MIGRACIJA IR SVEIKATA:
KELIAUJANČIOS LIGOS

Ką turi žinoti pareigūnai, dirbantys su migrantais

EGF
EUROPOS GRĄŽINIMO FONDAS
LAISVĖ, SAUGUMAS IR TEISINGUMAS

International Organization for Migration (IOM)
Organisation internationale pour les migrations (OIM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

UDK 616.9
Au49

Leidinys parengtas įgyvendinant Europos grąžinimo fondo lėšomis finansuojamą projektą „Praktikų gebėjimų stiprinimas II“ pagal Europos grąžinimo fondo 2009 m. metinę programą.

Leidinio viršelyje bei visame leidinyje panaudotos nuotraukos iš Tarptautinės migracijos organizacijos vizualinės bibliotekos : © IOM

Leidinyje pateikta informacija nebūtinai atspindi oficialią Europos Komisijos, TMO ir jos šalių narių poziciją.

Visos teisės saugomos. Kopijuoti visą ar dalimis, taip pat naudoti komerciniais tikslais be Tarptautinės migracijos organizacijos (TMO) Vilniaus biuro raštiško leidimo draudžiama.

Leidinį rengė Tarptautinės migracijos organizacijos Vilniaus biuras

Autoriai: Rita Augutienė, Saulius Čaplinskas
Kalbos redaktorė: Živilė Andriūnienė

© Tarptautinė migracijos organizacija (TMO)

ISBN 978-9955-697-29-9

MIGRACIJA IR SVEIKATA: KELIAUJANČIOS LIGOS
Ką turi žinoti pareigūnai, dirbantys su migrantais

1-2 **Įvadas**

3 **„Keliaujančios“ ligos**

5-21 **Oro-lašeliniu būdu plintančios infekcinės ligos:**
Tuberkuliozė
Gripas
Tymai
Meningokokinė infekcija
Difterija

23-35 **Infekcinės ligos, plintančios per odą, pažeistą gleivinę ar lytiniu keliu:**
ŽIV/ AIDS
Hepatitas B
Stabligė

37-44 **Per maistą, vandenį, nešvarias rankas plintančios infekcinės ligos:**
Poliomielitas
Hepatitas A

45-56 **Uodų pernešamos infekcinės ligos:**
Maliarija
Vakarų Nilo karštligė
Dengė karštligė
Geltonoji karštinė

57-64 **Tarptautinės migracijos organizacijos veikla pasaulyje sprendžiant su sveikata susijusius migracijos klausimus ir stabdant infekcinių ligų plitimą**
migrantų sveikatos įvertinimo programos;
sveikatos stiprinimas, sveikos gyvensenos skatinimas migrantų ir juos priimančių bendruomenių tarpe;
veikla po-konfliktinėse bei stichinių nelaimių zonose

ĮVADAS

Šiandien gyvename nuolat judančiame pasaulyje, kuriame žmonės migruoja dėl įvairių priežasčių: siekdami pažinti kitus kraštus, pagerinti savo ekonominę padėtį, mokslo ir studijų tikslais, dėl šeiminių aplinkybių, neretai – vengdami persekiojimo, karų, gamtos stichijų ar kitų katastrofų padarinių. Globalizacija ir šiuolaikinės technologijos tirpdo žmones skiriančius atstumus, taip savaime prisidėdamos ir prie migracijos masto didėjimo. Remiantis Tarptautinės migracijos organizacijos duomenimis, tarptautinių migrantų skaičius pastaraisiais metais nuolat ir sparčiai augo – nuo 150 mln. 2000-aisiais iki daugiau nei 214 mln. šiandien[1].

Lietuva taip pat nelieka šių procesų nuošalyje. Šaliai atkūrus nepriklausomybę ir atvėrus sienas, imigracijos mastas išaugo. Į šalį pradėjo atvykti ir migrantų iš tolimesnių kraštų. 1993 m. Lietuvoje prieglobsčio pasiprašė pirmieji laivu atplaukę nelegalūs migrantai – du Siera Leonės piliečiai, 1994 m. sulaikytos pirmosios sieną nelegaliai perėjusios migrantų iš Azijos, Afrikos šalių grupės. Nuo 2004 m., Lietuvai tapus Europos Sąjungos (ES) nare, imigracija dar labiau suintensyvėjo. Ir nors bendrame ES kontekste atvykstančiųjų į Lietuvą užsieniečių skaičius nėra didelis – vidutiniškai 2 tūkst. per metus, – atsižvelgiant į bendras tendencijas ES, tikėtina, kad stiprėjant šalies ekonomikai ir kylant pragyvenimo lygiui jis toliau augs.

Globalizacijos amžiuje migracijai įgaunant masinį pobūdį, juda ne tik žmonės, bet ir ligos, kurios nepaiso valstybių sienų. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) įspėja, kad pastaraisiais metais kur kas greičiau nei kada nors anksčiau plinta daugelis infekcinių ligų. Būtent jos išlieka viena pagrindinių mirtingumo priežasčių ekonomiškai silpnose, besivystančiose šalyse. Taigi skurdžiausioms pasaulio valstybėms tenka didžiausia sunkių infekcinių ligų našta, kurios jos negali įveikti vienos. Pavyzdžiui, daugelyje Afrikos dalių, esančių į pietus nuo Sacharos, sveikatos priežiūros ir socialinės paramos sistemoms kelia didelius iššūkius ŽIV/AIDS, maliarija ir tuberkuliozė, neminint kitų rimtų, nors neretai nepakankamai dėmesio sulaukiančių infekcinių ligų. Ir nors su šiomis ligomis bandoma kovoti, dėl intensyvios migracijos jos plinta ir į kitas pasaulio šalis.

Tarptautinė migracijos organizacija (TMO) – tarpvyriausybinė nepolitinė humanitarinė organizacija, jau 60 metų dirbanti migracijos srityje. Viena organizacijos veiklos krypčių – pagalba valstybėms narėms reaguojant į su sveikata susijusias migracijos problemas. TMO veikla šioje srityje labai įvairi: vykdomos migrantų medicininės apžiūros, sveikatingumo skatinimo iniciatyvos, teikiama pagalba pokonfliktinėse, stichinių nelaimių teritorijose. Pagal daugiau nei penkiasdešimtyje skirtingų pasaulio šalių įgyvendinamas programas sveikatos priežiūros paslaugomis sėkmingai naudojasi tiek migrantai, tiek juos priimančios bendruomenės, vykdomi su migrantais dirbančių pareigūnų mokymai, atliekami tyrimai bei situacijos vertinimai.

[1]World Migration Report 2010,IOM.

TMO Vilniaus biuras nuo pat įkūrimo 1998 m. aktyviai veikia teikdamas įvairią pagalbą, dalydamasis kitų šalių gerąja patirtimi, tačiau tik nedidelę darbų dalį būtų galima priskirti prie „Migracija ir sveikata“ veiklos krypties. Viena sričių, kuriai, Lietuvoje dirbančių migracijos specialistų įsitikinimu, iki šiol nebuvo skirta pakankamai dėmesio – pareigūnų, susiduriančių su sergančiais migrantais, mokymai. Ką reikia žinoti, kaip elgtis, susiduriant su užkrečiamomis ligomis? Kaip apsisaugoti nuo šių ligų, kaip elgtis po pavojingų kontaktų su sergančiaisiais? Kokių prevencinių priemonių turėtų imtis specialistai?

Į visus šiuos klausimus atsakoma leidinyje „Migracija ir sveikata: keliaujančios ligos“. Kadangi asmenys, dirbantys gynybos, visuomenės saugumo ir teisėtvarkos srityse ir susiduriantys su migrantais, bei kiti suinteresuoti specialistai turi būti tinkamai pasirengę iššūkiams, kylantiems dėl infekcinių ligų plitimo, ir kiekvieną tokią ligą vertinti kaip profesinę riziką, šis leidinys pirmiausia skirtas:

- Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos (LR VRM) pasienio pareigūnams ir Užsieniečių registracijos centro darbuotojams;
- Policijos komisariatų migracijos poskyrių specialistams;
- Migracijos departamento prie LR VRM darbuotojams;
- Pabėgėlių priėmimo centro specialistams;
- Nevyriausybinių organizacijų atstovams.

Leidinyje specialistai ras informacijos apie teritorijas, iš kurių gali atkeliauti pavojingos infekcinės ligos, užsikrėtimo šiomis ligomis būdus, profilaktikos priemones, infekcinių ligų diagnozavimą ir gydymą, taip pat apie profesinę jų perdavimo riziką bei apie tai, kaip elgtis po pavojingo kontakto su sergančiuoju.

Leidinyje aprašomos ligos suskirstytos atsižvelgiant į šiuos pagrindinius jų perdavimo ar plitimo būdus:

- oro lašelinis būdas (infekcijos plinta iškosint arba iškvepiant sukėlėjus);
- kontaktinis būdas (ligos plinta lietimosi metu per odą, pažeistas gleivines, kraują ar lytiniu keliu);
- per virškinamąjį traktą (užsikrečiama per maistą, vandenį, nešvarias rankas)
- per vabzdžių įkandimą (kraują).

Paskutinėje dalyje trumpai pristatomos veiklos, kurias įvairiose pasaulio šalyse vykdo TMO, spręsdama su sveikata susijusias migracijos problemas.

Leidinys parengtas įgyvendinant Europos grąžinimo fondo lėšomis finansuojamą projektą „Praktikų gebėjimų stiprinimas II“.

„KELIAUJANČIOS“ LIGOS

Infekcinės ligos – tai užkrečiamosios ligos, kuriomis susergama jų sukėlėjams (bakterijoms, virusams, grybeliams, pirmuonims) patekus į organizmą ir jame toliau dauginantis. Žmonės jais gali užsikrėsti įvairiausiais būdais: per orą, kuriuo kvėpuoja, per vandenį, kurį geria, ar per maistą, kurį valgo. Į žmogaus organizmą mikroorganizmų gali patekti per sąlytį su kitais žmonėmis, gyvūnais, augalais ar net nematomais nešvarumais, esančiais ant daiktų, kuriuos žmogus liečia. Taip pat jų gali patekti su krauju, limfa ar kitais organizmo skysčiais. Pavyzdžiui, meningokokinės infekcijos sukėlėjas patenka į žmogaus organizmą su įkvepiamu oru, maliarija užsikrečiama įkandus užkrėstam uodui, hepatitas A plinta suvalgius užkrėsto maisto arba per nešvarias rankas.

Per visą žmonijos istoriją migracija dėl karų, prekybos ryšių, ekonominių sunkumų ar kitų priežasčių prisidėjo prie infekcinių ligų platinimo – ligas sukeliantys mikroorganizmai plito po įvairias šalis, skatindami didžiausias pasaulio istorijoje epidemijas. 1330 m. maras iš Centrinės Azijos šalių išplito į Kiniją, Indiją, Artimuosius Rytus, o 1347 m. Genujos ir Venecijos pirkliai marą atvežė ir į Viduržemio jūros uostus. Prekyba vergais iš Afrikos šalių po visą pasaulį padėjo paplisti geltonajai karštligei bei maliarijai. XIX a. pradžioje iš Indijos bei Nepalo „iškeliavo“ cholera, kuri per dešimt metų pasiekė Afrikos žemyną, Rusiją, Lenkiją, Vokietiją, Švediją (iki 1827 m.), 1829 m. – Britų salas, o jau 1832 m. „atvyko“ į Kanadą bei Jungtines Amerikos Valstijas (JAV). „Keliaujančių“ infekcinių ligų pasekmės taip pat buvo labai skaudžios: pvz., ispaniškojo gripo epidemija 1918–1919 m. nusinešė daugiau kaip 20 milijonų žmonių gyvybę visame pasaulyje, o tai yra daugiau nei žuvo Pirmojo pasaulinio karo metu. Šis gripas siautėjo Australijoje, Kanadoje, Kinijoje, Indijoje, Pietų Afrikoje ir JAV.

Šiandien užkrečiamų ligų „kelionės“ vyksta ir toliau, o infekcinės ligos kelia pavojų visuomenės sveikatai visose pasaulio šalyse. Akivaizdus to pavyzdys – ŽIV/AIDS, kuris, mokslininkų manymu, kilęs iš Afrikos žemyno vietovių, esančių piečiau nuo Sacharos. Atrastas tik 1981 m., šis virusas ilgą laiką galėjo egzistuoti neplisdamas, kol tam susidarė palankios demografinės ir socialinės sąlygos: padidėjusi migracija, intensyvesnis turizmas bei tarpkontinentinė prekyba. Ilgainiui virusas išplito po visą pasaulį: PSO duomenimis, šiandien beveik visose pasaulio šalyse yra užregistruota bent po vieną ŽIV infekcijos ar AIDS atvejį, o viso pasaulyje gyvena apie 34 mln. užsikrėtusių asmenų.
Gripas – dar viena infekcinė liga, ir šiandien gresianti daugelio žmonių gyvybei, nes jį sukeliantys virusai nuolat keičiasi, be to, atsiranda ir naujų jų rūšių. 2009–2010 m. visame pasaulyje siautusi gripo pandemija taip pat parodė, kad nauji ligų sukėlėjai plinta vis greičiau. 2009 m. balandžio mėnesį Meksikoje užfiksuotas A/H1N1 (kiaulių) gripo protrūkis jau po kelių savaičių pasiekė JAV, Europą, Australiją, Pietų Afriką ir kitus regionus.

Mažiau kaip prieš 100 metų infekcijos buvo pagrindinė mirties priežastis. Šiandien sukurtos apsaugos priemonės leidžia ženkliai sumažinti susirgimų riziką, tačiau turi būti nuolat palaikomos ir tobulinamos, nes infekcijos gali kartotis, tapti atsparios, todėl dar pavojingesnės. Todėl net ir šiandien vis dar reikia tinkamai įvertinti infekcinių ligų keliamą riziką. Dėl socialinių, technologinių ir aplinkos veiksnių atsiranda naujų ligų bei grįžta senosios, ir visos jos, kaip minėta, šiais laikais gali plisti kur kas greičiau. Norint veiksmingai kovoti su infekcinėmis ligomis, sumažinti pandemijos grėsmę, būtina kiekvienam mokėti apsisaugoti bei užtikrinti pareigūnų, susiduriančių su keliaujančiais žmonėmis, tinkamą pasirengimą.

ORO LAŠELINIU BŪDU PLINTANČIOS INFEKCIJOS

Ūminės respiracinės ligos yra labiausiai paplitusios infekcinės ligos pasaulyje. Vienas dažniausiai epidemijomis pasireiškiančių respiracinių kvėpavimo takų susirgimų yra gripas, tačiau šiuo būdu plinta ir kitos sveikatai, o kartais net ir gyvybei pavojingos ligos. Pagrindinės oro lašeliniu būdu plintančios infekcinės ligos, su kuriomis gali tekti susidurti specialistams, – tai:

- **TUBERKULIOZĖ**
- **GRIPAS**
- **TYMAI**
- **MENINGOKOKINĖ INFEKCIJA**
- **DIFTERIJA**

TUBERKULIOZĖ

Tuberkuliozė (TB) – infekcinė liga, kurią sukelia tuberkuliozės mikobakterija, perduodama oro lašeliniu būdu. Pagrindinis TB šaltinis yra žmogus, sergantis atvira plaučių TB. Infekcija dažniausiai pažeidžia plaučius, bet taip pat gali pakenkti ir kitiems žmogaus organams ar audiniams: smegenims, inkstams, kaulams, stuburui. Negydomas TB sergantis žmogus gali mirti.

Ligos požymiai

Kovojant su tuberkuliozės plitimu ir kartu siekiant stabilizuoti bei sumažinti sergamumą ja šalyje, labai svarbu anksti diagnozuoti šią ligą. Tuberkuliozės požymiai priklauso nuo to, kurioje kūno vietoje dauginasi ligos sukėlėjas. TB bakterija dažniausiai pažeidžia plaučius (plaučių tuberkuliozė).

Plaučių TB pasireiškia šiais pagrindiniais požymiais:

- sunkus kosulys, trunkantis 3 ar daugiau savaičių;
- skausmas krūtinėje;
- skreplių ar kraujo atkosėjimas.

