



ИНФЕКЦИИ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ

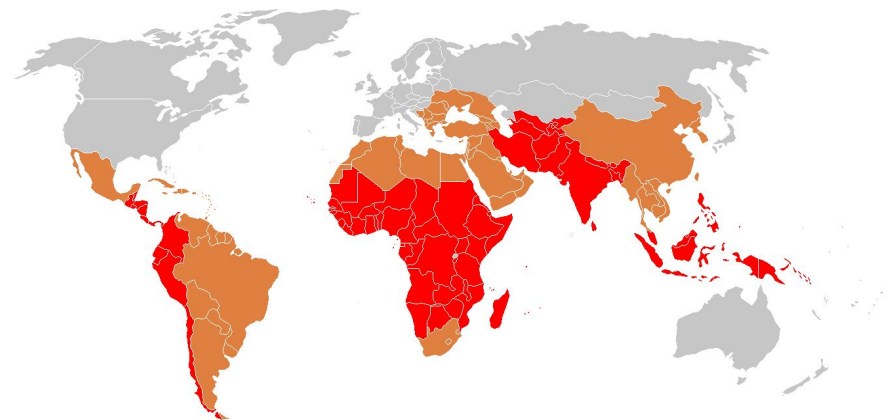
Работу выполнила студентка 6 курса, 63 группы
Могилёва Александра

Кто вызывает? Salmonella typhi

Пути передачи? Водный:

водоемы, колодцы, вода из под крана, лед в коктейлях. Пищевой: молочные продукты, мясной фарш. Контактнo-бытовой: через предметы.

Ареал распространения? Страны Африки, Юго-Восточной Азии, Океании, Центральной и Южной Америки .



Клиника? Инкубация: 7-25 дней.

БРЮШНОЙ ТИФ

Начало: постепенный подъем температуры до 39-40, слабость, головная боль, нарушение сна, бледность.

Разгар: лихорадка и интоксикация сохраняются, зеленоватый жидкий стул, болезненный при пальпации в прав.подвздошной области живот, **СЫПЬ НА 8-10-Й ДЕНЬ** (розеолы на передней брюшной стенке).

Что узнать из анамнеза?

Поездки в эндемичные по брюшному тифу страны?

Факт употребления недоброкачественной воды (небутилированная вода, коктейли на улице итд)?

Загрязненные продукты питания?

Контакт с больными кишечными инфекциями?

Лечение? Постельный режим! Стол №4! Ципрофлоксацин, цефтриаксон. Дезинтоксикационная + симптоматическая терапия.

Профилактика? Соблюдение правил гигиены; мытье овощей/фруктов обеззараженной водой; употребление бутилированной воды и проверенных продуктов питания; **вакцинация**; экстренная профилактика – брюшнотифозный

Кто вызывает? *Vibrio cholera*
(серовары O₁ и O₁₃₉; биотипы
vibrio cholerae classica и El-Tor)

Пути передачи? Водный.

Контактно-бытовой. Пищевой.

Ареал распространения? Страны
Африки (Ангола, Кения, Танзания,
Сомали, Бурунди, ДР Конго, Чад,
Свазиленд, Уганда) и Азии (Индия,
Непал, Йемен, Пакистан, Индонезия).



ХОЛЕРА

Клиника? Инкубация: 1-5 дней (чаще 2-3 дня).

Диарея (обильный водянистый жидкий стул, по типу «рисового отвара»); **БОЛЕЙ НЕТ; ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОРМАЛЬНАЯ;**
рвота **ПОСЛЕ** диареи (+ без тошноты). **ОБЕЗВОЖИВАНИЕ** (4 степени).

+ Что узнать из анамнеза?

Пребывание в эндемичных
по холере регионах?

Питье воды?

Купание?

Употребление продуктов,
привезенных из этих
регионов?

Лечение? **Регидратационная терапия в 2 этапа.** Пероральные препараты – регидрон; парентеральные – трисоль, ацесоль, хлосоль, квартосоль.

