

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ
В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ»

**Методические рекомендации нормативно - правовых и
информационно - методических материалов по организации
отдыха и оздоровления детей в**

ДЕТСКИХ ЛАГЕРЯХ ПАЛАТОЧНОГО ТИПА



Воронеж

2014г.

В подготовке материала приняли участие специалисты ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области» Ищенко Л.М., Каменева О.В., Жукова А.И., Иванова Н.В., Потапова Т.П. под руководством главного врача Стёпкина Ю.И.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических и физических лиц, индивидуальных предпринимателей, деятельность которых связана с подготовкой и организацией отдыха и оздоровления детей в детских лагерях палаточного типа.

Утверждено учебно-методической комиссией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области» от 20.01.2014 года, протокол №43.

Содержание

№ п/п	Наименование нормативно-правовых документов	Страницы
1	Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. N 52ФЗ	4-5
2	Кодекс Российской Федерации "Об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. №195-ФЗ»	5-6
3	Трудовой Кодекс РФ от 30 декабря 2001 года N 197-ФЗ	6
4	СанПиН 2.4.4.3048-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и организации работы детских лагерей палаточного типа»	6-24
5	СП 2.5.1277-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов».	24-30
6	Постановления Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2013 г. : N 1177 «Об утверждении Правил организованной перевозки группы детей автобусами» и N 1176 «О внесении изменений в Правила дорожного движения Российской Федерации»	30-33
7	Методика оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей. МР 2.4.4.0011-10	33-43
8	ГОСТ Р 52887-2007 «Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления» Приложение №1.	43-46
9	Технический регламент Таможенного Союза «Пищевая продукция в части её маркировки». ТР ТС 022/2011 Приложение №2.	46-47
10	Методика органолептической оценки пищи Приложение №3	47-48
11	Профилактика инфекционных, паразитарных заболеваний, травм и отравлений Приложение №4	48-70
12	Понятие о дезинфекции, дезинсекции и дератизации Приложение №5	70-80
13	О здоровом образе жизни Приложение № 6	80-83
14	Перечень нормативно- правовых документов, используемых при составлении сборника Приложение №7	83-84
15	Памятки и листовки по профилактике отдельных видов инфекционных и соматических заболеваний, здоровому образу жизни Приложение №8	85-111

На обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду, направлен **Федеральный Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 30 марта 1999 года N 52-ФЗ.**

Законом установлены требования (в т.ч.):

Статья 15. Санитарно-эпидемиологические требования к пищевым продуктам,

пищевым добавкам, продовольственному сырью, а также контактирующим с ними материалам и изделиям и технологиям их производства

1. Пищевые продукты должны удовлетворять физиологическим потребностям человека и не должны оказывать на него вредное воздействие.

2. Пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия в процессе их производства, хранения, транспортировки и реализации населению должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.

3. При производстве пищевых продуктов могут быть использованы контактирующие с ними материалы и изделия, пищевые добавки, разрешенные в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. Производство, применение (использование) и реализация населению новых видов (впервые разрабатываемых и внедряемых в производство) пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, внедрение новых технологических процессов их производства и технологического оборудования осуществляются при условии их соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям.

5. Граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие производство, закупку, хранение, транспортировку, реализацию пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, должны выполнять санитарно-эпидемиологические требования.

6. Не соответствующие санитарно-эпидемиологическим требованиям и представляющие опасность для человека пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия немедленно снимаются с производства или реализации.

Статья 17. Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания населения

1. При организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению, для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны выполняться санитарно-эпидемиологические требования.

2. При организации питания в дошкольных и других образовательных учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях, оздоровительных учреждениях и учреждениях социальной защиты, установлении норм пищевого довольствия для военнослужащих, а также при установлении норм питания для лиц, находящихся в следственных изоляторах или отбывающих наказание в исправительных учреждениях, обязательно соблюдение научно обоснованных физиологических норм питания человека.

3. При установлении минимальных социальных стандартов уровня жизни населения, гарантируемых государством, должны учитываться физиологические нормы питания человека.

Статья 28. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения

1. В организациях отдыха и оздоровления детей, дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства.

Статья 34. Обязательные медицинские осмотры

1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении

своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры (далее - медицинские осмотры).

4. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

5. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Статья 35. Профилактические прививки

Профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с законодательством Российской Федерации для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Статья 36. Гигиеническое воспитание и обучение

1. Гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, направлены на повышение их санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

2. Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются:
в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других образовательных учреждениях;

при подготовке, переподготовке и повышении квалификации работников посредством включения в программы обучения разделов о гигиенических знаниях;

при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Статья 55. Ответственность за нарушение санитарного законодательства

За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Административная ответственность

установлена Кодексом РФ «Об административных правонарушениях» N 195-ФЗ от 30.12.2001г.

Статья 2.3. Возраст, по достижении которого наступает административная ответственность:

1. Административной ответственности подлежит лицо, достигшее к моменту совершения административного правонарушения возраста шестнадцати лет.

Статья 6.7. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения, к техническим, в том числе аудиовизуальным, и иным средствам воспитания и обучения, к учебной мебели, а также к учебникам и иной издательской продукции -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от трех тысяч до семи тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до семидесяти тысяч рублей.

2. Повторное в течение года совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 1 настоящей статьи, -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от десяти тысяч до пятнадцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Дисциплинарная ответственность

предусмотрена Трудовым Кодексом РФ от 30 декабря 2001 года N 197-ФЗ статья 22.

Работодатель имеет право: привлекать работников к дисциплинарной и материальной ответственности в порядке, установленном настоящим Кодексом, иными федеральными законами.

В соответствии с Федеральным законом от 02.12.2013 N 328-ФЗ "О внесении изменений в статью 1 Федерального закона "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации"

к организациям отдыха детей и их оздоровления относятся:

- организации сезонного действия или круглогодичного действия независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, основная деятельность которых направлена на реализацию услуг по обеспечению отдыха детей и их оздоровления (загородные лагеря отдыха и оздоровления детей, детские оздоровительные центры, базы и комплексы, детские оздоровительно-образовательные центры, специализированные (профильные) лагеря (спортивно-оздоровительные и другие), санаторно-оздоровительные детские лагеря и иные организации);

- лагеря, организованные образовательными организациями, осуществляющими организацию отдыха и оздоровления обучающихся в каникулярное время (с круглосуточным или дневным пребыванием);

- детские лагеря труда и отдыха, детские лагеря палаточного типа, детские специализированные (профильные) лагеря, детские лагеря различной тематической направленности (оборонно-спортивные, туристические, эколого-биологические, творческие, историко-патриотические, технические, краеведческие и другие), созданные при организациях социального обслуживания населения, санаторно-курортных организациях, общественных организациях (объединениях) и иных организациях.

При организации отдыха и оздоровления детей необходимо руководствоваться (в том числе):

СанПиН 2.4.4.3048-13

"САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСТРОЙСТВУ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКИХ ЛАГЕРЕЙ ПАЛАТОЧНОГО ТИПА"

Общие положения и область применения

Санитарные правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, организации работы детских лагерей палаточного типа (далее - палаточные лагеря), являющихся формой организации отдыха детей в природных условиях с использованием палаток. Основная деятельность палаточных лагерей направлена на обеспечение отдыха детей, оздоровления и укрепления их здоровья, развитие творческого потенциала детей, приобретения практических навыков пребывания в природных условиях, занятия физической культурой, спортом, туризмом.

Санитарные правила распространяются на все типы палаточных лагерей (оборонно-спортивные, спортивно-оздоровительные, туристско-краеведческие и другие) с проживанием детей и подростков в палатках.

Палаточные лагеря размещают в естественных природных условиях или на территории основной базы палаточных лагерей (при наличии).

При организации палаточного лагеря возможно использование свободной территории и помещений зданий загородного стационарного учреждения для отдыха и оздоровления детей, муниципальных образовательных учреждений, турбаз, воинских частей и других.

Палаточный лагерь может функционировать как:

- стационарный (непередвижной) - не меняющий место дислокации во время смены;

- передвижной - меняющий место расположения на протяжении одной смены.

Санитарные правила распространяются на палаточные лагеря независимо от их подчиненности и от статуса учредителя или собственника палаточного лагеря и являются обязательными для исполнения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, деятельность которых связана с организацией и эксплуатацией палаточных лагерей.

Палаточный лагерь может организовываться как структурное подразделение организаций или учреждений.

Действие санитарных правил не распространяется на проходящие в условиях природной среды слеты, спортивные соревнования и учебно-тренировочные сборы продолжительностью менее 7 дней, а также на туристские походы любой продолжительности (не связанные с палаточным лагерем), походные бивуаки (места ночлегов туристов в походе).

Палаточные лагеря организуются для детей в возрасте от 10 лет до 18 лет. Дети, регулярно занимающиеся в детских туристских объединениях и имеющие физическую подготовку, могут приниматься в лагерь с 8 лет.

Контроль за выполнением санитарных правил осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по организации и осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей.

Учредителю или собственнику палаточного лагеря необходимо уведомить орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о месте размещения лагеря, о сроках его открытия и заезда детей не менее чем за один месяц.

Открытие палаточного лагеря осуществляется при условии соответствия его требованиям настоящих санитарных правил.

К работе в палаточный лагерь допускаются лица, прошедшие профессиональную гигиеническую подготовку, аттестацию и медицинское обследование в установленном порядке:

Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (Зарегистрирован Минюстом России 21.10.2011, регистрационный N 22111) и Приказом МЗ РФ от 15 мая 2013 г. N 296н «О внесении изменений в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"»

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 мая 2013 г. N 296н

Пункт 19 изложить в следующей редакции:

Наименование работ и профессий	Периодичность осмотров	Участие врачей-специалистов <1>, <2>, <3>	Лабораторные и функциональные исследования <1>, <2>	Дополнительные медицинские противопоказания <4>
19. Работы в детских и подростковых сезонных оздоровительных	1 раз в год	Дерматовенеролог Отоларинголог *инфекционист	Флюорография легких Исследование крови на сифилис Мазки на гонорею	Заболевания и бактерионосительство: 1) брюшной тиф, паратифы, сальмонеллез, дизентерия

организациях			при поступлении на работу Исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф при поступлении на работу и в дальнейшем - по эпидпоказаниям Исследования на гельминтозы при поступлении на работу и в дальнейшем - не реже 1 раза в год либо по эпидпоказаниям	2) гельминтозы 3) сифилис в заразном периоде 4) лепра 5) заразные кожные заболевания: чесотка, трихофития, микроспория, Парша, актиномикоз с изъязвлениями или свищами на открытых частях тела; 6) заразные и деструктивные формы туберкулеза легких, внелегочный туберкулез с наличием свищей, бактериоурии, туберкулезной волчанки лица и рук 7) гонорея (все формы) на срок проведения лечения антибиотиками и получения отрицательных результатов первого контроля 8) озена
--------------	--	--	--	---

<1> При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводятся: клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); электрокардиография; цифровая флюорография или рентгенография в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) легких; биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина. Все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования не реже 1 раза в год; женщины в возрасте старше 40 лет проходят 1 раз в 2 года маммографию или УЗИ молочных желез.

<2> Участие специалистов, объем исследования, помеченных "звездочкой" (*), - проводится по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических медицинских осмотрах.

<3> Участие врача-терапевта, врача-психиатра и врача-нарколога при прохождении предварительного и периодического медицинского осмотра является обязательным для всех категорий обследуемых.

<4> Дополнительные медицинские противопоказания являются дополнением к общим медицинским противопоказаниям.

Работники палаточного лагеря должны быть привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, а также по эпидемиологическим показаниям (Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 N 51н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям").

Каждый работник палаточного лагеря должен иметь личную медицинскую книжку установленного образца, в которую вносятся результаты медицинских обследований и лабораторных исследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, профилактических прививках, отметки о прохождении профессиональной гигиенической подготовки и аттестации.

Каждая смена палаточного лагеря комплектуется заранее. Количество детей в каждом отряде не должно быть более 15. Зачисление детей проводит начальник лагеря в соответствии с заключением врача о состоянии здоровья детей (или на основании справок об их здоровье). В палаточный лагерь могут быть зачислены дети, которые по состоянию здоровья допущены врачом медицинской организации для участия в данном лагере (с учетом его направленности и возможных физических нагрузок).

Продолжительность смены в палаточном лагере определяется его спецификой (профилем, программой) и климатическими условиями. Рекомендуемая продолжительность

смены составляет не более 21 дня.

При отсутствии условий для проведения банных дней (помывки детей) продолжительность смены не может быть более 7 дней.

При перевозке организованных групп детей к месту размещения палаточного лагеря и обратно железнодорожным транспортом следует соблюдать санитарно-эпидемиологические требования по перевозке организованных групп детей и подростков железнодорожным транспортом. При перевозке детей автомобильным транспортом к месту размещения палаточного лагеря и обратно необходимо руководствоваться нормативными правовыми актами по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и безопасности перевозок организованных групп детей автомобильным транспортом.

В штат палаточного лагеря должен входить медицинский работник (работники).

Палаточный лагерь должен иметь устойчивую телефонную связь.

К неподвижному палаточному лагерю должен быть обеспечен подъезд транспорта.

II. Требования к территории и размещению палаточного лагеря

Размещение палаточного лагеря не допускается на территории, эндемичной по антропозоонозным инфекциям, на рекультивированных полигонах токсичных промышленных и твердых бытовых отходов, в санитарно-защитных зонах, на территориях радиоактивного загрязнения и мест захоронения радиоактивных отходов.

Палаточные лагеря следует располагать на расстоянии не ближе 100 метров от линий высоковольтных электропередач, автомагистралей, железнодорожных путей.

2.3. Для расположения палаточного лагеря должна быть выбрана сухая, незаболоченная, незатопляемая тальми, дождевыми и паводковыми водами территория. Для лучшего стока дождевых вод и быстрого просушивания территории лагеря целесообразно выбирать участок с ровным рельефом и одним склоном для стока ливневых вод.

Палаточный лагерь рекомендуется располагать вблизи источника питьевого водоснабжения. При отсутствии источника питьевого водоснабжения может использоваться привозная питьевая вода или питьевая вода промышленного производства, расфасованная в емкости (бутилированная).

Территория палаточного лагеря должна быть обозначена по периметру хорошо заметными знаками (флажки, ленты и прочее) или огорожена.

На территории неподвижного палаточного лагеря предусматриваются зоны: жилая; приготовления и приема пищи, хранения продуктов питания (далее - пищеблок); санитарно-бытовая; административно-хозяйственная; физкультурно-спортивная.

На территории палаточного лагеря могут быть предусмотрены зоны (участки) для групп, существующие автономно, каждая из которых организует мероприятия по своему профилю (плану), с возможной организацией питания, отдельно от других групп.

Перед открытием неподвижного палаточного лагеря на его территории проводятся: уборка территории от мусора, сухостоя и валежника, очистка от колючих кустарников и растительности с ядовитыми плодами, а также, при необходимости, аккарицидная обработка территории, мероприятия по борьбе с грызунами.

В неподвижном палаточном лагере предусматривают место для сбора и хранения мусора в контейнерах с закрывающимися крышками, или иных емкостях, недоступных для грызунов и иных животных, которые рекомендуется размещать на расстоянии не менее 25 метров от жилой зоны и пищеблока.

III. Требования к водоснабжению

Палаточный лагерь должен быть обеспечен водой, отвечающей требованиям безопасности к питьевой воде.

В качестве источников питьевой воды могут быть использованы существующие источники централизованного водоснабжения населенных мест, источники нецентрализованного водоснабжения (артскважины, каптажи, колодцы, родники и другие источники), а также питьевая вода, доставляемая специальным транспортом или питьевая

вода промышленного производства, расфасованная в емкости (бутилированная).

3.2. Дезинфекция емкостей для доставки и хранения питьевой воды проводится препаратами, разрешенными к применению в установленном порядке, в соответствии с инструкцией производителя.

3.3. Во время передвижения детей по маршруту, походов, экскурсий используют охлажденную кипяченую воду (кипячение в течение 5 - 10 минут от момента закипания) или воду, полученную из источников, указанных выше, в том числе бутилированную.

Количество воды для питья рекомендуется определять из расчета не менее 2 литров на 1 человека в сутки.

Для питья, мытья овощей и фруктов, которые в дальнейшем не будут подвергаться термической обработке, используют воду, отвечающую требованиям безопасности предъявляемых к питьевой воде.

В неподвижном лагере кипяченую воду, хранящуюся на пищеблоке, меняют не реже 1 раза в 12 часов.

В неподвижном палаточном лагере необходимо иметь возможность подогрева воды для обеспечения горячей водой пищеблока и санитарно-бытовой зоны.

IV. Требования к организации жилой зоны

В жилой зоне размещаются жилые палатки, место для сушки одежды и обуви.

Палатки размещают на сухом, ровном месте на площадках с травяным покрытием или с утрамбованным грунтом. При размещении палаток непосредственно на земле, плохо впитывающей влагу (глинистые почвы), рекомендуется оборудовать отвод для дождевых вод с уклоном от палатки.

Тип палаток выбирается в зависимости от природно-климатических особенностей местности и назначения (специализации) палаточного лагеря.

Палатки должны быть прочными, непромокаемыми (или устанавливаться под тентом), ветроустойчивыми, в местах обитания кровососущих насекомых иметь защиту от них (защитная сетка на двери и окнах). Могут использоваться кемпинговые и армейские палатки.

Все палатки должны иметь плотно закрывающийся вход. Под тентом палатки должно предусматриваться место для хранения обуви.

Палатки в неподвижном лагере можно устанавливать на деревянный настил, приподнятый над землей на 5 - 15 см.

Дно палатки (кроме стоящих на деревянном настиле) должно быть из водонепроницаемой ткани.

Мальчики и девочки размещаются в разных палатках. Каждый проживающий в палаточном лагере должен иметь индивидуальное спальное место.

В неподвижных палаточных лагерях могут использоваться многоместные армейские палатки площадью пола не менее 3 кв. м на одного проживающего. В таких палатках рекомендуется устанавливать кровати или раскладушки. Каждое спальное место комплектуется матрасом, одеялом и подушкой. Запас постельного белья формируется с учетом обеспечения смены комплекта не менее 1 раза в 7 дней.

Грязное белье из палаток складывают в специальные мешки (матерчатые или клеенчатые) для последующей стирки. Мешки с грязным бельем не должны находиться в жилых палатках.

В палатках, не обеспеченных кроватями или раскладушками, используются теплоизоляционные туристские коврики и спальные мешки.

Спальные мешки комплектуются съемными вкладышами или простынями из хлопчатобумажной ткани. Допускается использовать в личных целях личные индивидуальные спальные мешки, имеющие маркировку, содержащую персональные данные (фамилию, имя).

Перед началом работы лагеря, в целях профилактики педикулеза и инфекционных заболеваний, постельные принадлежности (матрацы, одеяла, подушки) и спальные мешки (кроме личных индивидуальных спальных мешков), подлежат камерной дезинфекции или химической чистке.

V. Требования к организации физкультурно-спортивной зоны

Физкультурно-спортивная зона в непередвижном палаточном лагере должна быть инсолируемой. В указанной зоне организуется выделение площадок для проведения подвижных игр. Покрытие площадок может быть травяным, твердым, грунтовым или иметь специальные покрытия, разрешенные для применения в установленном порядке.

Использование открытых водных объектов для купания детей в непередвижных лагерях допускается только при наличии санитарно-эпидемиологического заключения, подтверждающего соответствие объекта санитарным правилам, предъявляющим гигиенические требования к охране поверхностных вод и (или) предъявляющим санитарно-эпидемиологические требования к охране прибрежных вод морей от загрязнения в местах водопользования населения, выданного органом, уполномоченным осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При необходимости на берегу оборудуются защитные устройства от солнца.

Граница поверхности воды, предназначенной для купания, обозначается яркими, хорошо видимыми плавучими сигналами.

Территория берега водоема, предназначенная для отдыха и купания, должна быть очищена от мусора и удалена от мест сброса сточных вод, водопоя скота и других источников загрязнения на расстоянии не менее 500 м.

VI. Требования к организации административно-хозяйственной зоны и пищеблока

Административно-хозяйственная зона выделяется по усмотрению организаторов палаточного лагеря, исходя из целесообразности и рельефа местности. Она предусматривает: палатки (строения) администрации лагеря, зону для приготовления и приема пищи, хранения продуктов, склад (палатка) снаряжения и инвентаря, медицинский пункт.

Устройство пищеблока определяется формой организации питания: привозное, на костре, с использованием стационарной или полевой (в том числе передвижной) кухни. В случае децентрализованного приготовления пищи отдельными группами, входящими в палаточный лагерь, таких зон может быть несколько, при этом каждая из них может непосредственно примыкать к жилой зоне.

На территории пищеблока размещают кухню для приготовления пищи, моечную для мытья столовой и кухонной посуды, столовую для приема пищи, кладовую (продовольственная палатка, погреб) для хранения запасов пищевых продуктов, которая должна располагаться рядом с кухней. Кладовая должна быть оборудована стеллажами, приподнятыми над полом не менее чем на 0,35 м и на расстоянии от стены не менее чем 0,2 м. Обеспечивается хранение продуктов в емкостях с крышками, исключающих возможность проникновения влаги, насекомых, грызунов и животных.

Кухня может располагаться в стационарном строении или отдельной палатке с естественной вентиляцией (окна и вход должны быть закрыты мелкой сеткой).

Кухня и столовая могут быть объединены.

Рядом с входом в кухню оборудуется умывальник для мытья рук персонала, занятого приготовлением пищи.

Моечная должна располагаться рядом с кухней. Допускается устройство моечной на кухне с выделением отдельной рабочей зоны.

В непередвижных палаточных лагерях при приеме пищи используются столы, скамейки (стулья), установленные под навесом (тентом) или в специальной палатке.

Медицинский пункт размещают в помещении или отдельной палатке площадью не менее 4 кв. м. Для изоляции заболевших детей используются отдельные помещения или палатки на 2 - 3 места, проживание в которых детей и персонала не допускается.

Электрогенераторы и другие энергогенерирующие устройства, при их наличии в палаточном лагере, должны располагаться не ближе 25 м от жилой зоны, в недоступном для детей месте.

VII. Требования к организации санитарно-бытовой зоны

Санитарно-бытовая зона включает в себя умывальники, места для мытья ног, для стирки белья, для сушки одежды, туалеты, место сбора мусора. Рекомендуется оборудовать душевые.

В неподвижном лагере умывальники следует располагать вблизи жилой зоны под навесом на устроенной площадке из расчета 1 умывальник на 8 - 10 человек.

Сточные воды отводятся в специальную яму. Мыльные воды должны проходить через милоуловитель (ящик с решетчатым дном, наполненный соломой, стружками).

Помывка детей проводится не реже 1 раза в 7 дней. Для помывки детей используют баню ближайшего населенного пункта (или заранее выбранные по маршруту передвижения), а также баню, оборудованную непосредственно в лагере, или используют душевые установки с подогревом воды.

В неподвижном лагере постирочная для индивидуальной стирки белья и одежды детьми может быть устроена с противоположной стороны умывальника с установкой скамейки для размещения тазов. Сток осуществляется через канаву или по трубе в ту же яму, что и от умывальников.

Туалеты в неподвижных палаточных лагерях располагаются на расстоянии не менее 25 метров от жилой зоны и пищеблока и не менее 50 метров от места купания, из расчета одно очко (размером не более 0,2 м x 0,3 м) на 20 человек отдельно для мальчиков и девочек. Не допускается устройство туалетов без крыши (навеса). Возле туалетов оборудуются рукомойники.

Туалеты выгребного типа организуют с надземной частью и водонепроницаемым выгребом. Глубина выгреба от поверхности земли рассчитывается в зависимости от уровня стояния грунтовых вод, но не менее 1 метра. Не допускается заполнение выгреба более 2/3 объема.

В палаточных лагерях могут использоваться биотуалеты.

Дорожки к туалетам в неподвижном палаточном лагере должны быть ровными, без впадин и ям. Рекомендуется организовать освещение данных дорожек и туалетов.

В неподвижном палаточном лагере место для личной гигиены девушек оборудуется в душевой кабине, женском туалете или отдельной палатке. Оно обеспечивается подставками (полками) для предметов личной гигиены и емкостями для теплой воды.

VIII. Требования к организации режима дня детей

Распорядок дня палаточного лагеря должен предусматривать: продолжительность сна не менее 8 часов, питание детей не менее 3 раз, проведение утренней зарядки, мероприятий по профилю лагеря, спортивных и культурно-массовых мероприятий, гигиенических, оздоровительных и закаляющих (водные, воздушные) процедур, работы по благоустройству лагеря, а также отдых и свободное время.

При проведении физкультурных и спортивных мероприятий возможно использование имеющихся вблизи места дислокации лагеря спортивных сооружений.

Физкультурные и спортивные мероприятия организуются с учетом возраста, физической подготовленности и здоровья детей.

Дети основной группы здоровья могут участвовать во всех спортивных мероприятиях без ограничения. Для детей, отнесенных к другим группам здоровья, физическая нагрузка (в том числе вес рюкзака) нормируется с учетом медицинских показаний медицинским работником (или ответственным лицом).

Утренняя зарядка проводится на открытом воздухе, кроме дождливой погоды.

Купание детей рекомендуется проводить в солнечные и безветренные дни, в светлое время суток, при температуре воздуха не ниже 23 °С и температуре воды не ниже 20 °С. Рекомендуемая продолжительность непрерывного пребывания в воде в первые дни 2 - 5 минут, с постепенным увеличением до 10 - 15 минут. Купание сразу после еды не рекомендуется.

Воздушные ванны начинают при температуре воздуха не ниже 18 °С. Продолжительность первых процедур - 15 - 20 минут. Прием воздушных ванн рекомендуется сочетать с ходьбой, подвижными играми, физическими упражнениями, общественно-полезным трудом.

Солнечные ванны назначают детям после приема воздушных ванн. Их проводят в первой половине дня до 11 часов или после 16 часов на пляже, площадках, защищенных от ветра, спустя час - полтора после еды при температуре воздуха не ниже 25 °С. Солнечные ванны следует начинать с 5 мин., постепенно увеличивая процедуру до 30 - 50 мин. Не допускается прием солнечных ванн без головных уборов.

В режим дня палаточного лагеря рекомендуется включать пешеходные экскурсии и походы протяженностью не более 20 км (протяженность зависит от возраста, физической подготовленности детей и способа их передвижения).

Через каждые 35 - 40 мин. движения необходимо устраивать остановку для отдыха на 10 - 15 минут. Маршрут должен пролегать в основном по затененной местности.

Рекомендуемая продолжительность походов, совершаемых из палаточных лагерей: для неподготовленных детей, впервые участвующих в походах, - не более 3 - 4 ходовых дней; для подготовленных детей, занимающихся в туристских объединениях, - не более 14 ходовых дней.

При температуре воздуха от 25 °С до 28 °С проведение походов рекомендуется проводить в часы наименьшей инсоляции.

В дни с повышенной температурой воздуха (выше 28 °С) необходимо принимать профилактические меры для предупреждения перегрева и тепловых ударов у детей. В такие дни не проводятся мероприятия с интенсивной физической нагрузкой. В жаркие дни рекомендуется организовывать отдых и купание детей в открытых водоемах.

Перед выходом на маршрут все участники должны пройти медицинский осмотр и получить разрешение медицинского работника.

IX. Требования к организации питания

Для организации питания детей в палаточном лагере могут быть использованы следующие формы:

- а) питание в близлежащей организации общественного питания;
- б) привозное горячее питание (доставка готовой пищи в термоконтейнерах);
- в) приготовление пищи с использованием полевой кухни;
- г) приготовление пищи на пищеблоке палаточного лагеря;
- д) приготовление пищи на костре.

При организации питания детей палаточного лагеря в организациях общественного питания или пищеблоке палаточного лагеря должны соблюдаться санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования (СанПиН 2.4.5.2409-08), и настоящим санитарным правилам

При доставке готовой пищи используют термоконтейнеры, разрешенные к применению для контакта с пищевыми продуктами. Готовые первые и вторые блюда могут находиться в термоконтейнерах (термосах) в течение времени, обеспечивающего поддержание температуры не ниже температуры раздачи. Время доставки готовых блюд в термоконтейнерах от момента их приготовления до реализации не должно превышать 2 часов.

Полевые кухни оборудуются под навесом или в каркасной палатке для защиты от атмосферных осадков и пыли. Кухня должна быть обеспечена разделочными столами, разделочными досками и поварскими ножами с соответствующей маркировкой.

Во время стоянок передвижного палаточного лагеря возможно приготовление пищи на костре.

В неподвижных туристских лагерях кухню оборудуют разделочными столами (не менее 2) для раздельной обработки сырых и готовых продуктов. Столы должны иметь гигиеническое покрытие, устойчивое к воздействию дезинфицирующих и моющих средств.

Допускается покрытие столов клеенкой (она должна заменяться при нарушении ее целостности и по мере износа). Столы должны иметь маркировку для обработки сырой и готовой продукции.

В оборудование кухни также входят:

а) разделочные доски и ножи с соответствующей маркировкой: "СМ" - сырое мясо, "СР" - сырая рыба, "СО" - сырые овощи, "ВМ" - вареное мясо, "ВР" - вареная рыба, "ВО" - вареные овощи, "Х" - хлеб, "Г" - гастрономия, "КС" - куры сырые, "Зелень", "Сельдь". Допускается для сырого мяса и сырых кур использовать одну доску с маркировкой "СМ, КС", а также для сырых овощей и зелени с маркировкой "СО, зелень". Разделочные доски должны быть изготовлены из дерева, использование досок из пластмассы и пресованной фанеры не допускается;

б) баки, бачки, ведра (котлы), кастрюли, столовые приборы и другие предметы кухонного оборудования;

в) фартуки, халаты, косынки не менее чем в двух комплектах для всего поварского состава и дежурных по кухне;

г) баки и ведра с крышками для сбора пищевых отходов.

Для скоропортящихся продуктов должны быть предусмотрены условия их хранения при температуре не выше 6 °С.

Сточные воды отводятся от кухни и моечных в специальную яму. Сточные воды должны проходить через фильтр (ящик с решетчатым дном, наполненный соломой, стружками).

Для приема пищи используется металлическая, эмалированная, фаянсовая посуда. Возможно использование одноразовой посуды, разрешенной к применению для горячих пищевых продуктов. Повторное использование одноразовой посуды не допускается.

В палаточных лагерях количество комплектов столовой и чайной посуды, столовых приборов должно полностью обеспечивать одновременное питание участников лагеря (при раздельном приготовлении пищи по группам - одновременное питание всех членов группы).

Уборка столовой и мытье столов проводятся после каждого приема пищи с использованием выделенной ветоши и промаркированных емкостей.

В палаточных лагерях дети могут быть допущены к мытью посуды, а дежурные - к мытью кухонного инвентаря.

В палаточном лагере во время приготовления пищи обязательно присутствие квалифицированных поваров или лиц, ответственных за питание.

В неподвижном палаточном лагере должны быть выделены места для раздельного мытья кухонной (котлы, кастрюли, прочий инвентарь) и столовой посуды; столы для сбора грязной и чистой посуды; стеллажи для сушки и хранения чистой посуды.

Для мытья столовой и чайной посуды, столовых приборов используются промаркированные емкости в количестве не менее 3; для мытья кухонной посуды и разделочного инвентаря выделяют отдельную промаркированную емкость.

Для мытья посуды применяют разрешенные моющие средства в соответствии с инструкциями по их применению.

Чайная посуда, столовые приборы промываются горячей водой (45 °С) с применением моющих средств в 1-й емкости, ополаскиваются горячей водой (65 °С) во 2-й емкости. Столовые приборы после мытья ошпариваются.

Столовая посуда обрабатывается в следующем порядке:

а) механическое удаление остатков пищи;

б) мытье в 1-й емкости в воде с температурой не ниже 45 °С с добавлением моющих средств в соответствии с инструкцией;

в) мытье во 2-й емкости в воде с температурой не ниже 45 °С и добавлением моющих средств в количестве в 2 раза меньшем, чем в 1-й емкости;

г) ополаскивание посуды в 3-й емкости горячей водой с температурой не ниже 65 °С.

Рекомендуется смену воды в каждой емкости проводить после мытья и ополаскивания 20 единиц посуды.

В палаточном лагере при отсутствии горячей воды можно использовать разрешенные моющие средства, предназначенные для мытья столовой посуды в холодной воде, в

соответствии с инструкцией изготовителя.

После мытья столовая и чайная посуда, столовые приборы просушиваются.

Разделочные доски и ножи после их мытья необходимо ошпарить кипятком, просушить и хранить на стеллажах.

Чистая посуда и столовые приборы хранятся на полках (стеллажах), закрытых чистой тканью или марлей.

Столовые приборы хранятся в вертикальном положении ручками вверх.

Ветошь, щетки для мытья посуды после использования подвергаются кипячению в течение 15 минут в воде с добавлением моющих средств или обрабатываются дезинфицирующим раствором, разрешенным к применению, затем промывают, сушат и хранят в специально промаркированной емкости.

В палаточном лагере организуется 3 - 5-разовое питание. Интервалы между приемами пищи должны быть не более 5 часов. Из 3 - 5-разового питания не менее 3 приемов пищи должны быть с горячими блюдами (завтрак, обед, ужин); два приема пищи (полдник, второй ужин или второй завтрак) могут включать соки, чай, фрукты и кондитерские изделия. В исключительных случаях (при выездных мероприятиях) допускается 2-разовое горячее питание (завтрак, ужин).

В дневной рацион питания должен входить набор продуктов, соответствующий суточной потребности в пищевых веществах и энергии детей

Суточная потребность в пищевых веществах и энергии детей

Название пищевых веществ	Усредненная потребность в пищевых веществах для детей возрастных групп:	
	8 - 10 лет	с 11 лет и старше
Белки (г)	63	76,5
Жиры (г)	70	85
Углеводы (г)	305	370,2
Энергетическая ценность - калорийность (ккал) <*>	2100	2550

Рекомендуемые среднесуточные наборы пищевых продуктов, в том числе используемые для приготовления блюд и напитков, для детей и подростков в палаточных лагерях:

Рекомендуемые среднесуточные наборы пищевых продуктов, в том числе, используемые для приготовления блюд и напитков, для детей и подростков в палаточных лагерях <*>

Наименование продуктов	Количество продуктов в зависимости от возраста детей			
	в г, мл, брутто		в г, мл, нетто	
	8 - 10 лет	11 лет и старше	8 - 10 лет	11 лет и старше
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный)	80	120	80	120
Хлеб пшеничный	150	200	150	200
Мука пшеничная	15	20	15	20
Крупы, бобовые	45	50	45	50
Макаронные изделия	15	20	15	20
Картофель	250 <***>	250 <***>	188	188
Овощи свежие, зелень	350	400	280 <***>	320 <***>
Фрукты (плоды) свежие	200	200	185 <***>	185 <***>
Фрукты (плоды) сухие, в том числе шиповник	15	20	15	20
Соки плодоовощные, напитки витаминизированные, в том числе инстантные	200	200	200	200

Мясо жилованное (мясо на кости) 1 кат.	77 (95)	86 (105)	70	78
Цыплята 1 категории потрошенные (куры 1 кат. п/п)	40 (51)	60 (76)	35	53
Рыба-филе	60	80	58	77
Колбасные изделия	15	20	14,7	19,6
Молоко (массовая доля жира 2,5%, 3,2%)	300	300	300	300
Кисломолочные продукты (массовая доля жира 2,5%, 3,2%)	150	180	150	180
Творог (массовая доля жира не более 9%)	50	60	50	60
Сыр	10	12		11,8
Сметана (массовая доля жира не более 15%)	10	10	10	10
Масло сливочное	30	35	30	35
Масло растительное	15	18	15	18
Яйцо диетическое	1 шт.	1 шт.	40	40
Сахар <****>	40	45	40	45
Кондитерские изделия	10	15	10	15
Чай	1,0	1,0	1,0	1,0
Какао	1,0	1,0	1,0	1,0
Кофе (кофейный напиток)	2,0	2,0	2,0	2,0
Дрожжи хлебопекарные	1	2	1	2
Соль	5	7	5	7

Примечание:

<*> Рекомендуются увеличивать нормы на 10 - 15% при организации походов.

<***> Масса брутто приводится для нормы отходов 25%.

<****> Масса нетто является средней величиной, которая может меняться в зависимости от исходного вида овощей и фруктов и сезона года. При формировании меню целесообразно обеспечивать выполнение натуральных норм питания в соответствии с данными, приведенными в столбце нетто.

<*****> В том числе для приготовления блюд и напитков, в случае использования продуктов промышленного выпуска, содержащих сахар (сгущенное молоко, кисели и другие), выдача сахара должна быть уменьшена в зависимости от его содержания в используемом готовом продукте.

В палаточном лагере примерное меню составляется на 5 - 10 дней в соответствии с рекомендуемой формой

**Рекомендуемая форма
составления примерного меню и пищевой ценности
приготавливаемых блюд**

N рец.	Прием пищи, наименование блюда	Масса порции	Пищевые вещества (г)			Энергетическая ценность (ккал)
			Б	Ж	У	
1	2	3	4	5	6	7
	День N 1 - завтрак:					
	...					
	День N 1 - обед:					
	...					
	День N 1 - полдник					
	...					
	ИТОГО:	-				
	День N 2 - завтрак:					

Примерное меню должно содержать информацию о количественном составе блюд, энергетической и пищевой ценности каждого блюда. Обязательно приводятся ссылки на рецептуры используемых блюд и кулинарных изделий в соответствии со сборниками

рецептур. Наименования блюд и кулинарных изделий, указываемых в примерном меню, должны соответствовать их наименованиям, указанным в использованных сборниках рецептур. Повторение одних и тех же блюд или кулинарных изделий в один и тот же день или последующие два дня не допускается.

При организации питания детей допускается проводить подсчет энергетической ценности суточного рациона питания без детализации по отдельным блюдам.

Примерное меню для палаточного лагеря разрабатывается ответственным за питание в лагере - поваром или организацией, обеспечивающей питание, и утверждается начальником палаточного лагеря либо его учредителем.