Papildomi požymiai gali būti silpnumas ar nuovargis, svorio kritimas, apetito stoka, drebulys, karščiavimas, naktinis prakaitavimas.

Kiti simptomai priklauso nuo organo, kuris pažeistas. Labai svarbu atidžiai stebėti savo sveikatos būklę. Jei pastebėjote prieš tai išvardytus simptomus, kuo skubiau kreipkitės į savo šeimos gydytoją. Gydytojas atliks reikalingus tyrimus: krūtinės ląstos rentgenologinį tyrimą, skreplių tyrimą.

Skirtumai tarp užsikrėtusiojo tuberkulioze ir sergančiojo atvira tuberkuliozės forma

Užsikrėtęs, bet nesergantis tuberkulioze asmuo	Asmuo, sergantis atvira plaučių tuberkuliozės forma
• Nėra jokių požymių • Normaliai jaučiasi • Normali krūtinės rentgeno nuotrauka ir skreplių tyrimas • Neužkrečia TB kitų žmonių	• Sunkus kosulys, kuris trunka 3 ir daugiau savaičių • Skausmas krūtinėje • Kraujo ar skreplių atkosėjimas • Silpnumas ar nuovargis • Svorio kritimas • Apetito stoka • Drebulys • Karščiavimas • Naktinis prakaitavimas • Dažniausiai būna teigiamas tuberkulino (Mantu) testas • Pakitimai krūtinės rentgeno nuotraukoje ar teigiamas skreplių tepinėlis ar pasėlis • Gali užkrėsti TB kitus žmones

Tuberkuliozės gydymas

TB gydymas – ilgas, apie 6–8 mėnesius trunkantis procesas. Sergantis tuberkulioze žmogus turi griežtai laikytis gydymo reikalavimų (nustatytu laiku lankytis pas gydytoją, gerti vaistus), priešingu atveju ligonis neišgydomas. Be to, išsivysto gydymui atsparios tuberkuliozės bakterijos. Tokių tuberkuliozės mikobakterijų sukeltos ligos gydymas yra ypač sudėtingas ir brangus. Atsižvelgdamas į tai, sergantysis turi stengtis apsaugoti ne tik save, bet ir artimuosius, draugus, aplinkinius.

Užsikrėtimo būdai

Tuberkuliozė plinta oro lašeliniu būdu. Ligos sukėlėjai patenka į orą, kai tuberkulioze sergantis žmogus kosti, čiaudi, juokiasi ar dainuoja. Žmogus gali užsikrėsti įkvėpęs oro, kuriame yra tuberkuliozės mikobakterijų. Tai gali nutikti įvairiose žmonių susibūrimo vietose: visuomeniniame transporte, parduotuvėje ir pan. Tikimybė užsikrėsti didėja ilgai būnant blogai vėdinamose patalpose kartu su sergančiuoju tuberkulioze.

Tačiau ne visi tie, į kurių organizmą patenka tuberkuliozės mikobakterijų, suserga tuberkulioze. Daugumos žmonių imuninė sistema geba sukėlėjus išlaikyti neaktyvios, „miegančios“, būsenos. Tačiau imuninei sistemai susilpnėjus, tuberkuliozės mikobakterijos gali pradėti daugintis ir žmogus gali susirgti. Tikimybė susirgti padidėja, kai žmogus yra užsikrėtęs ŽIV, serga lėtinėmis ligomis, nevisaverčiai maitinasi, nesaikingai vartoja alkoholį ar narkotines medžiagas. TB užsikrėsti labiausiai rizikuoja tie, kurie turi labai artimą sąlytį su sergančiaisiais plaučių tuberkulioze — tai ligonio šeimos nariai, bendradarbiai, draugai.

Sergančių TB žmonių organizme mikrobai aktyviai dauginasi, jiems pasireiškia TB būdingi simptomai, taigi kosėdami jie skleidžia užkratą. TB dažniausiai plinta per kasdienį kontaktą: taip paprastai užkrečiami šeimos nariai, kolegos. Tuberkulioze sergantys migrantai taip pat kelia pavojų su jais susiduriantiems pareigūnams.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, 2 mlrd. žmonių pasaulyje yra užsikrėtę tuberkulioze, apie 5 proc. užsikrėtusiųjų suserga;
- 1,7 mln. žmonių kasmet miršta nuo TB;
- Kasmet registruojama 9,4 mln. naujų TB atvejų, tarp jų apie trečdalį infekuoti ŽIV;
- 2008 m. pasiektas aukščiausias sėkmingo TB išgydomumo lygis – 86 proc.;
- Lietuvoje TB kasmet suserga apie 2000 žmonių, 200–300 iš jų miršta;
- Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras bei PSO Europos regiono biuras 2011 m. paskelbė informaciją apie atliktą tyrimą, kuriame Lietuva įtraukta į aštuoniolikos Eurazijos šalių, klasifikuotų kaip didelio tuberkuliozės paplitimo valstybės, sąrašą. Lietuvai tenka antra vieta Europoje pagal TB paplitimą.

Kaip diagnozuojama TB?

Paprasčiausias būdas yra skreplių tyrimas dėl TB mikobakterijų Cilio-Nilseno metodu. Šio tyrimo dėka galima greitai diagnozuoti TB ir paskirti reikiamą gydymą.
Siekiant nustatyti, ar žmogus užsikrėtęs TB, taip pat naudojamas tuberkulino (TB odos) testas. Sveikatos priežiūros specialistas įšvirkščia nedidelį kiekį skysčio, vadinamo tuberkulinu, po oda vidinėje dilbio dalyje ir po 2–3 dienų įvertina odos reakciją. Tuberkulino įšvirkštimo vietoje gali atsirasti patinimas. Išmatavus patinimą, nustatoma, ar testas teigimas, ar neigimas. Teigiamas testo rezultatas paprastai reiškia, kad žmogus yra infekuotas TB. Labai svarbu ligonį, išskiriantį tuberkuliozės mikobakterijas, greitai izoliuoti ir skirti reikiamą gydymą, kontroliuojamą medicinos personalo.

Profilaktika

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka darbuotojams, dirbantiems, pavyzdžiui, maisto pramonėje, sveikatos priežiūros, vaikų švietimo, ugdymo srityse, teikiantiems paslaugas gyventojams, prieš pradedant dirbti ir kasmet dirbant privalomas profilaktinis patikrinimas dėl tuberkuliozės. Gerinant tuberkuliozės profilaktiką Lietuvoje, Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka tuberkulino testas atliekamas 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams (bendraujantiems su sergančiaisiais TB šeimoje ar kolektyve, sergantiesiems lėtinėmis ligomis ir kt.).
Pareigūnams, turėjusiems kontaktą su TB sergančiais asmenimis, esant sveikatos sutrikimams, rekomenduojama kreiptis į gydytojus dėl papildomų tyrimų skyrimo. Profilaktinė krūtinės ląstos rentgenograma pareigūnams gali būti atliekama privalomų periodinių sveikatos patikrinimų metu (esant indikacijoms).

Profesinės gripo perdavimo rizikos profilaktika

Tuberkuliozės prevencijai yra svarbūs profilaktiniai sveikatos tikrinimai.

Kaip išvengti rizikingo kontakto? Ką daryti po pavojingo kontakto?

Užsikrėsti TB labiausiai rizikuoja tie, kurie turi labai artimą sąlytį su plaučių tuberkulioze sergančiais asmenimis: ligonio šeimos nariai, bendradarbiai, draugai. Jei įtariate, kad galite būti užsikrėtę tuberkulioze, kreipkitės į savo šeimos gydytoją, kad jums būtų paskirti reikiami tyrimai.

SVARBU

- Niekas nėra apsaugotas nuo tuberkuliozės – kiekvienas, kuris kvėpuoja, gali būti infekuotas, o vėliau ir susirgti. Tuo labiau, kad pasaulis dėl migracijos tampa mažesnis, o tuberkuliozės bakterijos pavojingesnės.
- Tuberkuliozė neplinta per stalo įrankius, tualetą, sveikinantis, per seiles ar bučiuojantis.
- Vakcina nuo tuberkuliozės (BCG vakcina) naudojama tik vaikams ir ji efektyvi tik pirmaisiais kūdikio gyvenimo metais apsaugant nuo sunkių tuberkuliozės formų.

GRIPAS

Gripas – tai ūminė kvėpavimo takų infekcija, plintanti oro lašeliniu būdu. Skirtingai nuo kitų kvėpavimo takų infekcijų, gripas sukelia ūmią ligą ir yra pavojingas dėl galimų komplikacijų.

Ligos požymiai

Gripui būdinga staigi pradžia, aukšta temperatūra (didesnė nei 38°C), sausas kosulys, gerklės, galvos bei raumenų skausmai, nuovargis ir silpnumas. Rečiau pasitaikantys gripo simptomai yra šleikštulys, vėmimas, pilvo skausmas, viduriavimas.

Užsikrėtimo būdai

Gripu galima užsikrėsti nuo užsikrėtusio ir sergančio žmogaus. Gripo virusas plinta kartu su seilių dalelėmis čiaudint, kosint. Šios dalelės pasklinda ore, nusėda ant paviršių. Į kito žmogaus organizmą jos patenka įkvėpus arba užterštomis rankomis palietus akių, nosies, burnos gleivinę. Užsikrėtęs gripo virusu žmogus suserga per 24–72 val. (vidutiniškai per 48 val.).
Gripas, kaip oro,lašelinė infekcija, greitai išplinta visuomenėje. Tipiškais gripo atvejais vidutiniškai 5–6 sumažėja žmogaus aktyvumas, 3–4 dienas neinama į darbą ar mokyklą.

Paplitimas

Gripas ir ūminės viršutinės kvėpavimo takų infekcijos paplitusios visame pasaulyje. Šios infekcijos sudaro didžiausią užkrečiamųjų ligų dalį, jos kenkia ne tik žmonių sveikatai, bet ir neša ekonominius bei socialinius nuostolius. Gripas – viena dažniausiai epidemijomis pasireiškiančių ligų. Ligos svarbą lemia tai, jog jai būdingos sunkios komplikacijos, galinčios baigtis net mirtimi. Kasmet gripu pasaulyje suserga 5–10 proc. gyventojų. Lietuvoje sergamumo gripu padidėjimas stebimas rudens–žiemos sezonu.

STATISTIKA

- Pasaulyje kiekvienais metais sunkia gripo forma suserga nuo 3 iki 5 mln. žmonių, iš jų nuo 250 000 iki 500 000 – miršta.
- Kiekvieniems 2000 susirgimų gripu atvejų tenka viena mirtis. Ji gali ištikti dėl pačios gripo infekcijos sukeltų komplikacijų ar dėl bet kurio kito lėtinio susirgimo paūmėjimo.
- Lietuvoje kasmet užregistruojama 40–190 tūkst. gripo atvejų, nors iš tikrųjų sergamumas gripu yra didesnis.
- Didžiausias mirtingumas nuo gripo yra vaikų iki 2 metų amžiaus grupėje. Šis rodiklis net kelias dešimtis kartų viršija sveikų suaugusiųjų mirtingumo nuo gripo rodiklius.

Remiantis PSO statistika, Lietuva, kurioje nuo gripo kasmet skiepijasi vos 6 proc. į rizikos grupę patenkančių asmenų, užima priešpaskutinę vietą ES pagal šį rodiklį. Palyginti kitose ES šalyse, kuriose mirtingumas nuo gripo mažesnis nei Lietuvoje, besiskiepijančiųjų skaičius peržengia 50 proc.: Airijoje – apie 65 proc., Didžioje Britanijoje – apie 75 proc. Čia skiepai yra savaime suprantamas apsaugos nuo gripo būdas. Labiausiai pažengusi šalis šiuo požiūriu yra Olandija, kur nuo gripo kasmet skiepijasi daugiau kaip 80 proc. rizikos grupei priklausančių gyventojų.

Profilaktika

Skiepai yra pati efektyviausia priemonė, apsauganti nuo gripo ir jo sukeliamų komplikacijų: pneumonijos, bronchito, ausų uždegimo, sinusito, lėtinių ligų paūmėjimo ir kitų. Skiepytis rekomenduojama kiekvienais metais prieš prasidedant gripo sezonui. Sezoninė gripo vakcina rekomenduojama visiems, tačiau ypatingai rizikos grupei priskiriami asmenys, gyvenantys socialinės globos ar slaugos įstaigose, vyresni nei 65 metų arba jaunesni, bet sergantys lėtinėmis ligomis, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, nėščiosios, vaikai. Šie žmonės labiau rizikuoja susirgti komplikuota, sunkiai gydoma infekcijos forma. Būtent dėl greito gripo plitimo ir spartaus kintamumo, net ir pasiskiepijus, nederėtų pamiršti kitų galimų profilaktikos priemonių, t. y. vengti uždarų ar masinių susibūrimų vietų, mažiau bendrauti su sergančiais asmenimis. Sergantysis taip pat turėtų laikytis elementarios higienos: vengti kontakto su sveikais asmenimis, kosėdamas ar čiaudėdamas prisidengti burną, tvarkingai išmesti panaudotas nosines ir dažnai plauti rankas.

Profesinės gripo perdavimo rizikos profilaktika

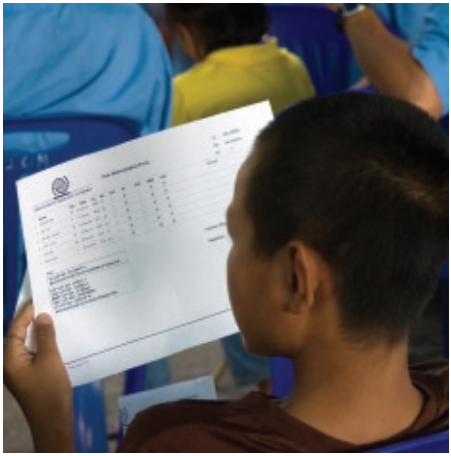
Asmenimis, dirbantiems gynybos, teisingumo, visuomenės saugumo ir teisėtvarkos, sveikatos priežiūros, socialinio darbo srityse, tikimybė užsikrėsti gripu yra didesnė. Todėl, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664), šie darbuotojai gali būti skiepijami darbdavio lėšomis (žr. 1 priedą).

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Kadangi gripas plinta oro lašeliniu būdu, rekomendacijos vengti kontakto su potencialiai užsikrėtusiu asmeniu praktiškai yra sunkiai įgyvendinamos. Būdamas gana atsparus išorinėje aplinkoje, gripo virusas gali patekti ant sveiko žmogaus rankų, o nuo jų – į akių junginę, burną. Todėl po kontakto su sergančiu asmeniu patariama plauti rankas. Taip pat galima dėvėti medicinines kaukes, tačiau įrodyta, kad jos nėra labai veiksminga priemonė. Taigi efektyviausia gripo profilaktikos priemonė – skiepijimas gripo vakcina.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Antivirusinė profilaktika po kontakto su sergančiuoju rekomenduojama tiems, kurie nepasiskiepijo nuo gripo, ir tiems, kuriems skiepai gali būti neefektyvūs arba pasireiškia kontraindikacijos. Antivirusinį gydymą kiekvienu atveju skiria gydytojas. Antivirusiniai vaistai nuo gripo yra receptinis preparatas.



ĮDOMU

Nusičiaudėjus gripo virusas skrenda 167 km/val. greičiu. Jis yra labai mažas, todėl įsiskverbia praktiškai į visus organus, aplenkdamas visus organizmo gynybinius barjerus. Antroji svarbi gripo viruso savybė, lemianti komplikacijas, yra sugebėjimas pažeisti kraujagysles, sukeliant kraujosruvas bei paburkimą, todėl toje audinių vietoje prasideda uždegimas.

SVARBU

Priklausomai nuo organizmo būklės ir kitų veiksnių, 70–90 proc. atvejų skiepai garantuoja, kad žmogus nesusirgs gripu.