Антибиотики: ципрофлоксацин, доксициклин (в теч-е 5 дней)

Профилактика? Употреблять только приобретенные в санкционированных торговых точках питьевую воду и продукты питания. Использовать с рекреационной целью следует только проверенные водоемы и пляжи.

Кто вызывает? *Yersinia pestis*.

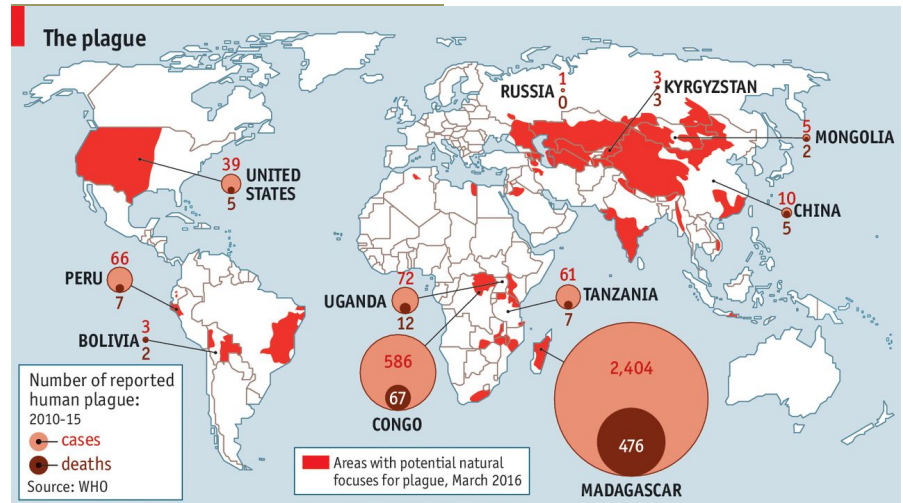
Пути передачи? Трансмиссивный: через укус блох.

Контактный: при разделке туш больных животных, уходе за больными.

Воздушно-капельный: от больного с легочной формой чумы, в лабораториях.

Алиментарный: употребление мяса зараженных животных (верблюды, зайцы).

Ареал распространения? Страны Африки (Ливия, Алжир, Ангола, Мадагаскар, ДР Конго, Мозамбик, Уганда, Кения, Танзания, Зимбабве), Азии (Китай, Монголия, Вьетнам, Мьянмар), Южной и Центральной Америки (Боливия, Бразилия, Эквадор, Перу).



Клиника?

Инкубация: 3-6 дней.

ЧУМА

Кожная форма: в месте укуса покраснение – фликтена – карбункул (после созревания лопается – черный струп, резко болезненный) + легкая/среднетяжелая интоксикация.

Бубонная форма: среднетяжелая/тяжелая интоксикация + бубон (бедренно-паховая, подмышечная обл., область шеи); бубон созревает, затем происходит разрешение (либо вскрывается с истечением жидкости шоколадного цвета, либо рассасывается/склерозируется).

Легочная форма: выраженная интоксикация (темп., озноб, сначала возбуждение, затем апатия, головная боль и во всем теле, рвота, сниж АД, тахикардия, ИТ делирий) + **легочные симптомы** (затрудненное дыхание, кашель с отделением кровавой мокроты, боль в груди, геморрагический отек легких) + **нарушение сознания** + геморрагическая сыпь + ИТШ.

Септическая форма: клиника ИТШ + геморрагический синдром (сыпь, кровоизлияния в коже, слизистых, ЖКК, легочные кровотечения).



Что узнать из анамнеза? Пребывание в эндемическом очаге? Контакт с больными людьми? Употребление в пищу грызунов, верблюжатины? Укусы блох? Условия проживания? Род деятельности?

ВАЖНО! Установить время появления первых признаков (озноб, лихорадка)!

Лечение? Антибиотикотерапия: стрептомицин, доксициклин, тетрациклин, рифампицин, хлорамфеникол (кож./бубон. ф. – не менее 7 дней, генерализ. ф. – не менее 10 дней). + дезинтоксикационная терапия, нутритивная, инотропная и респираторная поддержка, коррекция гемостаза.