Производство готовых блюд осуществляется в соответствии с технологическими картами, в которых должны быть отражены рецептура и технология приготовления блюд и кулинарных изделий.

(образец)

Технологическая карта

Технологическая карта N _____

Наименование изделия:

Номер рецептуры:

Наименование сборника рецептур:

Наименование сырья	Расход сырья и полуфабрикатов	
	1 порция	
	Брутто, г	Нетто, г
Выход:		

Химический состав данного блюда

Пищевые вещества				Витамин С, мг
Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	

Технология приготовления блюда: _____

Описания технологических процессов приготовления блюд, в том числе вновь разрабатываемых блюд, должны содержать в себе рецептуру и технологию, обеспечивающие безопасность приготовления блюд и их пищевую ценность.

При производстве готовых блюд следует учесть, что мясные и рыбные консервы можно использовать только для приготовления горячей пищи непосредственно после вскрытия банки. Овощи урожая прошлого года (капусту, репчатый лук, морковь, свеклу) допускается использовать только после термической обработки.

9.21. В примерном меню должно учитываться рациональное распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи. Распределение калорийности по приемам пищи в процентном отношении от суточного рациона должно составлять при 3-разовом питании: завтрак - 25 - 30%, обед - 35 - 45%, ужин - 25 - 30%. При 5-разовом питании: завтрак - 20 - 25%, второй завтрак - 5 - 10%; обед - 30 - 35%, полдник - 10%, ужин - 25 - 30%.

При составлении меню допустимы отклонения от рекомендуемых норм питания (наборов продуктов) в пределах +/- 5%.

Рекомендуемая масса порций блюд (в граммах) для детей, в зависимости от возраста детей.

Рекомендуемая масса порций блюд (в граммах) для детей,
в зависимости от возраста

Название блюд	Масса порций в граммах для детей

	8 - 10 лет	11 лет и старше
Каша, овощное, яичное, творожное, мясное блюдо	150 - 200	200 - 250
Напитки (чай, какао, сок, компот, молоко, кефир и другие)	200	200
Нарезка из свежих овощей (без заправки)	60 - 100	100 - 150
Суп	200 - 250	250 - 300
Мясо, котлета	80 - 120	100 - 120
Гарнир	150 - 200	180 - 230
Фрукты	100	100

В суточном рационе питания содержание белков должно обеспечивать 12 - 15% от калорийности рациона, жиров 30 - 32% и углеводов 55 - 58%.

Фактический рацион питания должен соответствовать утвержденному примерному меню. При отсутствии необходимых пищевых продуктов, допускается их замена другими продуктами, равноценными по химическому составу, - белкам, жирам, углеводам (пищевой ценности), в соответствии с таблицей замены пищевых продуктов.

Таблица замены продуктов по белкам и углеводам.

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав			Добавить к суточному рациону или исключить
		белки, г	жиры, г	углеводы, г	
Замена хлеба (по белкам и углеводам)					
Хлеб пшеничный	100	7,6	0,9	49,7	
Хлеб ржаной простой	150	8,3	1,5	48,1	
Мука пшеничная 1 сорт	70	7,4	0,8	48,2	
Макароны, вермишель	70	7,5	0,9	48,7	
Крупа манная	70	7,9	0,5	50,1	
Замена картофеля (по углеводам)					
Картофель	100	2,0	0,4	17,3	
Свекла	190	2,9	-	17,3	
Морковь	240	3,1	0,2	17,0	
Капуста белокочанная	370	6,7	0,4	17,4	
Макароны, вермишель	25	2,7	0,3	17,4	
Крупа манная	25	2,8	0,2	17,9	
Хлеб пшеничный	35	2,7	0,3	17,4	
Хлеб ржаной простой	55	3,1	0,6	17,6	
Замена свежих яблок (по углеводам)					
Яблоки свежие	100	0,4	-	9,8	
Яблоки сушеные	15	0,5	-	9,7	
Курага (без косточек)	15	0,8	-	8,3	
Чернослив	15	0,3	-	8,7	
Замена молока (по белку)					
Молоко	100	2,8	3,2	4,7	
Творог полужирный	20	3,3	1,8	0,3	
Творог жирный	20	2,8	3,6	0,6	
Сыр	10	2,7	2,7	-	
Говядина (1 кат.)	15	2,8	2,1	-	
Говядина (2 кат.)	15	3,0	1,2	-	
Рыба (филе трески)	20	3,2	0,1	-	
Замена мяса (по белку)					
Говядина (1 кат.)	100	18,6	14,0		
Говядина (2 кат.)	90	18,0	7,5		Масло +6 г
Творог полужирный	110	18,3	9,9		Масло +4 г
Творог жирный	130	18,2	23,4	3,7	Масло -9 г

Рыба (филе трески)	120	19,2	0,7	-	Масло +13 г
Яйцо	145	18,4	16,7	1,0	
Замена рыбы (по белку)					
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	1,3	
Говядина 1 кат.	85	15,8	11,9	-	Масло -11 г
Говядина 2 кат.	80	16,0	6,6	-	Масло -6 г
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	Масло -8 г
Творог жирный	115	16,1	20,7	3,3	Масло -20 г
Яйцо	125	15,9	14,4	0,9	Масло -13 г
Замена творога					
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	
Говядина 1 кат.	90	16,7	12,6	-	Масло -3 г
Говядина 2 кат.	85	17,0	7,5	-	
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	-	Масло +9 г
Яйцо	130	16,5	15,0	0,9	Масло -5 г
Замена яйца (по белку)					
Яйцо 1 шт.	40	5,1	4,6	0,3	
Творог полужирный	30	5,0	2,7	0,4	
Творог жирный	35	4,9	6,3	1,0	
Сыр	20	5,4	5,5	-	
Говядина 1 кат.	30	5,6	4,2	-	
Говядина 2 кат.	25	5,0	2,1	-	
Рыба (филе трески)	35	5,6	0,7	-	

Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) не допускается использовать пищевые продукты и изготавливать блюда:

Продукты и блюда, которые не допускаются к использованию в питании детей в детских палаточных лагерях, в целях предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний(отравлений)

- пищевые продукты с истекшими сроками годности и признаками недоброкачества;
- остатки пищи от предыдущего приема и пищу, приготовленную накануне;
- плодоовощную продукцию с признаками порчи и гнили;
- мясо, субпродукты всех видов сельскохозяйственных животных, рыбу, не прошедшие ветеринарный контроль;
- консервы из мяса свинины; консервы мясные, выработанные в соответствии с техническими условиями (ТУ);
- субпродукты, кроме печени, языка, сердца;
- мясо диких животных, отловленную рыбу;
- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;
- крупу, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями;
- пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления;
- кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты);
- зельцы, изделия из мясной обрезки, диафрагмы; рулеты из мякоти голов, кровяные и ливерные колбасы;
- творог, сметану, не прошедшие термическую обработку;
- простоквашу - "самоквас";
- грибы и продукты, из них приготовленные (кулинарные изделия);
- молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедшие первичную обработку и пастеризацию;
- блюда, изготовленные из сырых мяса, рыбы, не прошедших тепловую обработку;
- запеканки (мясные, рыбные, творожные, крупяные);
- жареные во фритюре пищевые продукты и изделия;

- изделия из рубленого мяса и рыбы, приготовленные в условиях палаточного лагеря;
- уксус, горчицу, хрен, перец острый (красный, черный) и другие острые (жгучие) приправы;
- острые соусы, кетчупы, майонез, маринованные овощи и фрукты, в том числе в виде салатов;
- кофе натуральный; тонизирующие, в том числе энергетические напитки, алкоголь;
- кулинарные жиры, маргарин и другие гидрогенизированные жиры;
- ядро абрикосовой косточки, арахис;
- кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%);
- заливные блюда (мясные и рыбные), студни, форшмак из сельди;
- холодные напитки и морсы, без термической обработки, из плодово-ягодного сырья;
- окрошки и холодные супы;
- макароны по-флотски (с мясным фаршем), макароны с рубленым яйцом;
- паштеты, за исключением консервированных промышленным способом;
- блинчики с мясом и с творогом;
- салаты, приготовленные в условиях палаточного лагеря;
- блюда с добавлением рубленого яйца;
- яичницу-глазунью;
- газированные напитки и напитки на основе синтетических ароматизаторов;
- не допускается переливание кисломолочных напитков (кефир, ряженка, простокваша, ацидофилин и других) из потребительской тары в емкости (их порционируют непосредственно из бутылок, пакетов в стаканы перед раздачей пищи).

При организации питания в походах необходимо руководствоваться рекомендуемым набором продуктов:

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ НАБОР ПРОДУКТОВ ДЛЯ ПОХОДОВ

№ п/п	Наименование продуктов	Вес продуктов в граммах в день (брутто)
1	Хлеб черный и белый или сухари, печенье, сушки, галеты, хлебцы хрустящие	300 – 500 200
2	Крупа, макаронные изделия, готовые концентраты каш или концентраты супов в пакетах Сублимированные блюда	100 – 200 50
3	Масло сливочное топленое, растительное	50 – 60
4	Консервы мясные промышленного производства, выработанные в соответствии с национальными стандартами	150
	Мясо сублимированное	50
5	Сало-шпик, сосиски консервированные, сырокопченые мясные гастрономические изделия и сырокопченые колбасы	50
6	Сахар	40 – 50
	Конфеты, шоколад, мед в промышленной упаковке (допускается замена их сахаром)	20 – 30
7	Консервы рыбные в масле и (или) натуральные	50
8	Овощи свежие или овощи сухие, сублимированные	100 – 200 50
9	Молоко сухое, сливки сухие или молоко стуженное, консервированное	25 – 30 50

10	Сыры твердых сортов	20 - 40
11	Фрукты свежие сухофрукты, концентрированные кисели, орехи (кроме арахиса)	100 - 200 30
12	Кофе суррогатный Какао-порошок Чай	2 - 3 1 - 2 1 - 2
13	Специи: лавровый лист, лук, чеснок, лимонная кислота	3 - 4
14	Соль	5 - 7
15	Витамины, глюкоза	3

Пищевые продукты и продовольственное сырье, используемые в питании, должны соответствовать предъявляемым к ним требованиям. Сопроводительную документацию необходимо сохранять до конца смены.

Качество пищевых продуктов и продовольственного сырья при централизованном питании проверяется медицинским работником или ответственным за питание, с занесением информации в журнал бракеража поступающих пищевых продуктов и продовольственного сырья:

Журнал бракеража поступивших пищевых продуктов и продовольственного сырья

Дата и время поступления продуктов	Наименование продукта и его количество (вес, штуки)	Номер документа, подтверждающего безопасность принятого продукта	Отметка о качестве продукта	Конечный срок реализации продукта	Фактическая реализация продукта (по дням)	Подпись лиц, осуществляющих приемку продуктов	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Не допускаются закупка пищевых продуктов с истекшими сроками реализации и признаками порчи.

При хранении продуктов в палаточном лагере должны соблюдаться сроки годности, условия хранения и правила товарного соседства. Сырые продукты следует хранить отдельно от готовых блюд и пищевых продуктов, не требующих тепловой обработки.

Дети могут быть допущены к отдельным видам заготовительных работ пищевых продуктов (чистке картошки, резке хлеба и других), к сервировке и уборке столов. При приготовлении пищи на костре или в полевой кухне дети (дежурные) под наблюдением взрослых могут участвовать в приготовлении пищи.

Выдача готовой пищи осуществляется после снятия пробы медицинским работником или ответственным лицом. Оценку качества блюд проводят по органолептическим показателям (пробу снимают непосредственно из емкостей, в которых готовится пища). При централизованном питании результаты бракеража регистрируются в журнале бракеража готовой продукции:

Журнал бракеража готовой продукции

Дата и час изготовления блюда	Время снятия бракеража	Наименование блюда, кулинарного изделия	Результаты органо-леп-тической оценки	Разрешение к реализации блюда, кулинарного изделия	Подпись ответственного лица	Примечание <*>
1	2	3	4	5	6	7

--	--	--	--	--	--	--

Примечание:

<*> Указываются факты запрещения к реализации готовой продукции.

Пищу готовят на каждый прием и реализуют не позднее 1-го часа с момента ее приготовления. Подогрев готовых блюд не допускается.

Рекомендуется оставлять суточные пробы от всех приготовленных и реализованных блюд и кулинарных изделий. Пробы отбирают прокипяченными ложками в прокипяченную посуду и сохраняют в течение 48 часов при температуре не выше 6 °С. На емкости с пробами наносят информацию о времени их отбора.

Контроль выполнения норм питания осуществляется медицинским работником или ответственным лицом ежедневно.

Х. Требования к санитарному содержанию территории лагеря палаточного типа

Территория палаточного лагеря должна содержаться в чистоте. Перед началом смены лагеря и после ее окончания должна быть проведена уборка территории с вывозом мусора в места сбора бытовых отходов.

Текущая уборка территории должна проводиться ежедневно по мере загрязнения. Твердые бытовые отходы собирают в полиэтиленовые мешки, мусоросборники или специальные емкости. При заполнении их на 2/3 объема и по окончании смены они должны быть вывезены специальным автотранспортом. Сжигание мусора на территории лагеря и на прилегающей территории не допускается.

В местах стоянок передвижных лагерей пищевые отходы закапываются в отведенном для них месте.

Ямы для сбора сточных вод в неподвижных палаточных лагерях должны быть закрыты крышками и заполняться не более чем на 2/3 объема. Для предупреждения выплода мух рекомендуется использовать дезинсекционные средства, прошедшие государственную регистрацию и применять их в соответствии с инструкцией производителя. Рекомендованная кратность обработки - 1 раз в 5 - 10 дней.

Органические (пищевые) отходы допускается утилизировать посредством компостной ямы, глубиной не менее 1 метра, с крышкой, которая ежедневно должна присыпаться слоем земли не менее 2,5 сантиметра. При заполнении на 2/3 объема яма полностью засыпается землей.

Дверные ручки и полы в туалетах ежедневно промывают с использованием моющих средств и обрабатывают дезинфицирующими средствами. Не допускается привлекать детей к уборке туалетов.

Выгребные ямы туалетов ежедневно заливаются растворами дезинфицирующих средств. Туалеты выгребного типа должны периодически обрабатываться инсектицидами для предотвращения выплода мух(см. выше).

Палатки должны содержаться в чистоте, мусор из них должен регулярно убираться.

Моющие и дезинфицирующие средства хранят в специально отведенных местах в таре производителя, допускается их хранение в специально выделенных промаркированных емкостях.

Уборочный инвентарь должен быть промаркирован. После использования уборочный инвентарь моют с моющими и дезинфицирующими средствами и хранят в специально отведенном месте. Уборочный инвентарь для уборки санитарных узлов должен иметь сигнальную маркировку (красную, оранжевую) и храниться отдельно.

На территории палаточного лагеря не должно быть безнадзорных домашних животных.

XI. Требования к соблюдению правил личной гигиены персоналом

Персонал пищеблока перед началом работы должен надевать чистую спецодежду,

убирать волосы под головной убор, тщательно мыть руки с мылом.

Необходимо предусмотреть стирку спецодежды.

В неподвижном лагере ежедневно перед началом работы медицинский работник осматривает персонал пищеблока и дежурных по кухне на наличие гнойничковых заболеваний и заболеваний верхних дыхательных путей. Лица, из числа персонала пищеблока и дежурных по кухне с гнойничковыми заболеваниями кожи, нагноившимися порезами, ожогами, ссадинами, а также с заболеваниями верхних дыхательных путей к работе на кухне не допускаются. Результаты осмотра заносятся в журнал здоровья:

Журнал здоровья

N п/п	Ф.И.О. работника <*>	Должность	Месяц/дни <***>:							
			1	2	3	4	5	6	7	...
1.										
2.										
3.										

Примечание:

<*> Список работников, отмеченных в журнале на день осмотра, должен соответствовать числу работников на этот день в смену.

<***> Условные обозначения:

Зд. - здоров; Отстранен - отстранен от работы; отп. - отпуск; В - выходной; б/л - больничный лист.

При появлении признаков простудного заболевания или желудочно-кишечного расстройства, а также нагноений, порезов, ожогов персонал лагеря обязан сообщать об этом начальнику лагеря или иному ответственному лицу и обратиться за медицинской помощью. Персонал также обязан информировать обо всех случаях заболевания кишечными инфекциями в своей семье, если контактирует с членами семьи во время работы в палаточном лагере.

ХII. Требования к выполнению санитарных правил и организации работы медицинского персонала

Начальник палаточного лагеря отвечает за выполнение настоящих санитарных правил, в том числе обеспечивает:

- наличие в лагере настоящих санитарных правил, ознакомление с ними и выполнение их персоналом лагеря;
- необходимые условия для соблюдения санитарных правил;
- подбор персонала, имеющего допуск по состоянию здоровья (наличие медицинских книжек), прошедшего профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию;
- организацию мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

Во всех случаях возникновения инфекционных заболеваний, а также других выявленных нарушений санитарных правил, которые создают угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых отравлений, начальник лагеря или иное ответственное лицо обязаны принять меры для устранения их причин и незамедлительно информировать орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для принятия необходимых мер.

Медицинский персонал осуществляет:

- повседневный контроль за соблюдением требований настоящих санитарных правил;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом, а также сроками проведения банных дней;
- своевременную изоляцию инфекционных больных;

- немедленное сообщение в территориальные медицинские организации и управления Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний;
- контроль за выполнением режима дня;
- контроль за организацией питания (за качеством поступающей продукции, за условиями ее хранения, за соблюдением сроков реализации, технологии приготовления и качеством готовой пищи; за санитарным состоянием и содержанием пищеблока; за качеством мытья посуды);
- контроль за выполнением суточных норм и режима питания, отбор суточной пробы, за организацией питьевого режима;
- ежедневный осмотр персонала пищеблока и дежурных на наличие гнойничковых заболеваний кожи, катаральных явлений верхних дыхательных путей, опрос на наличие дисфункции желудочно-кишечной системы,
- организацию и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Первая помощь и медицинская помощь осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В период пребывания детей в палаточном лагере может быть оказана только первая медицинская помощь, далее (с учетом состояния здоровья) ребенок должен быть транспортирован в лечебно-профилактическое учреждение.

Оказание первой медицинской помощи детям в период отдыха и оздоровления в детских лагерях палаточного типа (в том числе и период передвижения в походах) может осуществляться медицинским работником или лицом, выделенным из числа лиц, сопровождающих детей в период отдыха и прошедших специальную подготовку по оказанию первой помощи.

Для оказания первой помощи детям используется аптечка, комплектация которой утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 05.03.2011 N 169н "Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам" <1>.

<1> Зарегистрирован Минюстом России 11.04.2011, регистрационный N 20452.

За нарушение санитарного законодательства начальник и ответственные лица палаточного лагеря в соответствии с должностными инструкциями (регламентами) несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

При перевозке детей к местам отдыха и оздоровления необходимо руководствоваться :

- ***СП 2.5.1277-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов»*** (в ред. Изменений и дополнений **N 1**, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.11.2010 N 152)

Санитарные правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к условиям перевозки железнодорожным транспортом организованных детских коллективов (групп детей) и направлены на охрану здоровья детей и подростков при нахождении их в пути следования и в стационарных условиях зон обслуживания пассажиров на станциях отправления и станциях прибытия.

Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил является обязательным для всех юридических и физических лиц, участвующих в перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов (групп детей) в возрасте до 18 лет в количестве от 8 детей и более.

Требования к организации перевозок железнодорожным транспортом детских коллективов

Организаторы детских коллективных поездок (на отдых и оздоровление, соревнования, фестивали, слеты, экскурсии и другие):

Формируют группы детей с сопровождающими лицами из расчета 1 сопровождающий на 8 - 12 детей.

Сопровождающие лица должны иметь справку о состоянии здоровья или медицинскую книжку установленного образца с результатами медицинских обследований и лабораторных исследований, отметкой о прохождении гигиенической подготовки.

Осуществляют подбор квалифицированного медицинского персонала для медицинского сопровождения организованных групп детей до конечного пункта.

Медицинские работники, выделенные для сопровождения детских организованных коллективов, должны быть своевременно проинструктированы и ознакомлены с рекомендациями и соответствующим образом экипированы организаторами коллективного отдыха детей.

В пути следования организаторы детских коллективных поездок предусматривают оказание медицинской помощи детям в случае вынужденной госпитализации из пассажирского поезда и доотправку их до места жительства или места отдыха.

РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ МЕДРАБОТНИКОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ПЕРЕВОЗКАХ ОРГАНИЗОВАННЫХ
ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ТРАНСПОРТОМ

1. Для медицинского сопровождения приглашаются врачи или медицинские сестры, имеющие стаж лечебной работы с детским контингентом, прошедшие инструктаж по вопросам гигиены и эпидемиологии в центре государственного санитарно-эпидемиологического надзора, ознакомленные с настоящей инструкцией.

2. Основной задачей медицинского работника при перевозке организованных детских коллективов является: контроль состояния здоровья детей в пути следования; оказание медицинской помощи заболевшим детям; организация госпитализации больных; контроль соблюдения детьми правил гигиены и санитарии в вагонах.

3. Во время рейса он согласует свои действия с бригадиром пассажирского состава, органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте.

А. До отправления в рейс медицинский работник:

- проверяет наличие справок о состоянии здоровья детей и сопровождающих их лиц;
- проверяет укомплектованность аптечки с медикаментами в соответствии с перечнем, несет ответственность за ее состояние и своевременное пополнение;
- проверяет наличие тетради для регистрации обращений детей за медицинской помощью и записи своей работы во время рейса;
- проводит с детьми инструктивные беседы о правилах личной гигиены и поведения в условиях длительной поездки в вагоне пассажирского поезда;
- перед посадкой в поезд проводит опрос о состоянии здоровья в организованных группах с целью выявления детей с недомоганием;
- проверяет обеспеченность всех мест для детей постельными принадлежностями и постельным бельем.

Б. Во время рейса медицинский работник:

- ежедневно контролирует состояние здоровья детей, при необходимости - с проведением термометрии; проверяет санитарно-гигиеническое состояние в вагонах, обращая особое внимание на содержание санитарных узлов, которыми пользуются дети, чистоту, вентиляцию и температуру в вагонах, постоянное наличие питьевой воды, состояние постельных принадлежностей, хранение личных продуктов детей;
- требует от обслуживающего персонала пассажирского поезда и детей выполнения всех санитарных правил, соблюдения чистоты и порядка в вагонах;
- создает актив из взрослых, сопровождающих детей в поездке, которые помогают медицинскому работнику осуществлять санитарно-профилактические мероприятия;
- при выявлении инфекционного больного или подозрении на пищевое отравление среди детей медицинский работник совместно с проводником обязан изолировать заболевших, немедленно сообщить об этом в ближайший по маршруту следования медицинский пункт вокзала и органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

- при помощи актива из взрослых, сопровождающих детей, составить списки детей, общавшихся с больным (контактных), с указанием номера вагона, фамилии, имени, отчества, даты рождения, места жительства, места учебы;
- при оставлении заболевшим ребенком поезда по болезни медицинский работник принимает участие в составлении акта совместно с бригадиром поезда и начальником станции (вокзала), на которой осуществляется госпитализация;
- медицинский работник вручает ребенку или взрослому, сопровождающему ребенка, копию акта и путевку, которые вместе со справкой из лечебного учреждения служат основанием для получения бесплатного железнодорожного билета общей формы для проезда в купейном вагоне пассажирского поезда до места назначения;
- при питании организованных групп детей в вагоне-ресторане проверяет санитарное состояние зала, качество мытья посуды, требует от работников вагона-ресторана и детей соблюдения правил личной гигиены;
- принимает участие в составлении меню и подборе ассортимента продуктов, выдаваемых детям вместо горячей пищи;
- проводит бракераж готовых блюд перед началом каждого приема пищи организованными группами детей, результаты записывает в бракеражный журнал каждого вагона-ресторана совместно с заведующим производством и директором вагона-ресторана;
- выдает медикаменты, необходимые для оказания первой помощи детям во время поездки;
- ведет учет своей работы.

В. По прибытии на станцию назначения медицинский работник:

- готовит отчет о медико-санитарной работе во время рейса, а также справку о госпитализированных в пути следования с указанием фамилии, имени, отчества, домашнего адреса и номера путевки ребенка, названия и адреса лечебного учреждения, даты госпитализации и диагноза;
- составляет акт о списании израсходованных медикаментов.

4. Медработник, осуществляющий медицинское сопровождение, сообщает в пункт формирования поезда, на котором осуществлялась перевозка организованных детских коллективов, о случаях отказа работников вагонов-ресторанов или бригадира поезда бригады принять необходимые меры для предотвращения массовых заболеваний или невыполнения ими своих функциональных обязанностей по поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия в составе.

Организаторы детских коллективных поездок направляют информацию в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации и на железнодорожном транспорте о планируемых сроках отправки организованных детских групп и количестве детей по рекомендуемой форме не менее чем за 3 суток до отправления.

**ИНФОРМАЦИЯ
О ВЫЕЗДЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ТРАНСПОРТОМ ОРГАНИЗОВАННЫХ
ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

№ п/п	Исходные данные	Подлежит заполнению
1.	Организатор отдыха (учреждение, фирма, фонд, организация и др.)	
2.	Юридический адрес организатора отдыха детей	
3.	Дата выезда	
4.	Станция отправления	
5.	Поезд N	
6.	Род вагона (межобластной, спальный, купейный, мягкий)	
7.	Количество детей	
8.	Количество сопровождающих	
9.	Наличие медицинского сопровождения (кол-во врачей, средних медработников)	

10.	Станция назначения	
11.	Наименование и адрес детского оздоровительного учреждения	
12.	Планируемый тип питания в пути следования (вагон-ресторан, сухой паек)	

Руководитель учреждения (фирмы, фонда, организации), организующего отдых
М.П.

Организаторы детских коллективных поездок согласовывают с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор ассортимент продуктов, входящих в дорожный набор - "сухой паек", и обеспечивают питание детей из таких наборов в пути следования.

Организаторам детских коллективных поездок необходимо заранее решить вопрос доставки детских групп от вокзала к месту назначения.

При нахождении в пути свыше одних суток организуется полноценное горячее питание организованных детских групп в вагонах-ресторанах пассажирских поездов совместно организаторами коллективного отдыха детей, начальником поезда и директором вагона-ресторана.

Рекомендуется размещать организованные группы детей в пассажирском вагоне рядом с вагоном-рестораном. В вагоне-ресторане прием пищи детьми должен осуществляться отдельно от других пассажиров. Количество вагонов-ресторанов, предназначенных для организации питания детских коллективов в пути следования, должно определяться в зависимости от их производственной мощности и числа посадочных мест.

Организация питания детских коллективов в вагонах-ресторанах должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям по организации перевозок на железнодорожном транспорте. При организации питания детских коллективов рекомендуется использование полуфабрикатов высокой степени готовности.

Допускается возможность доставки горячего питания в пути следования к месту размещения организованных групп детей в вагоне железнодорожного транспорта силами работников вагона-ресторана.

Направляющиеся железнодорожным транспортом в организованные коллективные поездки дети должны иметь медицинские справки о состоянии здоровья и отсутствии контакта с инфекционными больными.

Посадка в пассажирский состав больных детей не допускается. При выявлении до выезда, во время посадки в поезд или в пути следования ребенка с признаками заболевания в острой форме данный ребенок должен быть госпитализирован. Факт выздоровления подтверждается справкой, выданной медицинскими работниками лечебно-профилактического учреждения.

Для организованных детских контингентов вне зависимости от численности групп продажа железнодорожных билетов осуществляется только при наличии официального подтверждения организаторами коллективного отдыха детей обеспечения соответствующего медицинского сопровождения.

Главные врачи органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор на железнодорожном транспорте, расположенных по маршруту следования поезда с детскими организованными коллективами, обеспечивают преемственность проведения санитарно-эпидемиологического контроля до станции назначения.

Гигиенические требования к услугам,
предоставляемым организованным детским коллективам
в стационарных условиях зон обслуживания пассажиров
на станциях отправления и станциях прибытия

В местах отправления и местах прибытия по назначению организованных детских коллективов управлениями железных дорог и дирекциями по обслуживанию пассажиров

назначаются ответственные работники за организацию посадки, высадки детей в пассажирские вагоны и размещения детей в помещениях вокзалов, обеспечивающие:

Соблюдение поточности основных операций по отправлению и прибытию детских организованных коллективов.

Соответствующие условия для кратковременного пребывания детских организованных коллективов в залах ожидания и для длительного пребывания в комнатах отдыха вокзалов.

При необходимости - услуги общественного питания в вокзальных ресторанах, буфетах и других разрешенных органами, уполномоченными осуществлять госсанэпиднадзор на железнодорожном транспорте точках общественного питания.

Необходимые санитарно-бытовые услуги (туалеты, умывальники).

Организацию безопасной и своевременной посадки в пассажирские вагоны и высадки из пассажирских вагонов детских организованных коллективов.

Установление диспетчерского контроля за следованием поездов с организованными детскими коллективами с организацией ежесуточного отчета на железных дорогах и ежесменного доклада в МПС России об отправлении, прибытии поездов с организованными детскими коллективами.

В условиях больших, средних и крупнейших вокзалов силами расположенных в них медицинских пунктов должна быть оказана неотложная медицинская помощь пассажирам (детям и сопровождающим их взрослым), заболевшим в пути, на вокзалах или пострадавшим от несчастного случая. В медпунктах устанавливается круглосуточное дежурство медицинского персонала. Аптечки для оказания первой помощи должны быть полностью укомплектованы средствами оказания медицинской помощи и медикаментами.

Гигиенические требования к экипировке пассажирских вагонов и вагонов-ресторанов при перевозке организованных детских коллективов

Контроль готовности железнодорожных составов, назначаемых для перевозки детских организованных коллективов, осуществляют комиссии в составе представителей пассажирской службы, дирекции по обслуживанию пассажиров, органов государственного санитарного надзора на железнодорожном транспорте. Результаты осмотра оформляются актом общей формы.

Для перевозки детей в пунктах экипировки выделяются пассажирские вагоны и вагоны-рестораны с минимальными сроками службы и техническим состоянием, соответствующим санитарным правилам по организации пассажирских перевозок на железнодорожном транспорте.

Пассажирские вагоны, в которых перевозятся организованные группы детей, должны быть оборудованы кондиционерами и биотуалетами. Туалетные помещения должны быть обеспечены мылом, туалетной бумагой и бумажными салфетками.

Подготовка пассажирских вагонов в рейс должна соответствовать установленному технологическому процессу на специально оснащенных пунктах экипировки.

Вагон-ресторан должен экипироваться достаточным количеством провианта и бутилированной питьевой воды.

Пассажирские вагоны и вагоны-рестораны должны быть обеспечены доброкачественной питьевой водой в соответствии с санитарными требованиями. Пищевые продукты по показателям безопасности должны соответствовать требованиям нормативно-технической документации и сопровождаться документами, устанавливающими их качество.

Пассажирские составы, осуществляющие перевозки детских организованных коллективов, должны быть обеспечены средствами для оказания медицинской помощи в пути следования. Аптечки и укладки должны быть в достаточной степени укомплектованы медикаментами и средствами оказания медицинской помощи.

Гигиенические требования к услугам, предоставляемым организованным детским коллективам в пути следования

При перевозке детских организованных коллективов проводники вагонов должны обеспечивать полное справочно-информационное обслуживание о санитарных зонах по маршруту движения поезда, об ассортименте оказываемых пассажирам услуг, о факторах риска и мерах по его предупреждению, о правилах внутреннего распорядка.

Проводники совместно с сопровождающими детей взрослыми:
оказывают помощь в размещении детей на местах проезда;
осуществляют выдачу постельного белья и постельных принадлежностей;
производят по необходимости замену мест;
обеспечивают питьевой водой, чаем не менее 3 раз в сутки;

организуют специальные купе для детей-инвалидов. Контроль за соблюдением детьми чистоты в пассажирских вагонах и вагонах-ресторанах осуществляется взрослыми, сопровождающими детскую группу. Влажная уборка пассажирских вагонов должна проводиться проводниками не менее 2 раз в сутки, уборка туалетов - не менее 4 раз в сутки, вакуумное обеспыливание ковровых дорожек - не менее 2 раз в сутки.

Постельное белье, запаянное в полиэтиленовые пакеты, и постельные принадлежности предоставляются каждому ребенку. Запрещается пользование постельными принадлежностями без постельного белья. При этом проводники вагонов обеспечивают:

раздельное хранение чистого и использованного постельного белья;
уборку использованного постельного белья после высадки детей.

Для приготовления и раздачи чая и кондитерских изделий проводник одевает специально предназначенную для этих целей куртку или передник. Кондитерские изделия должны выдаваться детям в мелкой фабричной расфасовке.

Взрослые и медицинские работники, сопровождающие детские организованные коллективы, обязаны осуществлять контроль за питанием детей в вагоне-ресторане, совместно с директором вагона-ресторана организовать диетпитание нуждающимся в нем детям.

Обеспечение питания детских организованных коллективов в вагоне-ресторане включает процессы приготовления, реализации и организации потребления детьми разнообразного ассортимента блюд и изделий всех основных групп, в том числе сложного изготовления (за исключением первых блюд в поездах с продолжительностью следования до суток) из разрешенных видов сырья, покупных товаров и напитков.

При организации горячего питания рекомендуется 4-разовое питание с распределением общей калорийности суточного рациона: завтрак - 25%, обед - 35%, полдник - 15%, ужин - 25%.

Рекомендуемые величины калорийности (ккал/день): 6 лет - 1970, 7 - 10 лет - 2300, 11 - 13 лет (мальчики) - 2700, 11 - 13 лет (девочки) - 2450, 14 лет (юноши) - 2900, 14 лет (девушки) - 2600. Рекомендуемое соотношение белков, жиров и углеводов 1:1:4.

Ассортимент блюд и изделий в вагонах-ресторанах для питания, в том числе диетического, организованных детских коллективов должен быть в обязательном порядке согласован директором вагона-ресторана с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор на железнодорожном транспорте в пунктах формирования.

Удовлетворение потребностей в питании детских организованных групп в пути следования поездов также включает услуги по доставке работниками вагона-ресторана кулинарной продукции и кондитерских изделий по заказам в купе пассажирского поезда и доставку в купе скомплектованных рационов питания в индивидуальной упаковке.

Перечень услуг, предоставляемых вагонами-ресторанами в пассажирских поездах при осуществлении организованных детских перевозок, согласовывается с органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора на железнодорожном транспорте.

Проводники, включенные в рейс в составе поездной бригады, не должны иметь нарушений в состоянии здоровья, обязаны иметь личные медицинские книжки и отметки в них о прохождении обязательных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров и сдаче зачета по программе гигиенической подготовки.

Организация оказания медицинской помощи детям в пути следования поезда предусматривает наблюдение за состоянием здоровья детей, контроль за санитарно-

гигиеническим состоянием пассажирских составов с организованными детскими коллективами, оказание первой медицинской помощи.

Организаторы отдыха по окончании оздоровительной смены в обязательном порядке должны обеспечить медицинское сопровождение организованных детских коллективов до места жительства.

Каждый пассажирский состав должен иметь:

две укомплектованные аптечки для оказания медицинской помощи - рабочую и аварийную;

эпидукладку на случай выявления в пути следования больного, подозрительного на заболевание особо опасной инфекцией;

противоэпидемиологическую укладку.

• *Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2013 г. N 1176*

О внесении изменений в Правила дорожного движения Российской Федерации
ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. В пункте 1.2 термин "Организованная перевозка группы детей" изложить в следующей редакции:

"Организованная перевозка группы детей" - организованная перевозка восьми и более детей в автобусе, не относящемся к маршрутному транспортному средству».

2. Пункт 22.6 изложить в следующей редакции:

"22.6. Организованная перевозка группы детей должна осуществляться в соответствии с настоящими Правилами, а также правилами, утверждаемыми Правительством Российской Федерации, в автобусе, обозначенном опознавательными знаками "Перевозка детей".".

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2013 г. N 1177

Об утверждении Правил организованной перевозки группы детей автобусами.

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила организованной перевозки группы детей автобусами.

2. Установить, что реализация полномочий федеральных органов исполнительной власти, предусмотренных настоящим постановлением, осуществляется в пределах установленной Правительством Российской Федерации предельной численности работников федеральных органов исполнительной власти, а также бюджетных ассигнований, предусмотренных им в федеральном бюджете на руководство и управление в сфере установленных функций.

3. Пункт 3 Правил, утвержденных настоящим постановлением, вступает в силу по истечении 180 дней со дня его официального опубликования (примечание- опубликован 24.12.2013г.).

ПРАВИЛА ОРГАНИЗОВАННОЙ ПЕРЕВОЗКИ ГРУППЫ ДЕТЕЙ АВТОБУСАМИ

1. Настоящие Правила определяют требования, предъявляемые при организации и осуществлении организованной перевозки группы детей, в том числе детей-инвалидов (далее - группа детей), автобусами в городском, пригородном или междугородном сообщении.

2. Для целей настоящих Правил:

понятия "фрагтовщик", "фрагтователь" и "договор фрагтования" используются в значениях, предусмотренных Федеральным законом "Устав автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта";

понятие "должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения" используется в значении, предусмотренном Федеральным законом "О безопасности дорожного движения";

понятия "образовательная организация", "организация, осуществляющая обучение" и "организация, осуществляющая образовательную деятельность" используются в значениях,

предусмотренных Федеральным законом "Об образовании в Российской Федерации";

понятие "медицинская организация" используется в значении, предусмотренном Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

понятие "организованная перевозка группы детей" используется в значении, предусмотренном Правилами дорожного движения Российской Федерации, утвержденными постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 23 октября 1993 г. N 1090 "О правилах дорожного движения".

3. Для осуществления организованной перевозки группы детей используется автобус, с года выпуска которого прошло не более 10 лет, который соответствует по назначению и конструкции техническим требованиям к перевозкам пассажиров, допущен в установленном порядке к участию в дорожном движении и оснащен в установленном порядке тахографом, а также аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS.