TYMAI

Tymai – tai ūmi, itin užkrečiama virusinė infekcija, plintanti oro lašeliniu būdu ir pasireiškianti karščiavimu, bėrimu, kvėpavimo takų bei akių junginių uždegimu. Tymai buvo ir iki šiol yra viena dažniausių mirčių priežasčių pasaulyje tarp visų ligų, kurių galima būtų išvengti, nes yra sukurta efektyvi vakcina.

Ligos požymiai

Tymų inkubacinis periodas trunka nuo 7–9 iki 17–21 dienos. Liga prasideda karščiavimu, kosuliu, sloga, akių junginių uždegimu. Praėjus 1–2 dienoms nuo ligos pradžios, atsiranda bėrimas: pirmiausia galvos srityje, vėliau jis „leidžiasi“ žemyn, apimdamas liemenį, galūnes. Bėrimui nykstant, jo vietoje dar kurį laiką išlieka rusva pigmentacija. Sergant tymais, dažnai virusas sukelia ir komplikacijas: plaučių uždegimą (pneumoniją), gerklų pakenkimą (krupą) laringitą, otitą, rečiau – smegenų uždegimą (encefalitą).

Užsikrėtimo būdai

Tymai yra plačiai paplitę Pietryčių Azijoje, Pietų Ramiojo vandenyno regione, Afrikoje. Dėl nuolat augančio tarptautinių kelionių skaičiaus 2011 m. neįprastai didelis sergamumas tymais užregistruotas ir JAV. Pastaraisiais metais stebimi tymų protrūkiai Europoje. 2011 m. prasidėjęs protrūkis Prancūzijoje tebesitęsia, šioje šalyje užregistruota daugiau nei pusė visų Europos susirgimų tymais. Didžiausiais sergamumas tymais 2009–2010 m. užfiksuotas Bulgarijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje ir Italijoje, nedaug atsilieka ir Rumunija, Ispanija, Belgija, Danija, Didžioji Britanija. Lietuvoje nuo 2003 m. registruojami tik pavieniai tymų atvejai: 2010 m. buvo nustatyti du atvejai, o 2011 m. (iki lapkričio mėn.) – jau 7, iš kurių 3 įvežtiniai iš Italijos, Vokietijos ir Airijos.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, kasmet tymais suserga apie 35 mln. žmonių, iš jų apie 600 000–800 000 miršta.
- Pasaulyje kasdien nuo tymų vis dar miršta 554 vaikai.
- Du trečdaliai visų mirties nuo tymų atvejų užfiksuojama Indijoje.
- Sveikatos apsaugos specialistų skaičiavimais, per pastarąjį dešimtmetį pasaulyje dėl užkrato sumažėjimo išvengta daugiau kaip 11 mln. mirties atvejų.
- PSO Europos regiono biuras praneša apie sparčiai didėjantį susirgimų tymais skaičių – 2011 m. jau užregistruota 6500 tymų atvejų Europos regione. Epidemiologiniai tyrimai patvirtino, kad tymų virusas, „įvežtas“ į Europą iš kitų šalių, dabar plinta Europos viduje.
- Lietuvoje kol kas registruojami pavieniai susirgimo tymais atvejai (2011 m. – 7 atvejai).

Paplitimas

Tymų infekcijos šaltinis – sergantis žmogus. Iš infekuoto asmens tymų virusas išsiskiria per kvėpavimo takus, iš viso per 4–7 dienas, pradedant jau pirmomis ligos dienomis. Pagrindinis infekcijos perdavimo būdas – oro lašelinis. Tymams imlūs yra ir vaikai, ir suaugusieji. Iki 90–95 proc. imuniteto tymams neturinčių asmenų, kontaktavusių su sergančiuoju tymais, patys suserga. Tymų virusai yra ypač lakūs, todėl jie plinta oro srautais pastato ribose: koridoriais, laiptinėmis ir kt.

Profilaktika

Tymų profilaktikai naudojama gyva susilpninta viruso vakcina. Kad susidarytų ilgalaikis imunitetas ir imuninės atminties mechanizmai, tymų vakciną būtina įskiepyti bent du kartus gyvenime.

Profesinės tymų perdavimo rizikos profilaktika

Tymai plinta oro lašeliniu būdu, todėl rizika užsikrėsti bei susirgti kyla tuomet, kai kontaktuojama su tymais užsikrėtusiu asmeniu.

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Pagrindinė tymų infekcijos profilaktikos priemonė – skiepai. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664), darbuotojai nuo tymų gali būti skiepijami darbdavio lėšomis (žr. 1 priedą).

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Asmenims, turėjusiems kontaktą su sergančiaisiais tymais, patariama kreiptis į gydymo įstaigą, kur sveikatos priežiūros specialistai įvertins galimą užsikrėtimo riziką. Specifinių tymų gydymo priemonių nėra, taikomas simptominis gydymas. Jeigu su ligoniu kontaktavę asmenys nebuvo skiepyti nuo tymų, jiems gali būti rekomenduota pasiskiepyti ne vėliau kaip per 72 val. nuo kontakto pradžios.

ĮDOMU

Tymų vakcina pasaulyje skiepijama jau daugiau nei 50 metų. Lietuvoje nuo tymų pradėta skiepyti 1964 m. Pagal šiuo metu šalyje galiojantį nacionalinį skiepų kalendorių, nuo tymų skiepijami 15 mėnesių ir 6–7 metų vaikai. Pastaruosius dešimt metų skiepų nuo tymų (MMR vakcina, 2 metų vaikų) apimtis siekė 96–97 proc., todėl nuo 2003 m. Lietuvoje registruojami tik pavieniai tymų atvejai.

MENINGOKOKINĖ INFEKCIJA

Meningokokinė infekcija – tai reta, tačiau gyvybei pavojinga ūmi bakterinė liga, kurios sunkiausios klinikinės formos – žaibinis sepsis (kraujo užkrėtimas), pūlingas meningitas (galvos ir nugaros smegenų dangalų uždegimas) arba jų kombinacija. Meningokokine infekcija dažniau serga vaikai ir paaugliai nei suaugusieji. Infekciją sukelia Neisseria meningitidis rūšies bakterija, kuri ir lemia didžiąją dalį bakterinės kilmės susirgimų. Išskiriama daugiau nei 13 serologinių meningokokų grupių, tačiau labiausiai paplitusios yra A, B, C, Y ir W135.

Ligos požymiai

Meningokokinė infekcija gali pasireikšti įvairiomis formomis: nuo besimptomio meningokokų nešiojimo nosiaryklėje iki itin sunkios žaibinės formos. Visoms kliniškai pasireiškiančioms infekcijos formoms būdingas karščiavimas ir bendrosios intoksikacijos požymiai: ligos pradžioje pakyla temperatūra, skauda galvą, galimas raumenų skausmas, kaklo raumenų stingimas, atsiradęs dėl raumenų įtempimo, vėmimas. Būdingas meningokokinės infekcijos požymis – odos bėrimas.

Užsikrėtimo būdai

Meningokokinė infekcija plinta oro lašeliniu būdu, imlūs asmenys artimo kontakto metu užsikrečia per kvėpavimo takus. Užkrėsti šia infekcija gali tiek sergantis asmuo, tiek sveikas bakterijų nešiotojas. Inkubacinis periodas trunka nuo 1 iki 10 dienų (vidutiniškai 4 dienas). Dažniausiai meningokokine infekcija serga vaikai iki 5 metų, tačiau ji pavojinga įvairaus amžiaus žmonėms, ypač esant susirgimams virusinėmis respiracinėmis infekcijomis, nusilpusiam imunitetui, stresui ir pan.

Paplitimas

Meningokokinė infekcija gana plačiai paplitusi visame pasaulyje. Protrūkiais ir epidemijomis ji pasireiškia Afrikos šalyse į pietus nuo Sacharos, priklausančiose vadinamajam meningokokiniam diržui. Lietuvoje dažniausiai pasitaikančių meningokokinės infekcijos formų priežastis yra B serologinės grupės meningokokai.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, kasmet pasaulyje meningokokine infekcija užsikrečia apie 500 tūkst. žmonių, iš kurių maždaug kas dešimtas miršta.
- Daugelyje šalių sergamumas meningokokine infekcija yra 1–5 atvejai 100 tūkst. gyventojų.
- Epidemijos gali kilti bet kurioje pasaulio šalyje, tačiau dažniausiai – Afrikoje, į pietus nuo Sacharos esančiose teritorijose, kurios vadinamos „meningokokiniu diržu"".
- 2011 m. Lietuvoje buvo užregistruoti 78 meningokokinės infekcijos atvejai.

Profilaktika

Kadangi patikimų meningokokinės infekcijos profilaktikos priemonių iki šiol nėra atrasta, svarbu užtikrinti, kad sergantieji kuo mažiau kontaktuotų su sveikais asmenimis. Siekiant kovoti su šia liga, naudojamos dviejų tipų meningokokinės vakcinos: konjuguotos ir polisacharidinės. Skiepytis rekomenduojama visiems, keliaujantiems į kraštus, kur meningokokinė infekcija yra paplitusi. Vis dėlto kol kas nėra sukurta vakcinos nuo B serologinės grupės meningokoko. Pažymėtina, kad meningokokai greitai žūva nuo saulės spindulių, dezinfekcijos priemonių.

Profesinės meningokokinės infekcijos perdavimo rizikos profilaktika

Didesnė rizika užsikrėsti meningokokine infekcija yra asmenims, savo veikla susijusiems su šalimis, kuriose meningokokinė infekcija pasireiškia protrūkiais ir epidemijomis, ypač jeigu galimas sąlytis su tų šalių gyventojais. Šie darbuotojai nuo meningokokinės infekcijos gali būti skiepijami darbdavio lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664) (žr. 1 priedą).

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Kaip ir kitų infekcijų atveju, svarbu kiek įmanoma sumažinti sveikų asmenų kontaktavimą su sergančiuoju. Viena iš meningokokinės infekcijos formų – besimptomis meningokokų nešiojimas nosiaryklėje. Kadangi šios infekcijos nešiotojais gali būti bet kuris žmogus, kuris pats neserga, tačiau gali užkrėsti aplinkinius, apsisaugoti nuo jos sudėtinga. Patikimų meningokokinės infekcijos profilaktikos priemonių iki šiol nėra, bet skiepijimas gali sumažinti riziką susirgti.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Asmenims, turėjusiems kontaktą su sergančiaisiais meningokokine infekcija, reikėtų kreiptis į gydymo įstaigą, kur sveikatos priežiūros specialistai įvertins galimą užsikrėtimo riziką. Kiekvienu konkrečiu atveju gydytojai sprendžia dėl kontaktavusių asmenų profilaktinio gydymo antibiotikais.

SVARBU

Skiepai nuo meningokokinės infekcijos tik sumažina riziką susirgti, tačiau neužtikrina imuniteto šiai infekcijai, nes skiepijama wnuo A, C ir W serologinių grupių, tuo tarpu Lietuvoje paplitę ir B serologinės grupės meningokokai.

DIFTERIJA

Difterija – ūmi oro lašeliniu būdu plintanti infekcinė liga. Tai bene viena sunkiausių infekcinių užkrečiamųjų ligų, pasižyminti dideliu mirtingumu. Difterijos sukėlėjas – bakterijos Corynebacterium diphtheriae ir C. Ulcerans – ypatingas tuo, kad į aplinką išskiria stiprų nuodą (toksiną), kuris ir sukelia visus būdingus ligos požymius bei, pažeisdamas įvairius organus, – difterijos komplikacijas. Kadangi toksino poveikiui ypač jautrios širdies raumens, inkstų, nervinio audinio ląstelės, ligos eiga būna sunki ir neretai – 5–10 proc. atvejų – baigiasi mirtimi.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, 2010 m. oficialiai užregistruoti 4187 susirgusiųjų difterija atvejai;
- Difterija vis dar dažna liga Karibuose, Lotynų Amerikoje, Indijoje, nes šiose šalyse nėra visuotinio skiepijimo programų, tačiau neretai ji nediagnozuojama;
- Daugelyje Europos šalių pastaraisiais metais susirgusiųjų klasikine difterija neregistruo jama arba registruojami tik pavieniai susirgimai, o ir šie dažniausiai ne vietinės kilmės, o įvežtiniai;
- Pasaulyje epidemijos kyla kas 15–20 metų. Pastaroji difterijos epidemija Europoje užregistruota 1990–1996 m. Rusijoje ir Ukrainoje, kuri greitai išplito į 15 buvusios Sovietų Sąjungos respublikų (tarp jų ir į Lietuvą);
- Rytų Europoje 1994–1995 m. kilo difterijos epidemija: užregistruota daugiau negu 50 000 ligos atvejų.
- Paskutinį kartą difterijos atvejis Lietuvoje buvo nustatytas 2011 m. spalio pradžioje, susirgus Vilniaus rajono gyventojui. Iki tol difterijos atvejai Lietuvoje buvo diagnozuoti tik 2008 m.: iš dviejų tuomet užregistruotų susirgimų difterija vienas baigėsi mirtimi.

Ligos požymiai

Difterijos simptomai paprastai pasireiškia per 2–5 dienas nuo užsikrėtimo (gali svyruoti nuo 1 iki 10 dienų). Asmenys, kuriems, užsikrėtus difterija, jokių simptomų nepasireiškia, vadinami ligos nešiotojais, nes jie gali difterija užkrėsti aplinkinius. Liga prasideda ūmiai: bendru negalavimu, blogu apetitu, karščiavimu, nestipriu gerklės skausmu. Difteriją nuo kitų ligų skiriantis požymis yra tirštos pilkos spalvos apnašos (plėvės) ant ryklės, tonzilių, gomurio gleivinių.

Paplitimas

Difterija paplitusi visame pasaulyje. Nemažai endeminių teritorijų yra besivystančiose Afrikos, Azijos, Pietų Amerikos šalyse. Nors ekonomiškai stipriose šalyse dėl ilgalaikių planinių skiepijimų difterijos atvejai reti, pastaraisiais metais infekcija registruota ir tokiose šalyse kaip Norvegija, Švedija, Jungtinė Karalystė.
Pastaroji difterijos epidemija Rytų Europos šalyse buvo užregistruota 1990 m. Todėl Lietuva, kaip ir kitos regiono valstybės, priskiriama didelės difterijos rizikos šalims. Didžiausias sergamumas šia infekcija tarp Europos šalių fiksuojamas Latvijoje.

Užsikrėtimo būdai

Žmogus yra vienintelis difterijos infekcijos šaltinis. Šia liga užsikrečiama nuo sergančio žmogaus, sveikstančio ligonio ar bakterijų nešiotojo per kvėpavimo takus: kosint, čiaudint, kalbant. Retesniais atvejais galima užsikrėsti ir per pieną, indus bei kitus sergančiojo asmeninius daiktus. Rizika susirgti difterija didesnė, jei nuo paskutinių skiepų praėjo daugiau nei 5–10 m., taip pat asmenims, gyvenantiems ar dirbantiems uždaruose kolektyvuose, keliaujantiems į šalis, kur ši liga paplitusi, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir pan.

ĮDOMU

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, 2011 m. Švedijoje diagnozuotas pirmas difterijos atvejis per pastaruosius penkerius metus. Šia sunkia infekcine liga susirgo iš Somalio kilusi 11 metų mergaitė. Spalio viduryje mergaitę dėl gerklės skausmo ir nežymaus karščiavimo apžiūrėjo bendrosios praktikos gydytojas. Žinodami, kad mažoji pacientė yra imigrantė iš Somalio, kur difterija paplitusi, medikai atliko jos gerklės mėginių laboratorinius tyrimus: įtarta difterijos diagnozė pasitvirtino. Somaliečių šeima iš Kenijos pabėgėlių stovyklos į Švediją buvo atvykusi prieš keturias savaites, giminių neturėjo. Nėra duomenų, kad mergaitė per inkubacinį periodą būtų lankiusi mokyklą ar dienos priežiūros centrą. Antrinių difterijos infekcijos atvejų Švedijoje užregistruota nebuvo.