Профилактика? Изоляция больного. Специфическая: живая или химическая **противочумная вакцина**; химиопрофилактика контактировавших людей: доксициклин.

Клиника? Инкубация: 1-10 дней.

Протекает в виде менингококкового **назофарингита** (интоксикационный и катаральный синдром), **пневмонии**, **менингококкемии**

(интоксикационный синдром, геморрагическая сыпь, менингизм),

менингита (интоксикационный, менингеальный синдром, общемозговая симптоматика),

менингоэнцефалита

(интоксикационный, менингеальный синдром, общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика)



МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Кто вызывает? *Neisseria meningitidis*

Пути передачи? **Воздушно-капельный:** чаще при тесном контакте.

Ареал распространения? Страны менингитного пояса: Центральная Африка (Эфиопия, Судан, Чад, Нигерия итд), Саудовская Аравия, Китай.



Что узнать из анамнеза?

Контакты с больными МИ?

Посещение эндемичных по
МИ очагов?

Сезонность?

Лечение? Пенициллин, цефтриаксон, левомецетин-сукцинат (при угрозе ИТШ). Дезинтоксикационная терапия. Глюкокортикостеридная терапия. Противосудорожные препараты. Жаропонижающую терапию.

Профилактика? **Вакцинация менингококковыми полисахаридными вакцинами.** Экстренная химиопрофилактика контактных лиц: азитромицин, амоксициллин, цефтриаксон, рифампицин. Наблюдение за контактными лицами в течение 10 дней.

Клиника?

Инкубация: 10-14 дней. Острое начало с лихорадки (длиться 12-14 дней), озноба, головной и мышечной боли, бессонницы. **На 4-5-й день розеолезно-петехиальная СЫПЬ** на груди, спине, боках, конечностях + **энантема** на слизистых. Поражение нервной (менингоэнцефалит + психические нарушения) и **сердечно-сосудистой** (артериальная гипотензия, тахикардия, дистрофические нарушения в миокарде) систем. Тифозный статус.



Кто вызывает? Rickettsia prowazekii

СЫПНОЙ ТИФ

Пути передачи? **Трансмиссивный**: втирание инфицированных экскрементов платяной вши при расчесывании места укуса. **Воздушно-пылевой**: при вдыхании пыли, содержащей экскременты.

Ареал распространения? Колумбия, Перу, Мексика, Бразилия; Эфиопия, Бурунди, Руанда.



Что узнать из анамнеза?

Пребывание в эндемичных
регионах?

Образ жизни пациента?

Социальные условия?

Наличие педикулеза?

Лечение? Тетрациклин, доксициклин (до 2-го дня нормальной температуры). Дезинтоксикационная, антиагрегантная, симптоматическая терапия.

Профилактика? Тщательная санитарная обработка больного, обеззараживание его одежды, а также одежды контактировавших с ним людей.

Живая комбинированная сыпнотифозная вакцина.

Клиника? Инкубация: 15-40 дней. 1-я фаза (лихорадка Оройя): ↑ температура до 39-40 в течение 10-30 дней, **выраженная интоксикация** (озноб, головные, мышечные боли, общее недомогание, анорексия, тошнота); **гепатоспленомегалия**; кровоизлияния на коже.

2-я фаза (бессимптомная): длится 3-6 мес, потом форма кожных высыпаний (**бугорки, пятна, подкожные узлы**), которая длится 2-3 месяца.



Кто вызывает? Bartonella bacilliformis

Пути передачи? Трансмиссивный: при укусе москита из рода Lutzomyia

Ареал распространения? Перу, Эквадор, Колумбия

М/б в виде отдельных заболеваний: лихорадка Оройя, перуанская бородавка (полиморфные, красно-пурпурные жесткие узлы, образованные разрастанием капилляров, на коже, реже слизистых).

БАРТОНЕЛЛЕЗ



Что узнать из анамнеза?

Пребывание в эндемичных
регионах?

Факты укусов?