4. Для осуществления организованной перевозки группы детей необходимо наличие следующих документов:

а) договор фрахтования, заключенный фрахтовщиком и фрахтователем в письменной форме, - в случае осуществления организованной перевозки группы детей по договору фрахтования;

б) документ, содержащий сведения о медицинском работнике (фамилия, имя, отчество, должность), копия лицензии на осуществление медицинской деятельности или копия договора с медицинской организацией или индивидуальным предпринимателем, имеющими соответствующую лицензию, - в случае, предусмотренном пунктом 12 настоящих Правил;

в) решение о назначении сопровождения автобусов автомобилем (автомобилями) подразделения Государственной инспекции безопасности дорожного движения территориального органа Министерства внутренних дел Российской Федерации (далее - подразделение Госавтоинспекции) или уведомление о принятии отрицательного решения по результатам рассмотрения заявки на такое сопровождение;

г) список набора пищевых продуктов (сухих пайков, бутилированной воды) согласно ассортименту, установленному Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека или ее территориальным управлением, - в случае, предусмотренном пунктом 17 настоящих Правил;

д) список назначенных сопровождающих (с указанием фамилии, имени, отчества каждого сопровождающего, его телефона), список детей (с указанием фамилии, имени, отчества и возраста каждого ребенка);

е) документ, содержащий сведения о водителе (водителях) (с указанием фамилии, имени, отчества водителя, его телефона);

ж) документ, содержащий порядок посадки детей в автобус, установленный руководителем или должностным лицом, ответственным за обеспечение безопасности дорожного движения, образовательной организации, организации, осуществляющей обучение, организации, осуществляющей образовательную деятельность, медицинской организации или иной организации, индивидуальным предпринимателем, осуществляющими организованную перевозку группы детей автобусом (далее - организация), или фрахтователем, за исключением случая, когда указанный порядок посадки детей содержится в договоре фрахтования;

з) график движения, включающий в себя расчетное время перевозки с указанием мест и времени остановок для отдыха и питания (далее - график движения), и схема маршрута.

5. Оригиналы документов, указанных в пункте 4 настоящих Правил, хранятся организацией или фрахтовщиком и фрахтователем (если такая перевозка осуществлялась по договору фрахтования) в течение 3 лет после осуществления каждой организованной перевозки группы детей.

6. Руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь обеспечивает наличие и передачу не позднее чем за 1 рабочий день до начала перевозки ответственному (старшему ответственному) за организованную перевозку группы детей копий документов, предусмотренных подпунктами "б" - "з" пункта 4 настоящих Правил.

В случае осуществления организованной перевозки группы детей по договору фрахтования фрахтователь обеспечивает наличие и передачу фрахтовщику не позднее чем за 1 рабочий день до начала такой перевозки копий документов, предусмотренных подпунктами "б" - "д" и "ж" пункта 4 настоящих Правил, а фрахтовщик передает фрахтователю не позднее чем за 2 рабочих дня до начала такой перевозки копии документов, предусмотренных подпунктами "е" и "з" пункта 4 настоящих Правил.

7. Руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтовщик:

за 2 рабочих дня до организованной перевозки группы детей обеспечивает передачу водителю (водителям) копии договора фрахтования, а также утвержденных руководителем или должностным лицом, ответственным за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, или уполномоченным лицом фрахтовщика копии графика движения и схемы маршрута - в случае организованной перевозки группы детей по договору фрахтования;

за 1 рабочий день до организованной перевозки группы детей обеспечивает передачу водителю(водителям) копий документов, предусмотренных подпунктами "б" - "г", "е" и "ж" пункта 4 настоящих Правил. При осуществлении перевозки 2 и более автобусами каждому водителю также передаются копия документа, предусмотренного подпунктом "д" пункта 4 настоящих Правил (для автобуса, которым он управляет), и сведения о нумерации автобусов при движении.

8. К управлению автобусами, осуществляющими организованную перевозку группы детей, допускаются водители, имеющие непрерывный стаж работы в качестве водителя транспортного средства категории "D" не менее 1 года и не подвергавшиеся в течение последнего года административному наказанию в виде лишения права управления транспортным средством либо административного ареста за совершение административного правонарушения в области дорожного движения.

9. Включение детей возрастом до 7 лет в группу детей для организованной перевозки автобусами при их нахождении в пути следования согласно графику движения более 4 часов не допускается.

10. Руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь или фрахтовщик (по взаимной договоренности) обеспечивает в установленном порядке подачу заявки на сопровождение автобусов автомобилями подразделения Госавтоинспекции.

11. В ночное время (с 23 часов до 6 часов) допускается организованная перевозка группы детей к железнодорожным вокзалам, аэропортам и от них, а также завершение организованной перевозки группы детей (доставка до конечного пункта назначения, определенного графиком движения, или до места ночлега) при незапланированном отклонении от графика движения (при задержке в пути). При этом после 23 часов расстояние перевозки не должно превышать 50 километров.

12. При организованной перевозке группы детей в междугородном сообщении организованной транспортной колонной в течение более 3 часов согласно графику движения руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь или фрахтовщик (по взаимной договоренности) обеспечивает сопровождение такой группы детей медицинским работником.

13. При неблагоприятном изменении дорожных условий (ограничение движения, появление временных препятствий и др.) и (или) иных обстоятельствах, влекущих изменение времени отправления, руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь или фрахтовщик (по взаимной договоренности) обеспечивает принятие мер по своевременному оповещению родителей (законных представителей) детей, сопровождающих, медицинского работника (при наличии медицинского сопровождения) и соответствующее подразделение Госавтоинспекции (при сопровождении автомобилем (автомобилями) подразделения Госавтоинспекции).

14. Руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь обеспечивает назначение в каждый автобус, осуществляющий перевозку детей, сопровождающих, которые сопровождают детей при перевозке до места назначения.

Количество сопровождающих на 1 автобус назначается из расчета их нахождения у каждой двери автобуса, при этом один из сопровождающих является ответственным за организованную перевозку группы детей по соответствующему автобусу и осуществляет координацию действий водителя (водителей) и других сопровождающих в указанном автобусе.

15. В случае если для осуществления организованной перевозки группы детей используется 2 и более автобуса, руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь назначает старшего ответственного за организованную перевозку группы детей и координацию действий водителей и ответственных по автобусам, осуществляющим такую перевозку.

Нумерация автобусов при движении присваивается руководителем или должностным лицом, ответственным за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтовщиком и передается фрахтователю не позднее, чем за 2 рабочих дня до начала такой перевозки для подготовки списка детей.

16. Медицинский работник и старший ответственный за организованную перевозку группы детей должны находиться в автобусе, замыкающем колонну.

17. В случае нахождения детей в пути следования согласно графику движения более 3 часов в каждом автобусе руководитель или должностное лицо, ответственное за обеспечение безопасности дорожного движения, организации, а при организованной перевозке группы детей по договору фрахтования - фрахтователь или фрахтовщик (по взаимной договоренности) обеспечивает наличие наборов пищевых продуктов (сухих пайков, бутилированной воды) из ассортимента, установленного Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека или ее территориальным управлением.

***При оценке эффективности оздоровления детей необходимо
руководствоваться :***

МР 2.4.4.0011-10

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«Методика оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных
учреждениях отдыха и оздоровления детей»**

Утверждены Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 24 сентября 2010 г.

Обозначения и сокращения

ДМТ	Дефицит массы тела
ДП	Двойное произведение
ЖЕЛ	Жизненная емкость легких
ИМТ	Избыточная масса тела
МР	Методические рекомендации
НФР	Нормальное физическое развитие
САД	Систолическое артериальное давление
ЧСС	Частота сердечных сокращений

Введение

Значительные учебные нагрузки, гипокinezия, несбалансированное питание и другие неблагоприятные факторы приводят к напряжению эмоциональной сферы ребенка,

истощению адаптационных резервов, снижению функциональных возможностей организма, что в большей степени проявляется в конце учебного года.

Важным этапом оздоровления детей является оздоровительная кампания в во время каникул, а в качестве одной из ее форм - пребывание детей в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей (далее - загородное стационарное учреждение отдыха).

Загородные стационарные учреждения отдыха предназначены для оздоровления детей от 6 до 18 лет на время летних и зимних каникул. В эти учреждения принимаются в основном здоровые дети, дети с функциональными отклонениями, и, отчасти, дети с хроническими болезнями в стадии стойкой ремиссии, не нуждающиеся в специальных коррекционно-терапевтических условиях (диета, специальный режим, лечебные назначения по поддерживающей терапии и так далее) и не имеющие противопоказаний для активного отдыха.

Однако анализ качества оздоровления детей в данных учреждениях затруднен, так как отсутствуют единые научно обоснованные требования к оценке эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей.

Предлагаемая методика является простой и доступной для использования в практике и позволяет оценить эффективность оздоровления детей в загородных стационарных учреждениях отдыха на основе показателей основных функциональных систем организма, применяя при этом оборудование, которым в обязательном порядке оснащен каждый медицинский кабинет загородного стационарного учреждения отдыха (ростомер, весы, динамометр, спирометр, тонометр, секундомер).

Оценку физического развития рекомендуется проводить, используя схему оценки, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации для практического здравоохранения, а для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы - индекс "двойное произведение" (ДП), рекомендуемый в качестве критерия функционального состояния при проведении профилактических медицинских осмотров детей.

Для оценки физической подготовленности детей рекомендуются тесты общероссийской системы мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи, что обеспечивает преемственность соответствующих мероприятий в течение всего года и согласуется с современной системой тестов "Еврофит", разработанной Комитетом по развитию спорта при Совете Европы.

Область применения

Настоящие методические рекомендации предназначены для использования органами и организациями Роспотребнадзора при проведении оценки работы типовых местных загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей, проведении анализа качества оздоровления детей в данных учреждениях, а также могут использоваться медицинскими работниками, специалистами, осуществляющими медицинское обеспечение в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей, педиатрами, школьными врачами, а также специалистами - организаторами детского отдыха.

Общие положения

Оценку эффективности оздоровления детей следует проводить на основании анализа данных, полученных путем проведения медицинских осмотров в первую половину дня в начале и конце оздоровительной смены: в первые 2 - 3 дня после заезда и за 2 - 3 дня до окончания смены. Об эффективности оздоровления будет свидетельствовать положительная динамика показателей за период смены.

В качестве критериев оценки эффективности оздоровления детей рекомендуется использовать данные динамики показателей физического развития, функционального состояния организма, физической подготовленности и заболеваемости детей за период смены.

Анализ динамики данных показателей позволяет оценить эффективность оздоровления каждого ребенка за период его пребывания в загородном стационарном учреждении отдыха.

Для оценки динамики показателей применяется система баллов: положительная динамика показателей (улучшение) оценивается в 2 балла, отсутствие динамики - 1 балл, отрицательная динамика (ухудшение) - 0 баллов.

Оценка динамики показателей физического развития

В начале и в конце смены у ребенка измеряют длину и массу тела для определения уровня физического развития - нормальное физическое развитие (НФР), дефицит массы тела (ДМТ), избыточная масса тела (ИМТ). Измерения проводят на полураздетом ребенке.

Оценку выполняют по региональным стандартам физического развития, которые должны предоставляться медицинскому персоналу загородного стационарного учреждения отдыха местными органами Управления здравоохранения или органами Управления здравоохранения в субъектах Российской Федерации. В случае, когда ребенок прибывает из другого региона, стандарты (с учетом возраста данного ребенка) прилагаются к медицинской справке Ф. N 079/у. Примеры оценки физического развития с использованием оценочных таблиц для Московского региона (приложение 1 к настоящим методическим рекомендациям) представлены ниже.

Перед проведением оценки физического развития необходимо вычислить возраст ребенка. Возрастные группы формируются, как это принято в медицинской практике. Например, 10 лет - дети в возрасте от 9 лет 6 месяцев до 10 лет 5 месяцев 29 дней, 11 лет - от 10 лет 6 месяцев до 11 лет 5 месяцев 29 дней и т.д.

Оздоровление будет считаться эффективным в том случае, когда у детей с дефицитом массы тела к концу смены вес увеличится; у детей с избыточной массой тела - вес уменьшится, а у детей с НФР изменение веса тела не приведет к изменению уровня физического развития.

Примеры оценки динамики показателей физического развития:

1. Ира П., 14 лет 5 мес. (14 лет)

Начало смены: длина тела 158,1 см., масса тела 42,1 кг. Дефицит массы тела.

Конец смены: длина тела 158,4 см., масса тела 42,6 кг. Дефицит массы тела.

К концу смены у девочки с ДМТ вес тела увеличился.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Николай И., 13 лет 10 мес. (14 лет).

Начало смены: длина тела 172,3 см., масса тела 60,2 кг. Нормальное физическое развитие.

Конец смены: длина тела 172,5 см., масса тела 59,9 кг. Нормальное физическое развитие.

Уровень физического развития за период смены не изменился.

Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И. 14 лет 1 мес. (14 лет).

Начало смены: длина тела 159,8 см., масса 61,2 кг. Избыточная масса тела.

Конец смены: длина тела 160,1 см., масса 60,7 кг. Нормальное физическое развитие.

К концу смены у мальчика с ИМТ вес тела уменьшился, причем изменился и уровень физического развития.

Положительная динамика - 2 балла.

4. Анна Б., 14 лет 3 мес. (14 лет).

Начало смены: длина тела 155,1 см., масса тела 57,0 кг. Нормальное физическое развитие.

Конец смены: длина тела 155,3 см., масса тела 58,9 кг. Избыточная масса тела. За период смены девочка прибавила в весе и изменился уровень ее физического развития с НФР на ИМТ.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

5. Павел Г. 14 лет 1 мес. (14 лет).

Начало смены: длина тела 154,1 см., масса тела 56,2 кг. Избыточная масса тела.

Конец смены: длина тела 154,2 см., масса тела 56,9 кг. Избыточная масса тела. К концу смены у мальчика с ИМТ вес тела увеличился.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

Оценка динамики показателей функционального состояния

В начале и в конце смены у детей измеряют артериальное давление, частоту сердечных сокращений за 1 минуту, жизненную емкость легких.

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы рассчитывается индекс "двойное произведение" (ДП):

$$\text{ДП} = \frac{\text{ЧСС} \times \text{САД}}{100}$$

где ЧСС - частота сердечных сокращений, САД - систолическое артериальное давление в покое.

Чем ниже ДП в покое, тем выше максимальные аэробные возможности и уровень соматического здоровья.

Оздоровление будет считаться эффективным в том случае, когда показатель ДП к концу смены уменьшится.

Примеры оценки динамики показателя "двойное произведение":

1. Николай И.

Начало смены: ЧСС - 72 уд./мин., АД - 118/72 мм рт. ст.

ДП = 72 x 118 / 100 = 85

Конец смены: ЧСС - 71 уд./мин., АД - 110/70 мм рт. ст.

ДП = 68 x 110 / 100 = 78. Значение показателя уменьшилось.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: ЧСС - 69 уд./мин., АД - 115/62 мм рт. ст.

ДП = 69 x 115 / 100 = 79

Конец смены: ЧСС - 75 уд./мин., АД - 114/65 мм рт. ст.

ДП = 78 x 114 / 100 = 85,5. Значение показателя увеличилось.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

3. Виктор И.

Начало смены: ЧСС - 75 уд./мин., АД - 120/64 мм рт. ст.

ДП = 75 x 120 / 100 = 90.

Конец смены: ЧСС - 79 уд./мин., АД - 114/67 мм рт. ст.

ДП = 78 x 115 / 100 = 90. Значение показателя не изменилось.

Отсутствие динамики - 1 балл.

Для оценки функциональных возможностей дыхательной системы определяется показатель внешнего дыхания - жизненная емкость легких (ЖЕЛ).

Измерение ЖЕЛ производится с помощью воздушного или водяного спирометра: обследуемый делает максимально глубокий вдох через рот, плотно обхватывает мундштук спирометра губами и делает энергичный выдох до конца, исключая выдох через нос (на нос испытуемого желательно надеть зажим). Процедуру проводят 2 - 3 раза с регистрацией наилучшего результата.

Оздоровление будет считаться эффективным в том случае, когда к концу смены исходное значение ЖЕЛ увеличится на 100 и более мл, что будет свидетельствовать об улучшении функционального состояния. Отрицательной динамикой будет считаться уменьшение исходного значения ЖЕЛ на 100 и более мл. Показатели, не удовлетворяющие данным требованиям, следует рассматривать как отсутствие динамики.

Примеры оценки динамики показателя ЖЕЛ

1. Николай И.

Начало смены: ЖЕЛ = 2100 мл.

Конец смены: ЖЕЛ = 2250 мл. ЖЕЛ увеличилась на 150 мл.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: ЖЕЛ = 3200 мл.

Конец смены: ЖЕЛ = 3250 мл. Увеличение ЖЕЛ менее 100 мл.

Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: ЖЕЛ = 2900 мл.

Конец смены: ЖЕЛ = 2780 мл. ЖЕЛ уменьшилась больше чем на 100 мл

Отрицательная динамика - 0 баллов.

Оценка динамики показателей физической подготовленности

Важным показателем улучшения функциональных возможностей организма ребенка является увеличение показателей физической подготовленности.

В начале и в конце смены у детей измеряют показатели физической подготовленности: кистевая динамометрия, прыжок в длину с места, бег на 30 метров, для мальчиков - подтягивание на перекладине, для девочек - подъем туловища в сед за 30 секунд.

Исследование максимальной мышечной силы рук (кистевая динамометрия) проводят с помощью кистевого плоскопружинного динамометра, измеряя силу мышц сильнейшей кисти (у правой - правой, у левой - левой). Оценивается динамика показателей кистевой динамометрии одной и той же руки (правая или левая). Недопустимо проводить оценку динамики показателей кистевой динамометрии разных рук (например, в начале смены - данные динамометрии правой руки, в конце смены - левой руки).

Динамометр берется в руку максимально удобно, рука отведена вперед и в сторону. Выполняется 2 - 3 попытки, фиксируется лучший результат.

Увеличение показателей динамометрии на 1 кг и более считается положительной динамикой и свидетельствует о правильном применении физических упражнений, в частности, силовой и скоростно-силовой направленности в системе оздоровительных мероприятий, уменьшение силы мышц на 1 кг и более считается отрицательной динамикой. Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики.

Примеры оценки динамики показателя кистевой динамометрии:

1. Николай И.

Начало смены: динамометрия (левая рука) - 24 кг.

Конец смены: динамометрия (левая рука) - 26 кг.

Увеличение показателя больше чем на 1 кг.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: динамометрия (правая рука) - 20 кг.

Конец смены: динамометрия (правая рука) - 20,5 кг.

Показатель увеличился меньше чем на 1 кг.

Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: динамометрия (правая рука) - 23 кг.

Конец смены: динамометрия (правая рука) - 21,5 кг.

Показатель уменьшился больше чем на 1 кг.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

Для определения скоростно-силовых качеств используется тест "Прыжок в длину с места". Тест необходимо проводить на мягком грунтовом покрытии (яма с песком) или на резиновой дорожке. Прыжок вперед с места выполняется из исходного положения, стоя, стопы слегка врозь, носки стоп на одной линии со стартовой чертой. Участник слегка сгибает ноги, отводит руки назад, туловище наклоняет вперед и, смещая вперед центр тяжести тела, с махом рук вперед и толчком двух ног прыгает на максимально возможное расстояние. Используется две попытки, с зачетом лучшего результата.

Увеличение к концу смены длины прыжка считается положительной динамикой показателя, уменьшение - отрицательной динамикой. Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики.

Примеры оценки показателей теста "Прыжок в длину с места":

1. Николай И.

Начало смены: прыжок в длину с места = 175 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 181 см.

Показатель к концу смены увеличился.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: прыжок в длину с места = 161 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 161 см.

Показатель к концу смены не изменился.

Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: прыжок в длину с места = 170 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 168 см.

Показатель к концу смены уменьшился.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

Для оценки быстроты и скорости движений рекомендуется использовать тест "Бег на 30 метров". Тест проводится двумя исследователями на прямой ровной дорожке шириной 2 - 3 метра, длиной не менее 40 метров, где обозначена линия старта и через 30 метров - линия финиша. Забег проводится парами. Детям необходимо пробежать всю дистанцию с максимально возможной скоростью, не замедляя движения. Участники встают у черты, лицом по направлению бега, отставив одну ногу назад, слегка сгибают ноги и чуть вперед наклоняют туловище. По команде "Марш!" дети бегут в полную силу до ориентира. Участникам дается одна попытка. Бег на скорость следует проводить на дорожке стадиона или на спортивной площадке, с высокого старта, с фиксацией времени преодоления дистанции. Время измеряется с точностью до 0,1 сек. Бег проводится в присутствии медперсонала (обязательно наличие медицинской аптечки).

Уменьшение времени бега к концу смены расценивается как положительная динамика, увеличение времени - как отрицательная. Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики.

Примеры оценки показателей теста "Бег на 30 метров":

1. Николай И.

Начало смены: бег на 30 метров = 4,7 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 4,3 сек.

Показатель к концу смены уменьшился.

Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Показатель к концу смены не изменился.

Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: бег на 30 метров = 4,9 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Показатель к концу смены увеличился.

Отрицательная динамика - 0 баллов.

Для оценки силы и силовой выносливости мышц верхнего плечевого пояса у мальчиков с 7 лет и юношей применяется тест "Подтягивание на перекладине". В висе на перекладине с прямыми руками мальчик должен выполнить максимально возможное число подтягиваний, при этом руки разгибаются полностью, ноги в коленных суставах не сгибаются, движения - без рывков и махов. В этом случае подтягивание считается выполненным правильно, в противном случае подтягивание не засчитывается. Используется две попытки, учитывается лучший результат.

Увеличение числа подтягиваний к концу смены свидетельствует об улучшении силы и силовой выносливости мышц верхнего плечевого пояса и расценивается как положительная динамика, уменьшение числа подтягиваний - как отрицательная динамика, число подтягиваний остается таким же, как в начале смены - отсутствие динамики.

Примеры оценки показателей теста "Подтягивание на перекладине":

1. Николай И.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 12 раз.
Конец смены: подтягивание на перекладине = 14 раз.
Показатель к концу смены увеличился.
Оценка показателя: положительная динамика - 2 балла.

2. Павел Г.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 7 раз.
Конец смены: подтягивание на перекладине = 7 раз.
Показатель к концу смены не изменился.
Оценка показателя: отсутствие динамики - 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 10 раз.
Конец смены: подтягивание на перекладине = 9 раз.
Показатель к концу смены уменьшился.
Оценка показателя: отрицательная динамика - 0 баллов.

Скоростно-силовая выносливость мышц сгибателей туловища у девочек и девушек оценивается с использованием теста "Подъем туловища в сед за 30 секунд". Упражнение выполняется на гимнастическом мате или ковре. Из исходного положения лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах строго под углом 90°, стопы на ширине плеч, руки разведены в стороны, касаются пола. По команде "Марш!" за 30 секунд девочка выполняет максимально возможное число подъемов туловища, касаясь, при сгибании, локтями бедер и возвращаясь обратным движением в исходное положение, т.е. касаясь пола одновременно тремя частями тела: лопатками, затылком, локтями (правильное выполнение теста). Участницам дается одна попытка.

Увеличение количества подъемов в сед за 30 секунд расценивается как положительная динамика, уменьшение - как отрицательная динамика, без изменений - отсутствие динамики.

Примеры оценки показателей теста "Подъем туловища в сед за 30 секунд":

1. Оля М.

Начало смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 20 раз.
Конец смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 22 раза.
Показатель к концу смены увеличился.
Положительная динамика - 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 18 раз.
Конец смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 18 раз.
Показатель к концу смены не изменился.
Отсутствие динамики - 1 балл.

3. Марина П.

Начало смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 15 раз.
Конец смены: подъем туловища в сед за 30 секунд = 13 раз.
Показатель к концу смены уменьшился.
Отрицательная динамика - 0 баллов.

Оценка показателей заболеваемости за период смены

При анализе эффективности оздоровления необходимо учитывать показатели острой и хронической заболеваемости у ребенка за период смены, используя систему баллов: отсутствие острой заболеваемости и обострений хронических болезней - 2 балла; наличие острой заболеваемости и/или обострение хронических болезней - 0 баллов.

Оценка показателей физического развития, функционального состояния организма, заболеваемости детей за период смены выполняется медицинскими работниками загородного стационарного учреждения отдыха. Оценка уровня физической подготовленности проводится физкультурными работниками данного учреждения.

Комплексная оценка оздоровления детей

Для комплексной оценки оздоровления детей в загородном стационарном учреждении отдыха необходимо оценить динамику полученных показателей, используя систему баллов:

положительная динамика показателей (улучшение) оценивается в 2 балла, отсутствие динамики - 1 балл, отрицательная динамика (ухудшение) - 0 баллов. Наличие ("+") острого заболевания и/или обострения хронических болезней за период смены рассматривается как отрицательная динамика и оценивается в 0 баллов. Полученные данные заносятся в Карту осмотра ребенка (приложение 2 к настоящим методическим рекомендациям).

Комплексная оценка эффективности оздоровления ребенка будет зависеть от суммы баллов всех показателей:

- выраженный оздоровительный эффект - 12 - 16 баллов;
- слабый оздоровительный эффект - 8 - 11 баллов;
- отсутствие оздоровительного эффекта - 0 - 7 баллов.

Для того чтобы проанализировать оздоровительный эффект по отряду и в целом по учреждению, необходимо заполнить таблицы в соответствии с приложениями 3 и 4 к настоящим методическим рекомендациям.

Таблица 1

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у детей 14 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	рост (см)	вес (кг)	рост (см)	вес (кг)
Ниже среднего	145	от 31,8 до 48,4	148	от 34,2 до 52,2
	146	от 32,6 до 49,3	149	от 35,0 до 53,1
	147	от 33,4 до 50,1	150	от 36,0 до 54,1
	148	от 34,3 до 50,9	151	от 36,9 до 55,0
	149	от 35,1 до 51,8	152	от 37,9 до 56,0
	150	от 35,9 до 52,6	153	от 38,8 до 56,9
	151	от 36,8 до 53,4	154	от 39,8 до 57,9
	152	от 37,6 до 54,2		
	153	от 38,4 до 55,1		
	154	от 39,2 до 55,9		
средний	155	от 40,1 до 56,7	155	от 40,7 до 58,8
	156	от 40,9 до 57,6	156	от 41,7 до 59,7
	157	от 41,7 до 58,4	157	от 42,6 до 60,7
	158	от 42,6 до 59,2	158	от 43,6 до 61,6
	159	от 43,4 до 60,0	159	от 44,5 до 62,6
	160	от 44,2 до 60,9	160	от 45,5 до 63,5
	161	от 45,0 до 61,7	161	от 46,4 до 64,5
	162	от 45,9 до 62,5	162	от 47,4 до 65,4
	163	от 46,7 до 63,3	163	от 48,3 до 66,4
	164	от 47,5 до 64,2	164	от 49,2 до 67,3
	165	от 48,3 до 65,0	165	от 50,2 до 68,3
	166	от 49,2 до 65,8	166	от 51,1 до 69,2
	167	от 50,0 до 66,7		
	168	от 50,8 до 67,5		
	169	от 51,7 до 68,3		
	170	от 52,5 до 69,1		
	171	от 53,3 до 70,0		
Выше среднего	172	от 54,1 до 70,8	167	от 52,1 до 70,2
	173	от 55,0 до 71,6	168	от 53,0 до 71,1
	174	от 55,8 до 72,5	169	от 54,0 до 72,1
	175	от 56,6 до 73,3	170	от 54,9 до 73,0
	176	от 57,5 до 74,1	171	от 55,9 до 74,0
	177	от 58,3 до 74,9	172	от 56,8 до 74,9
	178	от 59,1 до 75,8		

	179	от 59,9 до 76,6		
	180	от 60,8 до 77,4		
высокий	181	от 61,6 до 78,3	173	от 57,8 до 75,8
	182	от 62,4 до 79,1	174	от 58,7 до 76,8
	183	от 63,3 до 79,9	175	от 59,7 до 77,7
	184	от 64,1 до 80,7	176	от 60,6 до 78,7
	185	от 64,9 до 81,6	177	от 61,6 до 79,6
	186	от 65,7 до 82,4		
	187	от 66,6 до 83,2		
	188	от 67,4 до 84,1		

Таблица 2

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном
росте у детей 15 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	рост (см)	вес (кг)	рост (см)	вес (кг)
Ниже среднего	151	от 37,7 до 57,9	151	от 38,9 до 59,9
	152	от 38,6 до 58,7	152	от 39,7 до 60,7
	153	от 39,4 до 59,6	153	от 40,5 до 61,5
	154	от 40,3 до 60,4	154	от 41,3 до 62,3
	155	от 41,1 до 61,3	155	от 42,1 до 63,1
	156	от 41,9 до 62,1	156	от 42,9 до 63,9
	157	от 42,8 до 63,0		
	158	от 43,6 до 63,8		
	159	от 44,5 до 64,7		
	160	от 45,3 до 65,5		
средний	161	от 46,2 до 66,3	157	от 43,7 до 64,7
	162	от 47,0 до 67,2	158	от 44,5 до 65,6
	163	от 47,9 до 68,0	159	от 45,4 до 66,4
	164	от 48,7 до 68,9	160	от 46,2 до 67,2
	165	от 49,5 до 69,7	161	от 47,0 до 68,0
	166	от 50,4 до 70,6	162	от 47,8 до 68,8
	167	от 51,2 до 71,4	163	от 48,6 до 69,6
	168	от 52,1 до 72,2	164	от 49,4 до 70,4
	169	от 52,9 до 73,1	165	от 50,2 до 71,2
	170	от 53,8 до 73,9	166	от 51,0 до 72,0
	171	от 54,6 до 74,8	167	от 51,9 до 72,9
	172	от 55,5 до 75,6	168	от 52,7 до 73,7
	173	от 56,3 до 76,5		
	174	от 57,1 до 77,3		
	175	от 58,0 до 78,2		
	176	от 58,8 до 79,0		
	177	от 59,7 до 79,8		
Выше среднего	178	от 60,5 до 80,7	169	от 53,5 до 74,5
	179	от 61,4 до 81,5	170	от 54,3 до 75,3
	180	от 62,2 до 82,4	171	от 55,1 до 76,1
	181	от 63,1 до 83,2	172	от 55,9 до 76,9
	182	от 63,9 до 84,1	173	от 56,7 до 77,7
	183	от 64,7 до 84,9		

	184	от 65,6 до 85,8		
	185	от 66,4 до 86,6		
	186	от 67,3 до 87,4		
высокий	187	от 68,1 до 88,3	174	от 57,5 до 78,5
	188	от 69,0 до 89,1	175	от 58,3 до 79,4
	189	от 69,8 до 90,0	176	от 59,2 до 80,2
	190	от 70,7 до 90,8	177	от 60,0 до 81,0
	191	от 71,5 до 91,7	178	от 60,8 до 81,8
	192	от 72,3 до 92,5		
	193	от 73,2 до 93,4		

Карта осмотра ребенка

Учреждение _____ Отряд _____

Фамилия, имя _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____ Возраст _____

Дополнительная информация (наличие хронических болезней и т.д.) _____

Комплексная оценка эффективности оздоровления ребенка за смену

Данные о состоянии здоровья	Начало смены	Конец смены	Баллы
Физическое развитие			
длина тела (см)			
масса тела (кг)			
Индекс ДП			
Артериальное давление			
ЧСС за 1 минуту			
ЖЕЛ (мл)			
Заболеваемость за смену (+/-)			
Острая заболеваемость	-		
Обострение хронических болезней	-		
Физическая подготовленность			
Динамометрия сильнейшей руки, кг			
Бег на 30 м, сек.			
Прыжок в длину с места, см			
Переключатель (мальчики), раз			
Пресс (девочки), раз			
Всего баллов:			
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ (отметить):		выраженный	
		слабый	
		отсутствует	

Комплексная оценка эффективности оздоровления детей по отряду

" _____ "

N	Фамилия, имя	Оздоровительный эффект		
		выраженный	слабый	отсутствует
1.	Бобров Витя	+		
2.	Бударева Настя			+
3.	Иваночкин Костя	+		
4.	Кутырев Ваня		+	
5.	Мухина Ира			+
6.				
7.				
8.				
Всего:				

Комплексная оценка эффективности оздоровления детей
в целом по учреждению " _____ "

Название/ номер отряда	Кол-во детей	Выраженный оздоровительный эффект		Слабый оздоровительный эффект		Отсутствие оздоровительног о эффекта	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего:							

Итого:

Количество детей с выраженным оздоровительным эффектом (%) - _____

Количество детей со слабым оздоровительным эффектом (%) - _____

Количество детей с отсутствием оздоровительного эффекта (%) - _____

Справочно-информационный материал:

Приложение №1

*Национальный стандарт Российской Федерации
Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления детей ГОСТ Р
52887-2007*

(в ред. Изменения N 1, утв. Приказом Росстандарта
от 28.06.2011 N 157-ст *извлечение*)

Стандарт распространяется на услуги детям в организациях и учреждениях (далее - учреждениях) отдыха и оздоровления.

Стандарт устанавливает виды этих услуг, их состав, формы, порядок и условия предоставления.

Термины и определения

В стандарте применены термины по ГОСТ 26265, ГОСТ Р 52495 и следующие термины

с соответствующими определениями:

Отдых детей и их оздоровление: совокупность мероприятий, обеспечивающих полноценный отдых детей, охрану и укрепление их здоровья, профилактику заболеваний у детей, занятие их физической культурой, спортом и туризмом, формирование у детей навыков здорового образа жизни, соблюдение ими режима питания и жизнедеятельности, развитие творческого потенциала в благоприятной окружающей среде при выполнении санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических требований.

Организации (учреждения) отдыха детей и их оздоровления: организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, основная деятельность которых направлена на реализацию услуг по обеспечению отдыха детей и их оздоровления: детские оздоровительные лагеря (загородные детские оздоровительные лагеря, лагеря дневного и круглосуточного пребывания детей и другие), специализированные (профильные) лагеря (спортивно-оздоровительные лагеря, оборонно-спортивные лагеря, туристические лагеря, лагеря труда и отдыха, эколого-биологические лагеря, технические лагеря, краеведческие и другие лагеря), оздоровительные центры, базы и комплексы, учреждения социального обслуживания или их структурные подразделения, учреждения раннего развития детей, службы семьи, индивидуальные предприниматели др.

Учреждения отдыха детей и их оздоровления могут быть стационарными (специально созданными с целью обеспечения отдыха детей и их оздоровления и временно приспособленными (в том числе передвижными, палаточными с круглосуточным или дневным пребыванием на базе образовательных, досуговых, спортивных учреждений, учреждений социального обслуживания, клубов по месту жительства, санаторно-курортных учреждений).

При оказании услуг детям в учреждениях отдыха и оздоровления следует использовать настольные, компьютерные и иные игры, игрушки и игровые сооружения, прошедшие в порядке, определенном Правительством Российской Федерации, социальную, психологическую, педагогическую, санитарную экспертизу.

В состав документации должны входить(в т.ч.):

Документация на имеющиеся в учреждении оборудование, приборы, аппаратуру, спортивное и туристское снаряжение, необходимая для их правильной эксплуатации, обслуживания и поддержания в работоспособном и безопасном состоянии.

По своим размерам, состоянию и оборудованию здания и помещения, в которых размещены учреждения, должны соответствовать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, а также требованиям пожарной безопасности.

Основные виды услуг

Услуги, предоставляемые детям в учреждениях отдыха и оздоровления, разделяют на следующие виды:

а) услуги, обеспечивающие благоприятные и безопасные условия жизнедеятельности детей;

б) медицинские услуги, обеспечивающие охрану здоровья, своевременное оказание медицинской помощи, профилактику заболеваний и формирование навыков здорового образа жизни у детей, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований;

в) образовательные услуги, направленные на повышение интеллектуального уровня детей, расширение их кругозора, углубление знаний, формирование умений и навыков;

ж) услуги в сфере физической культуры и спорта, направленные на физическое развитие, укрепление здоровья и закаливание организма детей;

Развивающие услуги

Обеспечение детей необходимой мебелью, постельными и другими принадлежностями в соответствии с установленными нормами.

Предоставление детям возможности для соблюдения норм личной гигиены, включая пользование баней или душем.

Уборка жилых помещений и территории, на которой расположено учреждение.

Обеспечение стирки, необходимой санитарной обработки постельного белья,

своевременной его замены.

Организация мелкого ремонта одежды и обуви детей.

Медицинские услуги

Медицинские услуги следует предоставлять в следующем составе и формах:

Выявление детей, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи.

Доставка детей в случае необходимости в стационарное медицинское учреждение.

Проведение динамического наблюдения за состоянием здоровья детей.

Организация и проведение консультаций и бесед по вопросам здорового образа жизни.

Санитарно-просветительская работа с детьми.

Организация консультативного приема врачами-специалистами.

Организация проведения медицинских процедур врачами (стоматологами и другими специалистами) и занятий - логопедами.

Проведение лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Индивидуальная работа с детьми, направленная на предупреждение вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикомания).

Подготовка детей к ответственному родительству, обучение основам планирования семьи, профилактики венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Разработка и реализация специальных программ оздоровления детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями.

Проведение мероприятий по профилактике травматизма.

Услуги в сфере физической культуры и спорта

Услуги в сфере физической культуры и спорта должны соответствовать возрасту и состоянию здоровья детей; их предоставляют в следующем составе и формах:

Проведение утренней гигиенической и лечебной гимнастики.

Проведение занятий по общей физической подготовке детей.

Предоставление спортивных площадок и соответствующих помещений, спортивного инвентаря для проведения спортивных игр и занятий.

Организация и проведение занятий по плаванию, оздоровительному бегу и ходьбе, футболу, волейболу, теннису, шахматам, настольному теннису, городкам, спортивному ориентированию и другим видам спорта.

Организация и проведение спортивных праздников, игр и других мероприятий.

Организация помощи по содержанию в надлежащем порядке спортивной одежды, обуви.

Туристские и экскурсионные услуги

Туристские и экскурсионные услуги предоставляют в следующем составе и формах:

Обучение детей основам туристских навыков и умений, навыков поведения в экстремальных ситуациях, изучение с ними правил безопасности, которые необходимо соблюдать во время туристских походов и экскурсий.