Profilaktika

Efektyvi difterijos profilaktika – skiepai. Pagal Lietuvos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių nuo difterijos skiepijami kūdikiai, vaikai ir paaugliai. Palaikomosios vakcinos dozės suaugusiems rekomenduojamos kas 5–10 m. Tik reguliarus skiepijimasis gali garantuoti patikimą apsaugą nuo difterijos.

Profesinės difterijos perdavimo rizikos profilaktika

Kai kurių pareigybių atstovams yra didesnė tikimybė užsikrėsti difterija. Šioms pareigybėms priskiriami asmenys, dirbantys gynybos, teisingumo, visuomenės saugumo ir teisėtvarkos, sveikatos priežiūros srityse, ypač jeigu galimas sąlytis su sergančiaisiais difterija ar užkrato nešiotojais, dirbama uždaruose kolektyvuose ir/arba difterijos rizikos šalyse. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664), šie darbuotojai nuo difterijos gali būti skiepijami darbdavio lėšomis (žr. 1 priedą).

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Kadangi difterija yra oro lašeliniu būdu perduodama infekcija, išvengti galimo užsikrėtimo labai sunku. Ypač didelį pavojų kelia bakterijų nešiotojai. Vienintelė efektyvi profilaktikos priemonė – skiepai.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Asmenims, net ir skiepytiems, turėjusiems kontaktą su sergančiaisiais difterija, reikėtų kreiptis į gydymo įstaigą: tik sveikatos priežiūros specialistai, įvertinę galimą užsikrėtimo riziką, gali skirti tyrimus ir atitinkamą laiką stebėti asmenį. Jeigu tokių asmenų atitinkamą laiką negalima stebėti, jiems profilaktiškai rekomenduojama skirti antibiotikų.
Jei su ligoniu kontaktavę asmenys per pastaruosius 5–10 m. nebuvo skiepyti nuo difterijos, jiems rekomenduojama pasiskiepyti. Lietuvoje jau antri metai valstybės lėšomis atliekami planiniai vyresnių nei 26 metų asmenų skiepijimai nuo difterijos ir stabligės. Nors visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms yra sudaryta galimybė gauti vakciną ir nemokamai skiepyti gyventojus nuo difterijos, nežinoma, ar visos praktiškai šia galimybe pasinaudoja.

PER ODĄ, PAŽEISTĄ GLEIVINĘ AR LYTINIU BŪDU PLINTANČIOS LIGOS

Įvairūs mikroorganizmai gali patekti į žmogaus organizmą gana lengvai: su įkvepiamu oru, su užterštu vandeniu ar maistu, per pažeistą odą ar gleivinę. Šiame skyriuje aprašomos šios pagrindinės infekcinės ligos, plintančios per odą, pažeistą gleivinę ar lytiniu būdu, su kuriomis gali susidurti migrantams paslaugas teikiantys specialistai:

- **ŽIV/AIDS**
- **HEPATITAS B**
- **STABLIGĖ**

ŽIV/AIDS infekcija kelia visuomenėje daugiausia baimės, nors tikimybė užsikrėsti taip pat gyvybei labai pavojingu hepatitu B – didesnė šimtus kartų. Kaip elgtis, jei pavojingo kontakto metu buvo pažeista oda, kokios profilaktikos priemonės gali būti taikomos patyrus sužalojimų?

ŽIV INFEKCIJA IR AIDS

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas. ŽIV sukelia AIDS – įgytą (akvizitinį) imunodeficito sindromą, pasireiškiantį oportunistinėmis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. Patekęs į žmogaus organizmą, ŽIV naikina baltuosius kraujo kūnelius (T-limfocitus), imuninėje sistemoje kovojančius su infekcijomis. ŽIV infekcijai progresuojant, imuninė sistema iš lėto silpsta ir organizmas tampa nepajėgus apsiginti nuo infekcijų ar ligų.

Užsikrėtimo būdai

ŽIV infekcijos šaltinis – ŽIV infekuotas žmogus. Skiriami trys ŽIV plitimo būdai:

1. Lytinių santykių (vaginalinių, oralinių, analinių) metu;
2. Per kraują (parenterinis): vartojant švirkščiamuosius narkotikus, keičiantis švirkštais ar adatomis, perpilant kraują ar jo produktus, darant tatuiruotes, per nesterilius medicinos instrumentus;
3. Iš motinos vaikui (nėštumo, gimdymo metu, žindant).

ŽIV gali plisti per visų rūšių lytinius santykius, jeigu vienas iš partnerių yra užsikrėtęs. ŽIV užsikrėtimo rizika per lytinius santykius didėja:

1. jei vienas iš partnerių serga kita lytiškai plintančia infekcija (LPI) (chlamidioze, pūsleline, sifiliu, gonorėja ir kt.);
2. jei santykiaujama menstruacijų metu;
3. pirmų lytinių santykių metu;
4. prievartinių lytinių santykių atvejais;
5. jei vieno iš partnerių gleivinė mechaniškai pažeista;
6. jei vienam iš partnerių pasireiškusi pirminė ŽIV infekcijos ar AIDS stadija.

Ligos požymiai

Praėjus 2–4 savaitėms po užsikrėtimo ŽIV, 50–90 proc. infekuotųjų pasireiškia pirminė ŽIV infekcija, trunkanti apie 1–2 savaites. Pirminės ŽIV infekcijos simptomai panašūs į gripo: karščiavimas, limfmazgių padidėjimas, gerklės, galvos, sąnarių skausmai, bėrimas, viduriavimas, pykinimas ir vėmimas, kt. Atsiradus pirmiesiems ligos požymiams, ŽIV antikūnų laboratorinio tyrimo rezultatai paprastai būna neigiami. Laikotarpis, kai dar neįmanoma aptikti antikūnų, vadinamas „lango“ periodu, arba ŽIV infekcijos inkubaciniu periodu, ir trunka maždaug 21 dieną (3 savaites). Prany-wkus ar nurimus ūmiai infekcijos stadijai būdingiems simptomams, liga tampa lėtinė. Besimptomė ŽIV infekcija gali trukti vidutiniškai nuo penkerių iki aštuonerių metų.

AIDS – tai įgytas imuniteto nepakankamumo sindromas (ligos požymių ar tiesiog ligų kompleksas), pasireiškiantis oportunistinėmis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. AIDS – galutinė ŽIV infekcijos stadija. ŽIV užsikrėtusiam asmeniui AIDS diagnozuojama, kai nustatoma bent viena AIDS indikacinė liga (dažniausiai plaučių uždegimas, stemplės kandidozė, įvairios tuberkuliozės formos, su ŽIV susijęs išsekimo sindromas, ŽIV sukelta encefalopatija ir kt.).

STATISTIKA

- Jungtinių Tautų AIDS programos duomenimis, 2010 m. pasaulyje gyveno apie 34 mln. žmonių, užsikrėtusių ŽIV, iš jų – apie 2 mln. vaikų iki 15 metų. Apie pusę visų užsikrėtusiųjų sudarė moterys. Vien 2010 m. nustatyta daugiau nei 2,5 mln. naujų ŽIV infekcijos atvejų, o nuo AIDS mirė apie 1,8 mln. žmonių.
- Lietuvoje per visą ŽIV infekcijos registravimo laikotarpį (1989–2010 m.) nustatyti 1734 ŽIV infekcijos atvejai (1439 vyrai ir 295 moterys). Dauguma (72 proc.) užsikrėtė ŽIV vartodami švirkščiamuosius narkotikus, 14 proc. – heteroseksualių, 6 proc. – homoseksualių lytinių santykių metu, 7,6 proc. atvejų užsikrėtimo būdas nežinomas.
- Per šį laikotarpį šalyje nustatyti du atvejai, kai ŽIV užsikrėtusi motina perdavė ŽIV infekciją savo vaikui.

Profilaktika

ŽIV infekcijai gydyti taikomi antiretrovirusiniai (ARV) vaistai, kurie slopina ŽIV dauginimąsi. Vartojant šiuos vaistus, sumažėja ŽIV užsikrėtusių žmonių mirties rizika, pagerėja jų gyvenimo kokybė.
Siekiant apsisaugoti nuo lytiniu būdu plintančios ŽIV infekcijos, svarbu vengti rizikingos lytinės elgsenos: santykiauti su vienu partneriu (monogaminiai santykiai) arba mažinti lytinių partnerių skaičių; vengti atsitiktinių lytinių santykių; su nauju lytiniu partneriu visada naudoti prezervatyvus. Prezervatyvų naudojimas sumažina riziką užsikrėsti ir kitomis lytiškai plintančiomis infekcijomis.
Siekiant išvengti per kraują perduodamo ŽIV, patariama nesinaudoti kitų panaudotais (nesteriliais) švirkštais ar adatomis, skutimosi priemonėmis, manikiūro, pedikiūro, tatuiruočių darymo ar kitais instrumentais; naudoti asmenines apsaugos priemones esant kontaktui su paciento krauju ar kitais biologiniais skysčiais.
ŽIV perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos tikslais Lietuvoje visoms nėščiosioms yra siūloma 2 kartus nėštumo laikotarpiu išsitirti dėl ŽIV (tyrimų kainą kompensuoja ligonių kasos). ŽIV užsikrėtusioms nėščiosioms nėštumo ir gimdymo metu skiriami antiretrovirusiniai vaistai. Taip pat svarbu tinkamai parinkti gimdymo taktiką (geriausia atlikti Cezario pjūvio operaciją). Naujagimiui po gimimo skiriamas prevencinis gydymas ir rekomenduojama jo nežindyti. Jei taikomos visos minėtos apsaugos priemonės, ŽIV perdavimo pavojus iš motinos vaikui sumažinamas iki 2 procentų.

Profesinės ŽIV perdavimo rizikos profilaktika

Kai kurių specialybių darbuotojai (sveikatos priežiūros, policininkai, pataisos namų prižiūrėtojai ir kt.), atlikdami profesines pareigas, gali turėti kontaktą su ŽIV užsikrėtusio asmens krauju ar kitais organizmo skysčiais ir todėl traumų darbe metu rizikuoja užsikrėsti ŽIV. Policijos, Valstybės sienos apsaugos tarnybos pareigūnai, taip pat dirbantieji jūrų uostuose susiduria su nelegaliais migrantais, švirkščiamųjų narkotikų vartotojais, ir, atlikdami sulaikomų asmenų apžiūrą ar kvotą, gali susižeisti. Tikimybė užsikrėsti ŽIV kyla tada, kai adata ar kitu aštriu daiktu pažeidžiamas odos vientisumas, įvyksta sąlytis per gleivines ar pažeistą odą. Tikimybė užsikrėsti per kraują plintančiais virusais (ŽIV, virusiniu hepatitu B ar hepatitu C) dėl vieno dūrio injekcine adata pateikiama lentelėje. Kaip matyti iš pateikiamos informacijos, didžiausia rizika užsikrėsti vieno dūrio metu yra virusiniu hepatitu B. Užsikrėtimo rizika virusiniu hepatitu B yra šimtą kartų didesnė nei ŽIV.

Tikimybė užsikrėsti per kraują plintančiais virusais dėl vieno dūrio injekcine adata (proc.)

ŽIV	**- 0,3**
Hepatitas B	**- 30**

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Pagrindiniai prevencijos elementai yra:

- apsaugos priemonių (pirštinių, akinių, kaukių ir kt.) naudojimas, siekiant sumažinti kontakto su krauju ar kitais potencialiai užkrėstais fiziologiniais skysčiais tikimybę. Pirštinės turi būti geros kokybės. Niekada negalima pirštinėmis, ypač delnu, liesti akių, nosies arba gleivinių. Jei pirštinės suteršiamos infekuotu skysčiu, jas būtina nusimauti ir išmesti, prieš tai įdėjus į plastikinį maišą, nusiplauti rankas ir užsimauti naujas pirštines;
- apsauginių drabužių dėvėjimas;
- bet kokių pažeidimų (sužalojimų) vengimas. Sužeista, ligos pažeista oda visada turi būti apsaugota neperšlampamomis priemonėmis (tvarsčiu);
- stengtis adatų ir kitų aštrių instrumentų neperduoti iš rankų į rankas; tam naudoti padėklus ar plokščius indus. Naudotos adatos, švirkštai ir kt. aštrūs daiktai turi būti tuojau pat dedami į nepraduriamus konteinerius – negalima jų lankstyti, laužyti. Veiksmų su adatomis ar kitais aštriais instrumentais metu reikia naudoti pirštines. Adatas ir kitus aštrius įrankius rekomenduojama laikyti specialiai pažymėtuose, dūriams atspariuose konteineriuose;
- atliekant asmens apžiūrą paprašyti, kad jis pats atsargiai parodytų kišenių turinį.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

1. Nedelsiant:
   - nuplauti sužalojimo arba adatos dūrio vietą vandeniu ir muilu, dezinfekuoti ir sutvarstyti neperšlampamu tvarsčiu;
   - nosį, burną arba odą plauti po tekančiu vandeniu;
   - jei skysčių ar kraujo pateko į akis, reikia švelniai, bet gausiai plauti vandeniu arba 0,9 proc. natrio chlorido (NaCl) tirpalu, neužmerkiant akių.

   Jei susižeidėte teikdami pirmąją pagalbą ar atlikdami asmens apžiūrą, užklijuokite pleistru pažeistas odos vietas, kad nebūtų galimybės į žaizdas patekti infekcijoms ar organizmo skysčiams. Iš anksto apsirūpinkite medicininėmis pirštinėmis ir dezinfekuojančiais skysčiais.

2. Įvykus kontaktui su ŽIV užsikrėtusio ar nežinomo, bet įtariamai infekuoto asmens krauju, būtina kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigas (pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro „Dėl Poekspozicinės žmogaus imunodeficito viruso profilaktikos skyrimo aprašo patvirtinimo“ įsakymą (Žin. 2004, Nr. 179-6634, 2009, Nr. 120-5169), kurios turi antiretrovirusinių vaistų, reikalingų poekspozicinei ŽIV profilaktikai (PŽP).

HBV infekcijos rezervuaras yra žmonių populiacija, kurioje virusas natūraliai cirkuliuoja. HBV infekcijos šaltinis yra žmogus, sergantis besimptome (viruso nešiotojas), klinikine ūmia infekcijos forma arba lėtine infekcija.

Per visą ŽIV infekcijos registravimo laikotarpį (1998–2010 m.) Lietuvoje profesinio ŽIV perdavimo atvejų neužregistruota.

HEPATITAS B

Virusinis hepatitas B (toliau – VHB) – tai hepatito B viruso sukeltas kepenų uždegimas. Virusinis hepatitas B – užkrečiamoji (infekcinė) liga. Šios ligos sukėlėjas – hepatito B virusas – pažeidžia kepenis, sukeldamas uždegimą, kuris gali progresuoti į kepenų cirozę ir pirminį kepenų vėžį.

Ligos požymiai

50–60 proc. užsikrėtusiųjų hepatito B virusu niekuo nesiskundžia ir jaučiasi gerai, tačiau, nepaisant klinikinių simptomų nebuvimo, gali užkrėsti kitus. Klinikiniai simptomai dažniausiai pasireiškia praėjus 2–6 mėnesiams po užsikrėtimo, tačiau jie yra nespecifiniai ir todėl sunkiai atskiriami nuo kitų ligų požymių. Dažniausi simptomai: didelis bendras silpnumas, sąnarių skausmas, apetito stoka, pykinimas, kartumas burnoje, karščiavimas, patamsėjęs (alaus spalvos) šlapimas, skausmas ar diskomfortas dešinėje pašonėje, akių ir odos pageltimas.
Dauguma užsikrėtusiųjų hepatito B virusu pasveiksta savaime, tačiau apie 8–10 proc. suaugusiųjų suserga lėtiniu VHB arba lieka viruso nešiotojais, kurie dažniausiai neturi jokių nusiskundimų ir nejaučia ligos simptomų. Sergantieji lėtiniu VHB ar hepatito B viruso nešiotojai turi būti stebimi ir konsultuojami gydytojo, jiems būtina reguliariai atlikti kepenų funkcinius ir kitus tyrimus.