Лечение? Хлорамфеникол ИЛИ стрептомицин ИЛИ тетрациклины. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция гемостаза. Витамины.

Профилактика? Защита от москитов (репелленты, сетки, закрытая одежда). Вакцины нет.

Кто вызывает? Plasmodium falciparum, vivax, ovale, malariae

Пути передачи? Трансмиссивный: при укусе комара рода Anopheles.

Ареал распространения? Страны Африки, Юго-Восточной Азии (Китай, Вьетнам, Филиппины, Тайланд, Малайзия, Индонезия), Центральной и Южной Америки (Боливия, Бразилия, Парагвай, Колумбия итд), Новая Гвинея)



Клиника?

Инкубационный период: 12-17 (vivax/ovale), 7-16 (falciparum).

Продрома: познабливание, недомогание, головная боль, субфебрилетет.

Разгар: малярийные пароксизмы сменяются периодами апирексии (при м.-falciparum может быть постоянная лихорадка). **МАЛЯРИЙНЫЙ**

ПАРОКСИЗМ: озноб-жар-пот. Гепатоспленомегалия.

МАЛЯРИЯ

+ Что узнать из анамнеза?

Выезжал ли в последнее время
в эндемичные по малярии
страны?

Кусали комары?

Переливание крови?

Купируется лихорадка?

Принимал противомаларийные
препараты и какие именно?

Лечение? *Vivax/ovale/malariae*: хлорохин + примахин.

Falciparum: (до 500 пар. на 100 лейкоц.) мефлохин + доксициклин
ЛИБО (больше 500 пар. на 100 лейкоц.) хинин + доксициклин

Профилактика? Защита от комаров (репелленты, закрытая
одежда, сетки, дезинсекция итд); **прием противомаларийных
препаратов** (мефлохин за 2 недели до-во время-4 недели после).

Кто вызывает? Антропонозный – *Leishmania tropica*, зоонозный – *L. major*.

Пути передачи? Трансмиссивный: Через укусы москитов из рода *Phlebotomus* в Старом Свете и из рода *Lutzomyia* в Новом Свете.

Ареал распространения? Страны Ближнего Востока, Юго-Восточной Азии, Северной Африки, Центральной и Южной Америки.



КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ

Клиника? **Зоонозный тип** – короткая инкубация (1-4 нед); быстро развивающаяся **язва** на мощном инфильтрате, **мокнущая с обильным серозно-гнойным отделяемым**; рубцуется через 3-6 месяцев; локализуется на конечностях.

Антропонозный тип – инкубация длительная (до года); сначала небольшой бугорок, локализующийся чаще всего на лице, через 3-6 месяцев изъязвляется, **язва сухая**; рубцуется через год.



Что узнать из анамнеза?

- Факт пребывания в эндемичных регионах?

Лечение? Амфотерицин В, препараты пятивалентной сурьмы, мултефозин.

Профилактика? Защита от москитов (репелленты, закрытая одежда, сетки), по минимуму выходить ночью из дома. Вакцины нет.

Кто вызывает? Антропонозный – *Leishmania donovani*, зоонозный – *L. infantum-chagasi*.

Пути передачи? Трансмиссивный: Через укусы москитов из рода *Phlebotomus* в Старом Свете и из рода *Lutzomyia* в Новом Свете.

Ареал распространения?

Антропонозный – в Африке и странах Южной Азии. Зоонозный – в странах Средиземноморья и Южной Америке



ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ

Клиника? Перемежающаяся лихорадка, потеря веса, **гепатоспленомегалия**, панцитопения.

Может протекать латентно при нормальном иммунном статусе (проявляется при иммунодефиците).