Организация и проведение туристских походов по разработанным и утвержденным маршрутам, спортивно-оздоровительных мероприятий.

Организация и проведение различных экскурсий (городских, загородных, по маршрутам выходного дня и других).

Предоставляемые детям туристские и экскурсионные услуги должны соответствовать требованиям ГОСТ Р 50644, ГОСТ Р 50690 и ГОСТ Р 51185.

При предоставлении услуг в учреждениях отдыха и оздоровления должны обеспечиваться благоприятные и безопасные условия для жизни и здоровья детей, соблюдаться все установленные нормы и правила пожарной и санитарной безопасности, приниматься меры по профилактике травматизма и предупреждению несчастных случаев.

Приложение №2

Технический Регламент Таможенного Союза

Пищевая продукция в части её маркировки. ТР ТС 022/2011 (извлечение)

Технический регламент Таможенного союза устанавливает требования к пищевой продукции в части ее маркировки в целях предупреждения действий, вводящих в заблуждение потребителей относительно обеспечения реализации прав потребителей на достоверную информацию о пищевой продукции.

При применении технического регламента Таможенного союза должны учитываться дополнительные требования технических регламентов Таможенного союза на отдельные виды пищевой продукции в части ее маркировки, не противоречащие настоящему техническому регламенту.

Определения

В техническом регламенте Таможенного союза применяются следующие термины и их определения:

дата изготовления пищевой продукции - дата окончания технологического процесса производства пищевой продукции;

информация об отличительных признаках пищевой продукции - сведения о пищевой продукции, которые свидетельствуют о наличии свойств пищевой продукции, позволяющих отличить ее от другой пищевой продукции (в том числе о пищевой ценности, месте происхождения, составе, иных свойствах);

листок-вкладыш - носитель информации, на который наносится маркировка и который помещается в потребительскую упаковку и (или) транспортную упаковку либо прилагается к потребительской упаковке и (или) к транспортной упаковке;

этикетка - носитель информации, на которую наносится маркировка и которая прикрепляется к потребительской упаковке и (или) транспортной упаковке, в том числе путем наклеивания;

маркировка пищевой продукции - информация о пищевой продукции, нанесенная в виде надписей, рисунков, знаков, символов, иных обозначений и (или) их комбинаций на потребительскую упаковку, транспортную упаковку или на иной вид носителя информации, прикрепленного к потребительской упаковке и (или) к транспортной упаковке, или помещенного в них либо прилагаемого к ним;

потребитель - физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести либо заказывающее, приобретающее или использующее пищевую продукцию исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности;

придуманное название пищевой продукции - слово или словосочетание, которые могут дополнять наименование пищевой продукции. Придуманное название пищевой продукции может не отражать ее потребительские свойства и не должно заменять собой наименование пищевой продукции;

приобретатель пищевой продукции - юридическое или физическое лицо, в том числе потребитель, приобретающие пищевую продукцию для использования в любых целях;

упакованная пищевая продукция - пищевая продукция, помещенная в потребительскую упаковку

Общие требования к указанию в маркировке даты изготовления пищевой продукции

1. Указание в маркировке пищевой продукции даты ее изготовления в зависимости от срока ее годности осуществляется с использованием следующих слов:

- 1) "дата изготовления" с указанием часа, числа, месяца при сроке годности до 72 часов;
- 2) "дата изготовления" с указанием числа, месяца, года при сроке годности от 72 часов до трех месяцев;
- 3) "дата изготовления" с указанием месяца, года или числа, месяца, года при сроке годности три месяца и более;
- 4) "год изготовления" - для сахара.

2. После слов "дата изготовления" указывается дата изготовления пищевой продукции или место нанесения этой даты на потребительскую упаковку.

3. Слова "дата изготовления" в маркировке пищевой продукции могут быть заменены словами "дата производства" или аналогичными по смыслу словами.

4. В технических регламентах Таможенного союза на отдельные виды пищевой продукции вместо слов "дата изготовления" могут быть установлены иные понятия,

определяющие дату окончания технологического процесса производства отдельных видов пищевой продукции, например дата розлива напитков, дата сортировки яиц, год урожая сельскохозяйственных культур, год сбора дикорастущих фруктов, орехов, продукции пчеловодства.

Общие требования к указанию в маркировке срока годности пищевой продукции

1. Указание в маркировке пищевой продукции срока ее годности осуществляется с использованием следующих слов:

1) "годен до" с указанием часа, числа, месяца при сроке ее годности до 72 часов;

2) "годен до" с указанием числа, месяца, года при сроке ее годности от 72 часов до трех месяцев;

3) "годен до конца" с указанием месяца, года или "годен до" с указанием числа, месяца, года при сроке ее годности не менее трех месяцев.

2. В целях указания срока годности пищевой продукции может использоваться слово "годен" с указанием количества суток, месяцев или лет либо при сроке годности до 72 часов слово "годен" с указанием количества часов.

3. После слов "годен до", "годен", "годен до конца" указывается или срок годности пищевой продукции, или место нанесения этого срока на упаковку.

4. Маркировка пищевой продукции, в отношении которой изготовителем устанавливается неограниченный срок годности, должна дополняться надписью "Срок годности не ограничен при соблюдении условий хранения".

5. Слова "годен до", "годен", "годен до конца" в маркировке пищевой продукции могут быть заменены словами "срок годности", "употребить до" или аналогичными по смыслу словами.

6. Дополнительные требования к указанию срока годности пищевой продукции, не противоречащие требованиям настоящего технического регламента Таможенного союза, могут быть установлены в технических регламентах Таможенного союза на отдельные виды пищевой продукции.

приложение №3

Методика органолептической оценки пищи

Органолептическую оценку начинают с внешнего осмотра образцов пищи, ее цвета, осмотр лучше проводить при дневном свете.

Затем определяется запах пищи. Запах следует определять при той температуре, при которой употребляются блюда. Лучше всего запах определяется при затаенном дыхании. Для обозначения запахов пользуются эпитетами: чистый, свежий, ароматный, пряный, молочнокислый, пригорелый, гниlostный, кормовой, болотный, илистый. Специфический запах обозначается: селедочный, чесночный, мятный, ванильный, нефтепродуктов и т.д.

При помощи органов осязания определяется консистенция продуктов. Наибольшей чувствительностью обладают кончики пальцев, а также язык, небо и зубы. В процессе прожевывания пищи определяют ее жесткость, сочность, нежность. Осязательными ощущениями, особенно языка, обусловлено восприятие маслянистости, клейкости, мучнистости, мягкости, прилепаемости, крупнозернистости, рассыпчатости и т.д.

Вкус пищи, как и запах, следует устанавливать при характерной для нее температуре. Основные вкусовые ощущения: кислый, сладкий, горький, соленый. Наибольшей чувствительностью к сладкому и соленому обладает кончик языка, к горькому - область его корня, к кислому - края.

При снятии пробы необходимо выполнять некоторые правила предосторожности: из продуктов пробуются только те, которые применяются в сыром виде; вкусовая проба не проводится в случае обнаружения признаков разложения в виде неприятного запаха, а также в случае подозрения, что данный продукт был причиной пищевого отравления.

Органолептическая оценка первых блюд

Для органолептического исследования первое блюдо тщательно перемешивается в котле и берется в небольшом количестве на тарелку. Отмечают внешний вид и цвет блюда, по которым можно судить о соблюдении технологии его приготовления. Например, буровато-коричневая окраска борща может быть результатом неправильного тушения свеклы. Следует обращать внимание на качество обработки сырья, тщательность очистки овощей, наличие посторонних примесей и загрязненности.

При оценке внешнего вида супов и борщей проверяют форму нарезки овощей и других компонентов, сохранение ее в процессе варки (не должно быть помятых, утративших форму и сильно разваренных овощей и других продуктов). Целесообразно сравнить набор корней и овощей, увиденных при просмотре плотной части первого блюда, с рецептурой по раскладке.

При определении вкуса и запаха отмечают, обладает ли блюдо присущим ему вкусом, нет ли постороннего привкуса и запаха, наличия горечи, несвойственной свежеприготовленному блюду кислотности, недосоленности, пересола.

Органолептическая оценка вторых блюд

В блюдах, отпускаемых с гарниром и соусом, все составные части оцениваются отдельно. Важным показателем является консистенция блюда, дающая представление о степени готовности блюда и отчасти о соблюдении рецептуры при его изготовлении

При определении вкуса и запаха блюд обращают внимание на наличие специфических запахов.

При наличии крупяных, мучных или овощных гарниров проверяют также их консистенцию. В рассыпчатых кашах хорошо набухшие зерна должны отделяться друг от друга. Распределяя кашу тонким слоем на тарелке, проверяют присутствие в ней необрушенных зерен, посторонних примесей, комков. При оценке консистенции каши ее сравнивают с запланированной по меню-раскладке, что позволяет выявить недовложение.

Макаронные изделия, если они сварены правильно, должны быть мягкие и легко отделяться друг от друга, не склеиваясь, свисать с ребра вилки или ложки. При оценке овощных гарниров обращают внимание на качество очистки овощей и картофеля, на консистенцию блюд, их внешний вид, цвет.

Контроль выполнения норм питания осуществляется медицинским работником или ответственным работником ежедневно.

На пищевые продукты, качество которых по истечении определенного срока с момента их изготовления ухудшается и ими приобретаются свойства, опасные для здоровья человека, в связи с чем утрачиваются пригодность для использования по назначению, устанавливаются сроки годности.

Пищевые продукты при их изготовлении и обороте (производстве, хранении, транспортировке и обороте) должны храниться при условиях, обеспечивающих сохранение их качества и безопасности в течение всего срока годности.

приложение №4

Профилактика инфекционных, паразитарных заболеваний, травм и отравлений в детских оздоровительных учреждениях.

Профилактика травматизма.

В период оздоровительной работы с детьми необходимо совместными усилиями всего персонала систематически проводить *мероприятия по предупреждению травматизма*. Несчастные случаи с детьми чаще бывают, когда они предоставлены самим себе, без надлежащего надзора и в результате грубых нарушений ими дисциплины. Наиболее часто встречаются травмы при прыгании с дерева, сидении на перилах лестницы, неисправных сооружениях, оборудовании, несоблюдении правил противопожарной безопасности, неисправности электропроводки, не благоустройстве территории и площадок.

Основные причины несчастных случаев на воде:

- недопустимая беспечность взрослых - отсутствие или слабый контроль за детьми во время купания,
- отсутствие надлежащей организации во время купания детей,

- необорудованность водоемов, отсутствие проверки водоемов перед купанием,
- длительное пребывание в воде и чрезмерное охлаждение тела способствуют переохлаждению организма, приводящему к вторичному ознобу и появлению судорог,
- ныряние в водоемы неизвестной глубины и характера дна,
- допуск к купанию детей, у которых имеются противопоказания,
- отсутствие спасательного инвентаря и постов.

Основные причины спортивного травматизма:

1)организационные причины:

- недостаточное материально-техническое оснащение мест занятий,
- недостаточная организация и методика проведения занятий и соревнований,
- неудовлетворительное состояние площадок для занятий и соревнований(неровности, ямы, стекла, пни и пр.),
- неисправность и неустойчивость спортивного оборудования и его несоответствие размерам и возрасту детей,
- перегрузка программы соревнований; несоответствие физической нагрузки возрасту и возможностям ребенка; допуск к занятиям больных или находящихся в состоянии реконвалесценции после инфекционных или соматических заболеваний ;

2)причины, непосредственно связанные с состоянием участников соревнований:

- недостаточная тренированность и подготовленность участников к выполнению того или иного упражнения, отсутствие навыков и опыта, психологическая переоценка своих сил и возможней, недостаточное знакомство с правилами самостраховки,
- недостаточная разминка, растерянность, поспешность, неумение сориентироваться, невнимательность, недисциплинированность, применение грубых приемов игры,
- нарушение общего, питьевого и пищевого режима перед и во время проведения соревнований,
- несоответствие виду спорта одежды и обуви ребенка;

3)причины, связанные с неблагоприятными условиями окружающей среды. К этой группе причин можно отнести резкие перемены температуры воздуха, дождь, влияние палящего солнца и др.

Инфекционные и паразитарные заболевания, меры по их профилактике.

В окружающем человека мире обитает множество мельчайших живых существ-микробов. Микробы бывают полезные и вредные. К полезным относятся те микробы, которые помогают человеку в битву, их используют для приготовления кефира, простокваши, в хлебопечении, пивоварении и т.д , в медицинской промышленности- для приготовления антибиотиков(пенициллина и др.). К вредным относятся микробы, вызывающие порчу пищевых продуктов, болезни у людей, животных и растений.

Процесс распространения возбудителей инфекционных болезней состоит из трех взаимодействующих звеньев:

- источника инфекции, выделяющего микроб-возбудитель или вирус;
- механизма передачи возбудителей;
- восприимчивого населения.

Источником инфекции при большинстве болезней является больной человек или больное животное, из организма которых возбудитель выводится тем или иным физиологическим или патологическим путем. Путь выделения возбудителя из больного организма тесно связан с местом его преимущественного нахождения в организме, его локализацией. Так, при кишечных инфекционных заболеваниях возбудители выделяются при дефекации, при поражении дыхательных путей - при дыхании и чихании, при локализации возбудителей в крови он может попадать в другой организм при укусе кровососущими насекомыми или членистоногими.

Иногда и после выздоровления человек может долгое время оставаться источником инфекции. Таких людей называют бактерионосителями. Кроме того, наблюдаются так называемые здоровые бактерионосители - лица, которые либо не болели, либо перенесли заболевание в легчайшей форме(в связи с чем оно и осталось нераспознанным), но стали

бактерионосителями. Бактерионосители представляют большую опасность, так же как и больные стертыми, атипичными, легкими формами заболевания, которые не обращаются к врачу, перенося заболевание на ногах и рассеивая вокруг себя возбудителей болезни. Особенно часто это наблюдается у больных гриппом и дизентерией.

Инфекционные болезни, при которых основным источником и резервуаром в природе являются некоторые виды животных, от которых происходит заражение человека, называются зоонозами. Человек может заразиться от больного животного не только при прямом соприкосновении с ним (укус бешеным животным, обработка туши и т.д.), но и при употреблении в пищу мяса, молока, полученных от больных животных. Заражение сибирской язвой может произойти также при соприкосновении с животным сырьем: кожей, шерстью и т.д.

Передача возбудителей инфекций: в передаче заразного начала (возбудителя) участвуют различные факторы внешней среды: вода, воздух, пищевые продукты, почва и т.д., которые называются факторами или путями передачи инфекции.

Пищевой путь передачи инфекционных болезней является одним из самых распространенных. Этим путем передаются как возбудители бактериальных инфекционных болезней (брюшной тиф, паратифы, холера, дизентерия, бруцеллез и т.д.), так и некоторых вирусных заболеваний (вирусный гепатит, полиомиелит). При этом возбудители болезней могут попасть на пищевые продукты различными путями: инфицирование может произойти как от больного человека или бактерионосителя, так и от окружающих его лиц, не соблюдающих правила личной гигиены. Кишечные инфекционные болезни называют болезнями грязных рук. Заражение может произойти через инфицированные продукты, полученные от животных (молоко и мясо бруцеллезных животных, мясо животных или утиные яйца, содержащие сальмонеллезные бактерии). Возбудители болезней могут попасть на туши животных при разделке их на загрязненных бактериями столах, при неправильном хранении и транспортировке. При этом надо помнить, что пищевые продукты могут не только сохранять микробы, но и служить питательной средой для размножения и накопления микроорганизмов (молоко, мясные и рыбные продукты, консервы, различные крема). Определенную роль в распространении кишечных инфекционных болезней, имеющих фекально-оральный механизм заражения, выполняют мухи. Микробы на поверхности тела и в кишечнике мухи остаются жизнеспособными в течение 2-3 дней. Уничтожение мух является не только общегигиеническим мероприятием, но и преследует цель профилактики кишечных инфекционных болезней.

Водный путь передачи инфекции: через загрязненную фекалиями воду могут передаваться холера, брюшной тиф и паратифы, дизентерия, туляремия, бруцеллез, лептоспирозы и т.д. Передача возбудителей при этом происходит как при питье зараженной воды, так и при обмывании продуктов, а также при купании в ней.

Воздушным путем передаются инфекционные болезни, возбудители которых локализуются преимущественно в дыхательных путях: корь, коклюш, менингококковая инфекция, грипп, натуральная оспа, легочная форма чумы, дифтерия, скарлатина. Большинство из них переносится с капельками слизи – воздушно-капельный путь передачи. Передающиеся таким путем возбудители обычно малоустойчивы во внешней среде и быстро в ней гибнут. Некоторые возбудители могут также передаваться с частицами пыли – воздушно-пылевой путь передачи. Этот путь передачи возможен только при инфекционных болезнях, возбудители которых устойчивы к высушиванию (сибирская язва, туляремия, туберкулез и т.д.)

Острые кишечные инфекционные заболеваний.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой обширную группу инфекционных заболеваний, источником инфекций является преимущественно человек, с фекально - оральным механизмом передачи возбудителей. К данной группе относятся: дизентерия, брюшной тиф, сальмонеллез, холера, ротавирусные инфекции и др.

Для всех этих заболеваний характерным является проникновение возбудителя через рот(оральный механизм заражения) и размножение их в кишечнике человека, откуда они с

испражнениями(фекальное загрязнение) вновь попадают во внешнюю среду: почву, воду, различные предметы и продукты питания.

Характеризуются преимущественным поражением желудочно - кишечного тракта. В большинстве случаев наблюдается диарея и явления интоксикации организма(озноб, повышение температуры, головная боль, слабость, ломота в суставах, отсутствие аппетита, нередко рвота).

При ОКИ вирусной этиологии наряду с поражениями кишечника отмечаются изменения со стороны верхних дыхательных путей: неба, дужек, язычка - при ротавирусной инфекции; трахеобронхит - при аденовирусной инфекции.

Острые кишечные инфекции остаются наиболее значимой группой болезней, ответственной за формирование эпидемических очагов.

В этиологической структуре наиболее значимых (средних и крупных) очагов составляют острые кишечные инфекции, представленные сальмонеллезами, ротавирусной и норовирусной инфекциями, бактериальной дизентерией (Зонне и Флекснера), эшерихиозами, пищевыми токсикоинфекциями энтеробактериальной и стафилококковой природы.

Восприимчивость людей к острым кишечным заболеваниям довольно высокая. Особенно подвержены им дети, что объясняется более слабыми защитными приспособлениями детского организма. Наибольший подъем заболеваемости наблюдается в летне-осенний период, что связано с выездом на отдых, обилием овощей и фруктов, нарушением водного режима, наличием большого количества мух(механические переносчики возбудителя), наличием благоприятных условий для размножения микроорганизмов.

Источником инфекции является больной или бактерионоситель, не соблюдающий правил личной гигиены. Загрязненными руками он переносит возбудителей инфекций на предметы домашнего обихода, дверные ручки, посуду и др. Здоровый человек, соприкасаясь с этими предметами, может загрязненными руками или с пищей занести микробы в рот.

Заражение пищевых продуктов может произойти также при неправильной транспортировке, хранении. Представляют опасность блюда, употребляемые в холодном виде, без тепловой обработки: салаты, заливные, молоко и молочные продукты, а также мясные полуфабрикаты -особенно фарш, т.к. в процессе его приготовления мясо перемешивается и микробы, находившиеся ранее в каком-либо одном участке, распространяются по всей массе.

Возбудители острых кишечных заболеваний могут находиться также на поверхности овощей, ягод, фруктов, если в качестве удобрения для садов и огородов применялись необезвреженные нечистоты.

Одним из путей распространения является вода. Талые, дождевые воды смывают возбудителей заболеваний с поверхности земли в открытые водоемы: реки, озера, пруды. Использовать такую воду для питья, мытья посуды, рук, овощей и фруктов нельзя. Не исключено заражение этой водой при купании. Причиной заболевания может быть и вода из колодца, если колодец неправильно построен или неправильно используется(в т.ч.колодец находится вблизи уборных, жители берут воду индивидуальными ведрами, стирают белье в непосредственной близости от колодца).

Активную роль в распространении острых кишечных заболеваний играют мухи. Излюбленным местом скопления и вышлота мух являются уборные, выгребные ямы, откуда они на лапках и поверхности тела переносят возбудителей кишечных инфекций в помещения, на продукты питания, посуду, предметы домашнего обихода.

Острые кишечные заболевания могут протекать в легкой форме, когда признаки болезни выражены неярко. В связи с этим не все считают необходимым обратиться к врачу; лечатся своими средствами, прислушиваясь к советам знакомых или используя собственный «опыт». После самостоятельного лечения может наступить видимое выздоровление; однако в организме остаются и продолжают размножаться микробы- возбудители кишечных инфекций. При несоблюдении таким «здоровым» человеком правил личной гигиены микробы попадают на предметы, с которыми он соприкасается, и вызывают заражение многих людей. Особенно опасно, если такой больной работает на предприятии

общественного питания, в организованном детском коллективе. Он может стать источником заболевания целого коллектива.

В случае любого подозрения на острое кишечное инфекционное заболевание следует немедленно обратиться к врачу.

Дизентерия

-острое заболевание с общей интоксикацией и преимущественным поражением слизистой толстого кишечника. Источником инфекции является человек – больной или бактерионоситель. Особенно опасны больные легкими формами. Дизентерийные палочки, проникшие в организм через рот, достигают толстой кишки, где размножаются; при их разрушении образуется токсин, поражающий кишечник и другие органы и системы(нервную, сердечно-сосудистую и др.)- отмечается слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры, тошнота, иногда рвота, боли в животе. В тяжелых случаях в стенке кишечника образуются язвы, возможны кровотечения.

Оптимальная температура выживаемости +37 °С. На посуде и влажном белье могут сохраняться в течение месяцев, в почве до 3 месяцев, на продуктах питания- несколько суток, в воде- до 2 месяцев, при нагревании до +60° С гибнут через 10 минут, при кипячении- немедленно. Источник инфекции- больной или бактерионоситель. Характерен фекально-оральный механизм передачи- через воду, пищевые продукты, предметы обихода.

Бытовое заражение происходит при непосредственном соприкосновении с больным(в частности при уходе), через загрязненные руки больного или бактерионосителя, предметы обихода: посуду, дверные ручки, выключатели и т.д. С загрязненных рук больного возбудитель попадает на пищевые продукты, на посуду для пищи или воды, различные предметы. В теплое время года пищевые продукты загрязняются мухами, которые переносят на хоботке и лапках микроскопические кусочки кала, содержащие бактерии. Употребление загрязненных продуктов, особенно не подвергшихся специальной обработке(молоко и молочные продукты, салаты, винегреты, паштеты, заливные блюда, холодец, овощи, фрукты, ягоды и др.) может вызвать групповые заболевания дизентерией. Особенно опасно, если больной или бактерионоситель принимает непосредственное участие в реализации пищевых продуктов и не выполняет гигиенических требований. Заражение может происходить при употреблении загрязненной испражнениями воды из открытых водоемов, при мытье такой водой овощей, фруктов и ягод; возможно заражение при купании.

Сальмонеллезы

- широко распространенная инфекция человека и животных. Сальмонеллы обитают в кишечнике человека и животных. Яйца водоплавающих птиц и кур могут загрязняться сальмонеллами при своем формировании и прохождении через анальное отверстие. Мясо крупного рогатого скота, свиней, особенно ослабленных животных, еще при жизни может инфицироваться сальмонеллами из кишечника или желчных протоков.

Основными источниками возбудителя инфекции являются сельскохозяйственные животные и птицы. Наиболее эпидемически значимым источником возбудителя в настоящее время являются куры, крупный рогатый скот и свиньи. Грызуны, в первую очередь крысы и мыши, также представляют собой массивный резервуар сальмонеллезной инфекции. Инфицированный человек (особенно бессимптомный носитель) представляет особую опасность в том случае, если он имеет отношение к приготовлению и раздаче пищи, а также продаже пищевых продуктов.

Механизм передачи возбудителя реализуется преимущественно пищевым (алиментарным) путем. При этом факторами передачи возбудителя являются пищевые продукты, прежде всего, такие как мясо и мясопродукты, яйца и кремовые изделия. Особую опасность в связи с возможной трансвариальной передачей возбудителя представляют куриные яйца, инфицированные до снесения, а также продукты, приготовленные из них, в том числе майонез и сухой яичный порошок. Известны заболевания сальмонеллезом, связанные с употреблением сыров, брынзы, рыбы, в том числе копченой, морепродуктов. Массовое инфицирование продуктов питания может вызвать очень быстрое и бурное развитие заболевания по типу пищевой токсикоинфекции(пищевого отравления).

Возбудители сальмонеллезов обладают способностью к значительной выживаемости на объектах внешней среды в зависимости от температуры, влажности и массивности заражения. Могут сохраняться в почве более 4 месяцев, в воде до 1 месяца; особенно хорошо сохраняются в продуктах питания (даже при хранении в холодильнике) - в сливочном масле до 4 месяцев, в молоке до 20 дней.

Сальмонеллы устойчивы к солению и копчению. В рассоле, содержащем до 25-29% соли и имеющем температуру до 12 °С, они остаются жизнеспособными до 4х месяцев, а в соленом и копченом мясе сохраняются 2,5-3 месяца.

Обычно болезнь начинается остро, с повышения температуры тела до 38-40 °С. Появляются слабость, головная боль, боли в животе, тошнота и рвота, ломота в суставах, учащенное сердцебиение, озноб. На этом фоне возникает жидкий стул, который приобретает зеленоватую окраску, имеет зловонный запах. Часто встречается стертая форма заболевания. При этом симптомы интоксикации отсутствуют, а стул просто жидкий или кашицеобразный. Если заболевший такой формой не обращается к врачу и не лечится, то болезнь может приобрести хроническое течение. Длительное бактерионосительство очень опасно для окружающих.

Иерсиниозы:

Псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз - две самостоятельные острые инфекционные болезни, относящиеся к зоонозам с фекально-оральным механизмом передачи инфекции, характеризующиеся полиморфизмом клинических проявлений с поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательного аппарата и других органов. Встречаются повсеместно.

Оптимальная температура для жизнедеятельности иерсиний - 25 - 29 °С, однако они могут, хотя и гораздо медленнее, размножаться при температуре 4 - 10 °С. Иерсинии устойчивы к воздействию окружающей среды и способны сохраняться в ней долгое время. Так, в почве они могут существовать до 4-х месяцев и более, в воде открытых водоемов - до 1 месяца, в кипяченой воде - до 1 года. В испражнениях при комнатной температуре выживают до 7 суток, в замороженных фекалиях - до 3-х месяцев.

Достаточно долго иерсинии выживают на различных продуктах питания и даже могут на них размножаться (например, на овощах, особенно приготовленных в виде салатов). В молоке сохраняются до 18 суток, в сливочном масле - до 145 суток, на хлебе, кондитерских изделиях - от 16 до 24 суток. Иерсинии чувствительны к высокой температуре: при 100 °С погибают в течение нескольких секунд, однако при температуре 50 - 60 °С способны выживать до 20 - 30 минут, переносят большие (до 10%) концентрации раствора натрия хлорида, особенно при низких температурах.

Источники, пути и факторы передачи инфекций

Естественным резервуаром псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза являются дикие мелкие млекопитающие (полевки, мыши, землеройки-бурозубки, песчанки, суслики). Инфекция распространена как среди диких грызунов (обыкновенные полевки, полевые мыши), заселяющих окраины населенных пунктов, так и синантропных (серые и черные крысы, домовые мыши). Возбудители, локализуясь в желудочно-кишечном тракте, выделяются из организма главным образом с фекалиями, что обуславливает обсеменение почвы, мелких непроточных водоемов, кормов и пищевых продуктов, обеспечивая дальнейшее заражение домашних и сельскохозяйственных животных.

Роль животных как источников инфекции для человека неравноценна. При кишечном иерсиниозе таковыми могут быть больные сельскохозяйственные животные (свиньи, коровы, овцы, козы). При псевдотуберкулезе сельскохозяйственные животные в качестве источника инфекции практического значения не имеют.

Y. pseudotuberculosis способен к длительному существованию в воде или почве. Последние как промежуточные факторы передачи инфекции обеспечивают перенос возбудителя в организм человека. Предполагается, что с частицами почвы на корне- и клубнеплодах возбудитель переносится в складские помещения, где концентрируется на

малом пространстве хранилищ или баз и находит оптимальные условия для своего накопления.

Овощехранилища становятся искусственно созданным длительно существующим резервуаром возбудителя псевдотуберкулеза. Здесь *Y. pseudotuberculosis* сохраняется в межсезонный период, интенсивно размножается в холодный период года, первично накапливается практически на всех овощах зимнего хранения. Наиболее высокая зараженность установлена для овощей - свежей капусты, репчатого лука, моркови. В период хранения овощей и корнеплодов, вплоть до полной их реализации, происходит длительное накопление на них возбудителя с контаминацией тары, стен и пола овощехранилищ. Растительная продукция может подвергаться инфицированию при закладке на хранение, независимо от сезона, с увеличением заражения псевдотуберкулезным микробом в феврале (зимние овощи), апреле-мае (ранние, в том числе тепличные овощи) и августе-сентябре (летние овощи). Интенсивное накопление возбудителя псевдотуберкулеза как на овощах и корнеплодах, так и в самом помещении происходит в основном в овощехранилищах примитивного типа с существенными колебаниями температуры и влажности.

Фекально-оральный механизм передачи иерсиниозов реализуется пищевым прямым (с сырыми овощами) или опосредованным (через оборудование, инвентарь или посуду) попаданием возбудителя в готовую пищу; вторичным накоплением возбудителя в готовых блюдах при нарушении технологии приготовления последних и увеличении сроков их хранения; контактно-бытовым при непосредственном контакте с домашними (кошки, собаки) или содержащимися в неволе животными (животные зоопарков, декоративные птицы, морские свинки и т.д.) путями передачи инфекции.

Кроме овощей, псевдотуберкулезная инфекция в исключительных случаях может передаваться с фруктами, хлебобулочными, кондитерскими изделиями и водой из открытых водоемов, которые нередко загрязняются выделениями грызунов.

Фактором передачи при кишечном иерсиниозе являются пищевые продукты животного происхождения (мясо и мясные продукты, молоко и молочные продукты), употребляемые в пищу в сыром или термически недостаточно обработанном виде, длительное время хранившиеся при низких температурах.

Больной псевдотуберкулезом человек эпидемиологической опасности не представляет, при кишечном иерсиниозе больной или носитель при определенных условиях может явиться источником инфекции для окружающих.

Преобладают вспышки овощного происхождения при употреблении салатов и винегретов, в состав которых входят термически не обработанные растительные продукты, особенно капуста, морковь, репчатый лук. При вспышках, связанных с другими продуктами (сухари, печенье и т.д.), обычно возникает небольшое число больных.

Псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом поражаются все возрастные группы. Основная доля заболевших приходится на детей в возрасте 3 - 6, 7 - 14 и 15 - 20 лет.

Для псевдотуберкулеза характерно удлинение сезонного подъема заболеваемости до летних месяцев, сроки которого зависят от времени завоза, хранения и реализации овощей населению. При кишечном иерсиниозе отмечается незначительный весенне-летний и выраженный осенне-зимний подъемы

Профилактические мероприятия

Профилактические мероприятия в отношении кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза обеспечиваются реализацией требований санитарного законодательства Российской Федерации.

Они включают(в т.ч.):

- обеспечение населения качественным продовольствием, содержанием теплиц, овощехранилищ, складов, пищеблоков в соответствии с нормативно-методическими документами, - соблюдение технологии приготовления пищи, сроков и условий хранения готовых блюд (в т.ч. овощных салатов, винегретов), сырых овощей, мяса и полуфабрикатов из них,

-соблюдение требований к транспортировке продукции, в первую очередь овощей,

фруктов, молока, мяса, птицы, яиц;

- соблюдение правил мытья посуды, инвентаря, разделочных столов и досок, овощерезок и другого технологического оборудования, используемого для первичной и кулинарной обработки овощей и мяса сырого; использование разделочного инвентаря в соответствии с маркировкой;

- тщательную обработку овощей, предназначенных для приготовления салатов или выдачи их в сыром виде, мытье в проточной водопроводной воде с последующим ошпариванием кипятком, запрещение хранения более установленного срока очищенных овощей в холодной воде (особенно в холодильниках), мытье фруктов, в т.ч. citrusовых;

- проведение дератизационных работ во всех помещениях пищеблока и всего учреждения в плановом порядке.

Мероприятия, направленные на предупреждение заражения иерсиниями овощей и фруктов в овощехранилищах:

- при подготовке к приему на хранение нового урожая: освобождение хранилищ от остатков зимних овощей и мусора, просушка, обработка стеллажей, инвентаря и тары, обработка стен, потолка и оборудования дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении иерсиний, за 3 - 4 недели до загрузки с последующим проветриванием и побелкой. При поступлении овощей нового урожая - периодическое (1 раз в месяц) освобождение помещения и его дезинфекция с дальнейшим использованием.

- при хранении овощей: недопущение совместного хранения овощей (фруктов) старого и нового урожая, обеспечение надлежащего температурно-влажностного режима, качества переборки овощей, зачистки капусты, очистки и промывки овощей перед засолкой и квашением, использование для этих целей отдельных помещений, специального инвентаря и тары;

- обеспечение проведения дератизационных мероприятий и грызунонепроницаемости объекта (защита от грызунов и препятствия для миграции и выживания);

Ротавирусная инфекция

- высококонтагиозное, острое, инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, общей интоксикацией, дегидратацией (*обезвоживанием*), нередко наличием респираторного (катарального) синдрома в начальном периоде болезни. Ротавирусы относительно стабильны в окружающей среде: их не разрушает многократное замораживание, в фекалиях ротавирусы сохраняются от нескольких недель до 7 месяцев, на фруктах - от 5 до 30 дней, на тканях из хлопка и шерсти - от 12 до 45 дней, на различных поверхностях - до 10 дней, а с органическими загрязнениями - до 16 дней.

Ротавирусы утрачивают инфекционность при кипячении, прогревание при 70 °С инактивирует вирус в течение 10 мин., при 80 °С - в течение 1 мин.

Основным резервуаром и источниками ротавирусов является человек. Основной механизм передачи возбудителя ротавирусов - фекально-оральный.

Основной механизм передачи возбудителя реализуется контактно-бытовым, водным или пищевым путем. В настоящее время ведущая роль принадлежит контактно-бытовому пути передачи возбудителя.

Энтеровирусная (неполио) инфекция

- группа острых вирусных инфекционных заболеваний. ЭВИ характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит, геморрагический конъюнктивит, увеит, синдром острого вялого паралича (ОВП), заболевания с респираторным синдромом и другие. Наиболее опасным клиническим проявлением энтеровирусной (неполио) инфекции является энтеровирусный менингит.

Основным механизмом передачи энтеровирусной (неполио) инфекции является фекально-оральный, возможны также контактный и аэрогенный механизмы передачи. Пути передачи являются водный, пищевой, контактно-бытовой, воздушно-капельный.

Факторами передачи могут служить зараженные энтеровирусом вода, фрукты, овощи, другие пищевые продукты и объекты внешней среды - воздух и поверхности в помещениях, санитарно-техническое оборудование, столовая посуда, игрушки, белье, физиологические выделения и др. Возможна передача инфекции через руки.

Энтеровирусы длительно выживают на (в) объектах внешней среды. Они сохраняют жизнеспособность в воде водопроводной - до 18 дней, в речной - до 33 дней, в очищенных сточных водах - до 65 дней, в осадке сточных вод - до 160 дней, на объектах внешней среды - до 3-х месяцев, при замораживании - в течение нескольких лет. Разрушаются энтеровирусы под воздействием ультрафиолетовых лучей, повышенной температуры, при кипячении, высушивании.

К применению для дезинфекции при энтеровирусной инфекции допускаются только средства в инструкции по применению которой содержится указание на вирулицидное действие дезинфицирующего средства.

Дезинфекционные мероприятия в детских образовательных и оздоровительных организациях

В детских образовательных и оздоровительных организациях в период эпидемиологического неблагополучия профилактическую дезинфекцию в местах общего пользования - туалетах, ванных комнатах, буфетах, столовых, пищеблоке и других помещениях проводит персонал учреждения с применением дезинфицирующих средств, обладающих вирулицидным действием в отношении энтеровирусных (неполио) инфекций.

Дезинфекции подлежат столовая посуда, игрушки, предметы обстановки в комнатах приема пищи, игровых, спальных комнатах, двери и дверные ручки, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки. Помещения проветривают как можно чаще, не менее 4-х раз в день.

В санузлах, душевых, ванных комнатах дезинфицируют водопроводные краны, кнопки, клавиши и другие устройства смывных бачков, санитарно-техническое оборудование (раковины, унитазы, ванны, поддоны).

Столы, клеенки обеденных столов, пластмассовые скатерти после каждого приема пищи моют с использованием синтетических моющих средств, а при их отсутствии - горячим мыльным или 2% содовым раствором с помощью чистой прокипяченной ветоши.

В период эпидемиологического неблагополучия, а также при выявлении лиц с подозрением на энтеровирусную (неполио) инфекцию персонал обрабатывает руки кожным антисептиком, предназначенным для гигиенической обработки рук.

В этот же период проводят профилактическую дезинсекцию и дератизацию, независимо от наличия или отсутствия членистоногих или грызунов.

Очаговую дезинфекцию (текущую и заключительную) в образовательных учреждениях и оздоровительных учреждениях для детей организуют и проводят:

-При выявлении больного в учреждении дезинфекцию проводят во всех местах общего пользования и пребывания больного.

-Если в очаге имеются насекомые (мухи, тараканы), перед проведением заключительной дезинфекции в помещениях проводят дезинсекцию.

-При проведении заключительной дезинфекции поверхности в помещениях обрабатывают способом орошения раствором дезинфицирующего средства с помощью различных распылителей. Предметы, бывшие в употреблении у больного (посуда, белье, предметы ухода и пр.), обрабатывают способом протирания либо погружают в дезинфицирующий раствор.

-Постельные принадлежности (при отсутствии водонепроницаемых чехлов-намаатрасников, позволяющих их дезинфицировать) обеззараживают камерным методом.