STATISTIKA

- Apie 2 mlrd. pasaulio gyventojų yra turėję sąlytį su hepatito B virusu, o 300–400 mln. yra lėtiniai HBV nešiotojai. Apie 15–40 proc. užsikrėtusiųjų HBV išsivysto cirozė, kepenų ląstelių karcinoma.
- Nuo HBV infekcijos pasaulyje kasmet miršta nuo 500 000 iki 1,2 mln. žmonių. Ši infekcija yra dešimtoji pagal dažnumą mirties priežastis pasaulyje.
- Pastaraisiais metais Lietuvoje užregistruojama apie 200–300 VHB atvejų, tačiau, s pecialistų duomenimis, faktinis sergamumas yra 6 kartus didesnis.
- Ūmiu VHB šalyje kasmet suserga apie 1200–1800 žmonių. Lietuvoje sergamumas VHB yra 5–8 kartus didesnis nei Vakarų Europos šalyse.
- Nustatyta, kad Lietuvoje yra apie 40 000–70 000 HBV nešiotojų.

Užsikrėtimo būdai

Hepatito B virusas nustatomas beveik visuose lėtinio viruso nešiotojo ar sergančiojo ūmia infekcijos forma kūno skysčiuose, sekretuose ir išskyrose: seilėse, motinos piene, ašarose, prakaite, šlapime, fekalijose, spermoje, makšties sekrete, kraujyje. Epidemiologiškai reikšmingiausias yra hepatito B viruso buvimas kraujyje, makšties sekrete ir spermoje. Seilės tampa pavojingos tada, kai į jas patenka kraujo, kuriame yra viruso.

Hepatito B virusas plinta tarp žmonių natūraliu ir dirbtiniu būdu. Jo infekcinė dozė yra labai maža. 1 ml infekuoto kraujo serume gali būti iki 10 mln. ir daugiau infekcinių dozių. Hepatito B viruso infekcinės savybės yra 100 kartų stipresnės nei ŽIV. Hepatito B virusas perduodamas perinataliniu, lytiniu ir parenteriniu būdu. Vienas pagrindinių yra perinatalinis perdavimo būdas, kai motinos, hepatito B nešiotojos, perduoda infekciją naujagimiams, turintiems pačią didžiausią riziką lėtinei infekcijai bei jos komplikacijoms susiformuoti. Lytinis perdavimo būdas yra bene labiausiai paplitęs vidutinio ir mažo endemiškumo šalyse. Lytiniu būdu galima užsikrėsti nuo sergančiojo ūmia ar lėtine VHB forma, nors svarbiausias infekcijos šaltinis yra hepatito B viruso nešiotojai, nežinantys, kad yra infekuoti. Parenterinis būdas – tai užkrato perdavimas per pažeistą odą ir gleivinę. Kadangi užkrato dozė labai maža, bet kokios medicininės ir nemedicininės parenterinės procedūros gali būti susijusios su hepatito B viruso perdavimo rizika. Parenterinio perdavimo metu užkratas patenka per pažeistą odą ar gleivines kraujo perpylimo, hemodializės metu, leidžiantis intraveninius narkotikus, per atsitiktinį adatos dūrį, atliekant tatuiruotes, akupunktūrą ir kitas procedūras.

Profilaktika

Kai kurių specialybių darbuotojai, atlikdami profesines pareigas, gali turėti kontaktą su VHB užsikrėtusio asmens krauju ar kitais organizmo skysčiais ir traumų darbe metu rizikuoja patys užsikrėsti šia liga. Policijos, Valstybės sienos apsaugos tarnybos pareigūnai, taip pat dirbantieji jūrų uostuose susiduria su nelegaliais migrantais, švirkščiamųjų narkotikų vartotojais, ir gali susižeisti, atlikdami sulaikomų asmenų apžiūrą ar kvotą. Tikimybė užsikrėsti kyla tada, kai adata ar kitu aštriu daiktu pažeidžiamas odos vientisumas, įvyksta sąlytis per gleivines ar pažeistą odą.

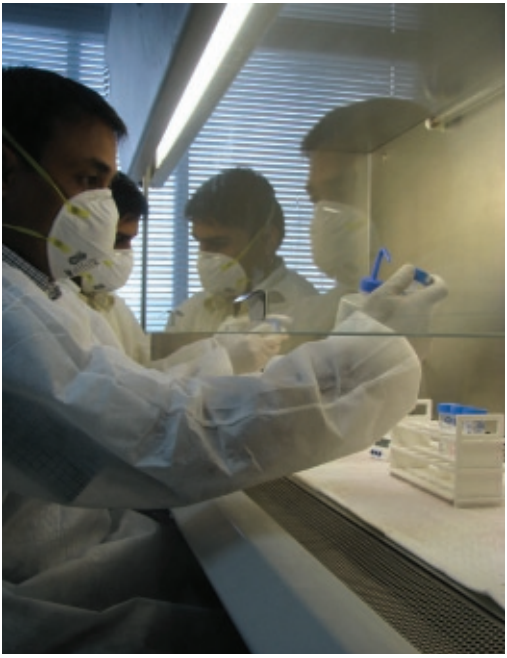
Tikimybė užsikrėsti per kraują plintančiu VHB dėl vieno dūrio injekcine adata yra didelė (siekia 30 procentų) ir net šimtą kartų didesnė nei tikimybė užsikrėsti ŽIV.

Profesinės VHB perdavimo rizikos profilaktika

Patikima apsaugos nuo VHB priemonė yra vakcinacija (skiepai). Visi naujagimiai Lietuvoje nuo VHB pradėti skiepyti 1998 m. Tyrimų duomenimis, įskiepijus visą vakcinos kursą (tris dozes), užtikrinama apsauga mažiausiai 15 metų, o kai kuriais atvejais ir visam gyvenimui.
Siekiant apsisaugoti nuo VHB, visada reikėtų naudoti gumines pirštines, jei tenka liesti kraują, audinius, kraujuotus ar kitais biologiniais kūno skysčiais suterštus tamponus, žaizdas ir kt.
Lytinių santykių metu rekomenduojama naudoti prezervatyvus.
Taip pat patariama nesinaudoti kitų asmenų skutimosi peiliukais, manikiūro, pedikiūro reikmenimis, dantų šepetuku ir kt. priemonėmis.

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Pagrindiniai prevencijos būdai tokie patys, kaip ir siekiant apsisaugoti nuo ŽIV: apsaugos priemonių (pirštinių, akinių, kaukių ir kt.) naudojimas, apsauginių drabužių dėvėjimas, bet kokių pažeidimų (sužalojimų) vengimas. (Daugiau informacijos žr. skyrelyje ŽIV/AIDS.)



Ką daryti po pavojingo kontakto?

1. Darbuotojams, dėl darbo pobūdžio rizikuojantiems turėti sąlytį su kito asmens krauju r kitais organizmo skysčiais, rekomenduojami skiepai nuo hepatito B.

2. Ant odos patekus kito asmens kraujo (apsitaškius) ir (ar) kūno skysčio ar susižeidus (įsidūrus, įsipjovus) naudotais instrumentais ar kitais aštriais daiktais, oda nedelsiant turi būti plaunama tekančiu vandeniu ir muilu. Kito asmens kraujui ir (ar) kitiems kūno skysčiams patekus ant akių,nosies, burnos gleivinės, jos plaunamos vandeniu.
   Sužeista vieta užklijuojama, kad nebūtų galimybės į žaizdą patekti kito asmens kraujui ir (ar) kitiems kūno skysčiams.

3. Įvykus darbuotojo gleivinių ir pažeistos odos sąlyčiui su krauju ir (ar) kūno skysčiais, taip pat susižeidus instrumentais ir kitais aštriais daiktais, naudotais ir užterštais kito asmens krauju ir (ar) kūno skysčiais, būtina kreiptis į teritorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą.

Tikimybė užsikrėsti per kraują plintančiais virusais dėl vieno dūrio injekcine adata

Ligos sukėlėjas ir kontakto pobūdis		Tikimybė užsikrėsti (proc.)
ŽIV	Per odą	0,3
	Per gleivinę	0,09
Hepatitas B		30
Hepatitas C		3

STABLIGĖ

Stabligė – tai anaerobinė žaizdų infekcija, pasireiškianti įvairaus stiprumo raumenų spazmais. Stabligės sukėlėjas – Clostridium tetani bakterija, kuriai nereikia deguonies ir kuri gamina sporas, atsparias aplinkos veiksniams (karščiui, šalčiui, saulės šviesai). Stabligė – visame pasaulyje paplitusi liga, tačiau sergamumas ja priklauso nuo klimato sąlygų ir šalies ekonomikos lygio. Šiltas ir drėgnas klimatas sudaro palankias sąlygas stabligės sukėlėjui išlikti ir daugintis, taip pat sergamumo paplitimą didina žemas medicininio aptarnavimo lygis, netinkamas imunizacijos bei planinės vakcinacijos organizavimas.

Ligos požymiai

Pirmieji ligos požymiai dažniausiai pasireiškia praėjus savaitei po užsikrėtimo, bet gali išryškėti ir po kelių dienų ar mėnesių. Liga prasideda laipsniškai. Pirmieji ligos simptomai gali būti trumpalaikiai raumenų trūkčiojimai, „tirpimas“ užkrato patekimo vietoje. Vėliau liga pasireiškia įvairaus stiprumo raumenų spazmais.

Paplitimas

Stabligės sukėlėjai labai plačiai paplitę gamtoje. Jie randami įvairiausių gyvūnų, taip pat ir žmogaus žarnyne. Su išmatomis patekę į dirvožemį, jame sporų pavidalu jie gali išlikti gyvybingi ilgą laiką. Palankias sąlygas stabligės sukėlėjui vegetuoti dirvoje sudaro šiltas, drėgnas klimatas, humusinių medžiagų turtinga dirva. Ši liga paplitusi visame pasaulyje, nors sergamumas ja skirtingose šalyse yra nevienodas. Ekonomiškai stipriose valstybėse registruojami pavieniai ligos atvejai. Didžiausias sergamumas fiksuojamas Azijos, Afrikos ir Pietų Amerikos šalyse.

Užsikrėtimo būdai

Grėsmė susirgti kyla tada, kai stabligės sukėlėjas ar jo sporos patenka į žaizdą, ypač – į dirvožemiu užterštas gilias durtines žaizdas. Kartais stablige susergama po sunkesnio galūnių nušalimo, nuplikinimo, gyvūnų įkandimų.
Didesnę riziką susirgti stablige turi asmenys, neskiepyti nuo stabligės, ar paskiepyti asmenys, kuriems laiku neįskiepyta palaikomoji vakcinos dozė, taip pat vyresni nei 60 m. žmonės, nes jų tiek bendras imunitetas, tiek imunitetas stabligei gali būti susilpnėjęs.

STATISTIKA

- Pasaulyje kasmet užregistruojama 300–500 tūkstančių susirgimų stablige.
- Stablige užsikrėsti galima bet kurioje šalyje.
- Negydomi miršta apie 70–90 proc. ligonių, o taikant šiuolaikinius gydymo metodus – apie 10 proc.
- Lietuvoje kasmet registruojami 1–3 stabligės atvejai.

Profesinės stabligės perdavimo rizikos profilaktika

Stablige sergantis žmogus aplinkiniams yra nepavojingas, kadangi infekcija nėra perduodama nuo žmogaus žmogui. Infekcija pavojinga asmenims, giliai susižeidusiems odą, gleivines, nušalusiems arba nudegusiems, po įvairių įkandimų, esant pjautinėms, durtinėms, šautinėms, plėštinėms žaizdoms, gimdant ne sveikatos priežiūros įstaigose, kitų traumų ir nelaimingų atsitikimų atvejais. Siekiant išvengti galimo užsikrėtimo stablige, reikėtų vengti bet kokių sužalojimų. Rizika užsikrėsti bei susirgti stablige kyla tuomet, kai darbas susijęs su galimais sužeidimais ir žaizdų užteršimu. Sužeistiems asmenims reikėtų kuo greičiau kreiptis į gydymo įstaigą, kur sveikatos priežiūros specialistai įvertins galimą užsikrėtimo riziką.
Darbuotojai nuo stabligės gali būti profilaktiškai skiepijami darbdavio lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664) (žr. 1 priedą).

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Nespecifinė stabligės profilaktika – tinkamas žaizdų tvarkymas. Įtariant, kad į žaizdą galėjo patekti dirvožemio, ją reikėtų išplauti, nors tai ne visada įmanoma, ypač tvarkant durtines žaizdas. Tinkamas žaizdos sutvarkymas negarantuoja apsaugos nuo stabligės, tačiau leidžia pailginti inkubacinį periodą. Vis dėlto efektyviausia apsaugos priemonė – laiku atlikta stabligės imunoprofilaktika.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Stabligės imunoprofilaktika po sužalojimo atliekama sveikatos priežiūros įstaigose. Į jas būtina kreiptis esant įtarimui, kad į žaizdą galėjo patekti ar pateko dirvožemio. Imunoprofilaktika atliekama atsižvelgiant į paciento amžių ir skiepijimo būklę.

Pastaruoju metu padaugėjus užsikrėtimo stablige atvejų, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro specialistai primena, kad, siekiant išlaikyti patikimą apsaugą nuo šios infekcijos, kas 5-10 metų reikia stiprinti imunitetą palaikomosiomis vakcinos dozėmis. Norintiesiems atnaujinti imunitetą nuo stabligės yra galimybė tai atlikti nemokamai.

SVARBU

Sergantieji stablige aplinkiniams nepavojingi. Tai viena iš nedaugelio ligų, kuria neužsikrečiama nuo ligonio. Stabligės sukėlėjas, patekęs per burną, ligos taip pat nesukelia. Stablige užsikrečiama tik per pažeistą odą.

PER MAISTĄ, VANDENĮ, NEŠVARIAS RANKAS PLINTANČIOS INFEKCINĖS LIGOS

Į sveiko žmogaus organizmą infekcinių ligų sukėlėjai gali patekti ir per burną su užterštu maistu, vandeniu arba per užterštas rankas ir aplinkos daiktus, kuriais naudojosi sergantis užkrečiamąja liga žmogus. Dažniausiai užsikrečiama per ligonių ar bakterijų nešiotojų išmatomis, šlapimu užterštą maistą ir vandenį. Ligų sukėlėjų gali būti bet kokiame maiste, tačiau dažniausiai jų pasitaiko termiškai neapdorotuose produktuose, pavyzdžiui, salotose, mišrainėse, nepasterizuotame, nevirintame piene ir jo gaminiuose. Užsikrėsti galima valgant nešvariomis (neplautomis) rankomis, jei ant jų pateko bakterijų nuo aplinkos daiktų, po sąlyčio su ligonio ar bakterijų nešiotojo išskyromis. Specialistams, dirbantiems Lietuvoje, svarbu būti susipažinusiems su šiomis ligomis:

- **HEPATITU A**
- **POLIOMIELITU**

HEPATITAS A

Hepatitas A (HA) – tai hepatito A viruso sukeltas kepenų uždegimas, galintis pasireikšti besimptomėmis arba klinikinėmis infekcijos formomis.

Ligos požymiai

Trumpiausias inkubacinis hepatito A laikotarpis trunka 14 dienų, ilgiausias – 50. Dažniausiai pirmieji simptomai pastebimi praėjus 28 dienoms nuo užsikrėtimo. Apie 90 proc. vaikų iki 6 metų dažniausiai nepasireiškia jokių ligos simptomų. Tuo tarpu 40–50 proc. vyresnių vaikų ir net 70–80 proc. suaugusiųjų infekcija pasireiškia kliniškai.

Pirmieji ligos simptomai – karščiavimas, silpnumas, pykinimas, vėmimas. Po 1–2 savaičių dažnai padidėja kepenys ir gali išryškėti gelta, taip pat patamsėja šlapimo ir pašviesėja išmatų spalva. HA vidutiniškai tęsiasi apie mėnesį, tačiau kartais užtrunka ir iki 6 mėnesių. Vyresni asmenys paprastai serga sunkesnėmis ligos formomis, liga gali tęstis ilgesnį laiką.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, trečdalis pasaulio gyventojų, t. y. apie 2 mlrd. žmonių, yra turėję kontaktą su hepatito virusu.
- H A – tai bene dažniausias virusinės kilmės kepenų uždegimas. Kasmet pasaulyje registruojama iki 1,5 mln. naujų susirgimo atvejų.
- H A ypač paplitęs Azijoje, Afrikoje ir Pietų Amerikoje.
- HA eiga dažniausiai gerybinė, nepaliekanti liekamųjų reiškinių persirgus.
- Pastaruosius 10 metų Lietuvoje registruojami pavieniai HA atvejai, apie pusę jų įvežtiniai.