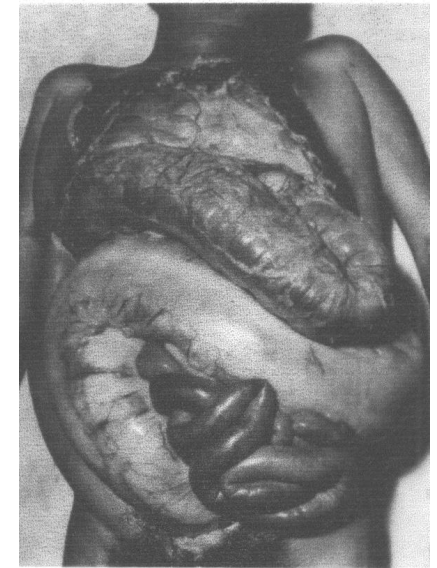
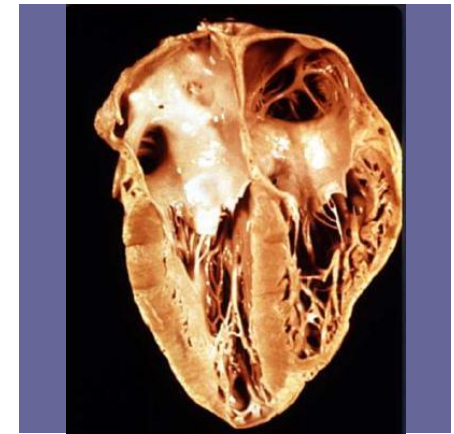
Что узнать из анамнеза?

- Факт пребывания в эндемичных регионах (даже если давно)?

Лечение? Амфотерицин В, препараты пятивалентной сурьмы, милтефозин.

Профилактика? Защита от москитов (репелленты, закрытая одежда, сетки), по минимуму выходить ночью из дома. Вакцины нет.

Клиника? Инкубация 10-12 дней. Острая стадия – лихорадка, **общая интоксикация** (озноб, недомогание, головная боль, миалгии, боль в глазах, рвота); м/б **первичный аффект** (шагома); полилимфаденопатия; гепатоспленомегалия; поражение сердечно-сосудистой системы; **менингоэнцефалит**. Хроническая – через 4-5 недель после острой стадии; протекает бессимптомно 10-20 лет; **прогрессирующая кардиомиопатия**; **«мегасиндром»** - расширение внутренних органов, особенно пищевода и толстого кишечника; поражение ЦНС.



АМЕРИКАНСКИЙ ТРИПАНОСОМОЗ (БОЛЕЗНЬ ШАГАСА)

Кто вызывает? *Trypanosoma cruzi*

Пути передачи? Трансмиссивный: при попадании экскрементов зараженных клопов из рода *Triatoma*.

Ареал распространения? Бразилия, Аргентина, Боливия, Венесуэла, Гватемала, Коста-Рика, Мексика, Перу, Чили, Уругвай.



Лечение?

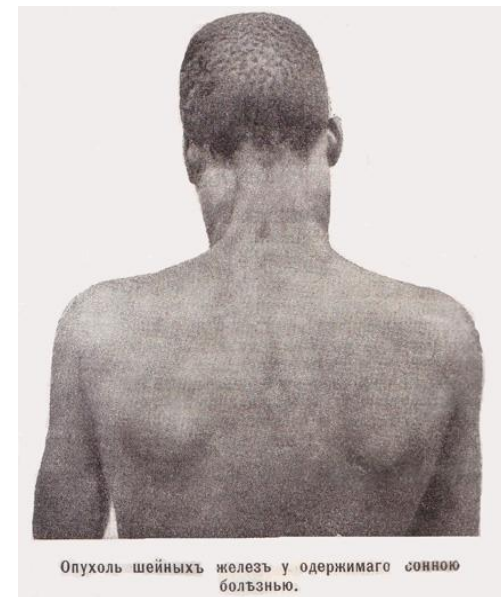
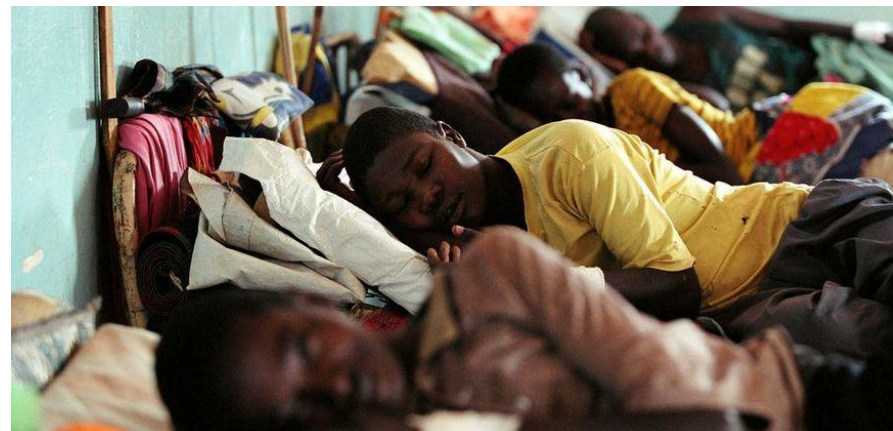
Острая стадия (50%) – бензнидазол, нифуртимокс.

