечення населення, яке евакуюється з району НС.

Евакуація інфекційних хворих з району катастрофи організовується залежно від епідемічної небезпеки для оточуючих та лише спеціальним транспортом.

На всіх етапах медичної евакуації до встановлення діагнозу захворювання дотримується суворий ПЕ режим роботи. Надалі режим роботи визначається залежно від форми захворювання та ступеня контагіозності захворюлих.

Безумовно, ці два напрями взаємопов'язані, а основні СГ та ПЕ заходи ідентичні та можуть виконуватись одночасно силами і засобами одного санітарно-епідемічного

закладу.

В умовах евакуації населення при виникненні епідемічних осередків необхідно чітко визначити характер ПЕ заходів:

- розширити зону карантину до меж адміністративної території;
- забезпечити максимальне зниження епідемічної небезпеки для населення, що евакуюється;
- забезпечити суворий ПЕ режим виявлення та ізоляцію інфекційних хворих на шляхах евакуації, в місцях тимчасового перебування або в населених пунктах, куди буде евакуйоване населення з епідемічного осередку;
- забезпечити проведення санітарно-епідемічних заходів серед місцевого населення, де будуть розміщені евакуйовані з осередку ураження.

Успішне вирішення вищеперелічених завдань залежить від рівня професійної підготовки медичних кадрів.

У період евакуації населення до СГ та ПЕ заходів необхідно додати:

- контроль за підтриманням санітарного стану в місцях та приміщеннях тимчасового перебування евакуйованого населення та в ізоляторах для розміщення інфекційних хворих;
- контроль за дотриманням СГ правил забезпечення питною водою та зберіганням харчових продуктів, що призначені для евакуйованих;
- забезпечення населення індивідуальними засобами знезараження води;
- організацію епідемічного нагляду, а також виявлення хворих та їх госпіталізацію;
- контроль за організацією лазнево-прального обслуговування населення в місцях його розселення;
- боротьбу з комахами та гризунами;
- контроль за видаленням та знезараженням нечистот й

харчових відходів на шляхах евакуації та в районах розселення.

При цьому необхідно враховувати та мати на увазі, що обсяг і характер ПЕ забезпечення населення можуть суттєво змінюватись з урахуванням конкретних місцевих умов та можливостей відповідних служб, а саме:

- комунального облаштування;
- санітарного благополуччя місцевості;
- імунного стану населення;
- інфекційної захворюваності;
- укомплектованості медичними кадрами медичних закладів;
- укомплектованості ліжковим фондом (в тому числі й резервним) медичних закладів;
- пропускнуою можливістю лазнево-пральних закладів.

3.4. Перелік першочергових дій у разі виникнення окремих видів надзвичайних ситуацій

Передбачити те, що може трапитись під час тієї чи іншої ситуації, означає підвищити шанси на виживання. Як свідчать статистичні дані, розроблений порядок дій на той чи інший життєвий випадок, значно покращує результати лікувально-евакуаційного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення населення за умов надзвичайних ситуацій.

Радіаційна небезпека

У випадку загрози виникнення радіаційної небезпеки необхідно діяти таким чином:

1. При оголошенні небезпечного стану слід уникати паніки, уважно слухати повідомлення.
2. Необхідно попередити сусідів, надати допомогу інвалідам, дітям та людям похилого віку.
3. Потрібно дізнатися про час та місце збору мешканців