Paplitimas

HA yra svarbi problema daugelyje pasaulio šalių, ypač ekonomiškai silpnose valstybėse. Nors šios infekcijos eiga dažniausiai būna gerybinė, retkarčiais pasitaiko pavojinga gyvybei žaibinė ligos forma. Žaibinio HA rizika didėja su amžiumi (daugiau kaip 50 m.). Mirštamumas nuo žaibinio HA sudaro apie 40–50 proc., tuo tarpu kitų HA formų atvejais – vos 0,02–1,5 proc.

Per pastaruosius penkerius metus visose Baltijos šalyse sergamumas HA pastebimai sumažėjo. Nors HA yra būdingas periodiškumas, šis sergamumo sumažėjimas iki neįprastai žemo lygio gali būti sąlygotas sumažėjusios užsikrėtimo fekaliniu–oraliniu būdu (per maistą, vandenį ir nešvarias rankas) rizikos. Vis dėlto, kaip rodo pastarųjų metų HA protrūkiai Latvijoje, Čekijoje ir Slovakijoje, ekonominių ir socialinių sąlygų gerėjimas ateityje nesumažins HA problemos, jeigu nebus tinkamai išnaudotos vakcinacijos galimybės. Tai paaiškinama tuo, kad, esant mažam sergamumui, nuolat auga virusui imlių žmonių dalis, taigi ir didelių protrūkių tikimybė. Kita vertus, kadangi HA infekcija vis sunkiau apsikrėsti, sergamumas dažnesnis vyresnio amžiaus žmonių grupėse. Vyresnio amžiaus asmenims HA infekcija dažniausiai pasireiškia kliniškai, tuo tarpu vaikams – besimptomiškai.

Remiantis Lietuvoje atliktais serologiniais tyrimais, vidutiniškai 95 proc. vaikų ir 55 proc. suaugusių šalies gyventojų yra imlūs HA. Pastaruosius 10 metų Lietuvoje registruojami pavieniai HA atvejai, apie pusę iš jų įvežtiniai. Taigi galima teigti, kad Lietuvoje yra palankios sąlygos HA protrūkiams.

Užsikrėtimo būdai

HA – tai infekcija, kuria nuo sergančio žmogaus lengvai užsikrečiama tiesioginio kontakto būdu dėl nepakankamos higienos, per užterštą maistą ar geriamąjį vandenį. Užsikrėsti galima ir homoseksualių lytinių santykių metu ar vartojant intraveninius narkotikus.
Hepatitu A dažnai užsikrečia vaikai: kadangi jie dar nėra įpratę laikytis švaros, užkratas nuo įvairių aplinkos daiktų per nešvarias rankas gali lengvai patekti į burną. Didelę riziką užsikrėsti turi ir asmenys, keliaujantys ar ketinantys ilgam apsistoti didelio HA endemiškumo šalyse, ypač jei gyvenimo sąlygos neužtikrina tinkamos higienos (galimybė naudoti saugų geriamąjį vandenį ir maistą, sąlygos asmens higienai). Didelė rizika užsikrėsti hepatitu A vartojant vandenį iš čiaupo bei tam tikrus maisto produktus: moliuskus, mišraines, neluptus vaisius, termiškai neapdorotas ir neluptas daržoves, nepasterizuotą pieną, ledo gabalėlius gėrimuose ir panašiai.

Profesinės HA perdavimo rizikos profilaktika

Užsikrėsti HA virusu rizikuoja visi žmonės, nepasiskiepiję ir neturintys imuniteto šiai infekcijai. Kadangi pastarąjį dešimtmetį sergančiųjų išreikšta ligos forma Lietuvoje užfiksuota labai mažai, užsikrėtimo HA rizika išauga kontaktuojant su asmenimis, atvykusiais iš didelio sergamumo šalių. Tačiau profesinė rizika nėra reikšminga, kadangi HA virusas dažniausiai plinta per maistą ir virusu užterštą geriamąjį vandenį.
Darbuotojai nuo HA gali būti skiepijami darbdavio lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (Žin., 2004, 155-5664) (žr. 1 priedą).

Profilaktika

Viena efektyviausių HA kontrolės priemonių yra vakcinacija. Šiuo metu plačiausiai naudojamos inaktyvuotos vakcinos. Šiuolaikinės HA vakcinos pasižymi dideliu imunogeniškumu ir saugumu. Skiepijama dviem HA dozėmis. Jau suleidus pirmąją vakcinos dozę, po 4 savaičių beveik visiems (95–100 proc.) vaikams ir suaugusiesiems susiformuoja pakankamas imunitetas šiai infekcijai. Nustatyta, kad apsauginis imuniteto lygis gali išsilaikyti 20 ir daugiau metų.

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Siekiant išvengti HA viruso, rekomenduojama laikytis asmens higienos taisyklių, nevartoti nesaugaus maisto bei geriamojo vandens.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Po kontakto su asmeniu, įtariamu sergančiu HA, ar su jo aplinkos daiktais, galimai užterštais HA virusu, rekomenduojama gerai nusiplauti rankas. Nesant galimybės nusiplauti rankų su muilu, patariama naudoti alkoholines vienkartines servetėles.

POLIOMIELITAS

Poliomielitas – tai ūmi virusinė infekcija, tipiškais atvejais pasireiškianti dvibange ligos eiga ir ūmiu vangiu raumenų paralyžiumi.

Ligos požymiai

Poliomielito inkubacinis periodas trunka nuo 3 iki 35 dienų, dažniausiai 7–14 dienų. Poliomielitui būdinga dvibangė ligos eiga: liga prasideda ūmiai, jos simptomai gali būti panašūs į kvėpavimo takų infekciją; ligai progresuojant, kyla antroji banga, kuriai būdingas paralyžius. Ši forma pasireiškia tik 1–4 proc. visų užsikrėtusių asmenų. Paralyžius dažniau pažeidžia kojų nei rankų raumenis ir dažniau stambius raumenis negu smulkius. Sveikimo periodas trunka keletą mėnesių, neretai raumenų funkcija visiškai neatsistato.

STATISTIKA

- 2010 m. pasaulyje užregistruoti 1349 poliomielito atvejai (1988 metais buvo nustatyta apie 340 000 atvejų).
- Poliomielito virusas išnykęs dėl skiepų daugelyje pasaulio šalių, išskyrus keturias: Afganistaną, Indiją, Nigeriją ir Pakistaną. Dar 7 šalyse – Angoloje, Čade, Kongo Demo kratinėje Respublikoje, Etiopijoje, Ganoje, Nigeryje ir Sudane, kuriose anksčiau buvo išnaikintas poliomielito virusas, cirkuliuoja iš endeminių šalių įvežtinis laukinio poliomielito virusas;
- Vienam iš 200 susirgusiųjų infekcija sukelia negrįžtamą paralyžių; paralyžiui apėmus kvėpavimo takus, miršta nuo 5 proc. iki 10 proc. ligonių.
- Lietuvoje paskutinis poliomielito atvejis užregistruotas 1972 m.

Paplitimas

Yra žinomi keletas poliomielito viruso tipų. Laukinio poliomielito virusai vis dar plinta keturiose endeminėse teritorijose: Nigerijoje, Indijoje, Pakistane ir Afganistane, o protrūkiai stebimi Afrikos ir Azijos šalyse. Paskutinis poliomielito protrūkis nustatytas 2011 m. Kinijos Hotano prefektūroje, Sindziango-uigurų regione, kur užregistruota 18 pirmojo tipo laukinio poliomielito viruso atvejų.

Užsikrėtimo būdai

Infekcijos šaltinis – tik žmogus; dažniausiai tai užsikrėtę asmenys be klinikinės simptomatikos. Pagrindinis poliomielito plitimo būdas – fekalinis-oralinis. Virusu užsikrečiama per maistą, vandenį, nešvarias rankas.

Profilaktika

Pagrindinė poliomielito kontrolės priemonė – skiepai. Lietuvoje nuo poliomielito pradėta skiepyti 1957 m.

Profesinės poliomielito perdavimo rizikos profilaktika

Didesnė rizika užsikrėsti poliomielitu būdinga asmenims, vykstantiems į tarptautines misijas endeminėse poliomielito šalyse. Šie darbuotojai gali būti skiepijami darbdavio lėšomis, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymu nr. V-716 „Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašas“ (ˇin., 2004, 155-5664) (žr. 1 priedą).

Kaip išvengti rizikingo kontakto?

Asmenims, turėjusiems kontaktą su sergančiaisiais poliomielitu, reikėtų kreiptis į gydymo įstaigą, kur sveikatos priežiūros specialistai įvertins galimą užsikrėtimo riziką ir skirs reikalingas profilaktines priemones.

Ką daryti po pavojingo kontakto?

Kadangi pagrindinis poliomielito plitimo būdas yra fekalinis-oralinis, labai svarbu laikytis asmens higienos – dažnai ir kruopščiai plauti rankas, ypač prieš valgį.

ĮDOMU

Per 1916 m. poliomielito epidemiją vien Niujorke užfiksuota apie 9 tūkst. poliomielito atvejų. Ši liga Ameriką persekiojo ilgus dešimtmečius, kasmet paliesdama tūkstančių žmonių gyvenimą. 1946 m. žurnalas „Time“ rašė: „Daugelį tėvų, išgyvenusių poliomielito košmarą, truputį padrąsinti gali statistika: 1916 m. mirė 25 proc. poliomielito aukų. Šiais (t. y. 1946) metais dėl atsiradusios galimybės anksčiau diagnozuoti ligą, taip pat dėl geresnio ligos gydymo mirtingumas nuo poliomielito siekė jau tik 5 proc.“ . Vakcina nuo poliomielito išrasta tik 1950 m.

SVARBU

Pagrindinė poliomielito infekcijos profilaktikos priemonė – skiepai.

UODŲ PERNEŠAMOS INFEKCINĖS LIGOS, GALINČIOS ATKELIAUTI Į LIETUVĄ KARTU SU ATVYKSTANČIAIS MIGRANTAIS

Maždaug prieš 40 metų imta manyti, jog įprastos vabzdžių sukeliamos ligos – maliarija, Dengė karštligė, geltonasis drugys – daug kur pasaulyje beveik išnyko. Tačiau tuomet įvyko kažkas netikėta: jos ir vėl atsirado. Kodėl? Viena priežasčių ta, jog kai kurie vabzdžiai bei jų organizmuose esantys mikrobai natūraliai prisitaikė ir tapo atsparūs tiek gausiai naudotiems insekticidams, tiek maliarijos gydymui (netinkamai) vartotiems medikamentams. Be to, vabzdžių sukeliamų ligų grįžimą sąlygoja ir pokyčiai gamtoje bei visuomenėje. Pavyzdžiui, didelės įtakos tam turi globalinė klimato kaita: kai kurie mokslininkai mano, jog dėl visuotinio atšilimo ligas pernešančių vabzdžių arealas išplis į tuos regionus, kur dabar šalčiau. Sprendžiant iš ligų protrūkių, toks reiškinys jau pamažu vyksta.
Šioje dalyje specialistai supažindinami su tokiomis infekcinėmis ligomis:

- **MALIARIJA**
- **VAKARŲ NILO KARŠTLIGE**
- **DENGĖ KARŠTLIGE**
- **GELTONĄJA KARŠTLIGE**

MALIARIJA

Maliarija yra gyvybei pavojinga liga, sukeliama pirmuonių (Plasmodium vivax, P.ovale, P.malariae, P.falciparum) ir pasireiškianti periodiškai pasikartojančiais drugio priepuoliais.

Ligos požymiai

Maliarija užsikrėtęs žmogus kurį laiką jokių negalavimų nejaučia. Šis ligos periodas vadinamas inkubaciniu ir dažniausiai tęsiasi nuo vienos iki keleto savaičių, tačiau kartais net daugiau nei metus. Inkubacinio periodo trukmė priklauso nuo sukėlėjo rūšies. Dalis P.vivax ir P.ovale rūšių parazitų lieka kepenyse ir formuoja vadinamuosius snaudžiančius židinius, kurie vėliau sukelia recidyvus (ligos paūmėjimus).

Paprastai maliarija prasideda būdingu karščiavimo priepuoliu. Priklausomai nuo sukėlėjo rūšies, priepuoliai gali kartotis kas 48–72 valandas, esant netipiškai ligos eigai – ir dažniau. Priepuolis prasideda šaltkrėčiu. Ligonis negali sušilti net šiltai apsirengęs ar apsiklojęs antklode. Netrukus po šalčkrėčio ligonio kūno temperatūra pakyla iki 40–41 °C, atsiranda stiprūs galvos, raumenų skausmai, kartais – pykinimas, vėmimas. Dėl labai aukštos temperatūros ligonį pradeda troškinti, oda tampa sausa ir karšta, veidas parausta, kartais atsiranda traukulių, jis gali kliedėti, pritemti sąmonė. Karščiavimas tęsiasi 3-4 valandas, po to temperatūra krinta, ligonis gausiai prakaituoja, jaučia silpnumą.

Paplitimas

Maliarija plačiai paplitusi tropiniuose ir subtropiniuose regionuose: Afrikos, Azijos, Lotynų Amerikos šalyse. 2011 m. vietinis maliarijos protrūkis, užregistruotas Graikijoje, parodo, kad egzistuoja reali grėsmė maliarijai plisti ir Europoje.

Dažniausiai į Lietuvą įvežama tropinė maliarija. Pastarąjį dešimtmetį daugiausia žmonių šia liga užsikrėtė Afrikoje (Nigerijoje, Ganoje, Angoloje, Zambijoje, Zaire, Libijoje) – 34 atvejai, Azijoje (Indijoje, Afganistane, Pakistane, Kazachstane, Tailande) – 4 atvejai, Pietų Amerikoje (Kolumbijoje) – 4 atvejai.

Dažniausiai maliarija įvežama iš Afrikos žemyno, nes daugelyje Afrikos uostų, kuriuose dirba jūreiviai, šios ligos atvejai nereti. Nuolat augant žmonių, darbo ar poilsio tikslais vykstančių į tropinius kraštus, skaičiui, didėja ir galimybė iš šių šalių įvežti maliariją. Anksčiau į Lietuvą maliarija buvo įvežama tik jūreivių bei karių, o pastaraisiais metais daugėja turistų, verslininkų įvežtinės maliarijos atvejų.

STATISTIKA

- PSO duomenimis, yra daugiau nei 100 šalių, kuriose galima užsikrėsti maliarija;
- Kasmet pasaulyje užregistruojama 650 mln. klinikinių maliarijos atvejų;
- Nuo šios ligos kasmet miršta 1,5-3 mln. žmonių, iš jų 1 mln. – vaikai iki 5 metų;
- Kasmet maliarija suserga daugiau nei 10 tūkst. turistų, iš kurių apie 1 proc. miršta nuo tropinės maliarijos.
- Lietuvoje kasmet užregistruojama po keletą įvežtinės maliarijos atvejų. Nuo 2001 m. iki 2010 m. įvežtine maliarija šalyje sirgo 41 asmuo, 3 iš jų mirė (visi nuo tropinės maliarijos).