Хроническая – только симптоматическая терапия + хирургическое лечение.

Профилактика? Избегать сна на соломе, земле, в хижинах; использование инсектицидов, надкроватных сеток.

Клиника? Родезийская форма – инкубация 1-3 недели; начинается **остро**, с лихорадкой (1-7 дней) и ранним поражением ЦНС (сначала бессонница, возбудимость, потом сонливость и оглушенность); лимфаденопатия; эритематозная сыпь на теле, плечах и бедрах; поражение сердца; быстро наступающий летальный исход.

Гамбийская форма – в течение **многих лет** может протекать **бессимптомно** или с небольшими проявлениями (периодическая лихорадка, слабость, нейропсихические изменения итд); лимфаденопатия; позднее поражение ЦНС – **диффузный менингоэнцефалит**.



Опухоль шейных желез у одержимаго сонною болъзною.

АФРИКАНСКИЙ ТРИПАНОСОМОЗ (СОННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Кто вызывает? *Trypanosoma rhodesiense*, *Trypanosoma gambiense*

Пути передачи? Трансмиссивный: при укусе мухи цеце.

Ареал распространения? *T. Rhodesiense* – Восточная и Южная Африка, *T. Gambiense* – Западная и Центральная Африка.



Лечение?

Ранняя стадия – сурамин, пентамидин.

Поздняя стадия – меларсопрол, эфлорнитин.

Профилактика? Борьба с мухами цеце (использование инсектицидов, применение отпугивающих средств)

Кто вызывает? Вирус денге (из рода Flavivirus)

Пути передачи? Трансмиссивный: при укусе комаров рода Aedes.

Ареал распространения? Страны Африки (Кения, Танзания), Азии (Йемен, Индия, Непал, Тайланд, Вьетнам, Малайзия, Индонезия, Филиппины итд), Центральной и Южной Америки (Мексика, Доминиканская республика, Коста-Рика, Куба, Бразилия, Перу, Венесуэла, Колумбия итд)

DO'S & DON'TS OF DENGUE

1 Remove water from coolers and other small containers at least once in a week

2 Use aerosol during day time to prevent the bites of mosquitoes

3 Do not wear clothes that expose arms and legs

4 Use mosquito nets or mosquito repellents while sleeping during day time

ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ



Что узнать из анамнеза?

Факт пребывания в эндемичных регионах?

Укусы комаров? Болел ли ранее ЛД?

Лечение?

Регидратационная терапия.

Противошоковая терапия.

Профилактика?

Защита от комаров (репелленты, закрытая одежда, сетки). Сливать воду из емкостей. **Вакцина Dengvaxia® (CYD-TDV)**, разработанная компанией Sanofi Pasteur.

Клиника? Инкубация: 3-15 дней.

