

UŽKREČIAMŲJŲ LIGŲ PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS CENTRAS

**MAISTU IR PER APLINKĄ PLINTANČIŲ INFEKCINIŲ LIGŲ
EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ**

(Metodinės rekomendacijos)

**VILNIUS
2006**

Maistu ir per aplinką plintančių infekcinių ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės metodinės rekomendacijos parengtos tikslu gerinti šių infekcinių ligų epidemiologinę priežiūrą, židinių epidemiologinio tyrimo kokybę, priešepideminių ir profilaktikos priemonių organizavimą ir jų vykdymą. Šios rekomendacijos parengtos pagal teisės aktų, reglamentuojančių užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą ir kontrolę Lietuvoje, nuostatas, užsienio šalių visuomenės sveikatos institucijų, Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas.

Minėto dokumento projektas buvo derintas su visuomenės sveikatos centrais apskrityse, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių ligų ir mikrobiologijos klinika, Kauno Medicinos universiteto Infekcinių ligų klinika.

Rekomendacijos skirtos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams.

Metodines rekomendacijas parengė:
G. Zagrebnevienė, V. Jasulaitienė, R. Jocienė, R. Budginaitė

TURINYS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS.....	4
II. ŪMIŲ ŽARNYNO INFEKCINIŲ LIGŲ EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ.....	6
III. VIDURIŲ ŠILTINĖS IR PARATIFŲ EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ.....	11
IV. CHOLEROS EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ.....	13
1 priedas. Atmintinė persirgusiems vidurių šiltine ar paratifais asmenims ir jų šeimos nariams.....	19
2 priedas. Atmintinė gyventojams. Nuolatinė dezinfekcija sergančiųjų ūmiomis žarnyno infekcijomis namuose.....	22
3 priedas. Siuntimas mikrobiologiniam tyrimui.....	25

MAISTU IR PER APLINKĄ PLINTANČIŲ INFEKČINIŲ LIGŲ EPIDEMIOLOGINĖS PRIEŽIŪROS IR KONTROLĖS METODINĖS REKOMENDACIJOS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Maistu ir per aplinką plintančių infekcinių ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės metodinės rekomendacijos (toliau vadinama – Rekomendacijos) parengtos pagal Lietuvos teisės aktų, reglamentuojančių užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą ir kontrolę, nuostatas ir numato organizacines, epidemiologinės priežiūros ir epidemiologinės diagnostikos, taip pat priešepideminės ir profilaktikos priemones, skirtas išvengti šių infekcinių ligų atsiradimui ir išplitimui.

2. Šios Rekomendacijos skirtos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų specialistams.

3. Šios Rekomendacijos apima cholera A00, vidurių šiltinę ir paratifus A01 ir grupę ūmių žarnyno infekcinių ligų (toliau – ŪŽIL), dažniausiai plintančių per maistą ir nuo žmogaus žmogui fekaliniu – oraliniu būdu: kitas salmoneliozes A02, šigeliozes A03, kitas patikslintas bakterines žarnyno infekcijas A04(A04.0-A04.8), nepatikslintas bakterines žarnyno infekcijas A04.9, A09, virusines žarnyno infekcijas A08, kitas maisto toksines infekcijas A05 (išskyrus botulizmą A05.1).

4. Kad būtų išvengta ŪŽIL ir kitų per maistą plintančių infekcinių ligų atsiradimo ir išplitimo, visos būtinos organizacinės, profilaktinės bei priešepideminės priemonės turi būti atliekamos savalaikiai.

5. Priešepideminės priemonės organizuojamos ir vykdomos maistu ir per aplinką plintančių infekcinių ligų židiniuose, kilus grėsmei šioms ligoms išplisti.

6. Infekcinių ligų profilaktikos ir priešepideminės priemonės pagal kompetenciją organizuoja ir vykdo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

7. Maistu ir per aplinką plintančios infekcinės ligos protrūkis (toliau – protrūkis) – tai sergamumas, stebimas tam tikromis sąlygomis, esant dviems ir daugiau tos pačios ligos atvejams, arba situacija, kai stebimas atvejų skaičius viršija laukiamus įprastinius skaičius ir kur atvejai susiję arba tikriausiai susiję su tuo pačiu infekcijos šaltiniu [Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2003/99/EB „Dėl zoonozių ir jų sukėlėjų stebėsebos“]. Pagal infekcijos išplitimo pobūdį gali būti šie protrūkių tipai:

7.1. Šeimyninis protrūkis – tai protrūkis, esant dviems ar daugiau tos pačios infekcinės ligos atvejams vienoje šeimoje;

7.2. Išplitęs protrūkis – tai protrūkis, esant dviem ar daugiau tos pačios infekcinės ligos atvejams daugiau nei vienoje šeimoje;

7.3. Tarptautinis protrūkis – tai protrūkis, kuriame yra susiję žmonių atvejai daugiau nei vienoje Europos Bendrijos šalyje.

8. Rekomendacijose yra nuorodos į šiuos teisės aktus, reglamentuojančius užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą ir kontrolę:

8.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 10d. įsakymas Nr. V-344 „Dėl užkrečiamųjų ligų, išvardytų Europos Komisijos sprendimuose Nr. 2000/96/EB ir 2003/542/EB, atvejų apibrėžimų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 82-2958);

8.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr.12-444; 2004, Nr. 82-2961; 2004, Nr. 90-3317; 2005, Nr. 13-407);

8.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 277 „Dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, dėl kurių asmenims, susirgusiems ar įtariamais sergant, taip pat šių ligų sukėlėjų nešiotojams iki bendrosios praktikos gydytojo leidimo negalima tęsti darbo, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 62-2526);

8.4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. V-772 „Dėl maisto tvarkymo įmonėse (škyriuose) kilusių per maistą plintančių užkrečiamųjų ligų protrūkių tyrimo taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 166-6077);

8.5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židinių privalomojo aplinkos kenksmingumo pašalinimo (dezinsekcijos, dezinfekcijos, deratizacijos) tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 146-5336);

8.6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. 416 „Dėl privalomojo sveikatos mokymo“ (Žin., 2000, Nr.66-1996);

8.7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. liepos 16 d. nutarimas Nr. 1145 „Dėl darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems sveikata ir vėliau periodiškai besitikrinantiems sveikata, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr.74-3127);

8.8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ (Žin., 1999, Nr. 103-2972).

8.9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 gegužės 28 d. įsakymas Nr. V-397 „Dėl užkrečiamųjų ligų ir sveikatos problemų, dėl kurių turi būti vykdoma epidemiologinė priežiūra, sąrašo ir informacijos teikimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 90-3317).

8.10. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. liepos 1 d. nutarimas Nr.1026 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. lapkričio 11 d. nutarimo Nr.1267 „Dėl užkrėstų teritorijų ir teritorijų karantino Lietuvos Respublikoje skelbimo, jo atšaukimo bei užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių užkrėstose teritorijose naudojimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2002, Nr.69-2826).

8.11. Lietuvos Respublikos Krašto apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002m. liepos 4 d. įsakyme Nr.1040/346 „Dėl valstybės institucijų, dalyvaujančių lokalizuojant ir likviduojant pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židinių funkcijų“ (Žin., 2002, Nr.70-2935).

8.12. Lietuvos higienos norma HN 47-1:2003 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-136 (Žin., 2003, Nr. 29-1213).

8.13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr.186 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų asmeninių apsauginių priemonių, dėvimų teikiant paslaugas sergantiems ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir naudojimosi jomis taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr.45-1734).

8.14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. 379 „Dėl sanitarinio transporto, kuriuo vežami į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ligoniai arba asmenys, įtariami, kad serga užkrečiamosiomis ligomis, dezinfekcijos (dezinsekcijos) taisyklių ir užkrečiamųjų ligų, kai atliekama sanitarinio transporto dezinfekcija, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 79-3363).

8.15. Lietuvos higienos norma HN 66:2000 „Medicininė atliekų tvarkymas“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. 242 (Žin., 2000, Nr. 39-1106).

8.16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. liepos 19 d. nutarimas Nr.1177 „Dėl Lietuvos Vyriausybės 1999 m. gruodžio 1 d. nutarimo Nr.1332 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės – karantininės apsaugos tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (2002, Nr.74-3176-3177).

8.17. Lietuvos higienos norma HN-34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės – karantininės apsaugos taisyklės“ patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 2 d. įsakymu Nr. 595 (Žin., 2003, Nr.1-22).

8.18. Lietuvos higienos norma HN-24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ (Žin., 2003, Nr.79-3606).

II. ŪMIŲ ŽARNYNO INFEKCINIŲ LIGŲ EIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ

Ūmių žarnyno infekcinių ligų epidemiologinė situacija

9. Aktualia problema Lietuvoje išlieka sergamumas ūmiomis žarnyno infekcinėmis ligomis. Per paskutinius 10 metų bendras sergamumas šiomis ligomis padidėjo nuo 298 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 1996 metais iki 530 atvejų 100 tūkstančių gyventojų – 2005 metais.

10. Užkrečiamųjų ligų valstybės registro duomenimis, Lietuvoje vidutiniškai kasmet užregistruojama per 15 tūkstančių ūmių žarnyno infekcinių ligų atvejų. Tačiau sergančiųjų šiomis infekcijomis skaičius yra daug didesnis už oficialųjį, nes sergantieji lengvomis formomis dažniausiai į medikus nesikreipia.

11. Nors sergamumo padidėjimą pastaraisiais metais lėmė spartus virusinių žarnyno infekcijų plitimas, tačiau nemažėja sergamumas ir bakterinėmis žarnyno infekcijomis. Visuomenės sveikatos specialistų susirūpinimą kelia kasmet didėjantis sergamumas zoonozėmis, plintančiomis per gyvūninį maistą, ypač vištieną, kiaušinius ir jų produktus, kitą mėsą. Sergamumas salmonelioze padidėjo nuo 32 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 2000 metais iki 69 atvejų – 2005 metais, jersinioze – nuo 1,6 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 1996 iki 14,4 atvejų – 2005 metais, kampilobakterioze - nuo 0,8 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 1996 metais iki 20 atvejų – 2005 metais. Mūsų šalies gyventojų sergamumas salmonelioze, jersinioze 2005 metais buvo didesnis, nei kaimyninėse Baltijos ir Šiaurės Europos šalyse.

12. Pirmieji rotavirusinės infekcijos atvejai Lietuvoje pradėti diagnozuoti 1994 metais. Pastaraisiais metais šios infekcijos laboratorinė diagnostika vykdoma visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Per paskutinius 10 metų sergamumas Lietuvoje rotavirusiniu enteritu padidėjo nuo 3,6 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 1996 metais iki 88,3 atvejų tūkstančių gyventojų 2005 metais. Didžiausias sergamumas registruojamas vaikų iki 3 metų amžiaus grupėse. Kasmet daugiausiai susirgimų registruojama gruodžio – gegužės mėnesiais. Protrūkliai dažniausiai registruojami šeimose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose.

13. Nuo 1995 metų sergamumas šigelioze turi išreikštą tendenciją mažėti: nuo 142,5 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 1995 m. iki 13,9 atvejų 100 tūkstančių gyventojų 2005 m.