Užsikrėtimo būdai

Paprastai maliarijos sukėlėjas plinta transmisiniu būdu: jį perneša Anohpeles genties uodai. Uodas įgelia maliarija sergančiam žmogui ir kartu su jo krauju įsisiurbia šios ligos sukėlėjų. Kuo aukštesnė aplinkos temperatūra, tuo greičiau maliarijos parazitai vystosi uodo organizme ir po 7–45 dienų uodas tampa pavojingas žmogui. Užsikrėtęs uodas, kąsdamas sveikam žmogui, kartu su savo seilėmis įleidžia ir daugybę maliarijos sukėlėjų, kurie su kraujo srove patenka į kepenų ląsteles, vėliau – į kraują ir eritrocitus. Eritrocituose sukėlėjai dauginasi: jiems plyšus, į kraują patenka nauji parazitai, kurie vėl skverbiasi į sveikus eritrocitus. Masinio eritrocitų žuvimo metu į kraują patekę sukėlėjai ir nuodingi jų apykaitos produktai sukelia karščiavimo arba būdingus maliarinio drugio priepuolius. Endeminėse vietovėse pasitaiko ir įgimtos maliarijos atvejų, kai parazitai užkrečia vaisių per pažeistą placentą ar gimdymo metu.

Profilaktika

Kiekvienas, vykstantis į šalis, kuriose paplitusi maliarija, privalo vartoti vaistus. Reguliarus vaistų vartojimas – viena svarbiausių maliarijos profilaktikos priemonių, apsaugančių žmogų nuo šios pavojingos ligos. Taip pat svarbu saugotis uodų įkandimo.

Profesinės rizikos pareigūnams, kontaktuojantiems su imigrantais iš endeminių maliarijos teritorijų, nėra.

VAKARŲ NILO KARŠTLIGĖ

Vakarų Nilo karštligė (Vakarų Nilo encefalitas) – tai transmisinė virusinė liga, pasireiškianti karščiavimu, gleivinių bei smegenų apvalkalų pažeidimu, kuria užsikrečiama įgėlus infekuotam uodui. Inkubacinis ligos periodas trunka 4–7 dienas, rečiau – apie 2 savaites. Net apie 80 proc. ligos atvejų jokie simptomai neišryškėja, penktadaliui užsikrėtusiųjų atsiranda karščiavimas, o vienam iš 150 užsikrėtusiųjų liga pasireiškia centrinės nervų sistemos pažeidimu.

Paplitimas

Tai liga, pirmą kartą nustatyta Afrikos žemyne 1937 m. Ugandoje iš sergančios moters kraujo. Migruojantys paukščiai virusą pernešė į Pietų Europą, o vėliau į Šiaurės Ameriką. Vakarų Nilo karštligės virusą platina Culex genties uodai. Liga yra sezoninio pobūdžio: ja sergama vasaros pabaigoje ar rudens pradžioje arba liūčių metu tropinėse šalyse.
Bendras mirštamumas nuo Vakarų Nilo encefalito siekia 12 proc., daugiau nei pusei ligonių po persirgtos ūminės ligos nustatomi liekamieji reiškiniai.

Profilaktika

Specifinių profilaktikos nuo Vakarų Nilo karštligės priemonių nėra, vakcina dar tik kuriama. Nespecifinei ligos profilaktikai priskiriamos šios priemonės: uodų kontrolė, kraujo donorystės ribojimai, individualios apsaugos priemonės nuo uodų.

Profesinės Vakarų Nilo karštligės perdavimo rizikos profilaktika

Profesinės rizikos pareigūnams, kontaktuojantiems su imigrantais iš endeminių Vakarų Nilo karštligės teritorijų, nėra.

STATISTIKA

- Pasaulyje tikslus Vakarų Nilo karštlige susirgusiųjų skaičiaus nėra žinomas, nes manoma, kad apie 80 proc. žmonių suserga lengva, besimptome šios ligos forma;
- Mirtingumo nuo šios ligos rodiklis svyruoja nuo 3 proc. iki 15 proc.;
- Dažniausiai Vakarų Nilo viruso infekcija registruojama Afrikoje, Azijoje, Šiaurės Amerikoje.
- Europoje 2011 m. Vakarų Nilo ligos protrūkiai ar pavieniai atvejai buvo patvirtinti Rumunijoje, Graikijoje, Italijoje, Ispanijoje, Albanijoje, Izraelyje, Rusijoje, Tunise, Turkijoje.
- Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, Lietuvoje 2005–2011 m. Vakarų Nilo karštligės atvejų nebuvo užregistruota.

DENGĖ KARŠTLIGĖ

Dengė karštligė yra ūmi virusinė uodų pernešama liga, kurią sukelia Dengė virusas. Skiriami 4 viruso serotipai, kurie gali sukelti klasikinę Dengė karštligę, sunkesnę ligos formą – Dengė hemoraginę karštligę ir Dengė šoko sindromą.

Ligos požymiai

Inkubacinis Dengė karštligės laikotarpis – 3–14 dienų; liga pasireiškia 3–5 dienas trunkančiu karščiavimu, galvos, sąnarių, raumenų skausmais, bėrimu, pykinimu ir vėmimu. Dažniausiai sergama lengva Dengė karštlige, kartais pasireiškia sunkesnė ligos forma – Dengė hemoraginė karštligė, kurios metu karščiuojama, kraujuojama, sumažėja trombocitų skaičius, padidėja kapiliarų pralaidumas. Dar sunkesnė ligos forma yra Dengė šoko sindromas. Neteisingai parinkus gydymą, mirštamumas nuo šios ligos gali siekti 15–40 proc. Dengė karštlige persirgusiems asmenims susidaro imunitetas prieš ligą sukėlusią viruso padermę.

STATISTIKA

- Per pastaruosius metus ši liga išplito į dešimtis šalių, nors iki pat 1970 m. ji buvo fiksuojama tik 9 valstybėse;
- Remiantis oficialia statistika, per metus Dengė karštlige užsikrečia apie 50 mln. žmonių;
- Neteisingai gydanti, mirštamumas nuo šios ligos gali siekti 15– 40 proc.
- Per pastaruosius dešimtmečius Dengė karštligė labiausiai paplito Centrinės ir Pietų Amerikos šalyse (Meksikoje, Karibų jūros salyne, Kolumbijoje, Bolivijoje, Ekvadore, Venesueloje, Brazilijoje, Paragvajuje). 2011 m. Brazilijoje patvirtinti apie 700 tūkst., Šri Lankoje – daugiau nei 23 tūkst. Dengė karštligės atvejų.
- Lietuvoje per pastarąjį dešimtmetį diagnozuoti 3 Dengė karštligės atvejai, paskutinis – 2011 m. Žmogus užsikrėtė kelionės Brazilijoje metu.

Paplitimas

Daugiausia Dengė infekcijos atvejų registruojama Pietryčių Azijoje, Amerikoje ir Ramiojo vandenyno vakarinėje dalyje. Sergamumo pakilimas stebimas lietinguoju laikotarpiu. Pastaraisiais metais dėl tokių laikotarpių pailgėjimo, pavyzdžiui, pietinėje Azijos dalyje užfiksuotas padidėjęs sergamumas Dengė karštlige, Šri Lankoje per 2011 m. birželio mėnesį – didžiausias sergamumas, keliose Indijos teritorijose – neįprastai didelis sergamumas šia liga. Panašios tendencijos stebimos ir kitur: Kambodžoje, Singapūre ir Vietname sergamumas Dengė karštlige 2011 m. buvo žymiai didesnis nei tuo pat metu 2010 m., keli ligos protrūkiai tęsiasi Filipinų archipelago šiaurėje, Taivane 2011 m. pirmą kartą registruotas Dengė karštligės atvejis. Neįprasta situacija susidarė ir Amerikoje: po lietingojo sezono padidėjęs sergamumas registruojamas Bahamų, Panamos ir Brazilijos teritorijose. Nuo 2003 m. 24-ose Amerikos žemyno šalyse ligos atvejai registruojami sausio–gegužės mėnesiais; šis laikotarpis sutampa su lietinguoju laikotarpiu daugelyje ligos apimtų šalių.

Ne endeminėse šalyse yra užregistruota keletas įvežtinių Dengė karštligės atvejų. Didžiausią susirūpinimą pasaulyje kelia potencialus Dengė karštligės plitimas iš endeminių teritorijų. Šis procesas susijęs su klimato atšilimu ir jo sąlygotu uodų populiacijos didėjimu.

Užsikrėtimo būdai

Viruso rezervuaras – žmonės ir beždžionės. Virusas žmogui perduodamas transmisiniu būdu, jį dažniausiai platina Aedes aegypti rūšies uodai. Užsikrėtęs žmogus virusą gali perduoti kitiems vabzdžiams karščiavimo periodo pabaigoje, kai uodas prisisiurbia kraujo.

Profilaktika

Asmenys, keliaujantys į endemines šalis, turi naudoti individualią apsaugą nuo uodų (tinkami rūbai, apsauginiai tinkleliai, uodus atbaidančios priemonės). Grįžus iš kelionės po endemines teritorijas ir per 3–14 dienas pradėjus karščiuoti, atsiradus sąnarių, raumenų bei galvos skausmams,

kraujavimui ir kt., būtina nedelsiant kreiptis medicininės pagalbos ir informuoti gydytoją apie buvusią kelionę.

Europoje vykdoma aktyvi žmonių epidemiologinė priežiūra – šių priemonių imtasi pietinėje Prancūzijos dalyje (nuo 2011 m. gegužės mėn. registruoti 7 Dengė karštligės atvejai). Dengė karštiligės profilaktika šioje šalyje stiprinama nuo gegužės iki lapkričio, kai yra aktyvūs įvežti ir čia išplitę Aedes albopictus rūšies uodai. Analogiškos epidemiologinės priežiūros priemonės taikomos ir Italijoje.

Europos ligų kontrolės ir prevencijos centras ragina gilinti europiečių turistų žinias apie Dengė karštligės profilaktiką, ypač individualią asmens profilaktiką.

Ši liga paplitusi kai kuriose Afrikos, Centrinės ir Pietų Amerikos šalyse. Geltonoji karštligė skirstoma į du tipus: miesto ir džiunglių. Miesto tipo (antroponoziniuose) židiniuose užkratą žmogui nuo žmogaus perneša Aedes aegypti rūšies uodai. Džiunglių karštligė yra platinama primatų Aedes ir Haemagogus genčių uodų, kurie užkratą nuo beždžionių perduoda žmonėms.

Profesinės Dengė karštligės perdavimo rizikos profilaktika

Profesinės rizikos pareigūnams, kontaktuojantiems su imigrantais iš Dengė endeminių teritorijų, nėra.

SVARBU

Vakcinos nuo Dengė karštligės nėra.

GELTONOJI KARŠTLIGĖ

Geltonoji karštligė – ypač pavojinga užkrečiama ūminė arbovirusinė liga, kuriai būdinga sunki eiga, karščiavimas, stipri intoksikacija, gelta, hemoraginis sindromas, inkstų ir kepenų pažeidimai bei didelis mirštamumas.

Paplitimas

Užsikrėtęs žmogus kaip infekcijos šaltinis pavojingiausias inkubacinio periodo pabaigoje ir pirmosiomis ligos dienomis. Vietos gyventojai geltonąja karštlige serga lengviau, nes yra atsparūs genetiškai. Liga itin pavojinga nesiskiepijusiems atvykėliams. Nevakcinuotų suaugusių asmenų mirštamumas siekia 10 proc., o susirgus sunkia ligos forma – net iki 50 proc.

Skiriami trys geltonosios karštligės viruso perdavimo ciklai:

- Miškų (džiunglių) – šis geltonosios karštligės viruso perdavimo ciklas vyksta Afrikos ir Pietų Amerikos džiunglėse tarp beždžionių ir uodų. Žmonės, gyvenantys ar dirbantys šiose teritorijose, gali užsikrėsti geltonąja karštlige įgėlus uodui.
- Tarpinis (savanų) – šis geltonosios karštligės viruso perdavimo ciklas būdingas Afrikai ir vyksta miškų pakraštyje, savanose. Jo metu uodai geltonosios karštligės virusą gali perduoti iš beždžionės žmogui arba iš žmogaus kitam žmogui. Dėl to gali kilti nedidelės geltonosios karštligės epidemijos kaimo vietovėse.
- Miesto – geltonąja karštlige užsikrėtę žmonės uodų išplatintą virusą gali pernešti į tankiai apgyvendintas miesto teritorijas. Jei jų gyventojai yra nepasiskiepiję, tai gali sąlygoti dideles epidemijas.

Užsikrėtimo būdai

Geltonąja karštlige užsikrečiama transmisiniu būdu – įgėlus virusu infekuotam Aedes spp. ar Haemogogus spp. uodui.

Profilaktika

Pagrindinė geltonosios karštligės profilaktikos priemonė yra vakcinacija. Nespecifinės, individualios apsaugos priemonės tik nežymiai sumažina infekcijos riziką. Skiepijant nuo geltonosios karštligės siekiama dviejų tikslų: apsaugoti keliautojus nuo susirgimo geltonąja karštlige ir apsaugoti šalis nuo šios ligos įvežimo galimybės. Visi vyresni nei 9 mėn. amžiaus asmenys, gyvenantys endeminėse geltonosios karštligės teritorijose, taip pat asmenys, turintys profesinę šios infekcijos riziką, skiepijami gyva geltonosios karštligės vakcina. Po 7–10 dienų susidaręs imunitetas gali išlikti iki 30–35 metų, tačiau revakcinaciją rekomenduojama atlikti kas 10 metų.

Tarptautinis pažymėjimas, patvirtinantis vakcinaciją nuo geltonosios karštligės, yra vienintelis šiuo metu privalomas pažymėjimas keliaujant į kai kurias šalis iš užkrėstų teritorijų ar tranzitu per jas.

Profesinės geltonosios karštligės perdavimo rizikos profilaktika

Profesinės rizikos Lietuvoje dirbantiems pareigūnams, kontaktuojantiems su asmenimis, atvykusiais iš endeminių teritorijų, nėra.

ĮDOMU

Viena iš dešimties baisiausių epidemijų žmonijos istorijoje – Memfio geltonoji karštinė. 1878 m., po Dešimties metų karo, tūkstančiai Kubos pabėgėlių paliko savo tėvynę ir emigravo į JAV, kartu su savimi išsiveždami ir geltonąją karštinę. Jungtinių Valstijų valdžia priėmė Karantino aktą, įpareigojusį atlikti karantiną infekuotuose laivuose, tačiau Naujasis Orleanas netrukus tapo geltonosios karštinės epidemijos židiniu. Iš viso Misisipės slėnyje geltonoji karštinė nusinešė 20 tūkst. žmonių gyvybes.

TMO VEIKLA PASAULYJE, SPRENDŽIANT SU SVEIKATA SUSIJUSIUS MIGRACIJOS KLAUSIMUS IR STABDANT INFEKCINIŲ LIGŲ PLITIMĄ

Tarptautinė migracijos organizacija (TMO) nuo pat įsikūrimo 1951 m. tarnauja judančiam pasauliui, padėdama migrantams ir vyriausybėms susidoroti su sudėtingiausiais migracijos iššūkiais. Viena iš TMO veiklos pasaulyje sričių – pagalba sprendžiant su sveikata susijusias migracijos problemas. Pagrindinės TMO veiklos kryptys šioje srityje yra:

- **Migrantų sveikatos vertinimas**
- **Migrantų sveikatos stiprinimas bei sveikos gyvensenos skatinimas priimančiose bendruomenėse**
- **Pagalba pokonfliktinėse bei stichinių nelaimių zonose**

MIGRANTŲ SVEIKATOS VERTINIMAS

TMO, siekdama padėti tiek migrantams, tiek juos priimančioms valstybėms, vykdo migrantų sveikatos vertinimo programas. Šių programų per pastarąjį dešimtmetį įgyvendinta itin daug – nuo 2001 m. iki 2010 m. paslaugas gavusių pabėgėlių ir migrantų skaičius beveik patrigubėjo ir pasiekė daugiau nei ketvirtį milijono.

Sveikatos vertinimo programos suteikia galimybę nustatyti įvairias infekcines ligas ir užkirsti kelią joms plisti tiek tarp migrantų (pvz., pabėgėlių ar perkeltųjų asmenų stovyklose), tiek juos priimančiose visuomenėse. Tai viena efektyviausių užkrečiamųjų ligų plitimo prevencijos priemonių.