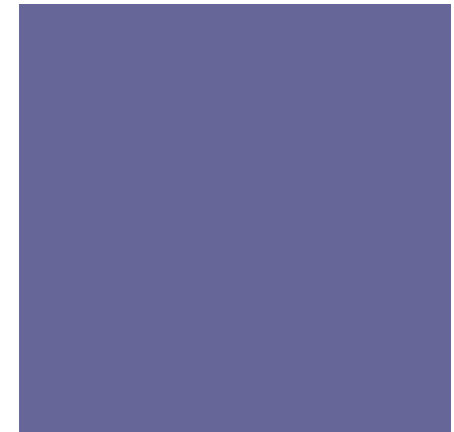
Классическая ЛД – 2-волновая лихорадка (3-4 дня – период апирекции – 1-3 дня); **синдром интоксикации** (слабость, головная, мышечная, суставная боль, боль в глазах, нарушение сна и аппетита); увеличены периферические л/у, на 5-6-й день сыпь на туловище, конечностях, зудит.

Геморрагическая ЛД (при повторном инфицировании) – лихорадка (2-7 дней); **синдром интоксикации** (озноб, головные боли, боли в животе, многократная рвота); гепатомегалия; **геморрагический синдром**; гиповолемический шок.

Кто вызывает? Вирус
Viscerophilus tropicus (род
Flavivirus)

Пути передачи? Трансмиссивный:
при укусе комаров рода Aedes и
Haemagogus.

Ареал распространения? От 42° сев.
шир. до 40° юж.шир. Страны Африки
(Кения, Демократическая Республика
Конго, Ангола, Камерун, Нигерия, Гана
итд), Южной Америки (Бразилия, Перу,
Венесуэла, Колумбия, Боливия,
Парагвай итд).



Клиника? Инкубация: 3-6 дней. **ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА**
Лихорадка (2-волновая); синдром интоксикации (озноб, головная и
мышечная боль, рвота, тахикардия), сначала лицо гиперемировано,
потом бледнеет; гепатоспленомегалия, **ЖЕЛТУХА**; геморрагический
синдром; ОПН.

6-7-й день болезни – критический период!

С 8-9-го дня улучшение.



Что узнать из анамнеза?

Факт пребывания в эндемичных регионах?

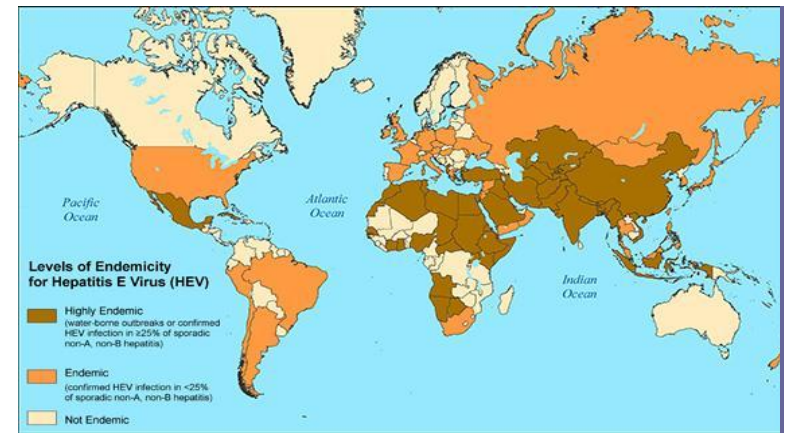
Укусы комаров?

Лечение? Постельный режим, обильное питье, щадящая диета; патогенетическая терапия; переливание крови/кровезаменителей; гемодиализ.

Профилактика? Защита от комаров (репелленты, закрытая одежда, сетки); **ВАКЦИНА** (за 10-14 дней до поездки, ревакцинация через 10 лет).

Клиника? Инкубация: 2-9 недель (в среднем 30 дней). Дожелтушный период: **диспептический синдром** (анорексия, тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье, диарея), интоксикация (темп., слабость), **артралгический синдром**; +↑АЛТ, АСТ. Желтушный период: **желтушный синдром**, причем на фоне желтухи состояние не улучшается.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ И ЛЮДЕЙ С ХРОН. ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ!



Кто вызывает? Hepatitis E Virus (род *Hepevirus*) **ГЕПАТИТ Е**

Пути передачи? **Водный**: неудовлетворительное санитарное состояние источников питьевого водоснабжения (вспышки). **Пищевой**: употребление термически не обработанных моллюсков и ракообразных, мяса и печени свиньи.