14. Židinių epidemiologinio tyrimo duomenimis, Lietuvos gyventojų sergamumą maistu plintančiomis infekcinėmis ligomis lemia užterštos patogeniniais mikroorganizmais (salmonelėmis, kampilobakterijomis ir kt.) žalios mėsos, paukštienos, kiaušinių tiekimas į prekybos tinklą, viešojo maitinimo, vaikų ugdymo įstaigas, neveikianti savikontrolės sistema maisto tvarkymo subjektuose, nepakankamas gyventojų žinių lygis užkrečiamųjų ligų profilaktikos srityje ir kt.

15. Per paskutinius 5 metus maistu plintančių infekcinių ligų struktūra praktiškai nekito. Bakterinės etiologijos žarnyno infekcijos vidutiniškai sudaro apie 70 procentų visų šių ligų atvejų, virusinės etiologijos – apie 30 procentų. Reikia pažymėti, kad kasmet apie 50 procentų užregistruotų žarnyno infekcinių ligų etiologinis agentas (sukėlėjas) nenustatomas.

16. Susirgimai žarnyno infekcijomis registruojami visose amžiaus grupėse, tačiau didžiausi sergamumo rodikliai yra kūdikių ir ikimokyklinio amžiaus vaikų.

17. Epidemiologinio tyrimo duomenimis, dažniausiai žarnyno infekcinėmis ligomis kasmet užsikrečiama namuose nuo netinkamai paruošto ir vartoto maisto. Aktualia problema šeimose, netgi atskirose bendruomenėse, išlieka šių infekcinių ligų plitimas nuo žmogaus žmogui dėl asmens higienos nepaisymo. Apie 70 procentų susirgusiųjų ūmiomis žarnyno infekcinėmis ligomis asmenų kasmet užsikrečia namų aplinkoje, apie 15 procentų – maitinimo įstaigose, ikimokyklinio ugdymo įstaigose, ligoninėse, užsienyje ir kt.

18. Apie 90 procentų susirgimų ūmiomis žarnyno infekcijomis yra pavieniai (sporadiniai) atvejai. Apie 10 procentų iš bendro užregistruotų atvejų skaičiaus sudaro atvejai protrūkiuose. 2005 metais visuomenės sveikatos centrai nustatyta tvarka pranešė apie 244 užregistruotus žarnyno infekcinių ligų protrūkius. Tarp užregistruotų 244 protrūkių, 68 (28%) buvo salmoneliozės, 23 (9%) - šigeliozės, 59 (24%) - rotavirusinės infekcijos, 21 (9%) – kitos nustatytos bakterinės ir

virusinės etiologijos, 73 (30%) –nenustatytos etiologijos. Iš 244 protrūkių 160 (65 %) kilo namuose, 40 (16%) vaikų ugdymo įstaigose, 15 (6%) protrūkių susiję ar galimai susiję su vartojimui paruoštu maistu, pirktu prekybos įmonėse, turguose, 9 (4%) protrūkiams susiję su maitinimo įstaigose vartotu maistu, 5 (2%) protrūkiuose susirgimų ūmiomis žarnyno infekcinėmis ligomis priežastis buvo namuose paruoštas ir privačiuose pobūviuose vartotas maistas. Pagal užregistruotų židinių skaičių, 87 proc. protrūkių buvo su 2 - 5 atvejais. Skaitlingesni per maistą išplitę protrūkiams su 6 ir daugiau atvejų sudarė 13 proc. visų protrūkių: 8 % židinių su 6-10 atvejų, 3% - su 10-20 atvejų, 2% - su 27-53 atvejais. Skaitlingi protrūkiams, kuriuose buvo registruojama daugiau nei 10 susirgimų atvejų, buvo siejami su maitinimo įmonėse, ligoninėse, kitose vietose paruoštu maistu, taip pat nepasterizuotų pieno produktų, pirktų turguose, vartojimu.

19. Pagrindinės priežastys, lemiančios protrūkių atsiradimą ir susirgimų plitimą, yra maisto tvarkymo technologijų, maisto higienos reikalavimų pažeidimai vaikų ugdymo įstaigų maisto tvarkymo skyriuose, viešojo maitinimo įmonėse ir namuose, gyventojų asmens higienos nepaisymas, higienos įgūdžių stoka, ypač ikimokyklinio amžiaus vaikų, nepatikima prekybos tinkle esančio vartojimui paruošto ir gyvūninio maisto kokybė, nepasterizuoto pieno ir jo produktų, pagamintų mažuose pieno ūkiuose, perkamų iš nelegalių prekeivių, turguose, vartojimas.

Epidemiologinė priežiūra

20. Sergančiųjų, įtariamų sergant asmenų, sukėlėjų nešiotojų išaiškinimas:

20.1. Sergančius ar įtariamus sergant žarnyno infekcine liga asmenis, sukėlėjų nešiotojus išaiškina asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai kreipimosi medicinos pagalbos metu, profilaktinių sveikatos tikrinimų metu, mikrobiologiškai tiriant turėjusius sąlytį asmenis, lankant ligonius namuose ir t.t.

20.2. ŪŽIL diagnozės patvirtinamos nustatyta tvarka [8.1];

20.3. Privalomasis ŪŽIL atvejų, šių ligų protrūkių registravimas, informacijos teikimas vykdomas nustatyta tvarka [8.2, 8.9];

21. Epidemiologinis židinių tyrimas:

21.1. Epidemiologinio tyrimo tikslas – išaiškinti užsikrėtimo žarnyno infekcine liga ir jos plitimo priežastis, turėjusius sąlytį asmenis, nustatyti mikrobiologiškai tirtinus asmenis, židinio ribas, infekcijos šaltinį, organizuoti ir atlikti židinio ribojimo ir likvidavimo priemones;

21.2. Židinio epidemiologinis tyrimas pradedamas nedelsiant, bet ne vėliau kaip per 24 valandas nuo pranešimo apie nustatytą susirgimą gavimo datos (laiko) iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

21.3. Pavienių ŪŽIL atvejų židinių epidemiologinio tyrimo tikslingumą sprendžia gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas, vykdamas užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą (toliau – visuomenės sveikatos specialistas). Protrūkio epidemiologinį tyrimą atlieka gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas. Esant būtinybei tyrime dalyvauja gydytojas infektologas, gydytojas pediatras, gydytojas mikrobiologas ir kiti specialistai. Keliose administracinėse teritorijose išplitusio protrūkio, susijusio su maisto tvarkymo subjekto veikla, epidemiologinis tyrimas atliekamas nustatyta tvarka [8.4];

21.4. Namų aplinkoje (šeimoje) kilusių židinių epidemiologinis tyrimas visų pirma atliekamas susirgus asmenims, kuriems nustatyta tvarka negalima tęsti darbo be bendrosios praktikos gydytojo leidimo [8.3]. Taip pat tiriamas toks židinis, kuriame susirgo vaikas, lankantis ikimokyklinio ugdymo įstaigą, bendrojo lavinimo mokyklą. Epidemiologinis tyrimas namų židinyje atliekamas visais atvejais užregistravus vienu metu 2 ir daugiau tarpusavyje susijusius arba pakartotinus tos pačios ligos atvejus;

21.5. Epidemiologinis tyrimas atliekamas visais atvejais atsiradus židiniui ikimokyklinio ugdymo įstaigose, bendrojo lavinimo mokyklose, vaikų globos institucijose, kitose socialinės globos įstaigose, maisto tvarkymo įmonėse, asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Maisto tvarkymo įmonėse kilęs protrūkis tiriamas nustatyta tvarka [8.4]. Ar reikia atlikti epidemiologinį tyrimą

užregistravus vieną ŪŽIL atvejį kitose įstaigose, sprendžia gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas;

21.6. Daugėjant pavienių nustatytos ar nenustatytos etiologijos ŪŽIL atveju administracinėje teritorijoje skaičiui, viršijančiam daugiametį to periodo vidutinį, susirgimų plitimo priežasčių išaiškinimui apskrities vyriausiasis epidemiologas organizuoja susirgusių asmenų (atvejai) ir sveikų asmenų (kontrolės grupė) epidemiologinę apklausą (analitinis epidemiologinis tyrimas). Jei per tam tikrą laikotarpį užregistruota iki 50 tos pačios ligos atveju, apklausiami visi ligoniai ir tiek pat sveikų asmenų. Jei užregistruojama iki 100 atveju, pakanka apklausti 30% ligonių ir tokį pat skaičių sveikų asmenų, jei užregistruojama daugiau nei 100-150 ligos atveju, pakanka apklausti 20% susirgusių ir atitinkamą skaičių sveikų asmenų. Apklausos rezultatai turi patvirtinti ar paneigti prielaidą (hipotezę) apie infekcijos plitimo priežastis, rizikos veiksnius.

Apklausos anketoje surašomi duomenys apie asmenį (amžius, lytis, gyvenamoji vieta, socialinė grupė), duomenys apie ligą (susirgimo data, pagrindiniai ligos simptomai), duomenys apie įtariamus rizikos veiksnius (per 5 paskutines dienas iki susirgimo datos vartotas maistas, jo pirkimo, paruošimo, vartojimo vieta ir laikas), mikrobiologinio tyrimo rezultatai, kiti duomenys, atsižvelgiant į užkrečiamosios ligos etiologiją, plitimo rizikos veiksnius.

21.7. Ligonius, hospitalizuotus iš kitų teritorijų į apskrities (miesto) ligoninę, pagal atitinkamos teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos prašymą apklausia visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, kurios administracinėje teritorijoje yra minėta ligoninė, specialistas ir epidemiologinės apklausos duomenis pateikia atitinkamos teritorijos visuomenės sveikatos priežiūros įstaigai.

22. Infekcijos šaltinio išaiškinimas ŪŽIL židiniuose:

22.1. Infekcijos šaltinio išaiškinimui naudojami klinikiniai, epidemiologiniai ir mikrobiologiniai tyrimo metodai. Atsižvelgiant į infekcijos plitimo židinyje pobūdį ir esant epidemiologinei būtinybei, ŪŽIL židiniuose mikrobiologiškai pirmiausia ištiriami asmenys, kurių darbas ir veikla susijusi su maisto gamybos ir realizavimo technologiniais etapais, asmens sveikatos priežiūra, vaikų mokymu ir auklėjimu. Mikrobiologiškai tirtinus asmenis nustato gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas.