Vykdant šią programą, įvertinama fizinė ir psichinė migrantų būklė tiek prieš jiems persikeliant (gaunant vizas ar leidimus gyventi), tiek jau atvykus į tikslo šalis.

Vertindama migrantų sveikatos būklę, TMO kartu atlieka ir prevencinį darbą – organizuoja švietimo kampanijas, konsultacijas dėl ŽIV/AIDS bei tuberkuliozės, renka bei analizuoja duomenis apie migrantų sveikatos būklę, dalijasi gerąja praktika bei padeda vyriausybėms formuojant ir įgyvendinant sveikatos apsaugos politiką.

Migrantų sveikatos vertinimą sudaro:
- Ligos istorijos bei skiepijimo (imunizacijos) istorijos įvertinimas;
- Išsamus fizinės ir psichinės sveikatos tyrimas;
- Klinikiniai/laboratoriniai tyrimai:
  - serologiniai tyrimai;
  - radiologiniai tyrimai (krūtinės ląstos rentgeno nuotraukos galimai tuberkuliozei nustatyti);
  - cheminės analizės tyrimai (kraujo ir šlapimo tyrimai);
- Specialistų konsultacijos (pagal poreikį);
- Genetiniai tyrimai (ypač šeimų susijungimo atvejais);
- Imunizacija (skiepijimas), diagnozuotų ligų gydymas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pabėgėlių/perkeltųjų asmenų stovyklose, tranzito centruose ir kitose laikino apgyvendinimo vietose;
- Medicininio eskorto, reikalingo kelionės metu, organizavimas;
- Imigracijos sveikatos formoms reikalingų dokumentų rengimas.

TMO VEIKLOS PAVYZDŽIAI
Tuberkuliozės prevencija ir kontrolė

2010 m. migrantų sveikatos vertinimo programos buvo vykdomos 60-yje šalių, jų metu aptikta 900 aktyvios plaučių tuberkuliozės atvejų. Tyrimų duomenys rodo, jog tuberkuliozės paplitimas tarp pabėgėlių yra beveik 4 kartus didesnis nei priimančioje visuomenėje. TMO biurai aktyviai veikia, kad būtų užtikrinta tuberkuliozės profilaktika ir kontrolė: atliekamos fizinės apžiūros, radiologiniai tyrimai, tuberkulino odos mėginių, tepinėlių tyrimai bei organizuojamas prevencinis darbas.

Nuotraukoje: TMO biuro Tailande darbuotojas konsultuoja įgyvendinant programą STOP TB (2007). Pasaulinės sveikatos organizacijos vertinimu (2009), Tailande kasmet tuberkulioze užsikrečia apie 91 000 žmonių; iš jų 5000–7000 tūkstančiai miršta.

TMO VEIKLOS PAVYZDŽIAI
Žmonių mobilumas ir ŽIV/AIDS

TMO aktyviai dalyvauja sprendžiant su pažeidžiamumu ir rizika užsikrėsti ŽIV/AIDS susijusias problemas visuose migracijos proceso etapuose. Pagrindinės TMO veiklos šioje srityje – ŽIV/AIDS prevencija ir tyrimai. TMO glaudžiai bendradarbiauja su politikos formuotojais sprendžiant klausimus, susijusius su gyventojų mobilumo sąlygotu ŽIV/AIDS plitimu: prisideda gerinant prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų; remia tarpvalstybinį ir tarpregioninį bendradarbiavimą; nustato ir skatina spręsti problemas, kylančias dėl diskriminacinių teisės aktų, pvz., privalomojo ŽIV testavimo. TMO siekia didinti specialistų gebėjimus užtikrinant savalaikių ir kokybiškų ŽIV/AIDS prevencijos, priežiūros ir gydymo paslaugų prieinamumą migrantams bei sumažinant užsikrėtimo ŽIV ir infekcijos perdavimo pavojų. Didelės ŽIV rizikos šalyse TMO taip pat teikia tiesiogines paslaugas migrantams, tokias kaip savanoriškas testavimas, konsultavimas prieš ir po ŽIV testų bei gydymas, kartu ir antiretrovirusiniais vaistais.

Nuotraukoje: ŽIV infekuoti pacientai laukia antiretrovirusinių vaistų klinikoje rytų Zambijoje (2008). TMO biuras Zambijoje įgyvendina projektus, skirtus užtikrinti ankstyvą ŽIV diagnozavimą, gydymą bei prevenciją. Manoma, jog vienas iš šešių Zambijos gyventojų yra užsikrėtęs ŽIV.

SVEIKATOS STIPRINIMAS BEI SVEIKOS GYVENSENOS SKATINIMAS

Sveikatos stiprinimas, sveikos gyvensenos skatinimas migrantų bei juos priimančių bendruomenių tarpe – dar viena svarbi TMO veiklos kryptis. TMO tiki, kad viena iš sėkmės sąlygų, sprendžiant sveikatos stiprinimo bei sveikos gyvensenos skatinimo klausimus, – aktyvi skirtingų organizacijų ar institucijų partnerystė. 2010 m., glaudžiai bendradarbiaujant su valstybinėmis bei nevyriausybinėmis organizacijomis, įgyvendinta 130 sveikatos stiprinimo bei sveikos gyvensenos skatinimo projektų įvairiose pasaulio šalyse. Vienas šių projektų tikslų – prisidėti prie infekcinių ligų plitimo mažinimo.

TMO VEIKLOS PAVYZDŽIAI
Prevencinė veikla sveikatos apsaugos srityje

TMO atlieka mokslinius tyrimus, teikia informaciją bei rekomendacijas valstybėms dėl prevencinių priemonių sveikatos apsaugos srityse, taip pat vykdo prevencines kampanijas migrantams, siekdama sumažinti ŽIV/AIDS, tuberkuliozės, kitų infekcinių ligų plitimą tarp migrantų. Pabėgėlių/perkeltųjų asmenų stovyklose, migrantų bendruomenėse TMO organizuoja prevencines veiklas, kurių metu moko migrantus laikytis higienos, skatina skiepų pagalba apsisaugoti ir apsaugoti savo vaikus nuo plintančių ligų. Vienas iš veiklos pavyzdžių – TMO dalyvavimas kasmetiniame Jungtinių Tautų organizacijos inicijuojamame Pasaulinės rankų plovimo dienos renginyje. Kartu su partneriais TMO organizuoja edukacinius renginius migrantų bendruomenėse įvairiose pasaulio šalyse. Pirmą kartą Pasaulinė rankų plovimo diena buvo paminėta 2008 m., siekiant priminti, kad švarios rankos gali išgelbėti daug gyvybių. Moksliniai tyrimai rodo, jog rankų plovimas su muilu gali sumažinti infekcinių ligų plitimą beveik 30 proc.

Nuotraukoje: migrantų vaikai dalyvauja Pasaulinės rankų plovimo dienos renginyje Kaire, organizuotame TMO biuro Egipte (2010).

PAGALBA POKONFLIKTINĖSE BEI STICHINIŲ NELAIMIŲ ZONOSE

Stichinės nelaimės, gamtinės katastrofos ar ginkluoti konfliktai, politiniai neramumai bei jų padariniai verčia gyventojus palikti savo kilmės šalis ir persikelti gyventi į saugesnes teritorijas. Dėl nepalankių išorinių aplinkybių (švaraus vandens trūkumo, netinkamų sanitarinių sąlygų, kilmės šalyje nevykdytos vakcinacijos, neįgyto imuniteto) perkeltiesiems asmenims, pabėgėliams bei juos priimančioms visuomenėms kyla pavojus užsikrėsti įvairiomis greitai plintančiomis infekcinėmis ligomis.

Siekdama sušvelninti nelaimių padarinius, TMO padeda migrantams ir vykdo šias veiklas:
- Organizuoja pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą vietos ar mobiliosiose klinikose;
- Vykdo tarptautinę medicininę evakuaciją;
- Rūpinasi migrantų sveikata jų perkėlimo ir/ar grįžimo į kilmės šalį metu;
- Teikia psichikos sveikatos ir psichosocialinės pagalbos paslaugas bei įvertina psichosocialinius poreikius;
- Organizuoja migrantų, sergančių užkrečiamomis ligomis, gydymą;
- Teikia medicinines paslaugas smurtą patyrusiems asmenims;
- Vykdo vakcinacijos programas;
- Įgyvendina buvusių kovotojų demobilizacijos ir integracijos programas bei teikia jiems sveikatos priežiūros paslaugas.

TMO taip pat nedelsdama įvertina, ar priimančių visuomenių sveikatos priežiūros paslaugos yra tinkamos, ar yra galimybių suteikti paslaugas migrantams, taip pat prisideda atkuriant sveikatos priežiūros sistemas, padeda užtikrinant jų funkcionavimą, didina vietinių sveikatos apsaugos darbuotojų gebėjimus bei dirba kartu su tarptautinėms medikų komandoms.

Nuotraukoje: medicininė evakuacija iš Libijos. TMO darbuotojai teikia pagalbą sergančiam Nigerio piliečiui (2011 m. balandžio 26 d.).

TMO VEIKLOS PAVYZDŽIAI
Pagalba pokonfliktinėse zonose

TMO biurai kartu su Jungtinių Tautų sistemai priklausančiomis organizacijomis pokonfliktinėse zonose bendradarbiauja steigiant mobiliąsias klinikas, kuriose teikia skubią medicininę pagalbą, atlieka vakcinaciją, taip pat vykdo sužeistųjų ar sergančiųjų pervežimus bei organizuoja vietinių medicinos darbuotojų mokymus.

TMO aktyviai bendradarbiauja su kitomis humanitarinėmis organizacijomis ir veikia pokonfliktinėse bei stichinių nelaimių zonose, kad būtų suteikta kiek galima didesnė pagalba tiek nukentėjusiems asmenims, tiek valstybėms ir kartu sumažintas galimas infekcinių ligų plitimas.

Glaudūs kontaktai, egzistuojantys ir tarp TMO misijų visame pasaulyje, iškilus būtinybei, leidžia pasinaudoti kitų misijų pagalba bei sukaupta daugiamete bei įvairialype patirtimi.

Nuotraukoje: TMO medicinos darbuotoja teikia pagalbą pabėgėliams iš Pietų Sudano teritorijų (2007 m.). Sudanas – didžiausia pagal plotą Afrikos šalis; po du dešimtmečius trukusio pilietinio karo 4 milijonai šios šalies gyventojų tapo pabėgėliais, kuriems reikėjo įvairios humanitarinės ir medicininės pagalbos.

DARBUOTOJŲ, KURIE SKIEPIJAMI DARBDAVIO LĖŠOMIS, PROFESIJŲ IR PAREIGYBIŲ SĄRAŠAS

Užkrečiamoji liga, nuo kurios skiepijama	Ekonominės veiklos rūšis, profesijos ir pareigybės*, kai darbuotojams gali būti pavojus susirgti užkrečiamąja liga	Aplinkybės, kurioms esant galima rizika
Gripas	6. Didelės rizikos grupės asmenys (pagal užsikrėtimo galimybes), visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 6.1. gynybos veikla (L 75.22); 6.2. teisingumo ir teisminė veikla (L 75.23), visuomenės saugumo ir teisėtvarkos veikla (L 75.24); 6.3. žmonių sveikatos priežiūros veikla (N 85.1); 6.4. socialinio darbo veikla (N 85.3); 6.5. kita veikla**.	Rizikos grupei priklausantys asmenys (pagal komplikacijų dažnį): turintys sąlytį su rizikos grupėmis ir daugeliu asmenų gripo epidemijos laikotarpiu.
Tymai	4. Visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 4.1. žmonių sveikatos priežiūros veikla (N 85.1); 4.2. kita veikla**.	Galimas sąlytis su tymais, epideminiu parotitu, raudonuke užsikrėtusiais ar sergančiais asmenimis (užkrečiamuoju laikotarpiu); sąlytis su tymų, epideminio parotito, raudonukės rizikos grupių asmenimis, kuriems šios užkrečiamosios ligos pavojingos dėl savo komplikacijų.
Meningokokinė infekcija	14. Veikla, susijusi su darbu šalyse, kuriose meningokokinė infekcija pasireiškia protrūkiais ir epidemijomis. 14.1. kita veikla**.	Darbas šalyse, kuriose meningokokinė infekcija pasireiškia protrūkiais ir epidemijomis, ypač jei galimas sąlytis su tų šalių gyventojais.
Difterija	1. Visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 1.1. žmonių sveikatos priežiūros veikla (N 85.1); 1.2. teisingumo ir teisminė veikla (L 75.23), visuomenės saugumo ir teisėtvarkos veikla (L 75.24); 1.3. gynybos veikla (L 75.22); 1.4. kita veikla**.	Galimas sąlytis su sergančiais difterija ar užkrato nešiotojais; darbas uždaruose kolektyvuose; darbas difterijos rizikos šalyse.

Hepatitas B	3. Visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 3.1. žmonių sveikatos priežiūros veikla (N 85.1); 3.2. teisingumo ir teismine veikla (L 75.23), visuomenės saugumo ir teisėtvarkos veikla (L 75.24); 3.3. kita veikla**.	Galimas sąlytis su krauju ar kita potencialiai infekuota biologine medžiaga; ilgalaikis darbas (daugiau 6 mėn.) endeminėse hepatito B šalyse.
Stabligė	2. Visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 2.1. žemės ūkio, medžioklės ir susijusių paslaugų veikla (A 01); 2.2. teisingumo ir teismine veikla (L 75.23), visuomenės saugumo ir teisėtvarkos veikla (L 75.24), priešgaisrinių tarnybų veikla (L 75.25); 2.3. gynybos veikla (L 75.22); 2.4. veterinarine veikla (N 85.2); 2.5. nuotėkų ir atliekų šalinimo, sanitarinių sąlygų užtikrinimo ir panašia veikla (O 90.00); 2.6. kita veikla**.	Darbas susijęs su galimais kūno dangų pažeidimais ir žaizdų užteršimu.
Hepatitas A	9. Visos profesijos ir pareigybės, susijusios su: 9.1. žmonių sveikatos priežiūros veikla (ypač asmenų su protine negalia slauga ir pan.), (N 85.1); 9.2. nuotekų ir atliekų šalinimo, sanitarinių sąlygų užtikrinimo ir panašia veikla (O 90.00); 9.3. kita veikla **.	Galimas sąlytis su hepatitu A užsikrėtusiais ar sergančiais asmenimis (užkrečiamuoju laikotarpiu); sąlytis su nuotekų valymo įrenginiais ir nuotekomis; darbas didelio endemiškumo hepatito A šalyse.
Poliomielitas	12. Veikla susijusi su darbu endeminėse poliomielito šalyse.	Galimas sąlytis su infekuota medžiaga.
Geltonasis drugys (geltonoji karštligė)	10. Veikla susijusi su darbu geltonojo drugio endeminėse šalyse.	Galimi infekuotų moskitų įkandimai.

*Darbdaviai (kaip nurodyta Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo (Žin., 2003, Nr.70-3170) 2 str. 2 d.), sudarydami darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašus, nurodo profesijų ir pareigybių pavadinimus ir kodus vadovaudamiesi Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr.252 „Dėl ekonominės veiklos rūšių klasifikatoriaus atnaujinimo“ (Žin., 2002, Nr.126-5744).

**kita veikla – bet kokia veikla, kai darbuotojas darbo metu gali būti veikiamas biologinio rizikos veiksnio ir darbuotojui yra tikimybė užsikrėsti bei susirgti užkrečiamąja liga. Darbdaviai savarankiškai priima sprendimą dėl kita veikla užimtų darbuotojų skiepijimo darbdavio lėšomis nuo užkrečiamųjų ligų.

Pastaba. Skiepijant turi būti atsižvelgiama į darbuotojų sveikatos būklę (galimas kontraindikacijas ir kitus veiksnius), vakcinos naudojimo indikacijas, ankstesnius skiepijimus, persirgtas užkrečiamąsias ligas.

TMO Vilniaus biuras
Jakšto g. 12, 4 aukštas
LT-01105 Vilnius

Tel.: +370 5 261 01 15
Fax: +370 5 261 13 26
www.iom.lt

2012