**Памятка по профилактике природно-очаговых инфекций**

К природно-очаговым инфекциям относятся: различные виды клещевых инфекций, туляремия, чума, геморрагическая лихорадка (ГЛПС), трипаносомоз африканский, дифиллоботриоз, лейшманиоз, бешенство и др.

**Что надо делать, чтобы не заболеть природно-очаговыми инфекциями?**

**Основные меры профилактики природно-очаговых заболеваний:**

* проведение благоустройства территорий города, огородов и дачных участков (освобождение от сухостоя, зарослей бурьяна, строительного и бытового мусора) для исключения возможности жизнедеятельности грызунов и контакта с грызунами;
* принятие мер по исключению проникновения грызунов в помещения, где хранятся пищевые продукты;
* борьба с грызунами и кровососущими насекомыми (проведение дератизации и акарицидной обработки)
* применение репеллентов против кровососущих насекомых;
* выбор для купания проверенных водоемов;
* соблюдение мер профилактики в лесу (правильный выбор одежды и участка местности для защиты от клещей, не располагаться на отдых в стогах сена или соломы, хранить походные продукты и воду в закрытой таре);
* проведение иммунизации лицам, которые по роду своей деятельности и занятий могут заразиться туляремией (охотники, рыбаки, дачники, грибники и ягодники, лесозаготовители, работники зернохранилищ и т.д.);
* использование для питья, приготовления пищи, мытья посуды и умывания воду из проверенных водоисточников;
* исключение контактов с неизвестными собаками и кошками и дикими животными и особенно с трупами животных и мертвыми тушками птиц;
* соблюдение мер личной профилактики на работе, в быту и на природе.

**Профилактика малярии**

**С наступлением лета увеличивается поток туристов, отправляющихся в страны с тропическим климатом.**

Чтобы отдых за рубежом не был омрачен болезнью, следует знать о мерах профилактики наиболее распространенных экзотических заболеваний. При первичных симптомах болезни следует вовремя распознать их. Речь пойдет о малярии.

**Берегись кровососущего!**

Малярия - это паразитарное заболевание с острым, а иногда затяжным течением, характеризующееся наличием лихорадочных приступов, увеличением печени, селезенки, развитием анемии. Возбудители малярии относятся к роду Plasmodium. P.vivax. Возбудитель трехдневной ма­лярии, широко распространен в странах Азии, Океании, Южной и Центральной Америки. P.ovale (овале-малярия) - возбудитель малярии типа трехдневной; его ареал в основном ограничен Экваториальной Африкой, отдельные случаи зарегистрированы на островах Океании и в Таиланде. P.malariae - возбудитель четырехдневной малярии и P.falciparum - возбудитель тропической малярии широко распространены в экваториальной Африке, а также в некоторых странах Азии, Океании Южной и Центральной Америки.

Заражение малярией происходит при укусе человека комаром рода Anopheles, который является переносчиком возбудителя. Сам комар заражается, питаясь кровью больного малярией или носителя половых форм малярийного плазмодия.

**Потрясающий озноб!**

Малярия характеризуется периодом острых приступов лихорадки (первичная атака), сменяющихся безлихорадочным периодом. У части нелеченых или недостаточно леченых больных лихорадка возобновляется через 7-14 и более дней в течение 2-3 месяцев после прекращения первичной атаки (ранние рецидивы). После инкубационного периода различной длительности (от 1 до 6 недель в зависимости от вида возбудителя) у неиммунных больных отмечаются характерное познабливание, головная боль, субфебрилитет, недомога­ние, боль в мышцах, иногда понос (при тропической малярии).

Малярийный приступ (пароксизм) протекает со сменой фаз: потрясающий озноб, жар, пот. В фазу озноба кожа бледная, холодная, шероховатая («гусиная») с цианотичным оттенком. Озноб продолжается от 10-15 минут до 2-3 часов и сопровождается очень быстрым подъемом температуры (до 39-40°С и выше). Через несколько часов жар сменяется профузным потоотделением. В целом малярийный пароксизм длится 6-12 часов, а при тропической малярии - до суток и более. После приступа наступает период нормализации температуры. Он длится 48 часов при трехдневной малярии и 72 часа - при четырехдневной.

Лечение больных проводят в инфекционном стационаре специальными противомалярийными препаратами. Успех лечения малярии в значительной степени определяется своевременностью и правильностью выбора препарата.

**Профилактика**

При пребывании в местах, где распространена малярия, следует  принимать следующие меры предосторожности:

* спать в комнатах, где окна и двери затянуты сеткой или сетчатым пологом, желательно пропитанным инсектицидом;
* с сумерек до рассвета одеваться так, чтобы не оставлять открытыми руки и ноги;
* открытые участки тела обрабатывать репеллентом, особенно оставаясь на открытом воздухе в вечернее и ночное время;
* людям, выезжающим в очаги средней и высокой эндемичности,  рекомендуется профилактический прием противомалярийных препаратов.