22.2. Tiriamąją medžiagą mikrobiologiniam ištyrimui šiems asmenims paima asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, tyrimai atliekami atitinkamose visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų laboratorijose, turinčiose teisę atlikti reikiamus tyrimus (toliau – atitinkamos VSPĮ laboratorijos);

23. Sąlytį turėjusių asmenų išaiškinimas, medicininis stebėjimas ir mikrobiologinis ištyrimas:

23.1. Sąlytį turėjusius asmenis židinyje išaiškina asmens sveikatos priežiūros specialistai kreipimosi medicinos pagalbos metu, taip pat visuomenės sveikatos priežiūros specialistai epidemiologinio tyrimo metu. Sąlytį turėjusius asmenis visą maksimalų ligos inkubacijos laikotarpį mediciniškai stebi asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose jie prisirašę, ar kitų įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistai;

23.2. Namų židiniuose rekomenduojama mikrobiologiškai ištirti sąlytį turėjusius asmenis, kurių darbas ir veikla susijusi su maisto gamybos ir realizavimo technologiniais etapais, sveikatos priežiūra, vaikų mokymu ir auklėjimu, taip pat vaikus, lankančius ikimokyklinio ugdymo įstaigas;

23.3. Ikimokyklinio ugdymo įstaigose, bendrojo lavinimo mokyklose, vaikų globos institucijose, kitose socialinės globos įstaigose, kur yra didelė rizika ŪŽIL plitimui nuo žmogaus žmogui, mikrobiologiškai ištiriami sąlytį ar tą pačią riziką turėję asmenys. Pagal epidemiologinę situaciją ir reikmes tirtinus asmenis nustato gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas;

23.4. Tiriamąją medžiagą mikrobiologiniam tyrimui paima asmens sveikatos priežiūros specialistai, tyrimai atliekami atitinkamose VSPĮ laboratorijose;

23.5. Iki mikrobiologinio tyrimo rezultatų, 23.2 ir 23.3. punktuose nurodyti asmenys nuo darbo nenušalinami ir vaikams leidžiama lankyti vaikų įstaigas;

23.6. Teigiamo mikrobiologinio ar klinikinio tyrimo atveju 23.2. ir 23.3. punktuose nurodyti asmenys pagal epidemiologinę ar klinikinę būtinybę gydomi prisirašiusioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba ligoninėje ir sprendimas apie leidimą dirbti priimamas nustatyta tvarka [8.3].

Nustatytos formos medicininę pažymą [8.8] vaikams dėl neatvykimo į ugdymo instituciją išduoda asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kuriems suteikta tokia teisė.

24. Infekcijos plitimo kelių ir būdų nutraukimas:

24.1. Atsiradus ŪŽIL protrūkiui, susijusiam su maisto tvarkymo subjekto veikla, nustatyta tvarka [8.4] atliekami mikrobiologiniai maisto, aplinkos tyrimai, organizuojamos priemonės infekcijos plitimui nutraukti;

24.2. Ar reikia mikrobiologiškai tirti įtariamą maistą namų židinyje, sprendžia gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas;

24.3. Privalomasis aplinkos kenksmingumo pašalinimas ŪŽIL židiniuose atliekamas nustatyta tvarka [8.5].

25. Leidimas persirgusiems tęsti darbą, lankyti vaikų įstaigas, grįžti gyventi į socialinės globos įstaigas:

25.1. Asmenys, persirgę ŪŽIL, kurių darbas ar veikla susijusi su maisto gamybos ir realizavimo etapais, asmens sveikatos priežiūros veikla, vaikų ir jaunuolių mokymu ir auklėjimu, po gydymo ne mažiau kaip vieną kartą ištiriami mikrobiologiškai. Tiriamoji medžiaga po gydymo paimama asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose šie asmenys gydėsi. Atsižvelgiant į šių tyrimų rezultatus, leidimas tęsti darbą išduodamas nustatyta tvarka [8.3];

25.2. Lankantys ikimokyklinio ugdymo įstaigas vaikai, bendrojo lavinimo mokyklų vaikai, gyvenantys mokyklų bendrabučiuose, vaikai ir suaugę, gyvenantys socialinės globos įstaigose, po gydymo ne mažiau kaip vieną kartą ištiriami mikrobiologiškai ir gali grįžti į minėtas institucijas, turintys gydytojo pažymą apie klinikinį pasveikimą ir neigiamą išmatų pasėlio mikrobiologinio tyrimo rezultata;

26. Tiriamosios medžiagos surinkimas mikrobiologiniams tyrimams, sukėlėjų kultūrų siuntimas tipavimui:

26.1. Tiriamąją medžiagą (išmatas, kraują, vėmalus, skrandžio išplovą ir kt.) mikrobiologiniam ištyrimui paima asmens sveikatos įstaigos, kurioje nustatyta ŪŽIL, asmens sveikatos priežiūros specialistai iki gydymo paskyrimo;

26.2. Jei ligonis gydomas namuose, tiriamąją medžiagą mikrobiologiniam ištyrimui paima asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje jis prisirašęs, asmens sveikatos priežiūros specialistai;

26.3. Guldomų į infekcinių ligoninių (skyrių) asmenų tiriamoji medžiaga paimama šių įstaigų priėmimo skyriuose;

26.4. Protrūkiuose, gydytojo epidemiologo ar visuomenės sveikatos specialisto nustatytą mikrobiologiškai tirtinų asmenų tiriamąją medžiagą mikrobiologiniam ištyrimui paima asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaikų ikimokyklinio ugdymo ir bendrojo lavinimo mokyklų bei kitų įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistai, užpildo siuntimą (3 priedas) ir nukreipia ištyrimui į atitinkamą VSPĮ laboratoriją;

26.5. Tiriamoji medžiaga mikrobiologiniam ištyrimui imama iš tiesiosios žarnos tamponu, kuris perkeliamas į Cary-Blair ar kitą transportinę terpę. Taip pat tyrimui galima siųsti 10-20 ml išmatų, surinktų į sterilų užsukamą indą;

26.6. Tiriamoji medžiaga iki pristatymo į laboratoriją gali būti laikoma 48 valandas 4° C temperatūroje. Išmatų ėminiai, kuriuos norima ištirti dėl virusų ir kampilobakterijų, laikomi šaldymo kameroje;

26.7. Įtariant maisto toksinę infekciją, mikrobiologiniam ištyrimui iš židinio gali būti paimtas maistas ar jo likučiai, įtariamai užsikrėtimo priežastimi;

26.8. Jei asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų mikrobiologijos laboratorijose nėra galimybių nustatyti ligoniams išskirtų sukėlėjų tipą (serotipą, serogrupę ir t.t.), sukėlėjų kultūros, taip pat protrūkyje išskirtos sukėlėjų kultūros siunčiamos identifikavimui, tipavimui ir

toksinų gamybai nustatyti į Nacionalinio visuomenės sveikatos tyrimų centro Mikrobiologijos laboratoriją.

27. Epidemiologinė analizė:

27.1. Epidemiologinė analizė atliekama tikslu nustatyti ir įvertinti užkrečiamųjų ligų atsiradimo ir plitimo determinantes. Operatyvi ir retrospektyvi epidemiologinė analizė atliekama visos grupės maistu ir per aplinką plintančių infekcinių ligų, taip pat analizuojamas sergamumas ir kiekviena šios grupės liga pagal etiologiją, pvz.: salmonelioze, šigelioze, kampilobakterioze ir kt.

27.2. Daugiametė retrospektyvi analizė atliekama ne mažiau kaip už 5 paskutinius metus pagal šiuos epidemiologinius požymius:

27.2.1. Sergamumo tendencijų analizė. Ši analizė atskleidžia epidemiologinį procesą administracinėje teritorijoje ir sergamumo prognozę. Sergamumo lygis palyginamas su kaimyninių teritorijų, vidutiniais šalies duomenimis;

27.2.2. Daugiametė sergamumo atskiriomis maistu ir per aplinką plintančiomis infekcinėmis ligomis sezoniškumo analizė atskleidžia didžiausią sergamumo šiomis ligomis plitimą tam tikru metų laikotarpiu. Atsižvelgiant į tai sustiprinamos priešepideminės priemonės;

27.2.3. Sergamumo analizė pagal amžiaus grupes, lytį, socialines grupes atliekama tikslu nustatyti sergamumo skirtumus tarp atskirų gyventojų grupių ir atkreipti dėmesį į tų rizikos grupių epidemiologinę priežiūrą;

27.2.4. Etiologinės ŪŽIL struktūros ir jos pokyčių analizė atliekama tikslu nustatyti pagrindinius infekcijų plitimo rizikos veiksnius, plitimo būdus ir ligų aktualumą teritorijoje;

27.2.5. Infekcinių ligų etiologinių agentų (sukėlėjų) analizės tikslas yra nustatyti dominuojančius sukėlėjus, mikrobiologinės diagnostikos apimtis, šių sukėlėjų pokyčius ir tendencijas, naujų sukėlėjų atsiradimą ir plitimą teritorijoje;

27.2.6. Daugiametė ŪŽIL protrūkių analizė pagal jų struktūrą, kilimo laiką, vietą, rizikos veiksnius atliekama tikslu nustatyti epidemiologiniu požiūriu nepalankius maisto tvarkymo subjektus, maisto kokybę, visuomenės žinių lygį ir kt.

27.3. Operatyvi epidemiologinė analizė atliekama kiekvieną dieną, už praėjusią savaitę, mėnesį ir t.t. Stebimas ir analizuojamas epidemiologinis procesas teritorijoje, sergamumo padidėjimo ar sumažėjimo priežastys:

27.3.1. Operatyvi epidemiologinė analizė atliekama, lyginant stebimo laikotarpio epidemiologinės priežiūros rodiklius su daugiamečiais analogiško periodo duomenimis, taip pat su praėjusios dienos, savaitės, mėnesio ir t.t. duomenimis. Tuo tikslu naudinga paskaičiuoti vidutinį daugiamečių (norma) registruojamų susirgimų skaičių tam tikroje teritorijoje už tam tikrus periodus.

27.3.2. Atliekant analizę labai svarbu sekti etiologinę ŪŽIL struktūrą. Šios struktūros staigūs pokyčiai gali būti signalu sustiprinti epidemiologinę priežiūrą, aiškintis stebimų pokyčių priežastis. Ypatingas dėmesys skiriamas, kai atsiranda ar padaugėja iki tol nenustatytų ar retų tipų sukėlėjų, taip pat padaugėja nenustatytos etiologijos ŪŽIL.

27.3.3. Tikslinga analizuoti ŪŽIL ir pagal klinikinius požymius. Pavyzdžiui, daugėjant ŪŽIL atvejų su hemoraginio kolito simptomu, gali būti įtariamas enterohemoraginių ešerichijų (E. Coli O157:H7 ir kt.) sukeltų diarėjų plitimas. O daugėjant ŪŽIL atvejų su maisto toksinės infekcijos simptomais, galimas suaktyvėjimas infekcijos plitimo maistu.

Profilaktinės priemonės, skirtos ŪŽIL atsiradimui išvengti

28. Kad būtų išvengta ŪŽIL atsiradimo, vykdomos šios bendros priemonės:

29.1. Ikimokyklinio ugdymo įstaigų, bendrojo lavinimo mokyklų, vaikų vasaros poilsio stovyklų, asmens sveikatos priežiūros, socialinės globos įstaigų kontrolė dėl higienos normų ir kitų teisės aktų reikalavimų vykdymo;

28.2. Vykiant darbuotojų privalomą higienos mokymą patvirtinta tvarka [8.6];

28.3. Mokant visuomenę žarnyno infekcinių ligų profilaktikos per žiniasklaidą;

28.4. Tikrinant darbuotojų sveikatą nustatyta tvarka [8.7].

29. Sergančiųjų vaikų išaiškinimas ikimokyklinio ugdymo įstaigose:

29.1. Ikimokyklinio ugdymo įstaigų darbuotojai, rytais priimdami vaikus, paklausia tėvų ar kitų vaikus atlydėjusių suaugusių asmenų apie vaiko sveikatos būklę. Vaikai, turintys būdingų ŪŽIL nusiskundimų, į ikimokyklinio ugdymo įstaigą nepriimami. Jei vaikams atsirado žarnyno funkcijos sutrikimų vaikų ugdymo įstaigoje, jie kuo skubiau laikinai izoliuojami nuo kitų vaikų ir apie tai pranešama tėvams.