-Все виды работ при проведении заключительной дезинфекции осуществляют с использованием средств индивидуальной защиты (маска или респиратор, халат, шапочка, резиновые сапоги).

Дезинфекционные мероприятия на предприятиях общественного питания.

На предприятиях общественного питания в период эпидемиологического неблагополучия профилактическая дезинфекция проводится с применением

дезинфицирующих средств, обладающих вирулицидным действием, которые можно использовать в присутствии людей. С ограничениями, в помещениях, не предназначенных для постоянного пребывания людей, применяют хлорактивные и кислородактивные дезинфицирующие средства. Не рекомендуется применять дезинфицирующие средства на основе альдегидов и фенолов.

Дезинфекции подлежат поверхности в помещениях и оборудование, столы, клеенки, кухонный инвентарь, посуда, подносы, санитарно-техническое оборудование, мусоросборники, уборочный инвентарь.

Персонал, занятый приготовлением и раздачей пищи (*а также контактирующий с пищевыми продуктами (прием, складирование)*), обрабатывает руки кожным антисептиком, предназначенным для гигиенической обработки рук.

Генеральная уборка помещений и инвентаря с применением дезинфицирующих средств проводится еженедельно.

Специализированный транспорт, предназначенный для перевозки пищевых продуктов и продовольственного сырья, ежедневно подвергают мойке с применением моющих средств и один раз в неделю обеззараживают растворами дезинфицирующих средств.

Острый гепатит А (далее - ОГА)

- острая вирусная инфекционная болезнь, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов).

Источником инфекции при ОГА является человек. Инкубационный период колеблется от 7 до 50 дней, чаще составляя 25 +/- 5 дней. Вирус гепатита А выделяют с фекалиями 3 основные категории источников инфекции: лица с бессимптомной формой инфекционного процесса, больные со стертой - безжелтушной и желтушной формами инфекции.

Продолжительность выделения вируса при различных проявлениях инфекции существенно не отличается. Наибольшая концентрация возбудителя в фекалиях источника инфекции отмечается в последние 7 - 10 дней инкубационного периода и в первые дни болезни, соответствующие по продолжительности преджелтушному периоду, - от 2 до 14 дней (чаще 5 - 7 дней). С появлением желтухи у большинства больных концентрация вируса в фекалиях снижается.

Передача ВГА осуществляется преимущественно при реализации фекально-орального механизма водным, пищевым и контактно-бытовым путями.

При водном пути передачи ВГА попадает в организм при использовании недоброкачественной питьевой воды, купании в загрязненных водоемах и бассейнах.

Пищевой путь передачи реализуется при употреблении продуктов, загрязненных вирусом во время производства на пищевых предприятиях, предприятиях общественного питания и торговли любой формы собственности. Ягоды, овощи, зелень контаминируются вирусом при выращивании на полях орошения или на огородах, удобряемых фекалиями. Морепродукты могут быть инфицированы ВГА при отлове моллюсков в загрязненных сточными водами прибрежных водах.

Контактно-бытовой путь передачи инфекции реализуется при несоблюдении правил личной гигиены. Факторами передачи при этом служат руки, а также все предметы, зараженные возбудителем инфекции.

При выявлении больного ОГА в организованном детском коллективе, в учреждении (организации) вводится карантин сроком на 35 дней с момента изоляции последнего больного. За детьми, имевшими контакт с больным ОГА, устанавливают ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина.

Личная профилактика острых кишечных инфекций включает пять основных правил (рекомендации Всемирной организации здравоохранения):

1. Поддержание чистоты.

- мытье рук перед тем, как брать продукты и готовить пищу; после туалета,
- мытье и дезинфекция поверхностей и кухонных принадлежностей, используемых для приготовления пищи;
- предохранение кухни и продуктов от насекомых, грызунов и других животных

2. Отделение сырого и приготовленного:

- отделение сырого мяса, птицы и морских продуктов от других пищевых продуктов;
- для обработки сырых продуктов необходимо использовать отдельные кухонные приборы и принадлежности, такие как ножи и разделочные доски;
- необходимо хранить продукты в закрытой посуде, для предотвращения контакта между сырыми и готовыми продуктами.

3. Хорошо прожаривать или проваривать продукты.

- тщательно прожаривать или проваривать продукты, особенно мясо, птицу, яйца и морские продукты;
- доводить такие блюда, как супы и жаркое, до кипения, чтобы быть уверенными, что они достигли 70° С.

4. Хранить продукты при безопасной температуре.

- не оставлять приготовленную пищу при комнатной температуре более, чем на 2 часа;
- охлаждать без задержки все приготовленные и скоропортящиеся пищевые продукты (желательно ниже 5° С);
- держать приготовленные блюда горячими (выше 60° С) вплоть до сервировки;
- не хранить пищу долго, даже в холодильнике;
- не размораживать продукты при комнатной температуре (лучше использовать для этих целей холодильник).

5. Использовать безопасную воду и безопасные сырые продукты.

- использовать безопасную воду или обеспечить ее безопасность в т.ч. кипячением;
- выбирать продукты, подвергнутые обработке в целях повышения их безопасности (например, пастеризованное молоко);
- мыть фрукты и овощи, особенно когда они подаются в сыром виде;
- не употреблять продукты с истекшим сроком годности.

Причинами возникновения вспышек острых кишечных инфекций пищевого характера, как правило, являются грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд, в том числе:

- несоблюдение сроков, условий хранения и транспортировки скоропортящихся пищевых продуктов;
- несоблюдение технологии приготовления пищи, сроков и условий реализации блюд и кулинарных изделий;
- несоблюдение требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды;
- невыполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков требований по обработке продуктов и соблюдению правил личной гигиены.

Мероприятия по профилактике острых кишечных инфекций (в т.ч.):

- обеспечение населения доброкачественными, безопасными в эпидемическом отношении пищевыми продуктами и водой,
- соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение заражения возбудителями ОКИ пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах реализации населению, а также на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и накопления в них микроорганизмов,
- гигиеническое обучение работников, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обучением и воспитанием детей и подростков, с оформлением медицинских книжек,
- соблюдение правил личной гигиены.

Воздушно-капельные инфекции.

Корь.

Острое инфекционное заболевание, характеризующееся в типичной форме совокупностью клинических проявлений: с 4-го и 5-го дня поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи (1 день - лицо, шея; 2 день - туловище; 3 день - ноги, руки), температура 38°C и выше, кашель или насморк, конъюнктивит, общая интоксикация.

Краснуха.

Острое заболевание, характеризующееся в типичной форме всеми перечисленными ниже проявлениями: непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах, незначительный подъем температуры, отсутствие интоксикации, лимфаденопатия, увеличение заднешейных и заушных лимфоузлов, редко - артралгия.

Эпидемический паротит.

Острое инфекционное заболевание, характеризующееся общей интоксикацией (слабостью, недомоганием, лихорадкой) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее); или резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины (панкреатит),

- у мужчин - сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка (орхит);

- у женщин - болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) - оофорит;
- лихорадка до 39 °С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, серозный менингит.

Принципы профилактики кори, краснухи, эпидемического паротита.

Основной метод защиты от кори, краснухи и эпидемического паротита - вакцинопрофилактика, которая направлена на создание невосприимчивости к этим инфекциям. У привитых лиц вырабатывается противовирусный иммунитет, который защищает от заболевания корью и краснухой более 95 - 97%, а от эпидемического паротита - более чем 80% привитых; предотвращает развитие тяжелых форм заболевания и осложнений.

Туберкулез

- инфекционная, хронически протекающая болезнь всех видов животных и человека, характеризующаяся поражением органов и тканей, а также аллергизацией организма.

Основным источником туберкулеза для человека являются больные активной формой туберкулеза легких. Ведущими путями передачи туберкулезной инфекции являются воздушно-капельный (через капельки мокроты и слюны при кашле, чихании и разговоре) и воздушно-пылевой. Возможно заражение пищевым (при употреблении в пищу термически плохо обработанного молока или мяса от больного туберкулезом крупного рогатого скота) и контактно-бытовым (как непосредственно от больного - через загрязненные мокротой руки, так и через различные предметы обихода, инфицированные мокротой) путями.

Большую эффективность для профилактики туберкулеза имеют массовые флюорографические обследования взрослого населения. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей и позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности.

Другие инфекционные заболевания:

Туляремия.

Это острое инфекционное заболевание. Характерно воспаление лимфатических узлов и прилежащей к ним ткани (образование бубона), возникающих регионарно к месту проникновения в организм возбудителя. Резервуаром в природе, преимущественно, являются грызуны и зайцеобразные.

Возбудитель проявляет значительную выживаемость во внешней среде, особенно при низких температурах, и сохраняет жизнеспособность от нескольких суток до 10 месяцев.

Заражение людей происходит:

-контактным - через поврежденные и неповрежденные кожные и слизистые покровы при соприкосновении с больными или павшими грызунами и зайцами;

-алиментарным - при употреблении продуктов питания, сельскохозяйственных продуктов и воды (колодезной, из открытых водоемов), загрязненных возбудителем туляремии от больных грызунов,

-аспирационным - при вдыхании воздушно-пылевого аэрозоля, образующегося при перекалке сена, соломы, загрязненных возбудителем туляремии от больных грызунов.

Специфическая профилактика туляремии среди людей - иммунизация (вакцинация).

Неспецифическая профилактика при туляремии - комплекс мероприятий по дератизации (борьба с грызунами - источниками возбудителя), дезинсекции (борьба с членистоногими - переносчиками возбудителя).

Руководители летних оздоровительных учреждений, расположенных в зоне природных очагов туляремии, перед их открытием обязаны обеспечить:

-проведение дератизационных мероприятий (в постройках и на прилегающей к ним территории в радиусе *не менее 200-метровой зоны*);

- защиту хозяйственных построек и жилых помещений от проникновения в них грызунов;

-расчистка территории лесного массива, прилегающего к оздоровительному учреждению, от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска в радиусе не менее 200-метровой зоны.

Бруцеллез

- острое инфекционно-аллергическое заболевание с высокой потенциальной возможностью перехода в хроническую форму.

Бруцеллы могут проникать через неповрежденные слизистые и через микротравмы кожных покровов.

Возбудитель обладает устойчивостью во внешней среде: в сыром молоке, хранящемся в холодильнике, возбудитель бруцеллеза сохраняется до 10 дней, в сливочном масле - более 4 недель, в домашнем сыре - 3 недели, брынзе - 45 дней; в простокваше, сметане - 8 - 15 дней, в мясе - до 12 дней; во внутренних органах, костях, мышцах и лимфатических узлах инфицированных туш - в течение 1 мес. и более. В замороженных инфицированных мясных и молочных продуктах бруцеллы остаются жизнеспособными в течение всего срока хранения. Возбудитель бруцеллеза погибает при кипячении моментально.

Основными источниками бруцеллезной инфекции для человека являются овцы, козы, крупный рогатый скот, свиньи.

Факторами передачи инфекции человеку от больного животного служат сырье животного происхождения (шерсть, пух, шкуры), мясомолочные продукты и другие объекты, инфицированные бруцеллами.

Заражение происходит контактным (с больным животным или сырьем и продуктами животного происхождения), алиментарным (при употреблении мяса и молочных продуктов, полученных от больных бруцеллезом животных и не прошедших достаточную термическую обработку), аэрогенным путями.

Иммунопрофилактика инфекционных болезней

Правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, устанавливает

Федеральный Закон от 17.09.1998г. №157-ФЗ (ред. от 21.12.2013г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Статья 9. Национальный календарь профилактических прививок

1. Национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и гриппа.

2. Национальный календарь профилактических прививок, сроки проведения

профилактических прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 10. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям

1. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

2. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главный государственный санитарный врач Российской Федерации, главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации.

3. Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, сроки проведения профилактических прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 11. Требования к проведению профилактических прививок

1. Профилактические прививки проводятся гражданам в медицинских организациях при наличии у таких организаций лицензий на медицинскую деятельность.

2. Профилактические прививки проводятся при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство гражданина, одного из родителей либо иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, законного представителя лица, признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

В соответствии с приложением №2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.01.2011г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» профилактические прививки по эпидпоказаниям проводятся в отношении чумы, холеры, сибирской язвы, бешенства, бруцеллеза, туляремии, брюшного тифа, лихорадки Ку, лептоспироза, клещевого вирусного энцефалита, гепатита А, желтой лихорадки, менингококковой инфекции, шигеллезов.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ.

-заболевания, вызываемые гельминтами (глистами-паразитическими червями): аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, тениаринхоз, тениоз, гименолепидоз, дифиллоботриозы, описторхоз, эхинококкозы, токсокароз и др.

Каждому виду червей свойственна характерная локализация в теле хозяина. В организме человека они паразитируют не только в просвете желудочно-кишечного тракта, но могут поражать органы дыхания, печень, селезенку, мышцы, кровеносные и лимфатические сосуды и т.п. Человек может быть поражен несколькими видами гельминтов. Различные виды гельминтов вызывают у больных разные болезненные состояния, связанные с отравлением организма ядовитыми продуктами, выделяемыми в

результате жизнедеятельности живых червей или при распаде погибших особей, или с развитием аллергических реакций. Возможно и механическое повреждение гельминтами тканей и органов. Заражение человека глистами может происходить при употреблении продуктов, загрязненных яйцами или личинками глистов, зараженной воды, через загрязненные предметы личного обихода, через загрязненную тару, посуду. Яйца глистов могут содержаться в грязи, скапливающейся в подногтевых пространствах, поэтому необходимо содержать руки в чистоте, коротко стричь ногти.

Гельминтозы, передаваемые через мясо и мясную продукцию

На территории Российской Федерации регистрируются гельминтозы, возбудители которых передаются человеку через мясо и продукты его переработки (далее - мясная продукция): трихинеллез, тениаринхоз, тениоз.

Трихинеллез - остро или хронически протекающее заболевание.

Возбудитель трихинеллеза - мелкие тонкие нематоды, длина самки - 3 - 4 мм, самца - 1,4 - 1,6 мм. Паразит живородящий. Человек заражается при употреблении в пищу мяса животных, содержащего жизнеспособные личинки.

Трихинеллы паразитируют в организме человека, а также свиньи, крысы, собаки, медведя, лисы, барсука, хорька, куницы и других диких животных. Человек заражается трихинеллезом при употреблении в пищу свиного мяса, пораженного трихинеллами, иногда при употреблении мяса медведя, барсука. Особенно интенсивно поражаются мышцы диафрагмы, языка, глотки, глаз и межреберья. В сердечной мышце трихинеллы обычно погибают. В среднем самка продуцирует около 2000 личинок. Личинки в мышцах, в капсулах, сохраняют жизнеспособность в течение ряда лет. Живут трихинеллы в кишечнике от 10 до 56 дней.

Клинические проявления трихинеллеза весьма разнообразны - от легких, клинически мало выраженных, до тяжелых форм, заканчивающихся летально.

Правила личной профилактики должны сводиться к тому, чтобы покупать мясо, прошедшее ветеринарно-санитарный надзор. Следует употреблять в пищу свиное мясо только после длительной варки или жаренья; свиного сала в сыром виде есть не следует.

Тениидозы - заболевания, вызываемые ленточными червями - бычьим и свиным цепнями, паразитирующими в тонком кишечнике человека. Длина бычьего цепня 6 - 7 метров, длина свиного цепня 1,5 - 3 метра. Личинка (финна) бычьего цепня паразитирует в мышцах крупного рогатого скота; личинка свиного цепня - в органах и мышцах свиньи, но может также паразитировать и во всех органах и тканях человека (чаще всего в мозгу, несколько реже - в глазу и подкожной клетчатке).

Зрелые, набитые яйцами членики отрываются от тела цепней и выделяются с испражнениями больного человека: членики бычьего цепня могут самостоятельно выползти из заднего прохода. Рогатый скот и свиньи, проглатывая яйца или членики цепней (с травой, водой), заражаются финнозом.

Человек заражается тениидозами, употребляя в пищу сырое, плохо проваренное мясо рогатого скота или свиней, больных финнозом. В кишечнике человека головка паразита вывертывается из финны, прикрепляется к слизистой кишечника и в течение 2 - 3 месяцев вырастает в половозрелого цепня.

Развитие цистицеркоза у носителя свиного цепня может произойти в случаях попадания яиц гельминта в желудок из кишечника (при рвоте, тошноте). Заражение цистицеркозом человека возможно и при отсутствии свиного цепня в кишечнике путем проглатывания яиц с загрязненными продуктами питания и частицами почвы. Поэтому больной тениозом представляет особую опасность для окружающих.

Клиническая картина тениидозов протекает при наличии явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и нервной системы: нарушения аппетита, расстройства кишечных отправлений, болей в животе, головных болей, головокружения, падения трудоспособности и пр.

Профилактика тениидозов. Необходимо:

- проведение ветеринарно-санитарной экспертизы мяса и мясной продукции с целью выявления возбудителей паразитарных заболеваний (финн, личинок трихинелл);
- запрещение использования в пищу мяса без ветеринарного свидетельства,

- приобретение мяса и мясопродуктов в организованных местах торговли,
- употребление в пищу мясных продуктов после тщательной термической обработки,
- соблюдение правил личной гигиены (не пробовать сырой мясной фарш, варить мясо небольшими кусками не менее 2 часов, следить за чистотой рук).

Гельминтозы, передаваемые через рыбу, рыбную продукцию и другие гидробионты:

На территории Российской Федерации к наиболее социально значимым и широко распространенным болезням человека, возбудители которых передаются человеку через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки (далее - рыбная продукция), относится (в т.ч.) описторхоз.

Описторхоз вызывается - кошачьей (сибирской) двуусткой, паразитирующей в желчных протоках печени, желчном пузыре и поджелудочной железе человека и многих видов плотоядных животных и грызунов (кошка, собака, свинья, волк, лисица, соболь, медведь и др.). При длительном течении описторхоз ведет к хроническому заболеванию печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, способствует возникновению рака печени и желчных протоков.

Человек заражается в результате употребления в пищу карповых рыб и продуктов их переработки, содержащих живых личинок (метацеркарий) паразита.

Очаги описторхоза приурочены(в т.ч.) к бассейну реки Дон.

Меры профилактики гельминтозов, передающихся человеку через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки, включают(в т.ч.):

- обеспечение качества и безопасности рыбной продукции в процессе ее производства и реализации;
- предупреждение употребления в пищу рыбной продукции, зараженной живыми личинками гельминтов, опасных для здоровья человека.

Гельминтозы, передающиеся через почву и огородные культуры

Аскаридоз вызывается аскаридой, относящейся к круглым (нематодам) гельминтам.

Заражение человека происходит в результате заглатывания инвазионных яиц аскарид при употреблении в пищу невымытых ягод (в основном клубники), овощей (помидоры, огурцы, морковь и др.), столовой зелени (салат, укроп и др.), через руки, загрязненные почвой, содержащей яйца аскарид.

Источником инвазии при аскаридозе является инвазированный человек. Основную роль в формировании и поддержании очагов аскаридоза в сельской местности играет распространенный обычай удобрять почву огородов, садов, теплиц необеззараженными от яиц гельминтов нечистотами, сточными водами и их осадками, биогумусом. В результате в почве происходит накопление яиц аскарид и созревание их при благоприятных микроклиматических условиях до инвазионной стадии. Выращивание или складирование на такой почве ягод, овощей, фруктов способствует передаче возбудителя аскаридоза человеку.

Заражение возможно и через другие пищевые продукты, на которые яйца аскарид могут быть занесены мухами, с пылью, а также через загрязненную воду и невымытые руки.

При аскаридозе наблюдается ряд желудочно-кишечных расстройств: понижение аппетита, тошнота, иногда рвота, боли в животе, слюнотечение, головные боли, головокружение, повышенная раздражительность и пр. Аскаридоз снижает трудоспособность человека, ведет к отставанию физического и умственного развития детей, отягощает течение ряда инфекционных заболеваний (дизентерии, брюшного тифа, кори и др.). У детей нередко наблюдаются эпилептиформные припадки, нервные подергивания. Инвазия аскаридами может привести к развитию механической или динамической непроходимости кишечника и ряда других осложнений.

Профилактика заболевания - соблюдении личной гигиены (мытьё рук после посещения туалета, работы в саду и огороде, перед приемом пищи и других загрязнениях), употребляемые в сыром виде овощи и фрукты необходимо тщательно промывать (с использованием проточной воды) и обдавать кипятком; борьба с мухами; содержание в должном состоянии: колодцев, уборных, выгребных ям и др.

Гельминтозы, передающиеся непосредственно от человека человеку

Гименолепидоз

-возбудитель – карликовый цепень длиной 0,5-5 см. Состоит из лентовидного тела (стробилы), шейки, головки. Карликовый цепень паразитирует в тонком кишечнике человека, часто в сотнях и даже тысячах экземплярах, а в ряде случаев и в кишечнике грызунов.

Яйца выделяются с испражнениями зараженного человека. При нарушении правил личной гигиены яйца могут попасть на ручки дверей, горшки, игрушки, загрязняют руки, заносятся руками и мухами на пищу.

Источник инвазии - большой гименолепидозом человек. Второстепенное значение имеют грызуны - крысы, мыши. Наибольшее эпидемиологическое значение в качестве источников инвазии имеют дети, а также соответствующие профессиональные группы людей: пищевики, персонал детских учреждений и др.

Путь передачи возбудителя - фекально-оральный. Факторы передачи - загрязненные руки, предметы обихода, пищевые продукты, мухи могут быть механическими переносчиками яиц карликового цепня. Основные факторы передачи инвазии - грязные руки, предметы обихода (игрушки, посуда, детские горшки, дверные ручки и т. д.), пищевые продукты. Яйца карликового цепня могут попасть в рот также с пылью, почвой, водой, а на пищевые продукты - заноситься мухами.

Яйца карликового цепня неустойчивы в окружающей среде и сохраняют жизнеспособность не более нескольких часов. Их обнаружение на факторах передачи является показателем свежего фекального загрязнения.

Энтеробиоз

относится к группе контагиозных гельминтозов, является доминирующей инвазией детского населения и имеет повсеместное распространение.

Возбудитель – острица, небольшая нематода белого цвета: самка длиной до 9—12 мм, самцы — до 3—4 мм. Хвостовой конец тела заострен, отсюда и название — «острица».

Яйца гельминта при температуре 18–20°C и относительной влажности воздуха 70% выживают в течение 3 недель, при температуре – 15°C не более 40–50 мин, а при температуре + 55°C и выше – несколько секунд. Губительно действует высыхание и солнечная радиация.

Острицы обитают в нижних отделах тонкого кишечника, в слепой кишке и в верхнем отделе толстой кишки. Передним концом они прикрепляются к стенке кишки. Зрелые самки выползают через задний проход, чаще ночью, во время сна и на коже перианальной области, промежности, ягодиц каждая самка откладывает от 5 до 15 тыс. яиц.

Энтеробиоз продолжается несколько месяцев или лет, что обеспечивается только повторными заражениями вследствие постоянного самозаражения при нарушении правил личной гигиены.

Единственным источником инвазии острицами является инвазированный человек. Механизм передачи фекально-оральный. Человек заражается при проглатывании яиц. Важнейшую роль в передаче инвазии играют загрязненные яйцами остриц пальцы рук. Энтеробиоз правильно считают болезнью грязных рук. Из-за зуда, связанного с выползанием самок остриц из прямой кишки и их движения, инвазированный загрязняет руки при расчесах. Грязными руками яйца гельминта заносятся на другие участки тела – кожу живота, бедер, лица, а также попадают на нательное и постельное белье, а при его встряхивании поднимаются с пылью и оседают на предметах обихода, полу, мебели, создавая условия для самозаражения больного, – реинвазии и для широкого инвазирования окружающих.

Определенную роль в разnose яиц остриц играют мухи.

На коже человека, нательном белье яйца остриц быстро созревают (4–6 часов) до инвазионной стадии. Оптимальная температура для их развития 35–37 °C, но они способны развиваться при температуре от 23 до 40°C.

Восприимчивость к инвазии всеобщая, но значительно чаще болеют дети. Распространение энтеробиоза зависит от санитарного состояния жилища, учреждения и личных гигиенических навыков людей. Особенно высока инвазированность детей ДДУ и школ.

Пищевые отравления и меры по их предупреждению.

Пищевое отравление - острое заболевание, возникающее в результате употребления пищи, массивно обсеменённой микроорганизмами или содержащей токсичные вещества микробной и немикробной природы.

Пищевые отравления бактериального происхождения либо от употребления пищи, содержащей сотни тысяч и миллионы живых клеток возбудителей в г(мл)продукта; либо от употребления пищи, содержащей бактериальные токсины.

К основным признакам пищевых отравлений можно отнести(в т.ч.):

- "внезапную" массовость (одномоментное, в течение минут, часов, суток появление группы заболевших с примерно одинаковыми симптомами преимущественно гастроэнтерита)

- общий причинный продукт (блюдо);

- территориальную ограниченность заболевания, обусловленную ареалом реализации зараженного продукта;

- отсутствие контагиозности (передачи инфекции);

- быстрое прекращение вспышки после изъятия продукта.

В пищевые продукты возбудители могут попасть:

- через загрязненные руки при несоблюдении правил пользования туалетом или расчесывании заживающих гнойничковых заболеваний кожи; с капельками слюны или слизи из носоглотки при чихании, кашле, смехе, разговоре. Эти пути инфицирования продуктов особенно опасны, если люди, соприкасающиеся с пищей, страдают явными или скрытыми формами расстройства кишечника, воспалительными заболеваниями кожи и носоглотки. Больные люди выделяют во внешнюю среду сотни миллионов и даже миллиарды живых клеток возбудителей;

- при неправильной разделке тушек рыбы возбудители могут проникнуть в их мясо; в таких случаях мясо становится инфицированным;

- при нарушении правил доения коров молоко часто обсеменяется патогенными стафилококками, находящимися на вымени или на руках доярки. Молоко коров, больных маститом, может обсеменяться патогенными стафилококками внутри молочной железы при прохождении через молочные протоки;

- с частичками почвы, пыли в продукты питания и с водой;

- яйца водоплавающих птиц и кур могут загрязняться сальмонеллами при своем формировании и прохождении через анальное отверстие;

- мясо крупного рогатого скота, свиней, особенно ослабленных животных, еще при жизни может инфицироваться сальмонеллами из кишечника или желчных протоков.

Пищевые отравления возникают при употреблении пищи, содержащей возбудителей в очень большом количестве. Это происходит тогда, когда в продукте создаются благоприятные условия для активного размножения возбудителей тех или иных заболеваний, в т.ч. определенная температура. Оптимальной для развития патогенных микроорганизмов является температура от 28 до 37°C. Такой температуры пищевые продукты достигают при длительном хранении летом в комнатных условиях, или при длительном хранении пищи на краю плиты после её приготовления и т.д.

Свежеприготовленные мясные, рыбные, молочные блюда представляют благоприятную среду для размножения в них возбудителей пищевых отравлений.

Все возбудители пищевых отравлений могут размножаться и накапливать токсины при относительно небольшом доступе кислорода воздуха, только возбудители ботулизма требуют его полного отсутствия. Вызвать пищевые отравления чаще всего могут: мясные рубленые изделия, рыбные кулинарные изделия, торты, пирожные, консервы- из овощей, мяса, рыбы; а также блинчики с мясом, макароны по-флотски, мясные салаты, студни, винегреты, самоскисшее молоко.

Основными причинами микробного загрязнения пищевых продуктов и готовых блюд являются:

- 1) нарушение технологии приготовления пищи (в т.ч. недостаточная тепловая обработка продуктов),
- 2) нарушение условий хранения(в т.ч. температуры) и несоблюдение сроков годности продуктов,

- 3) совместная транспортировка, хранение, обработка и отпуск готовых и сырых продуктов,
- 4) нарушение правил личной и общественной гигиены лицами, занятыми переработкой и реализацией пищевых продуктов.

Пищевые токсикоинфекции:

- острые заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей массивные дозы живых микробов, которые при размножении и гибели выделяют токсин. К микроорганизмам, способным вызывать токсикоинфекции, относятся и протей. Среди продуктов, вызывающих вспышки этой токсикоинфекции, чаще всего встречаются фарш, кровяная колбаса, рыба, блюда из картофеля; могут быть молочные продукты, овощи, салаты. Протейные токсикоинфекции в основном возникают при антисанитарном состоянии пищевых продуктов, при нарушении условий хранения и сроков годности пищевых продуктов. В распространении токсикоинфекций протейной этиологии большое значение имеет загрязнение готовых блюд, уже прошедших тепловую обработку. У больных появляется слабость, разбитость, тошнота, рвота понос, повышение температуры тела.

Пищевые токсикозы

- острые или хронические заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей токсин, накапливающийся в ней в результате развития специфического возбудителя (жизнеспособные клетки самого возбудителя в пище могут отсутствовать). Токсикозы могут быть бактериальные и микотоксины (вызываются микроскопическими грибами). К группе бактериальных токсикозов относятся ботулизм и стафилококковые отравления.

Ботулизм – поражаются жизненно важные участки центральной нервной системы. У больных, прежде всего, развиваются симптомы поражения органов зрения: двоение в глазах, «сетка», «мушки», перед глазами, расширение зрачков, опущение век; нарушаются акты глотания, речь. При несвоевременном лечении может наступить паралич дыхательного центра. Основным источником инфекции являются теплокровные животные, особенно травоядные, выделяющие с испражнениями возбудителя в окружающую среду. Возбудитель ботулизма распространен повсеместно: встречается в почве, иле озер и морей, на растениях, кишечнике рыб, морских животных и морской воде. Человек заболевает от употребления пищи, содержащей токсины возбудителей ботулизма. Большинство случаев связано с употреблением продуктов домашнего баночного консервирования: соленые и маринованные грибы, овощные и плодово-ягодные консервы; а также сырокопченые окорока, мясные и рыбные слабосоленые вяленые и копченые продукты; консервы мясные и рыбные. Для предупреждения ботулизма в быту не рекомендуется консервировать в домашних условиях грибы, мясо, рыбу. При изготовлении окороков нельзя допускать загрязнения свиных туш содержимым кишечника, окорока нужно солить при низкой температуре или дополнительно варить перед едой. В учреждениях, связанных с оздоровлением детей запрещены (в т.ч.) в питании детей консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток, и др.

Стафилококковые пищевые отравления возникают от употребления пищи, содержащей энтеротоксины стафилококков. Стафилококки постоянно находятся на коже человека и животных; всегда находятся в гное при воспалительных процессах. Воздух, стоячие воды являются местом обитания стафилококка. Возбудителями стафилококковых интоксикаций являются не все стафилококки, а те, которые вырабатывают энтеротоксин. Стафилококковый энтеротоксин хорошо сохраняется в окружающей среде; устойчив к высоким и низким температурам, разрушается при кипячении через 2,5-3 часа. При ангине, насморке, нарывах на коже, нагноившихся ожогах и порезах рук в очагах воспаления накапливается огромное количество патогенных стафилококков. Они могут попасть в пищу либо с каплями слюны и слизи из носоглотки, либо через руки, загрязненные при расчесывании заживающих нарывов. Молоко может обсеменяться от коров, больных маститом и при нарушении правил доения патогенными стафилококками, находящимися на руках доярок (в оздоровительном учреждении запрещены молока и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедшие первичную обработку и пастеризацию).

Стафилококковые пищевые отравления чаще связаны с инфицированием молока и молочных продуктов, крема (является хорошей питательной средой для размножения бактерий), рыбы и рыбных консервов, мясных продуктов.

Заболевание начинается бурно, характеризуется многократной рвотой, иногда с примесью крови и слизи, болями в поджелудочной области. Понос отмечается не всегда, температура тела, как правило, нормальная.

В целях защиты пищевых продуктов от попадания в них патогенных стафилококков важно не допускать к обработке пищи людей, страдающих гнойничковыми заболеваниями кожи, больных ангинами, гриппом; соблюдать правила личной гигиены; осуществлять профилактику простудных заболеваний, своевременно лечить зубы и носоглотку. Необходимо ежедневно перед началом смены проводить подлежащих осмотру работников на наличие гнойничковых и простудных заболеваний (нагноившиеся ожоги, порезы, ссадины; ангина и др. острые респираторные заболевания). Большое профилактическое значение имеет соблюдение сроков годности скоропортящихся пищевых продуктов и условий их хранения и реализации.

Профилактика пищевых отравлений

Главным в профилактике и борьбе с пищевыми отравлениями служат меры, направленные на улучшение санитарии и гигиены питания. Профилактика пищевых отравлений должна также включать меры воспитательного характера среди персонала пищевых объектов, от ответственности и личной гигиены которых зависит эффективность мер по недопущению пищевых отравлений.

Мероприятия по профилактике токсикоинфекций многообразны; их можно объединить в три группы:

1. Мероприятия по предупреждению инфицирования пищевых продуктов.

2. Обеспечение условий, исключающих массивное размножение микроорганизмов в пищевых продуктах и готовой пище.

3. Ликвидация инфицированности пищевых продуктов.

Мероприятия по предупреждению инфицирования пищевых продуктов направлены на исключение прижизненного и посмертного инфицирования мяса, а также на обеспечение необходимого санитарного режима при получении молока. В числе мероприятий по предупреждению инфицирования пищевых продуктов предусматривается обеспечение необходимого санитарного режима в производстве пищевых продуктов на предприятиях пищевой промышленности: молокозаводах, рыбокомбинатах, мясоперерабатывающих предприятиях и особенно на бойнях, где должен осуществляться тщательный ветеринарно-санитарный надзор за убойным скотом, процессами убоя и обработки туш, а также тщательная ветеринарно-санитарная экспертиза мяса.

Наиболее часто токсикоинфекции вызываются сильно измельченными пищевыми продуктами (фарш, паштеты, зельцы, студни, заливные и т.п.). Измельчение, без последующего интенсивного прогревания и охлаждения, создает условия для быстрого, равномерного и обильного инфицирования всей массы продукта.

Нередко причиной токсикоинфекций являются ливер, субпродукты, кровь и менее полноценные продукты, получаемые при разделке туш. Эти органы зачастую соприкасаются с желудочно-кишечным трактом животных и поэтому могут быть чаще инфицированы при нарушении правил разделки туши или при повреждении кишечника. Имея более рыхлую консистенцию, представляют прекрасную среду для размножения любых возбудителей пищевых отравлений.

На предприятиях общественного питания важным условием предупреждения инфицирования пищевых продуктов и блюд является высокая санитарная культура в заготовочных и доготовочных цехах при обработке продуктов и приготовлении пищи.

Это правила и поточности, и последовательности производства с исключением контакта обработанных продуктов и пищи с сырьем, и строгое выполнение правил исключения контакта готовой пищи с отходами.

К мероприятиям по предупреждению массивного размножения микроорганизмов в пищевых продуктах и готовых блюдах относятся быстрая реализация готовых изделий

согласно санитарным правилам по срокам хранения тех или иных скоропортящихся продуктов.

Ликвидация инфицированности пищевых продуктов может быть произведена единственным способом - интенсивной тепловой обработкой, т.е. проведением мероприятий по уничтожению как минимального количества опасных микробов, так и массивного обсеменения, что достигается соблюдением высоких, но технологически оправданных температурных режимов обработки продуктов и соблюдением санитарных правил кулинарной обработки продуктов, пастеризации и стерилизации и др. способов обеззараживания пищевых продуктов и готовых блюд.

Небактериальные пищевые отравления

Могут быть вызваны:

1) ядовитыми растениями и тканями животных: ядовитыми грибами(бледная поганка, мухомор и др.), растениями(белена, дурман, вех и др.), органами некоторых рыб(маринка, усач и др.)

2) продуктами растительного и животного происхождения при отдельных условиях: проросший (зеленый)картофель, содержащий солонин, бобы сырой фасоли, содержащие оразин) печень, икра и молоки некоторых видов рыб в период нереста(налим, щука, скумбрия и др.),

3) отравления примесями различных химических веществ, загрязняющими пищевые продукты, тару, технологическое оборудование и др.

Отравления дикорастущими и культурными растениями.

При отравлениях беленой (ядовиты все части растения) обычно заболевание начинается спустя 15-60минут. Оно характеризуется сильным возбуждением, а в дальнейшем- потерей сознания, бредом, галлюцинациями. Одним из ранних симптомов семенами белены у детей является снотворный эффект (действие скополамина) - желание спать в необычное время.

Вех ядовитый является одним из наиболее опасных растений, особенно его корневище (растет вех в болотистых местах и канавах, на берегах прудов). Ядовитое начало – цикутотоксин, содержащийся главным образом в мясистом корневище. При варении и сушении ядовитые вещества не разрушаются. Отравление происходит в результате употребления в пищу корневища, которое принимают за свеклу, турнепс, «дикую морковь» и едят в сыром виде благодаря его сладковатому вкусу и приятному запаху, напоминающему запах сушеных яблок. Отравление наступает через 1-2часа после приема корня: появляются боли в желудке, тошнота, иногда рвота, понос, синюшность слизистых покровов, общее тяжелое состояние, ступор, расширение зрачков, потеря сознания. Смерть наступает через 1-2часа после первых симптомов заболевания; летальность достигает 80%.

Ядра косточковых плодов содержат глюкозид амигдалин, который при гидролизе отщепляет синильную кислоту.

Отравления грибами.

По общепринятой классификации все грибы делятся на 3 группы: съедобные, условно-съедобные (т.е. требующие специальной кулинарной обработки перед употреблением в пищу) и ядовитые, которые содержат специфический для данного вида гриба токсин(яд). Причинами острых отравлений обычно являются ядовитые или условно ядовитые грибы. **Особенно опасно в этом отношении бледная поганка.** Течение заболевания очень тяжелое. У пострадавших отмечается головная боль, головокружение, жидкий стул, увеличение и болезненность печени, желтуха, прекращение мочеотделения, потеря сознания, снижение температуры тела.

На территории Воронежской области в различных растительных сообществах произрастает около 400 видов шляпочных грибов, среди которых не только съедобные, но и более 100 видов несъедобных и ядовитых. С ранней весны и до поздней осени их можно встретить в различных лесах, садах, на лугах.