По оценке ВОЗ около 3 млрд. человек живёт с риском заражения малярией, почти половина из них проживает в слаборазвитых странах Африки, Юго-Восточной Азии и Латинской Америки, где риск заражения высокий.

Ежегодно в мире регистрируется до 200 млн. случаев малярии, из них около 660 тысяч заканчивается летальным исходом.

Усиление мер борьбы с малярией, прежде всего профилактических (применение пологов, пропитанных перметрином, защищающих от укусов комаров, профилактическое лечение детей и беременных женщин) способствует уменьшению бремени болезни. Благодаря их применению по сравнению с 2000 годом показатели смертности от малярии на глобальном уровне снизились на 25%, а в Африканском регионе - на 33%.

Основными факторами, способствующими распространению малярии в мире, являются: интенсивная миграция населения (туристы, сезонные рабочие, коммерсанты), глобальные изменения климата (повышение температуры воздуха и увеличение количества осадков), резистентность малярийных комаров к инсектицидам и малярийных плазмодиев к лекарственным препаратам.

В рамках реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 25.12.2007 «Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации» на территории большинства субъектов Российской Федерации принимаются действенные меры по элиминации малярии, в том числе по предупреждению возникновения местных случаев трехдневной малярии, проведению фенологических наблюдений и противокомариных мероприятий, улучшению качества лабораторной диагностики малярии и по предупреждению летальных исходов от тропической малярии.

В результате принимаемых мер заболеваемость малярией в Российской Федерации за последние шесть лет сократилась с 201 сл. (в 2005 году) до 87сл. (в 2012 году). Случаи с местной передачей в 2012 году не зарегистрированы.

Завоз малярии зарегистрирован из ряда стран Африки (Гана, Гвинея, Кения, Камерун, Кот-д'Ивуар, Либерия, Мозамбик, Нигерия, Сенегал, Судан, Сьерра-Леоне, Южная Африканская Республика, Экваториальная Гвинея), из стран Южной Америки (Бразилия, Гайана), из Индии, Пакистана, Афганистана.

Завоз малярии из сопредельных государств (Таджикистана, Азербайджана, Узбекистана) практически прекратился благодаря интенсивным противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям, проводимым в этих странах под руководством и при поддержке Всемирной организации здравоохранения.

Малярия – паразитарная тропическая болезнь, характеризующаяся приступами лихорадки, анемией и увеличением селезенки. Существует 4 вида малярии: тропическая, трехдневная, четырехдневная и овале-малярия. Наиболее тяжелая - тропическая. Малярия передается от больного человека к здоровому при кровососании самок комаров. Существует и еще два пути заражения - при переливании крови и внутриутробный, когда больная малярией женщина заражает своего будущего ребенка. Попавшие, в организм человека во время укуса малярийных комаров паразиты циркулируют в крови, а затем заносятся в печень, в клетках которой и развиваются.

Инкубационный (скрытый) период развития паразитов колеблется от семи дней до трех лет. Такая амплитуда зависит от вида малярии, при тропической малярии инкубационный период короткий. Болезнь начинается с симптомов общей интоксикации (слабость, разбитость, сильная головная боль, озноб). Затем наступают повторяющиеся приступы лихорадки, температура тела поднимается до 40 градусов и выше, держится несколько часов и сопровождается ознобом и сильным потоотделением в конце приступа. Если отмечается четкое повторение таких приступов через определенное время – ежедневно (через день или через два дня), следует подумать о возможном заболевании малярией и незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

Тропическая малярия наиболее тяжелая форма малярии. Инкубационный период колеблется от 8 до 16 дней. За 3-4 дня до развития клинических симптомов могут отмечаться головная боль, утомляемость, тошнота, снижение аппетита. Начальные проявления характеризуются выраженным ознобом, чувством жара, сильной головной болью. В ряде случаев приступы малярии наступают без озноба. Лихорадка в начале заболевания может быть постоянной без выраженных приступов, что затрудняет диагностику. При поздней диагностике и задержке с лечением тропическая малярия принять «злокачественное течение». Особенно увеличивается риск развития «злокачественной» малярии при задержке с лечением более 6 дней от начала болезни. Летальность при тропической малярии колеблется от 10 до 40% в зависимости от времени начала лечения, правильного подбора противомалярийных препаратов и оснащенности клиники. Дети, беременные женщины и не иммунные взрослые более подвержены развитию тяжелой тропической малярии. Церебральная малярия -наиболее частое осложнение тропической малярии, при этом характерны судороги, ригидность, кровоизлияния в сетчатку.

Паразиты малярии находятся в крови больного человека и могут быть обнаружены только при исследовании крови под микроскопом. Лечение этой опасной болезни осуществляется с учетом вида возбудителя и его чувствительности к химиопрепаратам.

**Соблюдайте меры профилактики!**