29.2. Vaikai, nelankę dėl ligos ikimokyklinio ugdymo įstaigų, turi turėti nustatytos formos pažymą [8.8] apie persirgtą ligą, jos diagnozę;

30. Sergančiųjų ŪŽIL (sukėlėjų nešiotojų) išaiškinimas kitose įstaigose:

30.1. Ligoniai, guldomi į neinfekcinių ligų stacionarias asmens sveikatos paslaugas teikiančias įstaigas (skyrius), mikrobiologiškai gali būti tiriami dėl ŪŽIL sukėlėjo nustatymo esant klinicinei ir (ar) epidemiologinei būtinybei;

30.2. Naujai į vaikų globos institucijas, kitas socialinės globos įstaigas priimami asmenys mikrobiologiškai tiriami esant epidemiologinei ir (ar) klinicinei būtinybei.

III. VIDURIŲ ŠILTINĖS IR PARATIFŲ EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ

Vidurių šiltinės ir paratifų epidemiologija

31. Vidurių šiltinę ir paratifuos sukelia *Salmonella enterica* rūšies ir *enterica* porūšio *Salmonella Typhi*, *Salmonella Paratyphi A*, *Salmonella Paratyphi B* ir *Salmonella Paratyphi C* serovariantai. Šiuo metu yra žinomi 107 *S. Typhi* fagotipai. Šių sukėlėjų fago tipų nustatymas labai svarbus epidemiologinio ryšio tarp ligonio ir infekcijos (užsikrėtimo) šaltinio nustatymui.

32. Užregistruotų vidurių šiltinės atvejų per paskutinius 15 metų Lietuvoje sumažėjo nuo 35 atvejų 1990 metais iki 4 atvejų 2005 metais. Nuo 1998 metų šalyje kasmet registruojama nuo 3 iki 7 vidurių šiltinės atvejų. Per paskutinius 7 metus šalyje užregistruoti tik 33 šios infekcijos atvejai, tarp kurių 24 (72,7%) vyrai ir 9 (27,3%) moterys.

33. Epidemiologinės židinių tyrimo analizės duomenimis, 60,6% ligonių vidurių šiltine užsikrėtė nuo lėtinių bakterijų nešiotojų ir ligonių.

34. Vidurių šiltinės protrūkiai paskutiniais metais reti, pagrindinė jų priežastis – užsikrėtimas nuo lėtinių bakterijų nešiotojų.

35. Per paskutinius 10 metų (1996-2005) Lietuvoje buvo užregistruota 12 paratifų atvejų, o nuo 2002 metų – šios infekcijos atvejų neregistruota.

Vidurių šiltinės ir paratifų epidemiologinė priežiūra

36. Privalomasis vidurių šiltinės ir paratifų atvejų, šių ligų protrūkių registravimas, informacijos teikimas vykdomas nustatyta tvarka [8.2, 8.9];

37. Vidurių šiltinės ir paratifų diagnozės patvirtinamos nustatyta tvarka [8.1].

38. Sergančius ar įtariamus sergant vidurių šiltine ir paratifais asmenis, sukėlėjų nešiotojus išaiškina asmens sveikatos įstaigų darbuotojai kreipimosi medicinos pagalbos metu, profilaktinių sveikatos tikrinimų metu, mikrobiologiškai tiriant turėjusius sąlytį asmenis, lankant ligonius namuose ir t.t., taip pat visuomenės sveikatos priežiūros specialistai epidemiologinio tyrimo metu.

39. Ligoniai, įtariamai sergant asmenys izoliuojami, tiriami ir gydomi infekcinių ligų ligoninėse (skyriuose).

40. Tikslu išaiškinti ilgalaikį vidurių šiltinės ir paratifų bakterijų nešiojimą, rekomenduojama:

40.1. Asmenis, kuriems nustatyta tvarka patvirtinta vidurių šiltinės ar paratifo diagnozė, išrašyti iš ligoninės kliniškai pasveikusius ir tik po 3 išmatų ir šlapimo mikrobiologinių tyrimų, paimtų kas 24 valandos, bet ne anksčiau kaip po 48 valandų po gydymo antimikrobiniais preparatais;

40.2. Jeigu nors vienas iš šių tyrimų teigiamas, išmatų ir šlapimo pasėlius mikrobiologiniam tyrimui imti asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje šis asmuo prisirašęs, ir atlikti 12 mėnesių nuo susirgimo pradžios 1 kartą per mėnesį, kol 3 iš eilės pasėliai bus neigiami. Šiam laikotarpiui asmenims, tvarkantiems maistą, ir kurių darbas susijęs su vaikų ir ligonių slauga ir priežiūra, neleisti tęsti darbo nustatyta tvarka [8.3].

40.3. Visus persirgusius, nepriklausomai nuo jų darbo pobūdžio ir veiklos, 2 mėnesius po persirgtos ligos stebėti ambulatoriškai asmens sveikatos įstaigoje, kurioje jie prisirašę medicinos pagalbai gauti. Atsiradus šiems asmenims sveikatos sutrikimų, sukarščiavus, ištirti mikrobiologiškai ir nustatius recidyvą, hospitalizuoti.

40.4. Jei po 1 metų stebėjimo klinikinėje medžiagoje nustatomas *S. Typhi* ar *S. Paratyphi* augimas, asmens sveikatos priežiūros specialistas pasirašytinai supažindina tokį asmenį apie ilgalaikį sukėlėjo nešiojimą. Teritorinėje visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoje šis asmuo įrašomas į lėtinių bakterijų nešiotųjų sąrašą ir jam taikomi darbų ir veiklos sričių ribojimai nustatyta tvarka [8.3].

41. Sąlytį turėjusių asmenų kontrolė:

41.1. Sąlytį turėjusius asmenis židinyje išaiškina asmens sveikatos priežiūros specialistai ligonio apklausos metu, taip pat visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų specialistai – židinio epidemiologinio tyrimo metu. Tokius asmenis mediciniškai stebi asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose jie prisirašę, ar kitų įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistai visą maksimalų ligos inkubacijos laikotarpį: dėl vidurių šiltinės – 21 dieną, dėl paratifų – 10 dienų.

41.2. Sąlytį su ligoniu turėjusių asmenų vakcinacija netaikoma, tačiau ji gali būti rekomenduojama lėtinių bakterijų nešiotėjo šeimos nariams. Vakcinacija nuo paratifo A yra neefektyvi.

41.3. Sąlytį su ligoniu turėjusių šeimos narių, vaikų ikimokyklinio ugdymo įstaigų, bendrojo lavinimo mokyklų vaikų, socialinės globos įstaigų auklėtinių, globotinių ir kitų asmenų sveikatos būklę stebi pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ar išvardytų įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistai. Jei tokie asmenys turi vidurių šiltinei būdingų simptomų, jie izoliuojami ir ištiriami, kaip ligoniai.

41.4. Sąlytį su ligoniu turėjusių asmenų medicininių stebėjimą, mikrobiologinį ištyrimą, taip pat priešepidemines priemones židinyje organizuoja gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas.

42. Lėtinių vidurių šiltinės ir paratifų bakterijų nešiotųjų kontrolė:

42.1. Lėtiniai bakterijų nešiotojai negali dirbti darbų, susijusių su maisto gamybos ir realizavimo technologiniais etapais, sveikatos priežiūra, vaikų ir jaunuolių mokymu ir auklėjimu nustatyta tvarka [8.3, 8.7];

42.2. Teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, gavusios nustatyta tvarka pranešimą apie naujai išaiškintą lėtinį bakterijų nešiotoją, užpildo Vidurių šiltinės ir paratifų nešiotųjų įskaitos kortelę forma Nr. 364/a, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministerijos 1991 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. 391;

42.3. Vidurių šiltinės ir paratifų nešiotųjų įskaitos kortelės (forma Nr. 364/a), kiti duomenys apie administracinėje teritorijoje išaiškintus lėtinius bakterijų nešiotojus teritorinėse visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose saugomos nustatyta tvarka [8.8];

42.4. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai supažindina lėtinį bakterijų nešiotoją ir jo šeimos narius su vidurių šiltinės ir paratifų profilaktika ir palieka atmintinę (1 priedas);

42.5. Vieną kartą metuose ar pagal epidemiologinius parodymus visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų specialistai patikrina bakterijų nešiotėjo namuose vidurių šiltinės ir paratifų profilaktikos taisyklių laikymąsį, patikslina gyvenamąją vietą ir gyvenamosios vietos pokyčius.

43. Pagal epidemiologinius parodymus sąlytį su lėtinio bakterijų nešiotuju turėjusių asmenų medicininių stebėjimą, mikrobiologinį ištyrimą, taip pat priešepidemines priemones organizuoja gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas.

44. Židinių epidemiologinis tyrimas:

44.1. Epidemiologiškai ištiriamas kiekvienas vidurių šiltinės ir paratifų židiny. Židinio epidemiologinį tyrimą atlieka gydytojas epidemiologas ar visuomenės sveikatos specialistas.

44.2. Epidemiologinio tyrimo tikslas – nustatyti labiausiai galimą infekcijos šaltinį. Tuo tikslu išsiaiškinama vieno maksimalaus ligos inkubacinio periodo laikotarpyje iki susirgimo datos turėtą riziką:

44.2.1. Sąlytį su asmeniu, turėjusiu panašius klinikinius ligos simptomus, ar žinomu lėtiniu bakterijų nešiotu;

44.2.2. Vartotą galimai užterštą vidurių šiltinės ar paratifų bakterijomis, nepakankamai šiluma apdorotą, netinkamai laikytą maistą namuose, maitinimo įstaigoje, užsienyje, kitose vietose;

44.2.3. Vartotą galimai užterštą geriamąjį vandenį, maudymąsį užterštame vandens telkinyje;

44.2.4. Kelionę į endeminę vidurių šiltinės, paratifų šalį, ypač Azijos, Afrikos, Lotynų Amerikos;

44.2.5. Sąlytį su užsienio piliečiais, atvykusiais iš endeminių šalių, ypač Azijos, Afrikos, Lotynų Amerikos.

44.3. Jei įtariamas vidurių šiltinės ar paratifų protrūkis, susijęs su maisto tvarkymo subjektu, epidemiologinis tyrimas atliekamas ir priešepideminės priemonės organizuojamos ir atliekamos nustatyta tvarka [8.4].

44.4. Privalomasis aplinkos kenksmingumo pašalinimas vidurių šiltinės ir paratifų židiniuose organizuojamas ir atliekamas nustatyta tvarka [8.5].

45. Ligonius, įtariamus sergant asmenis mikrobiologiškai tiria asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose šie asmenys gydomi. Pagal epidemiologinius parodymus sąlytį su ligoniu ar lėtiniu bakterijų nešiotu turėjusių asmenų tiriamoji medžiaga mikrobiologiškai tiriama atitinkamose VSPĮ laboratorijose.

46. Iš ligonių, sąlytį turėjusių asmenų, lėtinių bakterijų nešiotų tiriamosios medžiagos išauginta *Salmonella spp.* ar *Salmonella Typhi*, *Salmonella Paratyphi* kultūra siunčiama identifikavimui ir tipavimui į Nacionalinio visuomenės sveikatos tyrimų centro Mikrobiologijos laboratoriją.