При большом разнообразии съедобных грибов (около 250 видов) население традиционно собирает излюбленные виды: белые, рыжики, подосиновики, подберезовики, маслята, зеленушки, лисичку настоящую, шампиньоны, польский гриб, летние и осенние опята, различные виды сыроежек и др. В лесах Воронежской области часто встречаются рядовка

фиолетовая, ложноопенок кирпично-красный, строчок обыкновенный, свинушка и другие, пищевая ценность которых, а точнее их съедобность, вызывает противоречивые суждения многих специалистов: одни относят их к группе ядовитых грибов, другие - к условно съедобным. Лучше обойти такие грибы стороной, дабы избежать отравления.

Особого внимания заслуживают так называемые грибы-двойники. Очень многие ядовитые грибы по внешним признакам имитируют съедобные. В наших лесах грибы-двойники - нередкое явление. Очень коварные грибы - двойники: бледная поганка, мухомор белый и мухомор вонючий - смертельно ядовитые грибы. Они имеют сходство с сыроежками (зеленой и чешуйчатой, зеленоватой), шампиньонами, поплавками и др.

Чтобы не набрать в корзину ядовитых грибов, необходимо четкое знание отличительных признаков строения их плодовых тел: их надо хорошо знать в "лицо".

Следует также помнить, что не рекомендуется собирать грибы в парках, скверах городов - шляпочные грибы аккумулируют соединения тяжелых металлов (свинец, медь, и др.), нельзя собирать грибы вдоль шоссе на расстоянии до 300-500 м от последних.

Характерные признаки отравления бледной поганкой: тошнота, частая и сильная рвота, резкие боли в области живота а также общая слабость, головная боль, судороги. Наиболее тяжело протекают отравления у детей, в т.ч. нередко исход их смертелен.

Лето в лесу время сбора ягод. Но не все ягоды и плоды в лесу съедобны, среди них попадаются ядовитые. Ядовиты, например, привлекательные внешне ярко-красные ягоды майского ландыша, паслена сладко-горького, купены лекарственной, а также похожие на семена мака темные мелкие семена белены черной.

Нельзя разрешать детям пробовать на вкус плоды, семена, корневища или листья незнакомых растений; собирать грибы.

Отравления химическими соединениями, попадающими в пищу извне.

Соли меди и цинка обычно являются причинами пищевых отравлений в связи с неправильным использованием медной и цинковой (оцинкованной) посуды. Приготовление и хранение в такой посуде пищевых продуктов, содержащих в своем составе много органических кислот (клюквенный кисель, хлебный квас, квашеные овощи и др.) может привести к частичному растворению этих металлов и к переходу их в пищу в виде солей органических кислот. Эти соли дают металлический привкус во рту и обладают значительным рвотным действием. Использование оцинкованной посуды для приготовления и хранения пищевых продуктов запрещено. Исключение составляет посуда для хранения воды.

Признаки недоброкачества пищевых продуктов

Мясо: поверхность мяса становится ослизлой, цвет его приобретает желтовато-гнилостный оттенок. Запах сначала приобретает кисловатый, который затем переходит в неприятный гнилостный. При надавливании пальцем образовавшаяся ямка не выравнивается. На разрубе замороженного мяса остается ярко-красное пятно указывающее, что мясо не подвергалось оттаиванию. У повторно замороженного мяса после прикосновения пальцем цвет не меняется. Прокалить нож, проткнуть мясо, если при этом ощущается неприятный запах- мясо несвежее.

Сосиски, колбасы: у недоброкачественных изделий наружная оболочка становится липкой, появляется запах с кисловатым оттенком. На разрезе цвет фарша серо-зеленый, шпиг желтый, в отдельных местах фарш размягчается, ослизняется.

Птица: на коже (в первую очередь под крыльями и в задней части тушки) появляются пятна - желто-серого цвета с зеленоватым оттенком, появляется запах сырости, затем он становится кислым и гнилостным.

Рыба: свежесть определяется по тому, насколько легко мышечные ткани отделяются от хребта - если легко, значит рыба несвежая.

Молоко: изменяется цвет, появляется неприятный привкус и запах несвойственный свежему молоку. Молоко с несвойственным ему цветом, неприятным кормовым запахом и привкусом, с измененной консистенцией в пищу не допускается. Кислотность молока определяется пробным кипячением.

Крупы: если есть комочки, склеенные паутиной- показатель зараженности насекомыми. Крупы должны быть чистыми, однородными, без посторонних включений.

Мука: комковатая, с наличием посторонних примесей, насекомых, с затхлым, плесневым запахом.

Хлеб: мякиш хлеба хорошо пропеченный, не липкий, не влажный на ощупь. Отслоение верхней корки не допускается.

Овощи и плоды: не должны иметь признаков гнили.

Приложение №6

Понятие о дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

ПОНЯТИЕ О ДЕЗИНСЕКЦИИ

Дезинсекция - комплекс организационных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических и истребительных мероприятий, направленных на уничтожение членистоногих - переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний человека, а также на регулирование их численности и создание условий, неблагоприятных для их жизни, размножения и распространения.

Членистоногие (блохи, вши, клопы, таракановые; отряды клещей) способны вызывать такие заболевания человека, как чесотка, демодекоз, крысиный клещевой дерматит, а также аллергию, бронхиальную астму, острую анафилаксию, воздействуя непосредственно на человека или продуктами своей жизнедеятельности (клещи домашней пыли, тараканы, звонцы). Массовое нападение кровососущих и некровососущих двукрылых насекомых (комаров, мошек, мокриц, слепней, звонцов) приводит к дерматитам, отекам, аллергии, дискомфорту.

Заболевания, передаваемые насекомыми.

Педикулез.

Вши - мелкие кровососущие бескрылые насекомые. На человеке паразитируют: головная вошь, платяная вошь и лобковая вошь.

Головная вошь живет и размножается в волосах головы. Самка откладывает ежедневно по 4 яйца (гниды), которые приклеивает к волосу. Развитие яиц продолжается 5 - 9 сут. Продолжительность жизни самок около месяца; за этот период она может отложить до 140 яиц. Вылупляющиеся личинки тотчас приступают к кровососанию. В развитии личинки проходят три возраста, после которых они линяют на взрослую половозрелую особь. В течение суток головная вошь пьет кровь 6 - 12 раз, а голодать способна не более суток. Оптимальной температурой для существования и развития является 26 - 28 °С.

Платяная вошь крупнее головной; обитает в складках одежды, белья. Самка прикрепляет яйца (гниды) к нитям ткани или иногда к волосам на теле человека. Самка откладывает в сутки до 14 яиц, всего за свою жизнь, которая может длиться 1,5 мес., самка может отложить до 400 яиц. Развитие яиц продолжается 7 - 14 сут., личинок - 14 - 18 сут. Вши питаются 5 - 8 раз в сутки, могут голодать 2 - 3 сут. при температуре 25 - 30 °С и до 7 сут. при температуре 10 °С. Лихорадящих больных, у которых температура достигает 38 °С и более, вши покидают, концентрируясь в предметах постели.

Лобковая вошь мельче других видов. Самка приклеивает яйца к волосам лобка, иногда этих вшей обнаруживают в подмышечных впадинах, на волосах туловища, ресницах. Самка откладывает 3 яйца ежедневно, всего за период жизни (2 нед.) может отложить до 50 яиц. Питаются вши часто с небольшими перерывами, способны голодать не более 10 - 12 ч. Срок развития яиц 4 - 8 сут., личинок - 10 - 12 сут. Оптимальной является температура около 30 °С.

Вши способны сохранять жизнеспособность при погружении в воду до 2 сут. Платяные вши могут передвигаться по поверхности постельных принадлежностей, предметов обстановки на расстояние до 30 см. Размножаются в течение всего года. Укусы вшей вызывают раздражение кожи, аллергические реакции. Платяные вши являются специфическими переносчиками возбудителей сыпного тифа, возбудителей возвратного тифа, окопной (волынской) лихорадки.

Дезинсекционные (противопедикулезные) мероприятия направлены на уничтожение вшей. За их организацию и осуществление несет ответственность руководитель детского учреждения независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Противопедикулезные мероприятия в организованных коллективах осуществляет медицинский персонал.

СОДЕРЖИМОЕ ПРОТИВОПЕДИКУЛЕЗНОЙ УКЛАДКИ

1. Клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного.
 2. Оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос.
 3. Клеенчатая пелерина.
 4. Перчатки резиновые.
 5. Ножницы.
 6. Частый гребень (желательно металлический).
 7. Машинка для стрижки волос.
 8. Спиртовка.
 9. Косынки (2 - 3 штуки).
 10. Вата.
 11. Столовый уксус или 5 - 10%-ная уксусная кислота.
 12. Средства для уничтожения головных и лобковых вшей:
 - 12.1. Средства, обладающие 100%-ным овицидным действием (овициды), - однократная обработка: концентраты эмульсий, шампуни, лосьоны (только головной педикулез) и другие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.
 - 12.2. Средства, обладающие неполным овицидным действием (неовициды - наличие жизнеспособных яиц вшей после проведенной дезинсекции), - двукратная обработка с интервалом 7 - 10 дней: мыла, шампуни и другие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.
 13. Средства для уничтожения платяных вшей:
 - 13.1. Овициды: концентраты эмульсий и другие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.
 - 13.2. Неовициды: мыла и другие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.
 14. Средства для дезинсекции помещений, средства в аэрозольной упаковке и другие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.
- При головном и лобковом педикулезе волосы головы или волосистые части тела обрабатывают педикулицидным средством в соответствии с нормой расхода, экспозицией, изложенными в этикетке или методических указаниях на данное средство. После окончания срока экспозиции средства его смывают проточной водой с обработанных волос или частей тела, затем их моют обычным способом. Волосы головы рекомендуется ополоснуть 4,5 - 5%-ным раствором уксусной кислоты, прочесать частым гребнем для удаления погибших насекомых и яиц. Норма расхода средства (в жидкой форме) может составлять от 10 до 60 мл и более в зависимости от зараженности насекомыми, длины и густоты волос. При обнаружении минимального количества (1 - 3) жизнеспособных яиц вшей после обработки, ее необходимо повторить через 7 - 10 дней.

Осмотру на педикулез и чесотку подлежат дети, выезжающие в оздоровительные организации, в поликлинике по месту жительства перед выездом, а в местах отдыха - еженедельно перед помывкой и за 1 - 3 дня до возвращения.

Мухи - насекомые с полным превращением; комнатные, домовые, синие и зеленые мясные мухи развиваются в скоплениях бытовых отходов, навозе домашних животных, субстрате помойных ям, на полях ассенизации, осадках сточных вод, мясных и рыбных отходах, отдельных экскрементах. Малые комнатные мухи рода *Fannia* выплываются в жидком содержимом помойниц и неканализованных уборных. Комнатные мухи (*Musca domestica* L.) постоянно залетают в помещения. Другие виды преобладают на открытом воздухе - наружных стенах уборных, контейнеров для отходов, на рынках и т.п.

Большинство видов мух питаются пищевыми продуктами, отходами, фекалиями. Выплывшие на свалках за пределами населенного пункта мухи залетают в него с расстояния 10 км или перевозятся транспортом. Зимуют синантропные мухи на разных стадиях развития. Личинки и куколки перезимовывают в перегнивших отходах или в земле на глубине 20 - 50 см. В отапливаемых помещениях мухи могут размножаться круглый год.

Мухи, обитающие в населенных пунктах, являются механическими переносчиками бактерий кишечной группы. На поверхности тела мух возбудители кишечных инфекций

(брюшного тифа, холеры, дизентерии), вирус полиомиелита, туляремиальная палочка выживают 2 - 3 сут., в кишечнике мух - до 17 - 20 сут. Осенние жигалки могут механически перенести возбудителей туляремии, сибирской язвы.

В комплекс по борьбе с мухами входят предупредительные и истребительные мероприятия, которые должны быть направлены:

-на санитарно-профилактические мероприятия: постоянное соблюдение чистоты в помещениях и на территории населенного пункта, особенно в предприятиях общественного питания, торговли, пищевой промышленности.

-на уничтожение личинок и куколок мух в местах их развития- в мусороприемниках, контейнерных площадках, выгребных ямах, надворных уборных и др.;

- на защиту жилых, оздоровительных, дошкольных учреждений, «продуктовых» объектов от залета мух извне;

-на уничтожение окрыленных мух. Для предотвращения выплода мух в помещениях пищевые отходы собирают в ведра с плотно закрывающимися крышками. Уничтожение окрыленных мух внутри помещений проводится механическим и химическим методами. К механическим средствам относится: отлов мух на липкую бумагу, ленту; использование световых ловушек с сеткой, находящейся под слабым электрическим током, или с полоской, обработанной инсектицидами ("Маячок" и др.), различного типа мухоловки (стеклянные, сетчатые). Для уничтожения единичных мух можно применять хлопушки.

Защита помещений от проникновения мух извне осуществляется в основном засетчиванием открывающихся окон, фрамуг, форточек (дверей пищеблоков) сеткой (размер ячеек должен быть не более 1,5мм).

Химические средства должны применяться специалистами дезинфекционных предприятий.

Осы - жалящие насекомые. Тело с характерным рисунком из более или менее регулярных желтых или белых пятен на черном фоне, реже черное с красным, полностью черно-бурое или желтое. Яйцеклад самок преобразован в колющее жало. Яд ос, содержащий низкомолекулярные соединения, основные пептиды и высокомолекулярные белки и ферменты, оказывает токсическое действие и может вызывать аллергические реакции. У здоровых людей при ужалении возникает местная реакция в виде покраснения, отека и боли в месте поражения, исчезающая в течение нескольких часов. При ужалении несколькими десятками или сотнями насекомых одновременно наблюдаются системные токсические реакции. Пострадавшие испытывают головную боль, возникает тошнота, рвота. При ужалении сотней насекомых развиваются гемолиз эритроцитов, острый некроз скелетных мышц, что может приводить к острой почечной недостаточности и летальному исходу. Важна локализация ужалений - особенно опасны поражения слизистых оболочек рта и дыхательных путей, которые могут вызвать отек и асфиксию. Иногда даже одиночное ужаление может привести к развитию анафилактического шока, что опасно для жизни и требует неотложной медицинской помощи.

Острые аллергические реакции на яд перепончатокрылых насекомых лечат симптоматически. Основными лекарственными средствами, применяющимися для лечения острых аллергических реакций, являются: адреналин, кортикостероиды, антигистаминные препараты (парлазин, кларитин, эролин, кестин).

Ужаления могут сопровождаться вторичными инфекциями, например, заражением гельминтами.

Профилактические мероприятия являются наиболее эффективными и экономичными для снижения вероятности и исключения нежелательных контактов человека с осами.

Индивидуальная профилактика направлена на снижение нежелательных контактов с жалящими насекомыми и включает следующие правила:

- не устраивать стоянки (биваки и пикники), не осмотрев предварительно территорию на предмет присутствия гнезд ос;

- не пытаться самостоятельно освободить выбранную территорию от рабочих ос и тем более от гнезд, особенно в присутствии детей, беременных и пожилых людей;

- не уничтожать летающих ос вблизи их гнезда, т.к. это может послужить сигналом другим осам к вылету из гнезда и нападению;

- не делать резких движений, отгоняя осу, т.к. активная жестикуляция может спровоцировать защитную реакцию насекомого;
- не ходить босиком по траве, чтобы случайно не наступить на насекомое;
- соблюдать осторожность при приготовлении и употреблении пищи на открытом воздухе; не пить непосредственно из горлышка непрозрачных бутылок и других сосудов;
- не оставлять открытыми продукты и напитки;
- не носить в местах вероятного гнездования ос одежду ярких и светлых тонов (особенно желтых);
- не использовать резко пахнущую косметику и парфюмерию (духи, лаки для волос, шампуни и т.п., особенно с цветочными или фруктовыми отдушками);
- в сезон наибольшей активности ос необходимо закрывать окна мелкой сеткой, не пропускающей насекомых;
- при работе в саду или огороде желательно надевать одежду из плотной ткани с длинными рукавами, а на ноги - обувь на плотной подошве; обязательным является наличие головного убора, т.к. осы часто запутываются в волосах, а укусы в область головы и шеи наиболее опасны;
- лицам, страдающим аллергией, следует постоянно иметь при себе набор необходимых антиаллергенных и антигистаминных препаратов.

Клещи - имеют наибольшее эпидемиологическое значение, являясь основными переносчиками вируса клещевого вирусного энцефалита (КВЭ), единственными переносчиками возбудителя иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и переносчиками возбудителей клещевого риккетсиоза, эрлихиозов и бабезиоза

Самки и самцы лесных и таежных клещей для кровососания часто нападают на людей. Для рода *Ixodes* характерен длинный хоботок (ротовые части), в связи с чем удаление присосавшихся особей с тела человека и животных представляет существенные трудности. Сезон активности обоих видов начинается сразу после схода снега (март-апрель), достигает максимума в конце мая - начале июня и заканчивается в августе - октябре. Для лесного клеща характерен второй относительно небольшой подъем активности в августе.

Индивидуальная защита людей от нападения кровососущих насекомых и клещей

В природных биотопах наиболее часто на людей нападают летающие кровососущие насекомые (комары, мошки, слепни, мухи и москиты). Комплекс этих насекомых в народе именуют гнусом. Реже нападают нелетающие кровососущие насекомые (блохи, клопы). Существует два основных способа защиты от их нападения и укусов: защитная одежда и применение репеллентных средств.

Репелленты – это средства для отпугивания кровососущих членистоногих (комаров, мошки, клещей и др.). Выпускаются репелленты в виде лосьонов, кремов, мазей, карандашей, паст, аэрозолей. Их наносят на открытые части тела при посещении мест, изобилующих кровососущими насекомыми и клещами, а также обрабатывают ими верхнюю одежду (комбинезоны, рубашки, брюки, кофты, юбки): втирают в ткань ладонями, разбрызгивают из пульверизатора или аэрозольного баллона, либо замачивают одежду в растворах или водных эмульсиях репеллентов. Защитное действие репеллента при однократном смазывании открытых частей тела сохраняется 2—5 часов. Имейте в виду, что репелленты токсичны, и далеко не все могут применяться, например, у детей.

В настоящее время используют репелленты диэтилтолуамид (ДЭТА), ИР3535, диметилфталат (ДМФ) и акреп. Вещества натурального происхождения (эфирные масла) или их синтезированные аналоги, как правило, обладают слабой и кратковременной репеллентной активностью.

В этикетке на каждое репеллентное средство обязательно указывают спектр видов насекомых, для защиты от которых рекомендовано данное средство. Эффективность репеллентных средств зависит от вида нападающего насекомого, его численности и агрессивности, погодных условий, времени суток, индивидуальных свойств защищаемого человека и т.д. Приняты 5 категорий эффективности репеллентных средств в зависимости от времени защитного действия от насекомых при нанесении на кожу: высшая категория (время

защитного действия более 4-х ч), первая категория (время защитного действия до 4-х ч), вторая категория (время защитного действия до 3-х ч), третья категория (время защитного действия до 2-х ч), четвертая категория (время защитного действия до 3-х ч при низкой численности насекомых).

Значительно уменьшить вероятность заражения клещевыми инфекциями можно при использовании специальных химических репеллентных, акарицидно-репеллентных и акарицидных средств, обычно в аэрозольных упаковках. Применять только для обработки одежды с мерами предосторожности.

С помощью репеллентных средств возможна защита только от клещей - переносчиков возбудителей КВЭ и ИКБ, то есть от клещей рода *Ixodes*.

Защитное действие от клещей всех репеллентных средств не превышает 95%. Поэтому в этикетке обязательна фраза "Средство обеспечивает неполную защиту от клещей! Будьте внимательны!".

Для защиты от клещей используют акарицидные средства. В качестве действующих веществ в их состав входят наиболее эффективные пиретроиды, содержащие циан-группу. Эти пиретроиды вызывают быстрое наступление паралича у клещей и не увеличивают скорость их присасывания к животным. Такие акарицидные средства могут быть рекомендованы для защиты как от клещей, так и от блох.

Защитное действие от клещей всех акарицидных и акарицидно-репеллентных средств, как правило, равно 100%.

Репеллент - вещество (субстанция), средство (препарат), обеспечивающее отпугивание насекомых и клещей:

- Репеллентные средства в БАУ : "Бибан", "Гал-РЭТ-КЛ", "Антиклещ спрей-репеллент", "Некусин", "Москидоз антикомариный суперсильный спрей", "Спрей "Анти-гнус" длительного действия от клещей и кровососущих насекомых".
- Репеллентные средства в аэрозольной упаковке: "ОФФ! Экстрим", "Гардекс Экстрим (Gardex Extreme). Аэрозоль-репеллент от комаров", "Гал-РЭТ", "ДЭТА-ВОККО", "Рефтамид максимум", "ДЭФИ-антикомар. Интенсивная защита", "ДЭТА-ПРОФ".

Правила поведения людей при нахождении на территории, опасной в отношении клещевого энцефалита и других инфекций, возбудителей которых передают иксодовые клещи

1. Необходимо одеваться таким образом, чтобы уменьшить возможность проникновения клещей под одежду и облегчить ее быстрый осмотр. Брюки должны быть заправлены в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой. Верхнюю часть одежды (рубашка, куртка) необходимо заправлять в брюки, манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке. Желательно, чтобы ворот рубашки и брюки не имели застежки или имели застежку типа "молния", под которую не могут заползти клещи. На голове предпочтительнее шлем-капюшон, плотно пришитый к рубашке, в крайнем случае, волосы должны быть заправлены под шапку или косынку. Лучше, чтобы одежда была светлой и однотонной, так как на ней клещи более заметны. Следует знать, что клещи прицепляются к одежде с травяной или кустарниковой растительности и всегда ползут вверх по одежде.

2. Нельзя садиться или ложиться на траву.

3. Необходимо регулярно и, по возможности, часто (каждые 15 - 30 минут) проводить само- и взаимоосмотры для обнаружения прицепившихся к одежде клещей.

4. Существенно увеличить уровень защиты от нападения и присасывания клещей и снизить частоту само- и взаимоосмотров можно, если применять для обработки одежды специальные акарицидные и репеллентные средства или носить специальную защитную одежду.

5. Для выбора места стоянки, ночевки в лесу предпочтительны сухие сосновые леса с песчаной почвой или участки, лишенные травянистой растительности. Перед ночевкой следует тщательно осмотреть одежду, тело, волосы. Если лагерь располагается на эпидемически опасной территории, то целесообразно предварительно провести ее однократную обработку акарицидами.

6. После возвращения из леса необходимо как можно быстрее провести полный осмотр тела, одежды. При возможности одежду снять и вывесить ее на воздухе на несколько часов.

7. Не заносить в помещение свежесорванные цветы, ветки, охотничьи трофеи, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи.

8. Необходимо осматривать домашних животных, находившихся на улице, обнаруженных клещей снимать и умерщвлять.

9. Раздавливает клещей пальцами нельзя.

10. Присосавшихся к телу клещей следует немедленно удалить, стараясь не оторвать погруженный в кожу гипостом, ранку продезинфицировать раствором йода и обратиться в медицинское учреждение для решения вопроса о необходимости назначения специфической профилактики. Присосавшегося клеща сохранить в плотно закрытом флаконе для определения его инфицированности. Учреждения, которые в данном регионе проводят такие исследования, указывают медицинские работники.

Что делать, если клещ все-таки присосался?

Если вы обнаружили на коже присосавшегося клеща (в особенности, если пострадавший – ребенок!), лучше обратиться за медицинской помощью, например, в травмпункт. В случае, если медицинская помощь недоступна (ближайшее медицинское учреждение находится очень далеко), можно попытаться удалить клеща самостоятельно, стараясь не оторвать погруженный в кожу хоботок.

Присосавшихся клещей следует снимать пинцетом, при этом руки должны быть в перчатках:

- смазать клеща маслянистым веществом,
- осторожно вытягивать, слегка раскручивая из стороны в сторону пальцами или пинцетом, захватив его как можно ближе к хоботку и удалить при помощи пинцета,
- наложить на клеща флакон с водой (нарушается дыхание, клещ отпадает),
- нанести на клеща растительное масло и через 10-15 мин. снять осторожно поворачивая его в одну сторону мягким пинцетом или руками в перчатках.

Место внедрения клеща - продезинфицировать. При появлении покраснения на месте внедрения клеща - проконсультироваться у инфекциониста для наблюдения и решения вопроса о прививках против столбняка.

Не следует пытаться проколоть клеща, капать на него спиртом, травить керосином и поджигать – при этом он выпустит в кожу заразную жидкость;

- после удаления клеща на коже остается ранка, которая может послужить "воротами" для инфекции. Ее нужно сразу же продезинфицировать зеленкой или йодом;

- если клещ укусил ребенка, необходимо обязательно обратиться в медицинское учреждение – независимо от того, сумели вы самостоятельно справиться с его удалением или нет;

- удаленного клеща необходимо сохранить в плотно закрытом флаконе для исследования на предмет содержания вируса энцефалита и возбудителя боррелиоза. Если возбудители обнаружатся, потребуется срочно сделать укол иммуноглобулина.

Муши, обитающие в населенных пунктах, являются механическими переносчиками бактерий кишечной группы. На поверхности тела мух возбудители кишечных инфекций (брюшного тифа, холеры, дизентерии), вирус полиомиелита, туляремийная палочка выживают 2 - 3 сут., в кишечнике мух - до 17 - 20 сут. Осенние жигалки могут механически перенести возбудителей туляремии, сибирской язвы.

Синантропные тараканы в первую очередь заселяют помещения с оптимальными для них условиями: в детских учреждениях – пищеблоки.

Тараканы являются механическими переносчиками возбудителей кишечных инфекций.

ПОНЯТИЕ О ДЕЗИНФЕКЦИИ

Дезинфекция - умерщвление на объектах или удаление с объектов патогенных микроорганизмов и их переносчиков. Для дезинфекции используют механические, физические, химические и биологические методы, а также их комбинацию.

Физические методы: использование токов ультравысокой частоты, лучистой энергии, ультразвука, холода (замораживания) и высоких температур (кипячение, сжигание, сухой и влажный горячий воздух, водяной пар), в частности физическое воздействие на патогенные микроорганизмы осуществляется камерной дезинфекцией, паровым, паровоздушным методами.

Химический метод основан на воздействии на микроорганизмы химических препаратов. Способы применения препаратов: крупнокапельное или аэрозольное орошение, протирание поверхностей, погружение в раствор дезинфектанта или замачивание, обработка сухим препаратом

Хлорсодержащие препараты:

Бактерицидная активность хлорсодержащих дезинфектантов оценивается по процентному содержанию в них активного хлора, т. е. количества хлора, выделяемого при действии кислотой на 100 г этого вещества. Хлорсодержащие препараты различаются между собой содержанием активного хлора от 7—15% до 80—90%.

При регистрации случаев инфекционных заболеваний (в зависимости от нозологической формы) проводится заключительная (силами специализированных отделений и организаций) и текущая дезинфекция (силами технического персонала учреждения). Для этих целей используются дезинфектанты нового поколения, разрешенные к применению в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по применению препарата по режимам для бактериальных, вирусных инфекций, туберкулезе, кандидозах, дерматофитиях, сибирской язве и т.д.

Хлорная известь - порошкообразный продукт белого цвета щелочной реакции, с резким запахом хлора. Качество хлорной извести определяется содержанием в ней активного хлора. При растворении в воде образуется взвесь, осадок состоит из нерастворимых солей. Хлорная известь – нестойкое химическое соединение, быстро разлагающееся под действием углекислоты, влаги, света, высокой температуры. Даже при правильном хранении (в плотной деревянной или металлической таре, защищённой от коррозии, в сухом прохладном помещении) потери активного хлора составляют 1-3 % в месяц. В связи с этим необходимо систематически (не реже 1 раза в 3 месяца) исследовать хлорную известь на содержание активного хлора. Растворы хлорной извести при хранении теряют активность, поэтому их необходимо готовить не более чем на 2-3 дня.

Эффективность обработки оборудования, инвентаря, посуды хлорсодержащими препаратами зависит от концентрации раствора (содержания активного вещества), времени воздействия этого раствора, его температуры. Очень важно дезинфицировать тщательно вымытые поверхности, так как остатки органических веществ связывают хлор и снижают его бактерицидное действие.

Приготовление раствора хлорной извести.

Осветлённый 10% раствор хлорной извести готовят следующим образом: 1 кг хлорной извести растирают с добавлением небольшого количества воды до состояния равномерной кашицы. Затем добавляют остальное количество воды (до 10 литров), перемешивают и оставляют для отстаивания в стеклянной тёмной или эмалированной посуде с пробкой (крышкой) на 24 часа. После этого осветлённый раствор осторожно сливают или отфильтровывают в другую аналогичную посуду. Из приготовленного осветлённого раствора непосредственно перед дезинфекцией готовят рабочие растворы нужной концентрации, руководствуясь таблицей:

табл.

По приготовлению 10л осветлённого раствора 10% хлорной извести в зависимости от содержания активного хлора в исходном препарате.

Содержание активного хлора	Количество сухой хлорной извести, г
16	1560
17	1470
18	1380
19	1315

20	1250
21	1190
22	1140
23	1085
24	1040
25	1000
26	960
27	926
28	890
29	862
30	833
31	806
32	781
33	757
34	735
35	714

В зависимости от качества сухой хлорной извести полученный исходный раствор может содержать от 16 до 36 мг активного хлора в 1 мл.

Хлорамин Б (моноклорамин Б) представляет собой кристаллический порошок белого цвета, со слабым запахом хлора. Содержит 26% активного хлора. В воде комнатной температуры растворяется до 20% хлорамина. Хлор в хлорамине стойко связан с органическим основанием, поэтому при правильном хранении хлорамин может в течение нескольких лет не терять активность хлора. Растворы сохраняют активный хлор в течение 7-10 дней и могут быть приготовлены в прок. Рабочие растворы хлорамина готовят путём размешивания его до полного растворения в воде, подогретой до 50-60*С.

Применение хлорно-известкового молока

Хлорно-известковое молоко применяют для грубой дезинфекции, для обеззараживания выделений инфекционных больных, а также объектов, зараженных возбудителями сибирской язвы, не портящихся от хлорной извести (почва, подстилки и корм животных и так далее).

Хлорно-известковое молоко 10 и 20% концентрации применяют:

- а) для побелки стен при всех видах инфекций: однократно при группе кишечных и капельных инфекций, грибковых заболеваниях и двукратно при туберкулезе;
- б) для обеззараживания деревянных частей дворовых уборных при кишечных инфекциях;
- в) для обеззараживания деревянных частей нежилых помещений;
- г) для обеззараживания грузовых вагонов после перевозки животных или каких-либо заразных материалов;
- д) при сибирской язве для обеззараживания почти всех видов поверхностей путем побелки 40% хлорно-известковым молоком при 24 часовой экспозиции при температуре 18 град. С и 48-часовой экспозиции - при температуре не ниже 10 град. С (деревянные поверхности белят два раза).

Применение сухой хлорной извести

-для обеззараживания фекальных масс больных и носителей инфекций кишечной группы, мокроты туберкулезных больных, мочи, оформленных рвотных и фекальных масс.

Меры личной предосторожности при работе с хлорной известью.

При работе с хлорной известью должны быть приняты меры для защиты органов дыхания, зрения и кожных покровов (респиратор РУ-60, перчатки резиновые, защитные очки, фартук из прорезиненной ткани).

ПОНЯТИЕ О ДЕРАТИЗАЦИИ

Грызуны играют большую роль в распространении природно-очаговых инфекционных заболеваний. Потенциальная опасность возникновения эпидемических осложнений значительно возрастает в периоды их высокой численности и сезонной миграционной

активности. Грызуны используют территорию населенных пунктов, в том числе различные строения и объекты хозяйственного назначения, для своей жизнедеятельности.

Риск заражения опасными природно-очаговыми инфекционными болезнями особенно возрастает при усилении контактов населения с местами обитания грызунов. Вероятность заражения возбудителями инфекционных болезней определяется ландшафтно-экологическими особенностями энзоотичной территории, интенсивностью и характером контактов населения с природно-очаговыми комплексами, показателями численности, инфицированности и видового разнообразия грызунов.

С целью оздоровления среды обитания человека борьба с грызунами проводится путем снижения их численности или полного истребления. Проведение систематических дератизационных мероприятий позволяет полностью освободить объект от грызунов или уменьшить их численность на прилегающей территории и тем самым уменьшить вероятность заражения людей возбудителями инфекционных болезней.

Дератизационные мероприятия - это комплекс организационных, профилактических, истребительных и санитарно-просветительных мероприятий, направленных на борьбу с грызунами с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Профилактические мероприятия направлены на ликвидацию условий жизнедеятельности и истребление грызунов с помощью инженерно-технических, санитарно-гигиенических, агро-лесотехнических мероприятий.

Истребительные мероприятия проводят в населенных пунктах, природных, природно-антропоургических и антропоургических очагах инфекционных болезней в целях освобождения объектов от грызунов или снижения их численности с помощью физических, химических и биологических методов дератизации.

На объектах населенных пунктов, железнодорожном, водном и воздушном транспорте истребительные и профилактические мероприятия проводят с целью освобождения их от грызунов и предупреждения заражения возбудителями инфекций помещений, предметов быта человека, пищевых продуктов как при хранении и производстве, так и на всех этапах реализации населению.

На прилегающей к объектам территории, в лесопарковой зоне в черте или вблизи населенного пункта, в полосах отвода истребительные и профилактические мероприятия проводят с целью предупреждения увеличения численности грызунов и миграции их в строения человека.

В населенных пунктах, на железнодорожном транспорте, воздушных и морских судах, в морских и речных портах, аэропортах, а также на прилегающей территории наибольшее эпидемиологическое значение и широкое распространение имеют серая (*Rattus norvegicus*) и черная (*R. rattus*) крысы, домовая (*Mus musculus*), лесная (*Apodemus uralensis*) и полевая (*A. agrarius*) мыши, обыкновенная (*Microtus arvalis*), водяная (*Arvicola terrestris*), рыжая (*Myodes (Clethrionomys) glareolus*) полевки.

Серые крысы и домовые мыши являются основными синантропными видами, которые встречаются на объектах и прилегающей территории практически всех населенных пунктов России. Черные крысы преимущественно обитают на судах. В центрально-черноземном районе (Липецкая, Воронежская, Тульская и другие области) черная крыса обитает в природе и заселяет животноводческие объекты.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНАНТРОПНЫХ ВИДОВ ГРЫЗУНОВ

Серая крыса (пасюк) - наиболее крупный представитель подсемейства мышьеобразных. Взрослые серые крысы весят от 190 до 400 г, тело длинное, достигает 20 - 25 см. Тяготеет к местам хранения и переработки пищевых продуктов. В питании серых крыс преобладают животные корма, но рацион их очень разнообразен. Охотно поедают зелень, зерно, овощи и фрукты. Суточное потребление корма 40 - 60 г. Требовательны к наличию воды. Размножаются серые крысы при благоприятных условиях круглый год. Серые крысы легко различают наличие родентицидов острого действия в приманках. Чем выше их концентрация, тем хуже она поедается. Для приманок наиболее эффективны продукты, которые на объектах отсутствуют. Хороший эффект для борьбы с серыми крысами дает применение зерна с добавлением подсолнечного масла и муки.

Домовая мышь - *Mus musculus*, имеет вес тела 10 - 25 г, длину - 7 - 12 см. По характеру питания домовые мыши всеядны, но предпочитают зерна хлебных злаков. В сутки одна мышь потребляет от 2 до 7 г корма и 1,0 - 1,5 г воды.

На территории лесопарков, незастроенных участков или окраин населенных пунктов наряду с серой крысой и домовый мышью постоянно обитают или встречаются в периоды высокой численности рыжая полевка, красная полевка, красно-серая полевка, обыкновенная полевка, полевая мышь, лесная мышь и др.

Типовые рекомендации для администрации объекта по проведению инженерно-технических и санитарно-гигиенических мероприятий о создании условий, препятствующих жизнедеятельности грызунов и проникновению их на объекты.

- систематическая уборка помещений и окружающей территории;
- сбор и хранение пищевых отходов и бытового мусора в мусоросборниках, оборудованных плотными крышками;
- удаление и ликвидация излишней загроможденности;
- хранение продуктов в соответствии с действующими нормами и требованиями;
- застекление или засетчивание оконных проемов в подвальных помещениях;
- засетчивание всех продухов, вентиляционных отверстий, отверстий вокруг технических вводов и проводов;
- своевременный ремонт фундамента, отмостков, дверных, оконных проемов, мест прохождения коммуникаций в перекрытиях, стенах, ограждениях;
- устройство плотных samozакрывающихся дверей, обивка деревянных дверей листовым железом снизу на высоту 50 см;
- наличие свободных проходов между штабелями грузов, продуктов способствует свободному движению дезинфекторов при раскладывании приманок на объектах.

На объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение, дератизационные мероприятия проводят ежемесячно. К таким объектам относят (в т.ч.): оздоровительные учреждения для детей (городские и загородные), образовательные учреждения для детей и подростков (дошкольные, общеобразовательные, специальные, для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей). Дератизацию проводят в планово-систематическом режиме в местах, недоступных детям и больным: в подвалах, помещениях для хранения продуктов и инвентаря, пищеблоках, подсобных помещениях на прилегающей территории. Запрещено раскладывать приманку в помещениях, где находятся дети или больные (в туалетах, умывальных комнатах, спальнях, игровых и учебных помещениях, на территории игровых площадок, в палатах для больных и процедурных).

Руководители организаций и учреждений, имеющие летние детские оздоровительные учреждения, перед их открытием обязаны дополнительно обеспечить:

- проведение дератизационных мероприятий на прилегающей к объекту лесопарковой территории в радиусе *не менее 200-метровой зоны*;
- приведение прилегающей к оздоровительному учреждению территории в лесопарковое состояние (расчистка лесного массива от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска) в радиусе не менее 200-метровой зоны;
- дератизацию помещений для хранения овощей перед закладкой плодоовощной продукции и подсобных помещений теплиц;
- перед закрытием летних оздоровительных учреждений на зиму обеспечить консервацию всех помещений, защиту их от грызунов методами и средствами дератизации.