Profilaktinės priemonės

47. Sąlytį su ligoniais turėjusių asmenų vakcinacija nėra rekomenduojama. Tačiau gali būti skiepijami asmenys, turintys nuolatinę sąlytį su lėtiniais bakterijų nešiotais namuose ar socialinės globos įstaigose.

48. Vakcinacija rekomenduotina dirbantiems su vidurių šiltinės kultūromis laboratorijose.

49. Rekomenduojama pasiskiepyti asmenims, keliaujantiems į vidurių šiltinės požiūriu endemines šalis.

50. Vidurių šiltinės lėtinių bakterijų nešiotu, jų šeimos narių mokymas asmens higienos, kitų atsargumo priemonių po sąlyčio su bakterijų nešiotu biologinėmis išskyromis yra taip pat svarbi šios infekcinės ligos profilaktikos priemonė.

51. Esant epidemiologinei būtinybei, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos teikia siūlymus savo administracinės teritorijos savivaldos institucijoms dėl konkrečių profilaktikos priemonių, ribojančių infekcijos plitimą, organizavimo teritorijoje.

52. Vidurių šiltinės ir paratifų profilaktika vykdoma mokant ir akcentuojant visuomenei rankų plovimo svarbą, tinkamą geriamojo vandens šaltinių, lauko tualetų priežiūrą, bakterijų nešiotų biologinių išskyrų nukenksminimą, tinkamą maisto tvarkymą ir t.t.

IV. CHOLEROS EPIDEMIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA IR KONTROLĖ

53. Cholera – ūmi žarnyno infekcija, su būdingu gausiu neskausmingu vandeningu viduriavimu, vėmimu, greita dehidratacija, acidoze ir kolapso reiškiniais. Ligos inkubacinis laikotarpis – 5 dienos, klinika labai įvairi: nuo besimptomės iki sunkių ligos formų.

Choleros etiologija

54. Choleros sukėlėjas priklauso *Vibrionaceae* šeimai, *Vibrio* giminei, *Vibrio cholerae* rūšiai. *Vibrio cholerae* rūšį sudaro daug įvairių padermių. Daugelis iš jų gali sukelti įvairias žarnyno infekcines ligas, bet tik kelios iš jų sukelia cholera.

55. Choleros vibriai priklauso halofilų grupei, t.y. mikroorganizmams, mėgstantiems šarminę terpę ir labai jautriems rūgščiai terpei. Optimali aplinkos pH–7,6-8,0, tačiau gali augti ir kai pH–9,2.

56. Choleros vibriai turi termostabilių O –Ag ir termolabilių H – Ag. Pagal O – Ag *Vibrio cholerae* rūšis skirstoma į daugiau kaip 100 serogrupių. Choleros sukėlėjas priklauso O1 serogrupei. Kitos *Vibrio cholerae* serogrupės sujungiamos į vieną bendrą ne O1 *Vibrio cholerae* grupę.

57. *Vibrio cholerae* O1 skirstomi į 2 biotipus (klasikinės choleros ir E1 – Tor), 2 serotipus (Inaba ir Ogava). Daugelis *Vibrio cholerae* gamina toksiną, išskirtos ir toksino negaminančios padermės. Cholera sukelia padermės, kurios priklauso O1 serogrupei ir gamina toksiną.

58. 1992 m. Indijoje buvo nustatytas choleros sukėlėjas, priklausantis O139 serogrupei. Tai pirmasis iš serogrupės ne-O1 vibriai, sukeliantis cholera. Šis vibriai gamina toksiną, identišką *Vibrio cholerae* O1 toksinui. Jis kliniškai sukelia analogiškus reiškinius kaip ir *Vibrio cholerae*.

59. Pražūtingai vibriai veikia išdžiūvimas, tiesioginiai saulės spinduliai, aplinkos pH – 4,5 ir mažiau, aukšta temperatūra (100⁰ C vibriai sunaikina momentaliai). Vibriai yra jautrūs įprastiems dezinfekcijos preparatams, naudojamiems kitų žarnyno infekcijų atvejais.

60. Maisto produktuose vibriai gali išgyventi iki 5 dienų kambario temperatūroje, iki 10 dienų esant 5-10⁰ C, jie gali išlikti gyvybingi užšaldytuose maisto produktuose. Drėgnuose šarminės terpės maisto produktuose esant optimaliai temperatūrai per keliolika valandų gali pasidauginti iki pavojingos sveikatai užkrato dozės.

Choleros epidemiologija

61. Choleros endeminės teritorijos yra kai kuriose Afrikos ir Azijos šalyse, kur istoriškai susiklostė labai palankios cholera plisti socialinės ir gamtinės sąlygos. Šiltas ir drėgnas su gausiais krituliais klimatas, daugybė vandens telkinių ir upių, labai didelis gyventojų tankumas, žemas sanitarinis lygis, fekalijomis užterštas vanduo plačiai naudojamas buities ir religinėms apeigoms – tai svarbiausi veiksniai, nulemiantys nuolatinį ir intensyvų infekcijos plitimą.

62. 1994 m. susirgimai cholera užregistruoti 94 pasaulio šalyse, tai didžiausias choleros paliestų šalių skaičius nuo pandemijos pradžios. Padaugėjo įvežtinių choleros atvejų į Europą. 1999 m. įvežtinių choleros susirgimų buvo Vokietijoje, Olandijoje, Rusijoje, 2000 m. – Vokietijoje ir Anglijoje, 2001 m. – Vokietijoje, Prancūzijoje ir Olandijoje, 2002 m.–Čekijoje, Austrijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Olandijoje, Ispanijoje, 2003 m.– Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje, Švedijoje ir Olandijoje, 2004 m. –Belgijoje, Olandijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, 2005m.- Olandijoje, Belgijoje, Austrijoje, Suomijoje, Norvegijoje ir Lenkijoje.

63. Lietuvoje susirgimai gali atsirasti įvežus infekciją iš kitų šalių ar choleros sukėlėją panaudojus, kaip biologinį agentą.

64. Choleros plitimas turi visuotinį pobūdį. Choleros infekcijos rezervuaras yra žmogus (ligonis, persirgęs, besimptomis choleros sukėlėjo nešiotojas) ir išorinė aplinka (užterštas vanduo ir maistas). Vanduo gali būti svarbus sukėlėjo perdavimo veiksnys, užteršiant maisto produktus, vaisius bei daržoves.

65. Užsikrėtimo būdas yra fekalinis oralinis. Užkrato patekimo vartai – virškinimo traktas, į kurį sukėlėjas patenka su vandeniu arba maistu. Žmogus nuo žmogaus užsikrečia retai.

66. Žmonių imlumas cholera yra didelis, tačiau suserga ne visi užsikrėtę. Riziką padidina nepakankama skrandžio sekrecija, skrandžio rūgštingumo sumažinimas šarminiais gėrimais, gydymas antacidais, gastroektomija, padidėjusi skrandžio peristaltika, 0 kraujo grupė. Asmenys,

kurie perseraga *Vibrio cholerae* O1 sukelta liga, įgyja imunitetą šiam sukėlėjui, bet yra imlūs *Vibrio cholerae* O139.

Choleros epidemiologinė priežiūra

67. Choleros epidemiologinė priežiūra vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymu (Žin., 1996, Nr. 104-2363; 2001, Nr. 112-4069), jo lydymaisiais ir kitais teisės aktais bei epidemiologinę priežiūrą reglamentuojančiais tarptautinės teisės aktais.

68. Choleros atvejo nustatymas pateikta sveikatos apsaugos ministro įsakyme [8.1].

68.1. Klinikinis choleros apibūdinimas. Klinikinis atvejo vaizdas atitinka choleros kliniką (viduriavimas vandeningomis išmatomis ir (arba) vėmimas). Ligos sunkumas būna įvairus.

69.2. Laboratoriniai choleros diagnozės kriterijai:

69.2.1. toksigeninio (t.y.gaminančio choleros toksiną) *Vibrio cholerae* O1 arba O139 išskyrimas iš vėmalų ar išmatų;

68.2.2. specifinių antitoksinių antikūnų ir antikūnų prieš vibrioną atsako nustatymas.

68.3. Choleros atvejo nustatymo klasifikavimas:

68.3.1. galimas netaikomas;

68.3.2. tikėtinas: klinikinį choleros apibūdinimą atitinkantis atvejis, susijęs epidemiologiškai;

68.3.3. patvirtintas: klinikinį choleros apibūdinimą atitinkantis atvejis, patvirtintas laboratoriniais tyrimais.

69. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, nustatę tikėtiną ar patvirtintą choleros atvejį, privalo užregistruoti jį ir pateikti informaciją nustatyta tvarka [8.2].

70. Visuomenės sveikatos centrai apskrityse informuoja Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centrą nustatyta tvarka [8.9].

71. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras nustatyta tvarka informuoja Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros tinklo Ankstyvo perspėjimo ir reagavimo sistemą (EWRS), Europos Komisiją ir Pasaulio Sveikatos Organizaciją.

71.1. Metodiškai vadovauja choleros židinio lokalizavimo ir likvidavimo darbams. Esant reikalui organizuoja ir vykdo priemones, numatytas teisės aktuose [8.10-8.11].

72. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistas, įvertinęs ligonio būklę ir epidemiologinius duomenis (ne daugiau kaip prieš 5 dienas buvusi kelionė į endemines cholera šalis ir kt.), privalo kviesti ar konsultuotis telefonu su gydytoju infektologu, epidemiologu, mikrobiologu, ligonį atskirti nuo kitų pacientų ar šeimos narių atskirame kambaryje, patalpoje, kabinete ir pan., organizuoti ligonio mikrobiologinį ištyrimą dėl choleros vibrionų, ligonio hospitalizavimą, taikant nustatyta tvarka [8.12] stacionare standartines pacientų izoliacijos priemones ir nedelsiant pradėti gydymą, siekiant sumažinti šoko riziką.

73. Jeigu ligonio susirgimo vietoje nėra rehidratacijos priemonių, rehidrataciją privalo pradėti greitosios medicinos pagalbos darbuotojai.

74. Pagrindinė indikacija hospitalizacijai yra klinikinė. Ligonius, sergančius lengvomis formomis, galima gydyti ir namuose, jeigu tam yra tinkamos higienos sąlygos ir ligonio darbas ir veikla nėra susijusi su maisto tvarkymu, asmens sveikatos priežiūra, vaikų mokymu ir auklėjimu. Rekomendacijos gyventojams dėl nuolatinės dezinfekcijos namuose pateiktos 2 priede.

75. Ligoniai į infekcinių ligų stacionarus (skyrius) vežami sanitariniu transportu. Kviečiant sanitarinį transportą ligoniui pervežti, sanitarinio transporto darbuotojams ir asmens sveikatos priežiūros įstaigai, į kurią bus vežamas pacientas, būtina pranešti apie ligonio diagnozę.

76. Sanitarinio transporto personalas naudoja asmenines apsaugines priemones nustatyta tvarka [8.13].

77. Sanitarinio transporto (automobilio salono, aplinkos daiktų) baigiamoji dezinfekcija, nuvežus ligonį, atliekama nustatyta tvarka [8.14].

78. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, gavę pranešimą apie tikėtiną ar patvirtintą choleros atvejį, atlieka epidemiologinį židinio tyrimą. Epidemiologinio tyrimo metu

surenkama informacija apie ligonį, išsiaiškinami infekcijos rizikos veiksniai, galima užsikrėtimo vieta, įtariamasis infekcijos šaltinis. Kartu su suinteresuotomis institucijomis organizuojamos ir vykdomos priešepideminės priemonės:

78.1. Ligonį hospitalizavus, židinyje atliekama baigiamoji dezinfekcija nustatyta tvarka [8.5];

78.2. Sudaro sąrašą asmenų, turėjusių sąlytį ligoniu per 5 paskutines dienas iki ligos pradžios. Sąlytį turėjusių asmenų medicininį stebėjimą atlieka asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistai: asmenys tiriami mikrobiologiškai, pagal epidemiologines indikacijas atliekama chemoprofilaktika asmenų, kurie turėjo tokias pat galimybes užsikrėsti kaip ir ligonis;

78.3. Lietuvos Respublikos vyriausiojo epidemiologo ar apskrities vyriausiojo epidemiologo teikimu laikinai ne ilgiau kaip 5 dienoms nušalina nuo darbo su ligoniu ar vibrių nešiotoju sąlytį turėjusius asmenis, kurių darbas ir veikla susijusi su maisto tvarkymu, asmens sveikatos priežiūra, vaikų mokymu ir auklėjimu, kol bus patvirtinta ar paneigta choleros diagnozė. Leidžiama minėtiems asmenims dirbti, kai 2 kartus iš eilės mikrobiologinio tyrimo rezultatai neigiami;

78.4. Atlieka operatyvią susirgimų cholera ir kitomis ūmiomis žarnyno užkrečiamosiomis ligomis epidemiologinę analizę, nustato infekcijos šaltinius bei perdavimo būdus;

78.5. Organizuoja aktyvų visų sergančiųjų ūmiomis žarnyno užkrečiamosiomis ligomis mikrobiologinį tyrimą dėl choleros 3 dienas iš eilės;

78.6. Organizuojamas mirusiųjų nuo nenustatytos etiologijos ūmių žarnyno infekcijų skrodimas ir esant specifiniams pakitimams, atliekamas bakteriologinis ištyrimas dėl choleros.

79. Sustiprinama vandenviečių, vandentiekio ir nuotekų sistemų, maisto tvarkymo subjektų, vaikų ugdymo įstaigų ir kt. sanitarinė higieninė kontrolė, naudojant mikrobiologinius tyrimus. Suradus pažeidimus, organizuojami atitinkami apribojimai.

80. Pagal epidemiologines indikacijas atliekama atvirų vandens telkinių mikrobiologinė kontrolė dėl choleros:

80.1. Aptikus atvirame vandens telkinyje choleros sukėlėją, būtina:

80.1.1. skubiai informuoti Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centrą, Valstybinę visuomenės sveikatos priežiūros tarnybą prie Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių ir savivaldybių gydytojus, nedarbo laiku, poilsio ir švenčių dienomis–Ekstremalių sveikatai situacijų centrą,

80.1.2. išsiųsti identifikuoti choleros vibrių kultūrą į Nacionalinio visuomenės sveikatos tyrimų centro Mikrobiologijos laboratoriją.

80.2. Laboratoriškai patvirtinus choleros sukėlėją, būtina:

80.2.1. laikinai uždrausti naudoti vandenį ūkio ir buities reikmėms bei kitokio pobūdžio gyventojų sąlytį su vandens telkiniu,

80.2.2. imti vandens bandinius iš kelių vietų užkrėstai zonai ir šaltiniui nustatyti. Mikrobiologinius vandens tyrimus atlikti 3 dienas iš eilės,

80.2.3. patikrinti higieninių reikalavimų vykdymą vandenvietėse, teritorijos vandentiekio ir nuotekų sistemose, nuotekų valymo įrengimų, maisto pramonės įmonėse, viešojo bei privačiuose maitinimo įstaigose, maisto produktų prekybos objektuose, vaikų ugdymo įstaigose. Organizuoti rastų trūkumų operatyvų pašalinimą bei ribojančias priemones,

80.2.4. operatyviai atlikti ūmių žarnyno infekcijų epidemiologinį tyrimą, įvertinti vandens ir maisto perdavimo veiksnių įtaką sergamumui,

80.2.5. vieną kartą mikrobiologiškai iširti visus ūmiomis žarnyno užkrečiamosiomis ligomis sergančiuosius asmenis dėl choleros sukėlėjo nustatymo;

80.2.6. gavus paeiliui 3 neigiamus mikrobiologinius vandens tyrimo rezultatus ir nenustačius tarp tirtų asmenų sergančiųjų cholera arba vibrių nešiotojų, išvardytos šių Rekomendacijų punktuose 80.2.1 – 80.2.5 priemonės nebetaikomos.

Klinikinių bandinių rinkimo, paruošimo ir siuntimo į laboratoriją saugos reikalavimai

81. Liga diagnozuojama įvertinant epidemiologinius, klinikinius ir mikrobiologinius duomenis (kiti laboratoriniai duomenys nespecifiški). Asmenys, atvykę ar sugrįžę iš nepalankių choleros atžvilgiu vietovių ir per 2 – 5 dienas susirgę diarėja, ištiriami mikrobiologiškai choleros vibrionui nustatyti.

82. Choleros protrūkio metu kiekvienas diarėjos atvejis įtariamas, kaip galimas choleros atvejis. Pirmieji choleros atvejai turi būti patvirtinami mikrobiologiniais metodais, išskiriant toksigeninį *Vibrio cholerae* O1 ar *Vibrio cholerae* O139 padermę.

83. Tiriamoji medžiaga (vėmalai ir išmatos) iš lignonio imama prieš gydymą antibiotikais. Ėminiams naudojami sterilūs, be dezinfekcijos preparatų liekanų indai. Nesant išskyrų, išmatos imamos iš tiesiosios žarnos. Iš lavono imama po 10 cm. ilgio plonųjų žarnų viršutinės, vidurinės ir apatinės dalių tarp ligatūrų ir visa tulžies pūslė. Galima siūsti natūraliame pavidale (pristatymo laikas 2 val.) ar transportinėse terpėse – Cary-Blair, 1 proc. peptono vanduo (pristatymo laikas 24 val.), 1 proc. peptono vanduo su kalio teluritu (pristatymo laikas daugiau nei 24 val.).

84. Tiriamoji medžiaga siunčiama į Nacionalinio visuomenės sveikatos tyrimų centro Mikrobiologijos laboratoriją.

85. Siunčiami tyrimams ėminiai turi būti tinkamai įpakuoti. Ėminys perduodamas į laboratoriją, esančią toje pačioje įstaigoje, plastikiniame arba metaliniame inde (konteineryje), paženklinatame etikete (ji tvirtinama prieš paimant ėminį) su biologinio pavojaus ženklu ir informacija apie klinikinį ėminį įdedamas į tinkamą gabenti (su įtaisais, palaikančiais mėginį vertikaliai padėtyje) nepralaidžią skysčiams, sandarią antrąją pakuotę (plastikinį maišą arba konteinerį):

85.1. Jei ėminys gabenamas už įstaigos ribų, jis pakuojuamas į trigubą pakuotę. Pirmasis nepralaidus skysčiams, sandarus plastikinis ar metalinis indas, pvz., sandarus plastikinis mėginio vamzdelis, pažymėjus kaip nurodyta šios tvarkos 73 punkte, vnyiojamas į sugeriančią skysčius medžiagą (jei vamzdelis sudužtų ir skystis ištekėtų), talpinama į kitą (antrąją) nepralaidžią skysčiams talpyklą) ir įdedama į gabenimo talpyklą, apsaugančią nuo mechaninių pažeidimų. Išorinė (gabenimo) pakuotė ženklinama biologinio pavojaus ženklu, pažymima, kokia medžiaga siunčiama, siuntėjas, gavėjas ir kita informacija.

86. Išsiliejusių, išsitaškiusių ekskretų valymo ir dezinfekcijos taisyklės:

87.1. Darbuotojas apsivelka neperšlampamą chalata, užsideda vienkartinės pirštines, užsimauna neperšlampamą avalynę, ir, jei yra galimybės susidaryti purlams, aerosoliams – apsauginius akinius ir medicininę kaukę arba veido skydelį;

86.2. Išsilieję, išsitaškę ekskretai padengiami vienkartinėmis sugeriančiomis skysčius popieriaus servetėlėmis;

86.3. Ant užteršto ekskretais paviršiaus užpilama chloro preparato (1 proc arba 10000 ppm arba 10 g/l aktyviojo chloro) tirpalo. Tirpalas pilamas nuo dėmės pakraščiu link dėmės centro;

86.4. Po nustatytos dezinfekcijos veikimo trukmės, pvz., po 30 min., naudojant chlorkalkes, išsiliejęs mėginys šalinamas, kaip infekuotos atliekos. Jei yra stiklo duženų ar kitų aštrių daiktų, jos surenkamos ant semtuvėlio arba kieto kartono gabalo ir išmetamos į atsparų dūriams atliekų konteinerį;

86.5. Vietoj sugeriančių skysčius servetėlių galima naudoti sugeriančias skysčius dezinfekcijos preparatų granules ir po to paviršiai, susėmus teršalus, dezinfekuojami šluostant vienkartinėmis servetėlėmis, sudrėkintomis 1 proc. arba 10000 ppm arba 10g/l aktyviojo chloro natrio hipohlorito ar kito chloro preparato tirpale.

87. Laboratorijos atliekos (bandiniai, mikroorganizmų kultūros, panaudotos vienkartinės pirštinės, rūbai ir kitos asmeninės apsauginės priemonės, aštrūs daiktai) tvarkomi kaip infekuotos medicininės atliekos nustatyta tvarka [8.15]. Prieš pašalinimą atliekos nukenkšminamos autoklavuojant arba deginamos.

Choleros profilaktika

88. Siekiant sumažinti susirgimų cholera ar choleros sukėlėjų įvežimo ir išplitimo riziką šalyje, sustiprinamas medicininis karantininis patikrinimas, atkreipiamas dėmesys į keleivius ir įgulos narius su užkrečiamosios ligos požymiais, išsiaiškinama, ar nesilankė endeminėse choleros atžvilgiu teritorijose. Vykdomos priemonės nustatyta tvarka [8.16-8.17].

89. Saugaus geriamojo vandens tiekimo visuomenei užtikrinimas. Reguliari geriamojo vandens kokybės kontrolė vykdoma nustatyta tvarka [8.18].

90. Atvirų vandens telkinių apsauga nuo teršimo nuotekomis bei pramonės atliekomis. Vengti žmonių išmatų patekimo, laiku surinkti ir šalinti šiukšles.

91. Maisto pramonės įmonių, maisto produktų prekybos, viešojo maitinimo objektų higieninės būklės, maisto produktų, gėrimų kokybės mikrobino užterštumo požiūriu, maisto gamybos ir realizavimo kontrolė.

92. Visuomenės mokymas:

92.1. Mokyti visuomenę asmens higienos, atkreipiant dėmesį į rankų plovimo svarbą, ypač dirbantiems su maistu bei asmenims, prižiūrintiems ligonius ir vaikus;

92.2. Laikytis ypatingos švaros ir tinkamo šaldymo režimo gaminant ir apdorojant maistą namuose ir maitinimo įmonėse;

92.3. Vykstant į endemines choleros atžvilgiu šalis:

92.3.1. vyresnio amžiaus asmenims, asmenims, sergantiems širdies ligomis, hipochlorhidrija, gali būti rekomenduojama pasiskiepyti;

92.3.2. laikytis asmens higienos reikalavimų ruošiant maistą, prieš valgymą;

92.3.3. prieš valgant ar geriant įsitikinti produktų saugumu;

92.3.4. valgyti tik rūpestingai paruoštą bei karštą maistą, vengti žalio jūros maisto, vengti gatvių prekiautojų paruošto maisto;

92.3.5. gerti tik virintą ar saugų geriamąjį vandenį, karštus gėrimus;

92.3.6. gerti tik pasterizuotą ar virintą pieną;

92.3.7. vaisius ir daržoves gerai nuplauti (geriau parūgštintu vandeniu).

92.3.8. grįžus iš kelionės ir 2-5 dienų laikotarpyje pradėjus vemti ir/ar viduriuoti, nedelsiant kreiptis medicinos pagalbos.

Literatūra.

1. James Chin, MD, MPH, Editor. Control of Communicable Diseases Manual, 17th Edition. 2000
 2. Alfred S. Evans and Philip S. Brachman. Bacterial Infections of Humans, Epidemiology and Control, third Edition, 1998
 3. Guidelines for cholera control. World Health Organization, Geneva, 1993.
 4. Guidelines for cholera control, was compiled by Sub-Directorate: Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, Diseases Prevention and Control of the National Department of Health, South Africa, 2001.
 5. Guidelines for safe recreational water environments, Coastal and fresh waters, WHO, Geneva, 2003.
 6. Guidelines for the control of Infectious Diseases: Cholera Guidelines for the control of cholera. Includes infectious agents, clinical features, diagnosis, transmission and infection control. Australia, Victorian Government Health Information, 2006.
 7. Travel Health Information Sheets, Cholera. National travel health network and centre (NaTHNaC). UK.
 8. Санитарно – эпидемиологические правила „Профилактика острых кишечных инфекций. СП 3.1.1.1117-02“, утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17 марта 2002 г.
-

ATMINTINĖ
PERSIRGUSIEMS VIDURIŲ ŠILTINE AR PARATIFAIS ASMENIMS
IR JŲ ŠEIMOS NARIAMS

Kas yra vidurių šiltinė?

Vidurių šiltinė yra ūmi infekcinė liga, pasireiškianti ilgai trunkančiu karščiavimu, stipriais galvos skausmais, bendru silpnumu, apetito stoka, suretėjusiu pulsui, vidurių užkietėjimu arba viduriavimu, sausu kosuliu. Dažnai gali būti lengvų ir atipinių ligos formų. Negydomiems ligoniams po kelių savaičių gali atsirasti žarnyne opos, dėl kurių gali būti kraujavimas iš žarnyno arba įvykti žarnos prakiurimas (perforacija).

Paratifų klinikinis vaizdas yra panašus, tačiau ligos eiga lengvesnė.

Etiologija (sukėlėjai ir jų savybės)

Vidurių šiltinės sukėlėjas – bakterija *Salmonella Typhi*, paratifų – *Salmonella Paratyphi A, B ir C*. Vidurių šiltinės sukėlėjas yra pakankamai atsparus išorinės aplinkos veiksniams: dirvožemyje, vandenyje gali išgyventi 1-5 mėnesius, išmatose – iki 25 dienų, ant užterštos patalynės – iki 2 savaičių. Ilgą laiką šis sukėlėjas gali išlikti gyvybingas maisto produktuose, ypač piene, mėsoje, mišrainėse. Maiste, kuris laikomas aukštesnėje nei +18 laipsnių temperatūroje, šios bakterijos gali pasidauginti.

Tačiau minėtos bakterijos jautrios šilumos poveikiui. Veikiamos 70 laipsnių temperatūros žūsta per 30 minučių, o virinimą pakelia vos keletą minučių.

Infekcijos šaltinis

Vidurių šiltinės ir paratifų infekcijos šaltinis yra sergantis šia infekcine liga žmogus ir labai retais atvejais paratifo B infekcijos šaltiniu gali būti naminiai gyvūnai. Užkratą gali platinti ir asmenys, sergantys lengvomis, besimptomėmis ligos formomis. Dėl to jie neizoliuojami, arba izoliuojami pavėluotai ir užkratą gali platinti tarp bendradarbių, šeimoje ir t.t. Dažniausiai infekcijos šaltiniu yra vidurių šiltinės ir paratifų bakterijų nešiotojai, kurie paprastai yra sveiki, bet ligos sukėlėją išskiria kurį laiką arba visą gyvenimą. Lėtiniu bakterijų nešiotu* gali likti žmogus, persirgęs ūmios, lengvos ar besimptomės formos liga. Lėtiniais bakterijų nešiotais dažniau lieka moterys.

*Lėtiniu bakterijų nešiotu vadinamas asmuo, kurio išmatose, šlapime ar tulžyje vidurių šiltinės ar paratifų bakterijos po persirgtos ligos randamos ilgiau nei vienerius metus.

Inkubacinis (slaptasis ligos) periodas

Vidurių šiltinės inkubacinis periodas priklauso nuo patekusių bakterijų skaičiaus, tačiau paprastai trunka nuo 9 iki 14 dienų (trumpiausias – 7 dienos, ilgiausias – 25 dienos). Kuo užkrato dozė didesnė, tuo šis periodas trumpesnis, o liga sunkesnė.

Paratifų inkubacinis periodas trunka apie 10 dienų.

Infekcijos plitimo būdai

Į sveiko žmogaus organizmą sukėlėjas patenka tik *per burną* su užterštu maistu, vandeniu arba per užterštas rankas ir aplinkos daiktus, kuriais naudojosi sergantis užkrečiamąja liga žmogus arba sukėlėjų nešiotojas.

Dažniausiai užsikrečiama per ligonių ar bakterijų nešiotų išmatomis, šlapimu užterštą maistą ir vandenį. Vidurių šiltinės sukėlėjais gali būti užterštas bet koks maistas, tačiau didžiausią riziką gali turėti užterštas maistas, kuris vartojamas be terminio apdoravimo, pavyzdžiui, salotos, mišrainės, nepasterizuotas, nevirintas pienas ir jo produktai.

Nenukenksmintomis žmogaus išmatomis bei šlapimu gali būti užteršiamas dirvožemis, šachtinių šulinių vanduo. Iš netinkamai įrengtų lauko tipo tualetų arba po potvynių vidurių šiltinės bakterijos gali patekti į atvirų vandens telkinių vandenį.

Žmogaus fekalijomis laistomos daržovės taip pat gali būti užterštos šios ligos sukėlėjais, o netinkamai nuplautos ir nuvalytos jos gali būti užsikrėtimo šia infekcine liga priežastimi.

Užsikrėsti vidurių šiltine galima valgant nešvariomis (neplautomis) rankomis, jei ant jų pateko bakterijos nuo aplinkos daiktų, po sąlyčio su lignonio ar bakterijų nešiotjo išskyromis.

Vidurių šiltinės epidemiologijoje nereikėtų nuvertinti ir mūsų reikšmės. Iš lauko tipo tualetų musės gali atnešti bakterijas ant kojų, o maiste šios bakterijos gali pasidauginti iki pavojingos užkrečiamosios dozės.

Imlumas infekcijai

Imlumas infekcijai yra visuotinas, tačiau imlesni yra ŽIV infekuoti asmenys, taip pat turintys mažą skrandžio rūgštingumą. Sveikas skrandis yra natūrali užtvara bakterijoms, nes skrandžio rūgštis jas sunaikina. Imlesni infekcijai yra asmenys, piktnaudžiaujantys alkoholiu.

Atsparumas infekcijai įgyjamas persirgus šia infekcine liga, taip pat nuolat susiduriant su mažomis užkrato dozėmis ir po vakcinacijos.

Užkrečiamasis laikotarpis

Bakterijas su išmatomis, šlapimu gali išskirti lignoniai, sergantys įvairiomis ligos formomis, sveikstantys (paprastai pirmą sveikimo savaitę) ir bakterijų nešiotojai. Apie 10% lignonų bakterijas gali skirti iki 3 mėnesių ir apie 2-5% tokių asmenų gali tapti lėtiniais bakterijų nešiotojais. Žymiai rečiau tampa bakterijų nešiotojais asmenys, persirgę paratifais.

Kaip neužkrėsti šeimos narių?

Švarios rankos bei gyvenamoji aplinka, saugus maistas ir geriamasis vanduo yra vidurių šiltinės ir paratifų profilaktikos pagrindas.

Lėtiniai bakterijų nešiotojai ir jų šeimos nariai turi laikytis šių pagrindinių taisyklių:

- Nuolat kruopščiai plauti rankas su muilu pasinaudojus tualetu, prieš maisto gaminimą, prieš valgį, kiekvieną kartą po sąlyčio su bakterijų nešiotjo išskyromis suterštais aplinkos daiktais: patalyne, apatiniais rūbais, kitais namų apyvokos daiktais ir t.t.
- Saugoti geriamojo vandens šaltinius, ypatingai šachtinio šulinio vandenį, nuo užteršimo žmogaus išskyromis (fekalijomis, šlapimu).
- Bakterijų nešiotojai neturi gaminti maisto pobūviams, o prieš gaminant maistą šeimos nariams – laikytis ypatingos asmens higienos, t.y. kruopščiai plauti rankas.
- Vartoti saugų maistą ir geriamąjį vandenį. Jei nesate tikri, kad vanduo saugus, patariame jį vartoti virintą. Saugoti maistą nuo mūsų. Tvarkant maistą, laikytis ypatingos švaros.
- Bakterijų nešiotojai ir asmenys, kurių šeimose yra bakterijų nešiotojai, neturi pardavinėti savo ūkio pieną ir jo produktus.
- Nelaistyti namų ūkyje auginamų daržovių tualetu turiniu, kadangi vidurių šiltinės bakterijomis užterštas dirvožemis ir daržovės gali būti ligos plitimo priežastis tarp šeimos narių.

Kad vidurių šiltinės sukėlėjai neplistų ir šeimos nariai neužsikrėstų šia liga, būtina nuolat nukenksminti namų aplinką:

- Asmenų, kurių išmatose ar šlapime po persirgtos ligos kurį laiką randami sukėlėjai, taip pat lėtinių bakterijų nešiotjų šlapimas ir išmatos turi būti nekenksminamos, užpilant verdančiu vandeniu inde ir po 1 valandos išpilamos į tualetą. Tokios išskyros gali būti dezinfekuojamos užpilant jas 1 valandai chlorkalkių ar kalcio hipochlorito milteliais.
- Bakterijų nešiotjų patalyne, apatinius rūbus nukenksminti virinant 15 minučių skalbimo miltelių tirpale.
- Indus, virtuvės ir stalo įrankius, šluostes, indų plovimo kempinėles virinti 15 minučių geriamosios sodos tirpale.