Меры безопасности при проведении дезинсекции и дератизации

Дезинсекционные мероприятия против нелетающих насекомых проводят при открытых форточках, окнах; против летающих насекомых - при закрытых окнах. После окончания работы помещение тщательно проветривают в течение 2 - 3 ч до исчезновения запаха средства.

Обработанными помещениями нельзя пользоваться до их уборки, которую проводят не ранее чем через 8 - 12 ч после дезинсекции и не позже чем за 3 ч до использования объекта по назначению. Средства в виде аэрозольных составов удаляют с обработанных поверхностей через 30 - 60 мин. после их применения.

Постельные принадлежности (матрасы, одеяла и пр.) и ковры освобождают от дезинсекционных средств через 3 - 4 ч после обработки с последующим проветриванием на воздухе и очисткой пылесосом. Другие предметы домашнего быта следует вымыть мыльно-содовым раствором. Запрещается заменять мыльно-содовый раствор стиральными порошками.

Все дезинсекционные и дератизационные приманки раскладывают в местах, недоступных для детей и домашних животных. Для раскладки приманок категорически запрещается использовать пищевую посуду. При проведении дезинсекционных и дератизационных мероприятий должна быть полностью исключена возможность попадания средств на пищевую посуду и продукты питания.

Обработку помещений следует проводить в отсутствие людей, домашних животных, птиц. Аквариумы закрыть или вынести.

Помещения следует убирать при открытых окнах или форточках или при включенной приточно-вытяжной вентиляции. Проветривание помещений продолжают до возобновления в них работы. При уборке средство удаляют влажным способом (ветошью или с помощью пылесоса) в первую очередь с пола и с поверхностей мебели и оборудования, где они могут попасть в пищу (столы, шкафы, полки, оборудование и т.п.), а затем моют эти поверхности водой с содой и мылом. В местах, где нет опасности попадания средства в пищу (за плинтусами, трубами, за дверными коробками и т.п.), его убирают только после окончания срока действия. В помещениях во время уборки не должны находиться лица, не имеющие к ней отношения.

Приложение №7

О здоровом образе жизни

(В соответствии с Приказом МЗ РФ от 30 сентября 2013 г. N 677 «Об утверждении информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020года»(извлечение).

Здоровый образ жизни предполагает отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем, а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращение развития суицидоопасного поведения.

Чрезвычайно высокий уровень распространенности курения как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков в настоящее время является одним из ведущих факторов риска непосредственно острых сердечно-сосудистых осложнений, а также фактором провокации и ускорения развития атеросклероза и артериальной гипертензии. Кроме того, продолжение потребления табака лицами, имеющими доказанные неинфекционные заболевания, существенно снижает эффективность их лечения. Люди, имеющие доказанные хронические неинфекционные заболевания, получающие по этому поводу медикаментозное, интервенционное или хирургическое лечение и продолжающие вести нездоровый образ жизни, существенно снижают эффективность лечения и таким образом активно препятствуют сохранению продолжительной и качественной жизни и увеличивают количество дней временной нетрудоспособности.

Вклад алкоголя в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок. Статистически значимые корреляции с динамикой индикаторов потребления алкоголя (смертность от алкогольных отравлений, заболеваемость алкогольными психозами) демонстрируют показатели смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи), от ишемической болезни сердца, алкогольной кардиомиопатии, геморрагического инсульта, алкогольной болезни, в том числе цирроза печени, пневмонии и др.

По данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, в Российской Федерации насчитывается около 5 миллионов человек, употребляющих наркотики с различной частотой и регулярностью. Употребление

наркотических веществ является непосредственной причиной смерти порядка 100 тыс. человек ежегодно, при этом в абсолютном большинстве это молодые люди не старше 35 лет.

Начало злоупотребления алкоголем, наркотическими средствами и психотропными веществами имеет примерно такие же причины, что и потребление табака. Начало злоупотребления алкоголем в среднем и пожилом возрасте в значительной степени обусловлено образом жизни окружающих, уровнем социально-экономического благополучия семьи, психологической обстановкой в семье и на работе, а также отягощенной наследственностью.

Особое внимание должно уделяться созданию у населения, в том числе у детей и подростков, культуры рационального питания, способствующей сохранению нормальной массы тела, нормального уровня артериального давления, а также нормальной концентрации в крови холестерина и глюкозы. Рациональное и сбалансированное питание предполагает в первую очередь соответствие количества и состава потребляемой пищи реальным энерготратам человека. Кроме того, важно, чтобы суточный рацион человека включал не менее 5 порций фруктов и овощей без учета картофеля. Количество соли, содержащейся в пище и используемой для досаливания приготовленной пищи, не должно превышать 8 г в сутки. В потребляемой пище должно быть максимально ограничено количество жиров животного происхождения при увеличении в рационе доли рыбы. И, наконец, также максимально должно быть ограничено потребление трансизомеров жирных кислот, главным образом поступающих в организм с твердыми маргаринами и жирной пищей.

Здоровый образ жизни способствует укреплению здоровья, профилактике болезней и несчастных случаев.

Общеизвестно, алкоголь, наркотики и сильнодействующие препараты наносят огромный вред здоровью населения страны, ее экономике, разрушают мораль общества.

Здоровый образ жизни и злоупотребление спиртными напитками и наркотиками несовместимы.

Личная гигиена.

К основным условиям сохранения здоровья относится последовательное соблюдение принципов личной гигиены, т. е. правильный уход за собственным телом. Скапливающиеся на коже жир, пот, пыль закупоривают поры, куда открываются протоки потовых, сальных желез, и, разлагаясь, образуют неприятно пахнущие и раздражающие кожу вещества, которые ведут к расчесам и потертостям.

Гноеродные микробы, микроскопические грибы, легко проникая через поврежденную кожу (расчесы, ссадины, трещины, потертости и т. п.), могут вызывать гнойничковые и грибковые заболевания. Только здоровая и незагрязненная кожа может выполнять свои разнообразные функции. Поэтому важно содержать кожу в чистоте: мыться мылом и мочалкой необходимо не реже 1 раза в неделю. На коже грязных рук могут находиться возбудители инфекционных заболеваний и яйца гельминтов. Руки следует мыть с мылом несколько раз в день, а перед едой и после посещения туалета делать это просто необходимо. Большую роль в профилактике гнойничковых заболеваний кожи играет своевременная обработка мелких травм дезинфицирующими средствами, для чего необходимо иметь аптечку с набором медикаментозных перевязочных средств.

Каждый человек обязан помнить о том, что условия, в которых он живет, трудится и отдыхает, часто таят в себе неиспользованные возможности, помогающие сохранить здоровье и обеспечить творческое долголетие. Основа сохранения здоровья — разумный образ жизни, который должен стать привычной, осознанной нормой поведения для каждого человека.

Закаливающие мероприятия.

Закаливание водой

К этому виду закаливания относятся обтирание, обливание, душ и купание. Закаливание водой — одно из важнейших форм укрепления организма. Купание является для детей одним из приятных, полезных и любимых видов водных процедур. Во время купания на организм человека оказывают влияние температура, влажность и циркуляция воздуха, солнечная радиация, температура и давление воды. Под влиянием водных процедур улучшаются кровообращение, состав крови (увеличивается количество гемоглобина),

деятельность сердечно-сосудистой, мышечной, дыхательной систем, тонизируется нервная система, усиливается обмен веществ. Водные процедуры способствуют улучшению состояния опорно-двигательного аппарата, осанки, улучшению аппетита, нормализации сна; после них появляется бодрость, радость, хорошее настроение. Во время купания для стимулирующего и тренирующего действия на нервную и сердечно-сосудистую системы полезно совершать энергичные активные движения: играть в мяч, плавать. Всякая водная процедура сопровождается тремя сосудистыми реакциями. В начале купания (окувание в воду) появляется кратковременная сосудосуживающая реакция- фаза первичного озноба. Эта реакция быстро ослабевает и исчезает, появляется вторая фаза – сосудорасширяющая (фаза реактивного согревания) она является полезной. В случае длительного пребывания в воде и чрезмерного охлаждения организма возникает ответная неблагоприятная отрицательная, сосудосуживающая реакция- фаза вторичного озноба. При появлении этой реакции начинается посинение кожи (в особенности губ), озноб, образование «гусиной кожи». В этом случае надо вывести ребенка из воды, энергично растереть полотенцем и заставить его разогреться быстрыми движениями до появления приятного чувства теплоты. Купание противопоказано при любых острых заболеваниях, в т.ч.кожных; при обострении хронических заболеваний, хронических заболеваниях почек, после значительных физических упражнений и нагрузке; при общем недомогании и плохом самочувствии; натощак или вскоре после еды; нельзя входить в воду разогретым, потным; после утомительных походов и соревнований, если не прошло 30мин. отдыха. Во время занятий следует строго соблюдать правила безопасности на воде и обеспечить строгую дисциплину, организованность и порядок. Учебные группы комплектуются по 10 человек (с учетом возраста). Помимо возрастного состава, учебные группы делятся на три группы: хорошо плавающие, слабо плавающие, не умеющие плавать.

Купание проводится в первую половину дня, в жаркие дни допускается повторное купание во второй половине дня. Начинать купание рекомендуется в солнечные и безветренные дни при температуре воздуха не ниже 23 °С и температуре воды не ниже 20 °С. Продолжительность купания в первые дни 2 - 5 минут, с постепенным увеличением до 10 - 15 минут. Не разрешается купание сразу после еды. Одновременно купаться может не более 10 детей под наблюдением 2 взрослых (один находится в водоеме, второй наблюдает с берега).

Закаливание воздухом.

Под воздействием этих процедур повышается тонус нервной и мышечной систем, потребление кислорода в тканях, стимулируются окислительные процессы, улучшается основной обмен, самочувствие, аппетит и сон.

Воздушные ванны начинают при температуре воздуха не ниже 18 °С. Продолжительность первых процедур 15 - 20 минут. Прием воздушных ванн рекомендуется сочетать с ходьбой, подвижными играми, физическими упражнениями, общественно полезным трудом.

Закаливание солнцем.

Ультрафиолетовое излучение - сильно действующий фактор, требующий строгой дозировки, учета температуры, влажности и скорости движения воздуха. Поэтому прием солнечных ванн необходимо начинать после предварительного приема организмом воздушных ванн. Умеренное облучение солнцем благоприятно действует на нервную систему, активизирует обмен веществ, улучшает кровообращение и дыхание. В крови увеличивается количество эритроцитов и гемоглобина. При неумеренном, чрезмерно длительном пребывании на солнце солнечные лучи оказывают на организм отрицательное воздействие.

Солнечные ванны назначают детям после приема воздушных ванн. Их проводят в первой половине дня до 11 часов или после 16 часов на пляже, площадках, защищенных от ветра, спустя час - полтора после еды при температуре воздуха 25 °С. Солнечные ванны следует начинать с 5 мин., постепенно увеличивая процедуру до 30 - 50 мин. Не допускается прием солнечных ванн без головных уборов.

Приложение №8

Перечень нормативных правовых актов, использованных при составлении Методических рекомендаций

1. Федеральный закон от 30.03.99 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".
2. Федеральный закон от 02.12.2013 N 328-ФЗ "О внесении изменений в статью 1 Федерального закона "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации"
3. Федеральный Закон от 17.09.1998г.№157-ФЗ (ред. от 21.12.2013г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
4. СанПиН 2.4.4.3048-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и организации работы детских лагерей палаточного типа»
5. СП 2.5.1277-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов».
6. Постановления Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2013 г. : N 1177 «Об утверждении Правил организованной перевозки группы детей автобусами» и N 1176 «О внесении изменений в Правила дорожного движения Российской Федерации»
7. Технический регламент Таможенного Союза «Пищевая продукция в части её маркировки». ТР ТС 022/2011
8. СП 3.1.7.2615-10 «Профилактика иерсиниоза».
9. СП 3.1.7.2616-10 «О профилактике острых кишечных инфекций. Профилактика сальмонеллеза».
10. СанПиН 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
11. СП 3.5.3.1129-02 «Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации».
12. СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».
13. СП 3.1.7.2613-10 Профилактика бруцеллеза
14. СП 3.1.2825-10 Профилактика вирусного гепатита А
15. СП 3.1.2950-11 Профилактика энтеровирусной(неполио) инфекции
16. МУ 3.5.3104-13 Организация и проведение дезинфекционных мероприятий при энтеровирусных (неполио) инфекциях.
17. Методические указания Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции. МУ 3.1.1.2957-11
18. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 3 июня 2011 г. N 01/6832-1-22 "О направлении памятки по профилактике ОКИ».
19. Методические указания «Борьба с грызунами в населенных пунктах, на железнодорожном, водном, воздушном транспорте» МУ 3.5.3.2949-11
20. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 19 марта 2010 г. N 21 «О профилактике острых кишечных инфекций».
21. МР 2.4.4.0011-10 «Методика оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей»
22. Руководство по медицинской дезинсекции Р 3.5.2.2487-09, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г.Онищенко 26.02.09г.
23. Методические указания «Неспецифическая профилактика клещевого вирусного энцефалита и иксодовых клещевых боррелиозов» МУ 3.5.3011-12
24. Приказ МЗ РФ от 15 мая 2013 г. N 296н «О внесении изменений в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" .
25. Приказ МЗ РФ от 30.09.2013г.№677 «Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с

потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020года».

26. Национальный стандарт Российской Федерации «Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления» ГОСТ Р 52887-2007 (в ред. Изменения N 1, утв. Приказом Росстандарта от 28.06.2011 N 157-ст)

Приложение №9

Памятки и листовки по профилактике отдельных видов инфекционных, паразитарных заболеваний, травм и отравлений; здоровому образу жизни.



Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – тяжелое инфекционное заболевание. Ведущим симптомом этой лихорадки является почечная недостаточность, характеризующаяся недостатком мочи и наличием в ней белка.

С первых дней у больных выражены жажда, сухость во рту, отмечаются кровоизлияние сосудов склер и конъюнктив, боли в области поясницы, которые с 3 - 4 дня могут быть резкими и мучительными; возникает рвота, не связанная с приемом пищи или лекарств и боль в животе (от умеренной до резкой).

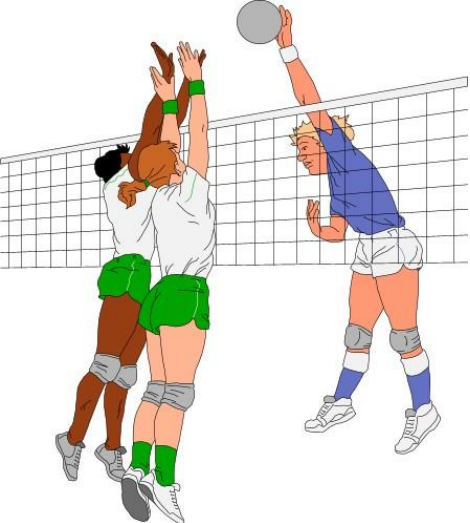
Носителями вируса ГЛПС на территории Воронежской области служат мышевидные грызуны: рыжая полевка, полевая мышь, лесная мышь. В городах резервуаром этой инфекции могут быть крысы. Заражение человека происходит воздушно-пылевым путем при вдыхании высохших выделений инфицированных грызунов. Передача вируса возможна при контакте с грызунами, объектами внешней среды, зараженными их выделениями (солома, сено, хворост), или употреблении продуктов, которые были загрязнены грызунами.

Заражение людей происходит при работе на садово-огородных участках, рыбалке, при уходе за сельскохозяйственными животными, работе на частных подворьях, отдыхе в лесопарковых зонах.

Передача инфекции от человека к человеку не происходит. Заболевают чаще мужчины (70-90%). Период от заражения до первых симптомов длится от 7 до 46 дней (чаще 21-25 дней).

Чтобы избежать заражения ГЛПС, необходимо:

- уничтожить грызунов на подворье и прилегающей территории (до 500 метров от домов);
 - не употреблять в пищу поврежденные или загрязненные грызунами продукты (их можно использовать только после термической обработки);
 - не допускать проникновения грызунов к продуктам питания;
 - во время отдыха избегать мест со следами пребывания грызунов;
 - соблюдать общегигиенические требования: мыть руки с мылом перед приемом пищи, мыть овощи и фрукты под проточной водой;
 - при переборке и перевозке стогов сена или соломы в осенне-зимний период следует использовать ватно-марлевые повязки или респираторы;
 - в садовых домиках необходимо провести проветривание помещения, надеть увлажненную ватно-марлевую или 4-х слойную марлевую повязку и провести влажную уборку с использованием 3% раствора хлорамина или 2% осветленного раствора хлорной извести. Весной столовую посуду перед использованием прокипятить, постельные принадлежности выстирать или просушить на солнце.
 - соблюдение правил личной гигиены в быту и на природе
- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»



Физическая культура в обеспечении здорового образа жизни школьников

При самых благоприятных условиях сочетания обязательных и физкультурных занятий по физическому воспитанию общеобразовательная школа не в состоянии обеспечить необходимые объемы двигательной активности учащихся.

При гиподинамии дети не только отстают в развитии от своих сверстников, но и чаще болеют, имеют нарушения опорно-двигательной функции и осанки. Недостаточная двигательная активность в процессе роста и развития детей и подростков может вызвать множество неблагоприятных последствий: приводит к ухудшению здоровья, снижению физической и умственной работоспособности, создает предпосылки для развития различных форм патологии.

При высоком уровне двигательной активности повышается сопротивляемость организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды перегреванию, охлаждению, действию ускорений и перегрузок. Оптимальный объем физических упражнений благоприятно воздействует на развитие костного аппарата, стимулирует деятельность всего организма, и в частности коры головного мозга; улучшаются такие функциональные показатели, как жизненная емкость легких, сила кистей и мышц спины, благодаря лучшему развитию всего опорно-двигательного аппарата происходит более интенсивное увеличение массы и роста ребенка. Развитие основных физических качеств у юных спортсменов на 15- 25% выше, чем у их сверстников, не занимающихся спортом. Постоянные занятия физкультурой улучшают телосложение, фигура становится стройной и красивой, движения приобретают выразительность и пластичность.

Физическая культура и спорт способствуют развитию интеллектуальных процессов, воспитывают уверенность, решительность, волю, смелость и мужество, способность преодолевать препятствия, чувство коллективизма, дружбы.

Осознание здоровья и полноценности дает уверенность в своих силах, наполняет бодростью, оптимизмом и жизнерадостью.

Физическая слабость угнетающе действуют на психику и вызывает чувство неполноценности, развивая такие качества, как пессимизм, робость, неверие в свои силы, замкнутость, индивидуализм.

Утренняя гигиеническая гимнастика(зарядка 10-15минут) активизируется работа внутренних органов, укрепляет нервную систему, закаливает и развивает детский организм. Школьникам необходимо максимальное пребывание на свежем воздухе, в движении (катание на коньках, лыжах, плавание и др.); с учетом состояния здоровья и возраста занятия спортом. Физическая культура имеет большое оздоровительное и профилактическое значение у детей с дефектами осанки, деформации позвоночника, уплощениями стоп, а также имеющих различные заболевания внутренних органов, и, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

Чтобы обеспечить растущий организм надежным щитом против многих болезней необходимо заниматься физической культурой и спортом!

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».



Табак - это растение, в листьях которого содержится никотин. Индейцы были первыми, кто выращивал табак для курения. Табаку приписывались болеутоляющие, целебные свойства, так же индейцы верили, что при помощи вдыхания дыма можно общаться с богами. Курение табака, являлось ритуалом при религиозных обрядах, при политических и военных переговорах. После открытия материка Колумбом, табак распространился по всему миру.

Табачные изделия готовятся из высушенных листьев табака. **В табачном дыме всех видов табака содержится вещество, опасное для человека - никотин, один из самых опасных ядов растительного происхождения.** Никотин относится к нервным ядам, в малых дозах он возбуждает нервные клетки,

способствует учащению дыхания и сердцебиения. В больших дозах он тормозит, а затем парализует деятельность клеток центральной нервной системы, в том числе вегетативной. Никотин воздействует и на железы внутренней секреции, в частности на надпочечники, которые при этом выделяют в кровь гормон - адреналин, вызывающий спазм сосудов, повышение артериального давления и учащение сердечных сокращений (после выкуренной сигареты пульс увеличивается на 10-20 ударов). Расстройство нервной системы проявляется понижением трудоспособности, дрожанием рук, ослаблением памяти. Пагубно влияя на половые железы, никотин способствует развитию у мужчин половой слабости – импотенции!

Кроме никотина в дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ: углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и множество других вредных химических соединений. Угарный газ способствует развитию хронического кислородного голодания, сердце и легкие вынуждены работать с большей нагрузкой, что вызывает проблемы с кровообращением. Все курильщики имеют повышенный риск развития инсульта, курение может быть и главной причиной стойкого спазма сосудов нижних конечностей, поражающего преимущественно мужчин. Это заболевание ведет к нарушению их питания, гангрене и в итоге к ампутации нижней конечности.

Последствия курения формируются медленно и приводят к различным заболеваниям, в том числе бронхитам, пневмонии, эмфиземе легких, раку полости рта и легких, аритмии, стенокардии, атеросклерозу (и далее инсультам и инфарктам, тромбозам и как правило, ампутации нижних конечностей), заболеваниям желудочно-кишечного тракта. **Курение может спровоцировать слепоту и глухоту, нервные заболевания и психические отклонения и многие другие болезни.** По данным статистики (по сравнению с некурящими) длительно курящие в 13 раз чаще страдают болезнями сердца, в 10 раз - язвой желудка. Курильщики составляют 96 - 100% всех больных раком легких. Каждый седьмой долгое время курящий болеет - тяжким недугом кровеносных сосудов. Рак у курящих людей возникает в 20 раз чаще, чем у некурящих. Чем дольше человек курит, тем больше у него шансов умереть от этого тяжёлого заболевания.

Отравлению никотином подвергается не только человек, страдающий от курения, но все окружающие, находящиеся с ним в непосредственной близости. У детей курящих

родителей в течение первого года жизни увеличивается частота бронхитов и пневмонии и повышается риск развития серьезных заболеваний.

Особенно вреден табачный дым для детей и подростков, что обусловлено физиологией еще незрелого организма: у подростков может появиться одышка, нарушение сердечного ритма, механизмов регуляции дыхания, кашель, слабость; нередко среди таких детей частые простуды и ОРЗ, расстройства работы желудочно-кишечного тракта, периодически обостряющиеся хронические бронхиты; нарушается кровоснабжение мозга и, как следствие, его функции. Под действием продуктов сгорания табака у подростка нарушается еще не успевший должным образом сформироваться гормональный статус. Никотин влияет практически на все железы внутренней секреции, в том числе и на половые железы у мальчиков и девочек, а это грозит недоразвитием всего организма, появлением лишнего веса и нарушением репродуктивных возможностей человека в будущем. Курение школьников замедляет их физическое и психическое развитие.

Курящая в день около десяти сигарет женщина может остаться бесплодной в два раза чаще, чем некурящая, а случаи выкидышей у нее гораздо более частые, чем у некурящих; беременность может закончиться выкидышем, преждевременными родами, смертью младенца. У курящих женщин дети могут родиться с меньшим весом, физическими дефектами конечностей, глухотой, умственно отсталые. Даже если ребёнок на вид родился вполне здоровым, курение матери скажется на его развитии: ребёнок может отставать в росте и хуже учиться, его иммунитет будет ослабленным и он будет чаще подвержен простудным многим аллергическим заболеваниям. Курящая и принимающая оральные гормональные контрацептивы женщина подвергает свою жизнь не просто опасности, а смертельной опасности. Если женщина серьезно относится к здоровью будущего ребенка, бросать курить необходимо не менее, чем за полтора года до его зачатия, а лучше вообще не начинать курить.

Никотин действует как психотропное средство. Когда человек начинает курить и выкуривает одну сигарету за другой, у него формируется никотиновая зависимость и как только в крови снижается уровень никотина, человек испытывает тягу к курению, голова его занята мыслями о сигарете и всё валится из рук, желание закурить подобно жажде, только организм требует не воду, а никотина. Сигарета (вопреки расхожему мнению) не помогает снять усталость и нервное напряжение, расслабиться или взбодриться, сосредоточиться, потому что сигарета не обладает такими качествами.

Во всём мире ведётся борьба с курением, во многих Европейских странах число курильщиков сокращается, люди осознают вред курения и бросают сигарету. В Европе модно не курить, модно быть здоровым. **Организм человека не нуждается в никотине, мы прекрасно чувствуем себя и обходимся без него.** Курение - не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. На каждой сигаретной пачке имеется грозное предупреждение, что курение вредно для здоровья, что курение способствует таким страшным заболеваниям, как инфаркт, инсульт и прочие болезни, что курение убивает. Но каждый курящий думает, что с ним такая беда не случится. И большинство людей продолжают выкуривать сигарету за сигаретой, своими руками копая себе могилу.

Вещества, находящиеся в табачном дыму, по сути, являются ядовитыми и способствуют росту раковых клеток и провоцируют развитие серьёзных заболеваний внутренних органов человека и приводят к преждевременной смерти.

Всем хорошо известно, что « капля никотина убивает лошадь», но лошадь не курит ! Капля никотина убивает человека!

Бросить курить нужно сегодня, чтобы было здоровое завтра!

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

ГЕПАТИТ В.

Гепатит В (ГВ) является одной из приоритетных проблем здравоохранения во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире инфицируется около 50 млн человек, около 2 млн из них умирают.

Источниками инфекции являются больные любой формой острого и хронического гепатита В (ОГВ, ХВГВ), а также хронические вирусоносители (от острых больных имеет место лишь в 4 - 6% случаях).

Инкубационный период при ГВ в среднем составляет от 45 до 180 дней.

Больной может быть заразен уже за 2 - 8 недель до появления признаков заболевания.

ОГВ чаще всего протекает в безжелтушной или других труднодиагностируемых клинических формах (на 1 больного с клинически выраженной инфекцией может приходиться до 100 безжелтушных случаев). Безжелтушные формы чаще имеют место у детей, однако и у взрослых доля таких вариантов может достигать 70%.

Вирус ГВ передается через любые повреждения кожных покровов и слизистых оболочек при непосредственном контакте с инфицированной кровью и другими биологическими жидкостями (его удается обнаружить в слюне, моче, желчи и других секретах). Для заражения ВГВ достаточно всего 0,0000001 мл сыворотки, содержащей вирус. Реальную опасность представляют кровь и сперма.

Вирус ГВ может передаваться естественным и искусственным путём.

Естественными путями заражения могут быть:

- перинатальный (от матери к ребенку внутриутробно или при рождении. У части детей возможно развитие первично-хронического гепатита с последующим формированием цирроза и первичного рака печени);

- половой (передача при половых контактах);

- контактно-бытовой (передача в условиях тесного бытового общения - например, при совместном использовании предметов личной гигиены: зубные щетки, бритвенные и маникюрные приборы, мочалки, расчески и пр., зараженных вирусом и используемых несколькими членами семьи).

Ведущим мероприятием в профилактике гепатита В является вакцинопрофилактика.

Первая вакцинация против гепатита В проводится новорожденным в течение первых 24 часов жизни. Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее.

В медицинских и немедицинских учреждениях при выполнении работ, заведомо ведущих к нарушению целостности кожных покровов и слизистых оболочек, должны соблюдаться требования санитарно-эпидемиологических норм и правил (в т.ч. при проведении маникюра, татуажа и др. должны использоваться стерильные инструменты).

Каждый человек может защитить себя от тяжелого заболевания и спасти своё здоровье и жизнь:

- **Сделайте прививку!**
- **Откажитесь от наркотиков!**
- **Исключите случайных половых партнёров!**
- **Соблюдайте правила личной гигиены (используйте индивидуальные бритвенные и маникюрные наборы, зубную щетку, мочалку и др.)**

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».



ЖИВИТЕ БЕЗ НАРКОТИКОВ!

“Греческое “narko” означает – оцепенение, онемение; “mania” – безумие, сумасшествие. Наркотики - не просто вещества, наносящие вред здоровью, они стремительно и необратимо разрушают организм и личность человека; обладают свойством вызывать привыкание, что проявляется в постепенном снижении эффекта от приема средств и вынуждает принимать со временем все большие дозы препарата для достижения эффекта. Наркомания тяжелое заболевание, она ведет к грубому нарушению жизнедеятельности организма и социальной деградации.

Наркотик – это яд, который медленно разрушает мозг и психику человека. При приеме наркотиков снижаются все виды обмена веществ и все функции организма : поражение сердца, сосудов, почек, лёгких, желудочно-кишечного тракта, систем крови, синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД), гепатит В- “букет заболеваний” характерный для наркомана. Наркоманы чаще всего умирают от остановки дыхания при случайной передозировке наркотиков.

Наркомания похожа на увечье. Самое страшное в ней то, что наркоманы слишком поздно понимают, что они не просто балуются, а уже не могут обойтись без наркотиков, иногда пристрастие развивается через полгода, даже год, чаще через 2-3 месяца, но нередко человек становится наркоманом после первой же инъекции.

Определить употребляет ли человек наркотики или нет сложно, но стоит насторожиться, если у него имеют место: расширенные или суженные зрачки, покрасневшие или мутные глаза; несвязная, замедленная или ускоренная речь; беспричинное возбуждение, вялость; частая смена настроения; постоянные просьбы дать денег; пропажа из дома ценностей; частые телефонные звонки, использование жаргона, секретные разговоры; для детей и подростков- уходы из дома, прогулы в учебном заведении по непонятным причинам, снижение успеваемости в учёбе; тем более следы от уколов, порезы, синяки; бумажки и денежные купюры, свёрнутые в трубочки; закопчённые ложки, фольга; капсулы, пузырьки, жестяные банки; пачки лекарств снотворного либо успокоительного действия; папиросы в пачках из-под сигарет.

Если ваши дети или близкие стали употреблять наркотические средства, психотропные вещества не старайтесь собственными силами решить данную проблему, не кричите на них и не скандавьте с ними. Незамедлительно обратитесь к квалифицированным специалистам: наркологам, психологам и другим специалистам, которыми будет оказана необходимая консультативная и лечебно-реабилитационная помощь.

Если вам нужна жизнь без наркотиков – просто не пробуйте, не испытывайте ни свою волю, ни своё здоровье; не играйте в игру, в которой не бывает победителей!

Наркотики – это путешествие со смертельным исходом!

Туберкулез - инфекционная, хронически протекающая болезнь всех видов животных и человека, характеризующаяся **поражением органов и тканей**, а также аллергизацией организма.

Основным источником туберкулеза для человека являются больные активной формой туберкулеза легких.

Заболевание чаще всего передается через капельки слюны и мокроты при кашле, чихании и разговоре; а также воздушно-пылевым путем. Возможно заражение пищевым (при употреблении в пищу термически плохо обработанного молока или мяса от больного туберкулезом крупного рогатого скота) и контактно-бытовым (как непосредственно от больного- через загрязненные мокротой руки, так и через различные предметы обихода, инфицированные мокротой) путями.

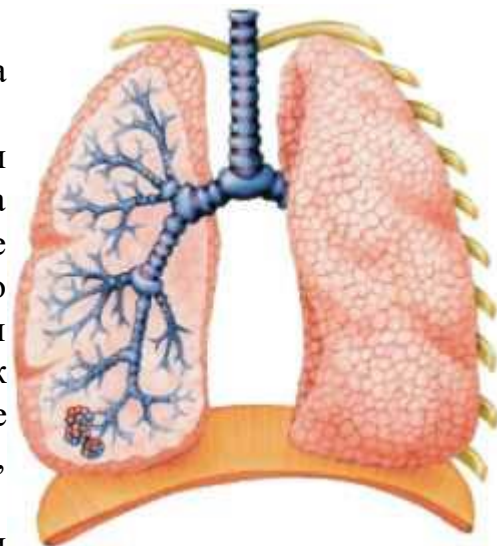
Большую эффективность для профилактики туберкулеза имеют массовые **флюорографические обследования** взрослого населения, подростков в возрасте 15 и 17 лет и ежегодная туберкулинодиагностика (проба Манту- внутрикожная аллергическая проба с туберкулином) детям до 18 лет. **Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей и позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности.**

В повышении невосприимчивости организма к туберкулезу большую роль играет **вакцинация** населения живой вакциной БЦЖ. Вакцинации подлежат новорожденные на 3-7 день жизни, ревакцинации в 7 и 14 лет, так как к этому времени у многих детей противотуберкулезный иммунитет вновь исчезает.

В целях профилактики заболевания необходимо также:

- Соблюдать правила личной гигиены больным и членами его семьи, лицами, общающимися с ним в местах общего пользования дома и на работе; обеспечить гигиену жилища (чаще проводить влажную уборку и проветривание помещений).
- Необходимо вести здоровый образ жизни: полноценно питаться, заниматься физкультурой и спортом, отказаться от курения, не принимать наркотики, не злоупотребляйте алкоголем.
- Не приобретать пищевые продукты в местах их несанкционированной продажи (на улицах, во дворах, вдоль дорог), кипятить молоко из индивидуальных хозяйств; хорошо проваривать, тушить и прожаривать мясо.
- При назначении лекарственных препаратов (для лечения и профилактики заболевания) принимать их до отмены лечащим врачом, т.к. при прерывании приема или уменьшении дозы препарата микобактерии не только быстро восстанавливают свою жизнеспособность, но и приобретают устойчивость к лекарственным препаратам; что приведет в дальнейшем к применению дорогостоящих лекарств и более длительному (или малоэффективному) лечению.
- При наличии в индивидуальном хозяйстве крупного рогатого скота необходимо обеспечить его регулярный осмотр специалистами ветеринарной службы.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».



ОСТОРОЖНО ТУЛЯРЕМИЯ!

В весенне-летний период возникает опасность заражения туляремией лиц, выезжающих за пределы города. Туляремия это природно-очаговое заболевание, распространённое на всей территории Воронежской области. Заболеваемость регистрируется у населения не привитого против туляремии.

Основными клиническими проявлениями туляремии является повышение температуры тела до +39-40°C, увеличение и болезненность лимфатических узлов, длительное течение заболевания.

Носителями данной инфекции являются многие дикие животные, но чаще других это зайцы и мелкие мышевидные грызуны.. В 2012 году зарегистрированы инфицированные мыши в Аннинском, Богучарском, Каширском, Таловском, Терновском, Новохопёрском, Острогожском, Павловском, Репьёвском, Хохольском, Эртильском районах (2011г. в Калачеевском, Петропавловском, Новоусманском, Верхнехавском, Павловском, Богучарском, Семилукском районах). Миграция грызунов в осенне-зимний период способствует распространению инфекции в природных биотопах и населённых пунктах.

Инфицирование населения может произойти при купании в запрещенных местах, употреблении сырой воды из открытых водоёмов, а так же при укусе кровососущими насекомыми (слепни, комары, мошки) и клещами. В 2012 году антиген туляремии обнаружен у клещей, собранных в Богучарском, Верхнехавском, Острогожском, Поворинском районах и окрестностях г.Воронежа.

При посещении лесных массивов, дачных участков и при пребывании у открытых водоёмов пользуйтесь средствами отпугивания насекомых- репелленты. В настоящее время промышленностью выпускается большое количество репеллентов в виде мазей, гелей, аэрозолей и т. д. На территории Российской Федерации разрешены для применения: «Некусин», «ОФФ! Экстрим», «Бибан», «ДЭТА-ВОККО», «ДЭТА-ПРОФ», «Гал-РЭТ», «ДЭФИ-антикомар. Интенсивная защита», «Антиклещ спрей репеллент», «Москидоз антикомариный супер сильный спрей», «Рэфтамид максимум».

Необходимо ежегодно в осенне-зимний период проводить мероприятия по обеспечению грызунонепроницаемости жилища и надворных построек, сплошную дератизацию всеми заинтересованными службами и ведомствами.

Помните, что основным средством профилактики туляремии являются прививки, которые Вам могут сделать в поликлинике по месту жительства, а при заболеваниях, сопровождающихся длительным подъёмом температуры необходима консультация врача-инфекциониста.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Памятка для лиц, пострадавших от присасывания клеща.

На территории Воронежской области нет природных очагов клещевого вирусного энцефалита (КВЭ).

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) очаги КВЭ имеются на большинстве территорий Дальневосточного, Сибирского, Уральского, Приволжского, Северо- Западного федеральных округов; на части территорий Ивановской, Тверской, Ярославской, Московской областей Центрального федерального округа. Лица, выезжающие в эндемичные по КВЭ очаги должны привиться за 1-1,5 месяца до выезда.

На территории области распространены клещи родов *Dermacentor* и *Ixodes*. Клещи начинают свою активность ранней весной и заканчивают поздней осенью, со снижением активности в летний период. Клещи рода иксодес, чаще нападают на людей, клещи дермаценторы предпочитают питаться на животных. Кровью питаются и самцы и самки на всех стадиях их развития. Младшие возраста питаются на мелких животных (мыши, ящерицы и др.), старшие выбирают более крупную добычу.


Необходимо знать, что присосавшийся к человеку клещ может заразить туляремией, лихорадкой КУ, болезнью Лайма (клещевой боррелиоз). Туляремия и лихорадка КУ проявляется в виде высокой температуры, озноба, увеличения лимфоузлов, головной боли. Основным признаком начала заболевания клещевым боррелиозом является появление эритемы (изменение окраски кожи) на месте присасывания клеща; через некоторое время у человека происходят изменения в суставах и миокарде. Инкубационный период этих болезней от 3-х до 36 дней.

Для удаления присосавшегося клеща необходимо обратиться в медицинское учреждение. Если своевременную медицинскую помощь получить невозможно, паразита надо снять самостоятельно. Способов удаления много:

- сделать петлю из х/б нитки, накинуть ее на основание хоботка и натягивать попеременно в противоположные стороны за разные концы;
- смазать клеща каким-нибудь маслом или вазелином (закупорить дыхательные отверстия), через некоторое время он сам отпадет;
- аккуратно извлечь клеща с помощью пинцета или ногтей- как бы «выкрутить» его. В любом случае снятие клеща займёт 10-15 минут. Помните, по своему анатомическому строению он не может быстро освободиться из своей жертвы. При снятии клеща необходимо проявить аккуратность, чтобы не порвать паразита, и не выдавить его содержимое в тело пострадавшего. После удаления паразита ранку необходимо смазать йодом и наблюдать за изменением состояния здоровья пострадавшего не менее 3-4х недель. При появлении признаков заболевания необходимо проконсультироваться у врача-инфекциониста по месту жительства.

ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области"

ОСТОРОЖНО ГРИБЫ!



Бледная поганка - смертельно ядовитый гриб, отваривание, засол, сушка не уничтожают ядовитых свойств. **Мухомор красный** содержит мускарин, вызывающий нарушение деятельности центральной нервной системы. При отравлении бледной поганкой и мухомором первые признаки появляются через 6-24 часа, иногда через 48 часов. Начинается сильный понос, рвота, кишечные колики, боли в мышцах, судорога, жажда. При появлении этих симптомов немедленно обратитесь к врачу!

Чтобы избежать отравления грибами, необходимо руководствоваться следующими правилами:

- Не зная грибов - не нужно заниматься их сбором! Даже один ядовитый гриб среди съедобных может вызвать очень тяжёлое отравление!
- Нельзя собирать грибы вблизи крупных дорог, промышленных предприятий, свалок, аэропортов, т.к. грибы накапливают вредные вещества (тяжёлые металлы - ртуть, свинец, кадмий; трупный яд)
- Собирать следует только молодые, не переросшие грибы. Нельзя собирать дряблые, ломаные, червивые, поврежденные личинками, слизнями и плесенью, испорченные грибы
- Грибы скоропортящийся продукт, поэтому их нельзя долго хранить, особенно под солнцем, в сырую и дождливую погоду. Срок хранения свежих грибов 2 - 4 часа.
- Не солите и не маринуйте грибы в оцинкованной посуде (возможно отравление солями цинка).
- Не заготавливайте грибы в герметичной упаковке - это может привести к тяжелому пищевому отравлению-ботулизму (первым признаком заражения консервов ботулизмом является вздутие крышек и помутнение рассола или маринада).
- Приобретайте грибы и продукты их переработки только в торговой сети.
- Отравившись грибами, не употребляйте спиртные напитки, так как алкоголь содействует быстрому всасыванию яда в организм, а немедленно обратитесь за медицинской помощью.

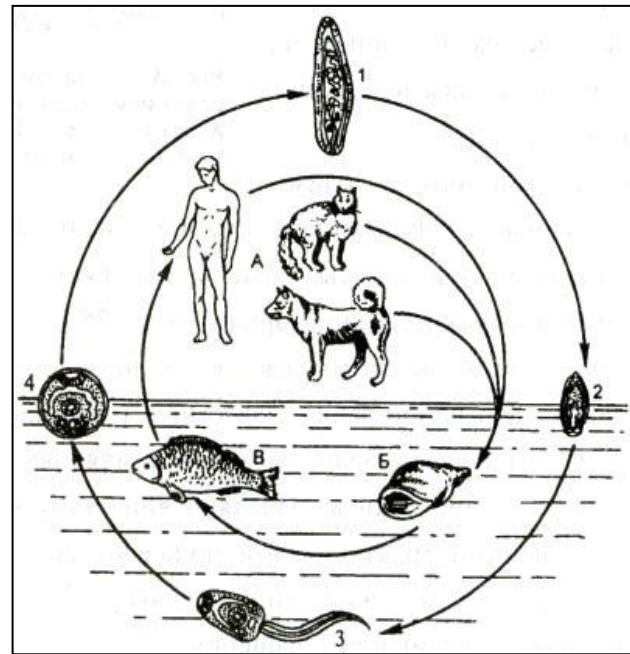


ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

Описторхоз

- заражение организма человека глистами (червями), живущими в желчных протоках печени, желчном пузыре и поджелудочной железе человека и многих видов плотоядных животных и грызунов (кошка, собака, свинья, волк, лисица и др.).

Ведущими симптомами хронического описторхоза являются боли в области желудка и правом подреберье, тошнота, горечь во рту, головная боль, головокружение, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, депрессия, раздражительность, частая смена настроения, повышенное потоотделение; могут быть боли или



неприятные ощущения за грудиной, сердцебиение.

У людей, зараженных описторхисами в 10 раз увеличивается риск возникновения первичного рака печени; в 3 раза чаще встречается тяжелое течение бронхиальной астмы, в 4 раза - сахарного диабета. У женщин, больных описторхозом, в 2 раза увеличивается частота патологии беременности и родовой деятельности. У детей отмечается снижение питания, отставание в физическом и умственном развитии.

Человек заражается при употреблении в пищу сырой, недостаточно прожаренной и слабо просоленной (вяленой, соленой, холодного копчения) рыбы карповых пород, содержащих живых личинок паразита.

Рекомендации по обеззараживанию рыбы от личинок описторхиса в домашних условиях :

1. Варить рыбу (крупную разрезать на кусочки) 15 - 20 мин. с момента закипания.

2. Жарить небольшими кусками в распластанном виде и котлеты из рыбы в течение 20 мин. в большом количестве жира.

3. Выпекать рыбные пироги не менее 45 - 60 мин.

4. Солить из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы сроком:

а) пескаря, уклейки, гольяна, верховки - 10 суток;

б) плотвы, ельца, красноперки, голавля, синца, белоглазки, подуста, чехони, жереха, щиповки, мелких (до 25 см) язей, лещей, линей - 21 сутки;

в) крупных (свыше 25 см) язей, лещей, линей - 40 суток.

5. Вялить только мелкую рыбу в течение трех недель после предварительного посола (как указано в пункте 4).

6. Не употреблять в пищу сырую рыбу, слабого и кратковременного посола и сырой рыбный фарш (чтобы заразиться вполне достаточно одного маленького кусочка).

Для кормления животных используйте только термически обработанную рыбу.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»



ВНИМАНИЕ - БЕШЕНСТВО!

Бешенство (гидрофобия) - острая вирусная зоонозная инфекция. Характерной особенностью бешенства у людей являются **фобии**: тяжелые болезненные спазмы мышц глотки и гортани, сопровождающиеся судорогами, искажающими лицо, икотой, рвотой, страхом. Эти симптомы могут провоцироваться видом воды, мыслью или словами о ней (гидрофобия), дуновением воздуха (аэрофобия), ярким светом (фотофобия), громким звуком (акустикофобия). Смерть обычно наступает внезапно от паралича дыхательного и сердечно-сосудистого центров

При наличии клинических проявлений у человека болезнь заканчивается летальным исходом.

Резервуарами инфекции в природных условиях являются плотоядные животные (лисы, волки, еноты) и летучие мыши, в населенных пунктах собаки, кошки и сельскохозяйственные животные.

Источником инфекции для человека являются животные, находящиеся в инкубационном периоде заболевания, или с клинической картиной бешенства.

Инкубационный период заболевания определяется локализацией и тяжестью нанесенных повреждений и составляет от нескольких дней до 1 года и более.

Механизм передачи возбудителя реализуется путем непосредственного контакта человека с источником инфекции в результате нанесения укуса, ослюнения и других повреждений кожных покровов (царапины, потертости, через открытые раны) или наружных слизистых оболочек (рта, глаз), возможен также аэрозольный механизм передачи инфекции. Наибольший риск заболеть представляют укусы в лицо и голову.

Лица, подвергшихся риску заражения, направляют на консультацию врача-травматолога, который определяет объем оказания медицинской помощи и лечения, включая специфическое антирабическое лечение.

Бешенством заболевают в основном те, кто ***не обратился к врачу*** или ***обратился поздно***, или врач не очень настойчиво убеждал в необходимости прививки. Еще одна причина - ***нарушение режима во время прививок*** и нежелание закончить курс иммунизации. ***Очень важно*** как можно раньше после укуса или повреждения обработать рану и ***ввести антирабическую вакцину***. ***В случае нападения животных с нанесением укусов немедленно обращайтесь за медицинской помощью для оказания антирабической помощи!***

Практически любой человек имеет риск заражения бешенством, поэтому следует знать основные правила, соблюдение которых поможет избежать бешенства:

- Не гладьте бродячих животных. Не позволяйте своим детям приближаться к бродячим животным и играть с ними. Объясните ребенку, что если его случайно укусит или поцарапает бродячее

животное, ему необходимо как можно быстрее сообщить об этом кому-то из родителей; т.к. животное может быть заразным еще до появления первых признаков бешенства, когда оно выглядит вполне здоровым.

- ***Все домашние животные обязательно должны быть привиты от бешенства.***
- Соблюдайте чистоту и держите мусорные баки на улице закрытыми, т. к. мусор вокруг вашего дома является приманкой для диких и бездомных животных, являющихся потенциальными переносчиками бешенства.
- Не оставляйте своих домашних животных без присмотра. Они могут быть атакованы больным животным.
- Если ваше животное было укушено неизвестным животным или у него появились признаки, характерные для бешенства, как можно скорее обратитесь к ветеринару. Если животное ведет себя агрессивно, то постарайтесь закрыть его в каком-либо помещении (или в клетке) и избегайте контактов с его слюной. Как можно быстрее свяжитесь с ветеринаром.
- При укусе неизвестного дикого или бездомного животного быстрее обильно промойте раны, царапины, ссадины, места ослюнения струей воды с мылом (или любым моющим средством), обработайте края раны 70° спиртом или настойкой йода, наложите стерильную повязку и как можно скорее обратитесь к врачу.

Соблюдение этих мер предосторожности может спасти вашу жизнь и жизнь ваших детей.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Лихорадка Западного Нила

Наиболее часто заболевание встречается в странах Средиземноморья, особенно в Израиле и Египте. На территории России в 2012 году регистрировались случаи в Волгоградской, Астраханской, Ростовской, Новосибирской, Липецкой областей, Республиках Татарстан и Адыгея; в Воронежской области случаи заболеваний регистрируются с 2010 года. Большинство пострадавших связывают заболевание с пребыванием на отдыхе в пригородной зоне, где фиксировали укусы комаров.

Возбудителем является вирус Западного Нила. Инкубационный период - 3 - 6 сут. (от 2 до 14 сут.). Источник инфекции - птицы (вороны, голуби, птицы водного и околородного комплекса).

Механизм передачи возбудителя - трансмиссивный (комарами рода *Culex* и *Aedes*). Возможна передача вируса при переливании донорской крови и пересадке органов.

Условия заражения - пребывание в эндемичной по лихорадке Западного Нила местности.

Заболеемость имеет отчетливую сезонность - позднее лето и осень. Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 38 - 40 °С; характеризуется резко выраженными явлениями общей интоксикации: сильная мучительная головная боль с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, боли в глазных яблоках, мышечные боли (особенно сильные боли отмечаются в мышцах шеи и поясницы); нередко возникает многократная рвота, аппетит отсутствует, появляются боли в области сердца, чувство замирания и другие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Практически у всех больных выявляется выраженное покраснение конъюнктивы век, надавливание на глазные яблоки болезненно. В тяжелых случаях заболеваний протекает с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Меры профилактики заболевания.

Специфические меры профилактики отсутствуют. Одними из основных направлений борьбы с ЛЗН является проведение мероприятий, направленных на уничтожение переносчиков инфекции (комаров, клещей) и их прокормителей (птиц, грызунов); в том числе:

- ликвидация несанкционированных свалок, своевременный вывоз твердых бытовых отходов; регулярная санитарная очистка и благоустройство территории жилых поселений, дачных участков, леса,
- ревизия подвальных помещений жилых домов, откачка из них сточных и грунтовых вод с проведением регулярных дезинсекционной и дератизационной обработки подвалов и технических подполий домов,
- при выезде за рубеж заблаговременно уточнять в территориальных органах Роспотребнадзора и у туроператоров сведения об эпидемиологической ситуации в стране планируемого пребывания,
- в целях защиты от укусов насекомых применять средства, отпугивающие и уничтожающие насекомых (репелленты и инсектициды), а в помещениях обязательно засетчивать окна и двери,
- в случае обнаружения присасывания клещей, следов укусов кровососущих насекомых, появления высыпаний или любых других кожных проявлений - немедленно обратиться к врачу.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

Памятка по профилактике острых кишечных инфекций

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - это многочисленная группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых различными микроорганизмами, простейшими, бактериями, вирусами с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта.

Как происходит заражение ОКИ?

Возбудители ОКИ в организм человека попадают с пищей, водой, у маленьких детей через грязные руки, игрушки. В летний период создаются благоприятные условия для сохранения и размножения возбудителей ОКИ в окружающей среде. При массивном накоплении возбудителей в окружающей среде частота их попадания в желудочно-кишечный тракт человека увеличивается, соответственно увеличивается вероятность возникновения заболеваний.

Симптомы заболевания. После попадания возбудителя в организм болезнь проявляется не сразу. Это так называемый скрытый, инкубационный период, который длится от нескольких часов до 10 дней. Потом у больных повышается температура, появляется слабость, тошнота, ухудшается аппетит, появляются боли в животе, рвота, частый жидкий стул. Заболевание ОКИ может протекать в виде здорового носительства. Больные или носители представляют опасность для окружающих, так как с фекалиями выделяется огромное количество возбудителей в окружающую среду. Далее через загрязненную воду, предметы обихода, руки или пищевые продукты возбудители ОКИ вновь попадают в кишечник здорового человека.

Чтобы предохранить себя от заболевания ОКИ необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- строго соблюдайте правила личной гигиены, чаще и тщательно мойте руки с мылом после возвращения с улицы, перед едой и после посещения туалета;
- для питья используйте кипяченую, бутилированную или воду гарантированного качества;
- овощи, фрукты, ягоды тщательно мойте перед употреблением под проточной водопроводной водой;
- постоянно поддерживайте чистоту в жилище и соблюдайте правила личной гигиены.

Помните, что любое заболевание легче предупредить, чем лечить.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Памятка. Профилактика энтеровирусной инфекции!

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) представляют собой группу инфекционных заболеваний, развивающихся при поражении человека вирусами рода *Enterovirus*, характеризующихся многообразием клинических проявлений.

Энтеровирусы устойчивы во внешней среде: хорошо переносят низкие температуры (в условиях холодильника они сохраняются в течение нескольких недель), в водопроводной воде выживают до 18 дней, в речной воде - около месяца, в очищенных сточных водах - до двух месяцев, на предметах обихода, продуктах питания (молоко, фрукты, овощи). Вирус быстро погибает при прогревании, кипячении, при воздействии хлорсодержащих препаратов, ультрафиолетового облучения.

Источником инфекции является человек (больной или носитель). Инкубационный период составляет в среднем от 1 до 10 дней, но максимальный до 21 дня. Среди заболевших ЭВИ преобладают дети.

Передача ЭВИ осуществляется при реализации фекально-орального механизма (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и аэрозольного механизма (воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями).

Чаще всего заражение происходит при употреблении в пищу загрязненных вирусами овощей. Вирусы попадают на овощи и фрукты при удобрении необеззараженными сточными водами. Некоторые энтеровирусы выделяются с секретом слизистых оболочек дыхательных путей, что может способствовать реализации аэрозольного механизма передачи. Отмечаются случаи заражения контактно-бытовым путем (загрязненные руки, предметы быта, личной гигиены). В случае заражения энтеровирусной инфекцией беременной женщины возможна вертикальная передача возбудителя ребенку.

Заражение происходит через воду, продукты питания, а также испражнения больного, через мельчайшие капельки слюны и мокроты при кашле и чихании. Очень часто заражение происходит при купании в открытых водоемах.

Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства как по условиям размещения, так и по состоянию систем водопользования и организации питания.

Эпидемиологическую значимость представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными водами, как в качестве источников питьевого водоснабжения, так и используемая в качестве рекреационных зон для купания населения.

ЭВИ характеризуются разнообразием клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит, геморрагический конъюнктивит, увеит, синдром острого вялого паралича (ОВП), заболевания с респираторным синдромом и другие.

Наибольшую опасность представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

Меры неспецифической профилактики:

- для питья использовать только кипяченую или бутилированную воду;

- мыть руки с мылом перед каждым приемом пищи и после каждого посещения туалета, строго соблюдать правила личной и общественной гигиены;
- обеспечить индивидуальный набор посуды для каждого члена семьи, особенно для детей;
- перед употреблением фруктов, овощей, их необходимо тщательно мыть с применением щетки и последующим ополаскиванием кипятком;
- употреблять в пищу доброкачественные продукты, не приобретать у частных лиц, в неустановленных для торговли местах.
- купаться только в официально разрешенных местах, при купании стараться не заглатывать вод;
- проветривать помещения, проводить влажные уборки желательно с применением дезинфицирующих средств;
- избегать мест массового скопления людей, мест массовых мероприятий, в т.ч. мест массового купания в открытых и искусственных водоемах (фонтаны и другие), чаще бывать на свежем воздухе.

При контакте с больным энтеровирусной инфекцией необходимо наблюдать за состоянием своего здоровья и при появлении каких-либо жалоб немедленно обратиться к врачу. Помните, что заболевание легче предупредить, соблюдая элементарные меры профилактики, чем лечить.

Несколько элементарных действий по предупреждению энтеровирусной инфекции

- Чтобы предупредить энтеровирусную инфекцию:
- Не контактируйте с лицами, имеющими признаки заболевания;
 - Соблюдайте правила личной гигиены; мойте руки перед едой, после возвращения с улицы и после каждого посещения туалета; обрабатывайте руки, разрешенными для этих целей дезинфектантами;
 - Пользуйтесь индивидуальной посудой, держите в чистоте детские соски, предметы ухода за детьми;
 - Проводите влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств,
 - Чаще проветривайте помещения;
 - Соблюдайте «респираторный этикет»: при кашле и чихании рекомендуется прикрывать нос и рот одноразовыми платками и выбрасывать в урну после использования, затем вымыть руки или обработать влажной салфеткой;
 - Не купайтесь в фонтанах и непроточных водоемах;
 - Не пейте воду из непроверенных источников, из питьевых фонтанчиков, используйте только индивидуальный одноразовый стакан при употреблении напитков в общественных точках;
 - Приобретайте продукты в установленных местах и доброкачественные с установленными сроками реализации;
 - Ограничьте контакты детей раннего возраста, сократите время пребывания в местах массового скопления людей и в общественном транспорте;

- Не занимайтесь самолечением и при первых признаках заболевания обращайтесь за квалифицированной медицинской помощью.

Основные сведения об энтеровирусной инфекции:

Энтеровирусные (неполио) инфекции (ЭВИ) представляют собой группу острых инфекционных заболеваний вирусной этиологии, вызываемые различными представителями энтеровирусов.

Энтеровирусы отличаются высокой устойчивостью во внешней среде, способны сохранять жизнеспособность в воде поверхностных водоемов и влажной почве до 2-х месяцев.

Источником инфекции является человек (больной или носитель). Инкубационный период составляет в среднем 1 - 10 дней (до 21 дня). Среди заболевших ЭВИ преобладают дети.

ЭВИ свойственна высокая контагиозность (заразность) для неиммунных лиц.

Передача ЭВИ осуществляется при реализации фекально-орального механизма (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и аэрозольного механизма (воздушно-капельным и пылевым путями).

ЭВИ распространена повсеместно. Заболевание встречается в виде спорадических случаев, локальных вспышек (чаще в детских коллективах).

Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства как по условиям размещения, так и по состоянию систем водопользования и организации питания.

Эпидемиологическую значимость представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными водами, как в качестве источников питьевого водоснабжения, так и используемая в качестве рекреационных зон для купания населения.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Памятка по профилактике вирусного гепатита А

Вирусный гепатит А - острое инфекционное заболевание. Инкубационный период - от 7 до 50 дней. Источником инфекции при ОГА является человек с любыми проявлениями болезни (желтушная, безжелтушная, бессимптомная). Больной человек опасен для окружающих со второй половины инкубационного периода, особенно первую неделю болезни. Механизм передачи - фекально-оральный (вирус выделяется с фекалиями).

Как можно заразиться вирусным гепатитом А

Человек заражается при употреблении воды, пищи, инфицированной вирусом гепатита А или контактно-бытовым путем через инфицированные предметы обихода (посуда, игрушки, общее полотенце и т.д.) при несоблюдении правил личной гигиены.

Передаче вируса может способствовать тесный контакт с источником, особенно в условиях крайне низкого уровня личной гигиены. Например, при уходе за больным. Клиника. Начало острое; повышение температуры до 38-39°C (субфебрильная температура), катаральные симптомы (гриппоподобные), слабость, тупые боли в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота, рвота, изменяется цвет мочи (темнеет), обесцвечивается стул, появляется желтушность кожи и слизистых, увеличивается печень. При возникновении данных симптомов необходимо срочно обратиться к врачу.

В очаге проводится: - изоляция больного (госпитализация в инфекционную больницу); устанавливается медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с заболевшим дома, по месту учебы, работы; в очаге проводится дезинфекция;

Чтобы не заболеть вирусным гепатитом А необходимо:

Соблюдать элементарные правила личной гигиены, не только мыть руки, но и обязательно тщательно промывать фрукты, овощи (лучше кипяченой водой);

Для питьевых целей использовать кипяченую воду (даже водопроводную - кипятить) или бутилированную заводского производства, молоко, особенно разливное - кипятить.

Своевременно обращаться за медицинской помощью (вызвать врача на дом).

Основная профилактика - ВАКЦИНАЦИЯ!

Необходимо помнить о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить. Если Вы заботитесь о своём здоровье и о своём будущем - примите правильное решение о проведении иммунизации уже сейчас. Иммунизация против гепатита А проводится двукратно, с интервалом в 6-12 месяцев. Уже после введения 1-й дозы длительность защиты составляет не менее 12-18 месяцев. После проведения двукратной иммунизации сформированный иммунитет обеспечит защиту от заболевания вирусным гепатитом А до 15 лет. На сегодняшний день вакцинация является наиболее эффективным способом предотвращения заболеваний гепатитом А, а, значит, сохраняет здоровье!

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Профилактика энтеробиоза.

Энтеробиоз – заболевание, вызываемое особым видом глистов – острицами. Острицы – мелкие тонкие гельминты белого цвета с острыми кончиками длиной до 1 см, обитающие в кишечнике. Энтеробиозом болеют только люди. Паразитируют они у людей любого возраста, но чаще у детей.

Первые признаки заболевания энтеробиозом. Недомогание, раздражительность, нарушение сна, утомляемость – эти признаки характерны и для многих других заболеваний, в том числе глистных. Если же к этим симптомам присоединяется зуд в области заднего прохода, то можно заподозрить, что это энтеробиоз. Многие родители, даже заметив остриц в кале у детей, не принимают никаких мер, не зная, что энтеробиоз вовсе не безобидное заболевание и в запущенных случаях может вызвать осложнения (длительное расстройство нервной системы, аппендицит, вульвовагинит у девочек).

Как происходит заражение.

Острицы живут в кишечнике человека, но для откладывания яиц самки выползают из заднего прохода и откладывают яйца на коже. Каждая острица откладывает 10-12 тысяч (!) яиц, которые созревают в течение 5-6 часов и становятся заразными. Выползая наружу, острицы вызывают сильный зуд. При расчесывании перианальной области яйца остриц попадают под ногти, а затем с невымытых рук в рот. Яйца остриц попадают на постельное белье и одежду больного, а с них на окружающие предметы и остаются заразными для окружающих в течение 10 и более дней. Живет острица всего один месяц, а заболевание у человека может длиться годами, так как при нарушении определенных правил гигиены постоянно происходит повторное самозаражение и заражение окружающих больного людей. Легкость заражения при контакте с больным и устойчивость яиц остриц во внешней среде обуславливают широкое распространение этого заболевания в детских коллективах: детских садах, школах и т.д. Нередко энтеробиозом болеют целыми семьями.

Чтобы предупредить заболевание.....

Необходимо соблюдать правила личной гигиены: коротко стричь ногти, тщательно мыть руки перед едой и после посещения туалета, следить за чистотой белья, спать в отдельной кровати, не вытряхивать постельное белье в помещении. Детей следует отучать от вредных привычек – грызть ногти, брать пальцы в рот. Влажную уборку квартиры надо делать ежедневно. После чего тряпки обдавать кипятком (дезинфицирующие растворы на яйца остриц не действуют, а кипяток мгновенно убивает их), ковры и дорожки необходимо чистить пылесосом. Детские пластмассовые и резиновые игрушки рекомендуется мыть в горячей воде, а меховые сдавать в химчистку или обрабатывать так же, как и ковры, в детских учреждениях их можно подвергать облучению под кварцевой лампой (ультрафиолетовые лучи губительны для яиц остриц).

Диагноз энтеробиоза можно легко установить при проведении микроскопического исследования соскоба с перианальных складок. Эти исследования проводятся в поликлинике. Если в семье есть больной энтеробиозом, то рекомендуется всем членам семьи (детям и взрослым) пройти обследование на энтеробиоз. Только одновременное лечение всех зараженных энтеробиозом при условии строгого соблюдения правил гигиены и советов врача по лечению может полностью избавить от этого заболевания и предотвратить заражение окружающих.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

Что нужно знать о Лихорадке Денге

Лихорадка Денге - острая вирусная тропическая болезнь. Механизм передачи возбудителя лихорадки Денге – трансмиссивный. Заражение человека осуществляется комарами *Aedes aegypti*, обезьян - *A. albopictus*.

Ареал вируса Денге определяется ареалом переносчика и границами температурного минимума (не ниже 22 °С), при котором возможно развитие вируса в организме комара. Болезнь распространена между 42° северной и 40° южной широты и охватывает в виде широкого пояса весь земной шар. Ареал охватывает Американский континент, Восточное Средиземноморье (Испания, Кипр, Греция), Юго-Восточную Азию, Африку и Западный бассейн Тихого океана. По данным ВОЗ за последние 50 лет заболеваемость лихорадкой Денге возросла в 30 раз и регистрируется в 125 странах мира. Лихорадка Денге - самое быстро распространяющееся тропическое заболевание, которое представляет реальную эпидемическую угрозу и является ведущей причиной заболеваний и смерти населения в странах с тропическим и субтропическим климатом. С начала 2013 года эпидемические вспышки лихорадки Денге отмечаются в Перу, Парагвае, Венесуэле, Бразилии, Мексике, Никарагуа, Колумбии, Каймановых островах, Тайланде, Вьетнаме, Шри-Ланке, Малайзии, где уже зарегистрированы тысячи случаев заболеваний людей, в том числе с летальным исходом. По некоторым оценкам ежегодно заболевают десятки миллионов людей, из них 90% составляют дети до 15 лет.

В январе 2013 года среди российских граждан зарегистрировано 29 завозных случаев заболевания лихорадкой Денге, связанных с пребыванием в Таиланде. В южных районах России (Черноморское побережье, Кавказ) возможен выплod в населенных пунктах комаров *Ae. aegypti* L. в искусственных емкостях с водой вблизи домов - в бочках, банках, бассейнах, старых автомобильных покрышках, затопленных подвалах, а также внутри домов в аквариумах, вазах, цветочных горшках.

Инкубационный период - от 3 до 15 суток (чаще 5 - 7 суток).

Источник инфекции - больной человек, обезьяны и, возможно, летучие мыши.

Условия заражения: пребывание в эндемичной по лихорадке Денге местности.

Заболевание обычно начинается внезапно. Лишь у отдельных больных за 6 - 10 ч отмечаются явления в виде разбитости и головной боли. Обычно среди полного здоровья появляются озноб, боли в спине, крестце, позвоночнике, суставах (особенно коленных). Лихорадка наблюдается у всех больных, температура тела быстро повышается до 39 - 40 °С. Отмечаются резкая адинамия, анорексия, тошнота, головокружение, бессонница. У большинства больных - гиперемия и пастозность (отечность) лица, инъекция сосудов склер, гиперемия зева. По клиническому течению различают лихорадочную (классическую) и геморрагическую формы.

Классическая лихорадка Денге протекает благоприятно. У большинства больных увеличиваются периферические лимфатические узлы. Выраженные артралгия, миалгия и мышечная ригидность затрудняют передвижение больных. К концу 3 суток температура тела критически падает. Ремиссия длится 1 - 3 дня, затем снова повышается температура тела, и появляются основные симптомы болезни. Спустя 2 - 3 дня температура тела понижается. Общая длительность лихорадки 2 - 9 дней.

Характерный симптом - экзантема. Она может появиться иногда во время первой лихорадочной волны, чаще при втором повышении температуры тела, а иногда в периоде апирекции после второй волны, на 6 - 7-й день болезни. Экзантема отличается полиморфизмом. Сыпь обильная, зудящая, сначала появляется на туловище, затем распространяется на конечности, оставляет после себя шелушение. Элементы сыпи сохраняются в течение 3 - 7 дней. Геморрагические явления наблюдаются редко (у 1 - 2% больных). В периоде реконвалесценции длительно (до 4 - 8 нед.) остаются астения, слабость, понижение аппетита, бессонница, мышечные и суставные боли.

Геморрагическая лихорадка Денге (филиппинская геморрагическая лихорадка, таиландская геморрагическая лихорадка, сингапурская геморрагическая лихорадка) протекает более тяжело. Болезнь начинается внезапно, начальный период характеризуется повышением температуры тела, кашлем, анорексией, тошнотой, рвотой, болями в животе, иногда очень сильными. Начальный период длится 2 - 4 дня. В отличие от классической формы Денге миалгии, артралгии и боли в костях возникают редко. При обследовании - повышение температуры тела до 39 - 40 °С и выше, слизистая оболочка миндалин и задней стенки глотки гиперемирована, пальпируются увеличенные лимфатические узлы. В период разгара состояние больного быстро ухудшается, нарастает слабость.

При планировании выезда за территорию РФ необходимо получить информацию в организации, осуществляющей туроператорскую и турагентскую деятельность о благополучии в эпидемическом отношении страны пребывания и получить необходимые памятки.

Среди мер личной профилактики на первое место выходит индивидуальная защита от укусов комаров. Для персональной защиты эффективны закрытая одежда и репелленты (средства отпугивания комаров).

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

Что нужно знать о Лихорадке Западного Нила

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) - природно-очаговая инфекция, протекающая у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, головными болями, миалгией, артралгией, сыпью, в тяжелых случаях - с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Возбудителем является вирус Западного Нила. Источник инфекции - птицы преимущественно водного и околоводного комплекса, а также вороны, голуби. Переносчики - комары родов *Culex*, *Aedes* и *Anopheles*. От инфицированных вирусом ЛЗН птиц происходит заражение комаров, которые в свою очередь передают инфекцию человеку. Сохранение вирусной популяции в межэпизоотический период может происходить в аргасовых и иксодовых клещах. Заболеваемость имеет отчетливую сезонность - позднее лето и осень. Инкубационный период - 3 - 6 суток (от 2 до 14 суток). Заболевания отмечены во всех возрастных категориях.

Условия заражения - пребывание в эндемичной по лихорадке Западного Нила местности.

Заболевание начинается остро, с быстрого повышения температуры тела до 38 - 40 °С, сопровождающегося ознобом. У некоторых больных повышению температуры тела предшествуют кратковременные явления в виде общей слабости, понижения аппетита, усталости, чувства напряжения в мышцах, особенно в икроножных, потливости, головных болей. Лихорадочный период продолжается в среднем 5 - 7 дней, хотя может быть и очень коротким - 1 - 2 дня.

Для ЛЗН характерны резко выраженные явления общей интоксикации: сильная мучительная головная боль с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, боли в глазных яблоках, генерализованные мышечные боли. Особенно сильные боли отмечаются в мышцах шеи и поясницы. У многих больных наблюдаются умеренные боли в суставах конечностей, припухлости суставов не отмечается. На высоте интоксикации нередко возникает многократная рвота, аппетит отсутствует, появляются боли в области сердца, чувство замирания и другие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Может отмечаться сонливость. Кожа, как правило, гиперемирована, иногда может наблюдаться макул папулезная сыпь (5% случаев). Редко, обычно при длительной и волнообразной лихорадке, сыпь может приобретать геморрагический характер. Практически у всех больных выявляются выраженная гиперемия конъюнктивы век и равномерная инъекция сосудов конъюнктивы, глазных яблок. Надавливание на глазные яблоки болезненно. У большинства больных определяются гиперемия и зернистость слизистых оболочек мягкого и твердого неба.

Часто наблюдается увеличение периферических лимфатических узлов. Лимфатические узлы слабо болезненны при пальпации. Очень редко (0,3 - 0,5%) может развиваться пневмония.

Язык обычно обложен густым серовато-белым налетом, суховат. При пальпации живота часто определяются разлитые боли в мышцах передней брюшной стенки. Примерно в половине случаев выявляются умеренное увеличение и чувствительность при пальпации печени и селезенки. Могут наблюдаться желудочно-кишечные расстройства (чаще поносы по типу энтерита без болей в животе). На фоне

описанных выше клинических проявлений обнаруживается синдром серозного менингита (у 50% больных).

Специфической профилактики для ЛЗН не разработано.

Легче и надежнее всего предупредить заболевание, избегая комариных укусов.

Для этого необходимо:

3. Засетчивать оконные и дверные проёмы.

4. Использовать репелленты (мази, кремы, спреи, разрешенные к применению в РФ).

5. В помещении применять:

фумигаторы - устройства, медленно испаряющие инсектициды;

спирали, выделяющие при сгорании дым, отпугивающий или убивающий комаров;

ультразвуковые устройства, отпугивающие комаров;

ультрафиолетовые устройства, уничтожающие комаров;

аэрозоли, выкуривающие комаров.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ЧУМЕ.

Чума - природно-очаговая, особо опасная бактериальная инфекционная болезнь, сопровождающаяся высокой летальностью и возможностью эпидемического (в том числе международного) распространения.

На территории СНГ насчитывается 43 автономных природных очага чумы, расположенных на Юго-Востоке России, в Волго-Уральском междуречье, Казахстане, Средней Азии, на юге Сибири, в Забайкалье, на Кавказе и в Закавказье.

Воронежская область граничит с Волгоградской и Ростовской областями, где имеются природные очаги чумы, кроме того, в г. Воронеже расположен аэропорт, открытый для международных полетов.

Возбудитель чумы обладает высокой устойчивостью во внешней среде: в различных субстратах выживает от 30 дней до 6 - 7 месяцев. Хорошо переносит низкие температуры, замораживание, чувствителен к высушиванию, нагреванию, быстро разрушается под действием дезинфицирующих средств.

Различают следующие формы чумы: бубонная, кожная, кожно-бубонная, легочная, септическая, кишечная.

При любой клинической форме чумы начало заболевания внезапное, острое, без продромальных явлений. Сильный озноб, быстрое повышение температуры до 38 - 40 °С, резкая головная боль, головокружение, раннее нарушение сознания, бессонница, бред, иногда рвота. Состояние беспокойства, возбуждения. У других больных - заторможенность, оглушенность. Лицо покрасневшее, одутловатое, затем становится осунувшимся, черты его заостряются. Гиперемия конъюнктивы. Темные круги под глазами. Страдальческое выражение лица, нередко полное страха, ужаса. Язык обложен ("меловой язык"), припухший, нередко тремор. Сухость слизистых полости рта. Зев гиперемирован, миндалины могут быть увеличены. Быстро нарастают явления сердечнососудистой недостаточности. Через сутки развиваются характерные для каждой формы признаки болезни.

Наиболее часто встречается бубонная форма. Её основным признаком является бубон (воспаление ближайшего к месту внедрения возбудителя чумы лимфатического узла). Бубон резко болезненный, плотный, спаянный с окружающей подкожной клетчаткой (неподвижный, плохо контурируемый).

Летальность при заболевании чумой зависит от клинической формы, срока начала лечения и составляет от 10 до 50%.

Инкубационный период в зависимости от формы болезни составляет от 1 до 6 суток, у вакцинированных лиц - до 8 - 10 суток.

Источники инфекции - больные животные и больной человек. Основными носителями в природных очагах чумы в Евразии являются сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи, крысы.

Переносчики чумы - эктопаразиты животных и человека: блохи, иксодовые и гамазовые клещи.

Чрезвычайную опасность для людей представляют больные чумой сельскохозяйственные и дикие промысловые животные: верблюды, сурки, зайцеобразные, лисы и др., а также продукты и сырье животного происхождения: мясо, субпродукты, шкуры, кожа, шерсть.

Пути передачи возбудителя инфекции:

- трансмиссивный (при укусе блох, заразившихся на больных грызунах, верблюде или человеку);

- контактно-бытовой (через кровь, выделения больного человека, зараженных животных);
- воздушно-капельный и воздушно-пылевой (при снятии шкурок, рубке мяса, контакте с больными первичной или вторичной легочной формами чумы);
- пищевой (при употреблении в пищу инфицированного мяса).

Условия заражения:

- нахождение в предшествующие заболеванию 6 дней в поле, степи, пустыне, горах, где есть природные очаги чумы;
- участие в прирезке больного верблюда или уходе за ним, обработка верблюжьего мяса;
- охота на территории природного очага чумы на сурков, сусликов, тарбаганов, зайцев, мелких хищников.
- снятие шкурок и разделка тушек грызунов и хищников, добытых на территории природных очагов;
- уход за больными чумой или тесный контакт с ними;
- участие в ритуале похорон умершего от чумы.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в природных очагах чумы:

Юридические лица и органы исполнительной власти районов, городов и других населенных пунктов, расположенных на территории природных очагов чумы, обеспечивают:

- надлежащее выполнение санитарно-эпидемиологических требований к содержанию территории населенных пунктов и организаций с целью исключения условий для проникновения и жизнедеятельности грызунов;
- организацию и проведение дератизации и дезинсекции на территории населенного пункта или на расположенных в их пределах объектах (организациях);
- доступ на территорию организации и расположенные на ней объекты сотрудников противочумной станции, целенаправленно осуществляющих санитарно-противоэпидемические (профилактические) противочумные мероприятия, включая эпизоотологическое обследование на закрепленных за ними территориях, других органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор и проведение дератизационных и дезинсекционных работ;
- проведение силами специалистов противочумных станций, органов и других учреждений Роспотребнадзора, лечебно-профилактических организаций гигиенического воспитания, обучения и информационно-разъяснительной работы с жителями населенного пункта и работниками организаций по вопросам профилактики чумы;
- обязательное выполнение предложений специалистов противочумных станций и других учреждений Роспотребнадзора, направленных на предупреждение заболеваний чумой среди населения.

Физическим лицам, направляющимся или находящимся на территории природного очага, при осложнении эпизоотологической и эпидемиологической обстановки проводят иммунопрофилактику против чумы.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области»