- Patalpas, aplinkos daiktus, durų rankenas, elektros jungiklius, tualetą plauti karštu sodos ar muilo tirpalu. Patalpų valymui gali būti naudojami buitiniai plovikliai, valikliai.
 - Dulkes šluostyti drėgnu būdu.
-

ATMINTINĖ GYVENTOJAMS**NUOLATINĖ DEZINFEKCIJA SERGANČIŲ ŽARNYNO INFEKCIJŲ LIGOMIS
NAMUOSE**

Maistu ir per aplinką plintančiomis užkrečiamosiomis ligomis (vidurių šiltine, paratifais, salmonelioze, šigelioze, jersinioze, cholera, virusiniais hepatitais, kitomis bakterinėmis ir virusinėmis žarnyno infekcijomis) sveikas žmogus užsikrečia per nesaugų vandenį, maistą, užterštas rankas ir aplinkos daiktus, taip pat nuo sergančio žmogaus, gyvūno arba ligų sukėlėjų nešiotų. Šių ligų sukėlėjai su sergančio žmogaus, gyvūno arba ligų sukėlėjų nešiotų sekretais, ekskretais (seilėmis, vėmalais, išmatomis, šlapimu ir kt.) patenka į aplinką.

Į sveiko žmogaus organizmą sukėlėjai patenka per burną su maistu, vandeniu, užkrėstais ligų sukėlėjais, arba per užterštas rankas ir aplinkos daiktus, kuriais naudojosi sergantis užkrečiamą žarnyno liga žmogus.

Maisto produktai gali būti užkrėsti ligonio arba sukėlėjų nešiotų rankomis, produktų apdorojimui naudojant užterštą vandenį ir kitais būdais. Maisto produktus gali užteršti ir musės. Didelė rizika užsikrėsti užkrečiamosiomis žarnyno ligomis yra nepasterizuoti, nevirinti pieno produktai, užteršti juos gaminusių asmenų nešvariomis rankomis. Daržovės gali būti užterštos ligų sukėlėjais, naudojant trąšas su fekalijomis arba daržoves plaunant užterštu vandeniu, taip pat pažeidžiant daržovių perdirbimo higienos taisykles. Žarnyno užkrečiamosios ligos gali plisti per geriamąjį vandenį, užterštą ligų sukėlėjais. Ligų sukėlėjai į geriamąjį vandenį gali patekti su nutekamaisiais ir paviršniais vandenimis dėl vandentiekio avarijų, vandentiekio sistemos priežiūros taisyklių pažeidimų.

Žarnyno užkrečiamųjų ligų sukėlėjų išlikimas aplinkoje priklauso nuo aplinkos temperatūros, drėgmės, sukėlėjų jautrumo įvairiems fiziniams ir cheminiams veiksniams. Dauguma šių ligų sukėlėjų jautrūs karščiui. Vidurių šiltinės sukėlėjas ant įvairių aplinkos daiktų (užterštų baltinių, rūbų ir kt.) įvairių autorių duomenimis gali išlikti gyvas nuo kelių valandų iki kelių savaičių, o išmatose - keletą mėnesių. Salmonelės, palyginus su kitais žarnyno infekcijų sukėlėjais, yra atsparesnės. Sausose išmatose jos gali išgyventi - keletą metų, mėšle - keletą mėnesių. Šios bakterijos gerai išsilaiko žemose temperatūrose, pvz. salmonelės agare (maitinamojoje terpėje) prie 0°C temperatūros išlieka gyvos iki 140 dienų. Ant slaugos reikmenų (klizmų antgalių, basonuose) šigelės (dizenterijos sukėlėjai) gali išlikti gyvos iki 30-40 dienų. Ešerichijozų sukėlėjai gali išlikti aplinkoje iki kelių savaičių. Choleros sukėlėjo gyvybingumas priklauso nuo aplinkos temperatūros, drėgmės ir saulės spindulių intensyvumo. Jis jautrus šilumai ir cheminėms medžiagoms, mažiau jautrus žemai temperatūrai. Choleros vibrionas greitai žūsta, jį veikiant 1% kalio permanganato ir vandenilio peroksido bei atskiestomis (1:1000) druskos, citrinos rūgštimis. Virusinių žarnyno ligų sukėlėjai išdžiovinotoje arba užšaldytoje aplinkoje gali išlikti gyvi kelis metus. Virusinių hepatitų (geltų) sukėlėjai atsparūs šilumai.

Nuolatinis aplinkos nukenksminimas (dezinfekcija) atliekamas sergančiojo arba įtariamo sergant užkrečiamąja žarnyno liga, bei vidurių šiltinės, paratifų sukėlėjų nešiotų namuose, kad sukėlėjai, patekę į aplinką, neplistų ir šeimos nariai neužsikrėstų šiomis ligomis. Nuolatinės dezinfekcijos tikslas - sunaikinti užkrečiamųjų ligų sukėlėjus, kuriuos sergantysis arba ligų sukėlėjų nešiotas išskiria į aplinką.

Namų patalpų, aplinkos daiktų nukenksminimas atliekamas, jei ligonis gydomas namuose. Dezinfekcija atliekama nuolat, kol ligonis pasveiks, arba iki paguldymo į ligoninę, o taip pat namuose, kur gyvena šių ligų sukėlėjų nešiotas.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojas, išaiškinęs sergantį arba įtariamą sergant užkrečiamąja liga asmenį, privalo apmokyti ligonio šeimos narius naudoti asmens higienos, aplinkos nukenksminimo priemones. Aplinkos nukenksminimo priemones gali atlikti pats ligonis arba jį slaugantys šeimos nariai.

Norint išvengti ligų sukėlėjų paplitimo namuose, labai svarbu kuo anksčiau susirgusį arba įtariamą sergant asmenį atskirti (izoliuoti) nuo sveikų šeimos narių, išskiriant jam atskirą kambarį arba vietą kambaryje. Nesant tokių galimybių, rekomenduojama atskirti ligonio lovą kuo toliau nuo kitų šeimos narių lovų. Iš kambario reikia išnešti nereikalingus daiktus arba juos pridengti skalbiamu dangalu (pvz. paklode). Ligonis turi naudoti atskirą rankšluostį, valgymo indus, kitus slaugos daiktus. Šiuos daiktus geriau laikyti ligonio kambaryje tam skirtoje vietoje (spintoje, stalčiuje), kad nesumaišyti su kitų šeimos narių daiktais.

Jei ligonis vemia, viduriuoja ir bute nėra kanalizacijos, reikia išskirti atskirus indus šių sekretų ir ekskretų rinkimui ir nukenksminimui. Ligonį slaugantis šeimos narys turi užsivilkti chalata ar kitą lengvai skalbiamą rūbą. Išeinant iš ligonio kambario, rūbus reikėtų nusiimti ir pakabinti atskiroje vietoje. Slaugymui naudoti nešvarūs ligonio baltiniai ir rūbai surenkami į atskirą indą su dangčiu arba užrišamą maišą ir iki skalbimo laikomi atskirai nuo kitų šeimos narių baltinių. Ligonio patalpai valyti reikia naudoti atskirą valymo inventorių (šepetį, šluotą, kibirą ar kitą indą).

Aplinkai dezinfekuoti reikia naudoti mechaninius (valymas, šluostymas, plovimas) ir šiluminius (karštas vanduo, virinimas) būdus. Buitiniai plovikliai, valikliai su dezinfekuojančiais priedais gali būti naudojami patalpoms, valgymo indams dezinfekuoti. Namų aplinkos, indų nukenksminimui, valymui tinka šilti muilo, geriamosios ir kalcinuotos sodos (20 g 1 ltr. vandens) tirpalai arba specialūs buitiniai patalpų, indų valikliai, plovikliai.

Cheminės dezinfekcijos medžiagos reikalingos tik sekretams, ekskretams dezinfekuoti. Galima naudoti chloro preparatų (chlorkalkių, kalcio hipochloritų) miltelius, užpilant jais skystas išmatas (kietas praskiesti vandeniui), vėmalus, šlapimą ir kitus sekretus, ekskretus.

Aplinkos objektų (daiktų, patalpų ir kt.) nuolatinės dezinfekcijos būdai ir priemonės pateikti lentelėje „Nuolatinės dezinfekcijos namuose būdai ir priemonės“.

NUOLATINĖS DEZINFEKCIJOS NAMUOSE BŪDAI IR PRIEMONĖS

Objektų pavadinimas	Dezinfekcijos priemonės	Dezinfekcijos būdas
Ligonio vėmalai, šlapimas, išmatos ir kt.	Verdantis vanduo Arba chlorkalkių kalcio hipochlorito milteliai	Užpilti inde santykiu 1:5 (1 dalis vėmalų, išmatų ir 5 dalys verdančio vandens), uždaryti dangčiu, po 1 val. išpilti į kanalizaciją (tualetu)
Sekretų, ekskretų indai (basonai, naktipuodžiai, kibirai ir kt.)	Karštas vanduo (70 ⁰ -80 ⁰ C)	Užpilti inde santykiu 1:5 (1 dalis miltelių ir 5 dalys išmatų, vėmalų), po 1 val. išpilti į kanalizaciją 1 ltr. šlapimo 10 g miltelių, po 5 minučių išpilti į kanalizaciją Išpylus sekretus ir ekskretus plauti indų vidų
Nešvarūs baltiniai (lovos, patalynė, kūno baltiniai, rankšluosčiai, nosinės)	2% (20gr. 1 lt.vandens) kalcinuotos sodos arba skalbimo miltelių tirpalas	Užmerkti į šaltą 2% kalcinuotos sodos ar skalbimo miltelių (skirtų virinimui) tirpalą ir 15 min. virinti. Po to skalbti įprastine tvarka
Valgymo indai (lėkštės, puodeliai, stalo įrankiai)	Karštas vanduo, nuriebalinančios priemonės (pvz. geriamoji soda ir kt.) arba 2% geriamosios sodos tirpalas	Plauti ir 1 kartą dienoje 15 min. virinti 2% geriamos sodos tirpale, skalauti 15 min. virinti, skalauti, džiovinti
Šluostės, kempinės indams plauti, stalams valyti	2% geriamosios sodos arba muilo tirpalas	Kiekvieną kartą panaudojus 15 min. virinti, skalauti, džiovinti
Ligonio slaugos daiktai (ledo pūslės, šildytuvai, klijuotės ir kt.)	Karštas vanduo, muilas arba kitas buitinis paviršių valiklis, ploviklis	Plauti, šluostyti
Žaislai (mediniai, plastmasiniai, guminiai)	Karštas vanduo (50 ⁰ -60 ⁰ C) 2% geriamosios sodos arba muilo tirpalas	Plauti, skalauti
Patalpos ir aplinkos daiktai, durų rankenos, elektros jungikliai	2% karštas sodos ir muilo tirpalas Poliruotų baldų valikliai	Patalpas 2 kartus per dieną šluostyti arba plauti. Aplinkos daiktams šluostyti naudoti kitą šluostę. Poliruotus baldus šluostyti specialiais valikliais
Tualetas	2% karštas sodos ir muilo tirpalas, ar kitas buitinis valiklis su dezinfekuojančiais priedais	Plauti, šluostyti. Atskira šluoste valyti durų rankenas, elektros jungiklius, vandens bakelių rankenėles..
Valymo inventorius	Verdantis vanduo 2% sodos, muilo tirpalas arba skalbiklis baltiniams, skirtas virinimui	Mirkyti 15 min. virinti
Lauko tualetas	Karštas 2% sodos, muilo tirpalas	Kasdien plauti (šluostyti) grindis ir kitus paviršius