Ареал распространения? Страны Африки (Египет, Марокко, Алжир, Ливия, Эфиопия, Танзания, Кения итд), Азии (Турция, Казахстан, Вьетнам, Китай, Индия, Индонезия итд), Центральной Америки (Мексика, Куба)

+ Что узнать из анамнеза?

Пребывание в эндемичных
регионах?

Употребление не кипяченой воды?

Факт употребления недостаточно
обработанных мяса свиней,
моллюсков, ракообразных,
немытых овощей/фруктов?

Несоблюдение правил личной
гигиены?

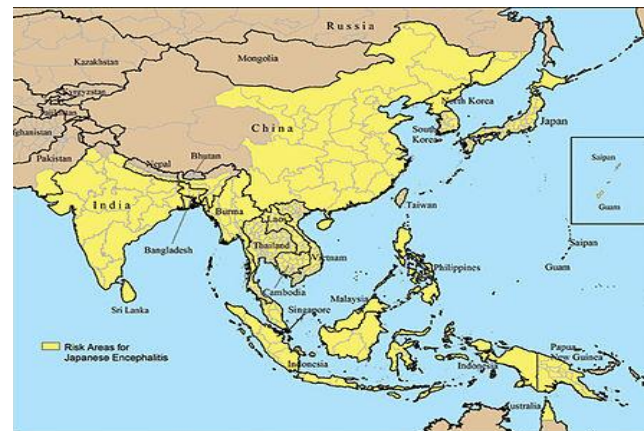
Профилактика? Соблюдение правил личной гигиены, мытье рук безопасной водой; воздержание от употребления воды из неизвестных источников (в т.ч. льда); достаточная термическая обработка мяса и тщательное мытье овощей/фруктов безопасной водой.

Вакцина есть в Китае, но ВОЗ не рекомендует, т.к. нет достаточной информации.

Клиника? Инкубация: 5-15 дней.

Только у 1% инфицированных развивается симптоматика. Лихорадка, синдром интоксикации (озноб, недомогание, головная боль, рвота, миалгии, гиперемия лица, тахикардия). Серозный менингит.

Острый энцефалит – паркинсонизм (брадикинезия, маскообразное лицо, ригидность по типу «зубчатого колеса», постуральная неустойчивость), полиомиелитоподобные **вялые параличи**, судороги, кома.



ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Кто вызывает? Вирус японского энцефалита (род Flavivirus).

Пути передачи? **Трансмиссивный**: при укусе комара рода Culex.

Ареал распространения? Страны Азии (Индия, Китай, Япония, Корея, Тайланд, Вьетнам, Индонезия итд). Риск инфицирования повышается при длительном проживании в районах распространения.



Что узнать из анамнеза?

- Пребывание в эндемичных регионах?
- Факты укусов комаров?

Лечение? Этиотропного лечения нет. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Профилактика? Защита от комаров (репелленты, закрытая одежда, сетки).

- **Вакцина Ixiaro** (в 2 этапа с перерывом в 28 дней, последняя доза вводится как минимум за 1 неделю до поездки)



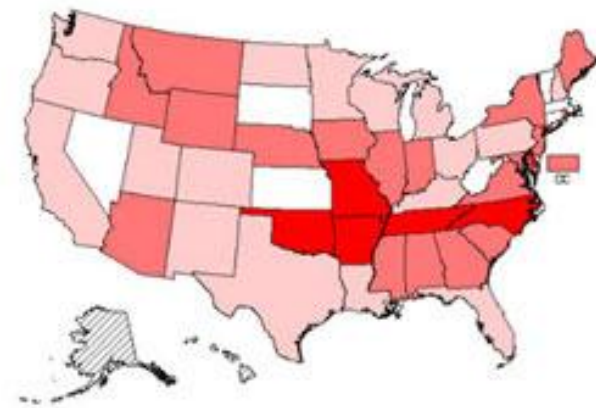
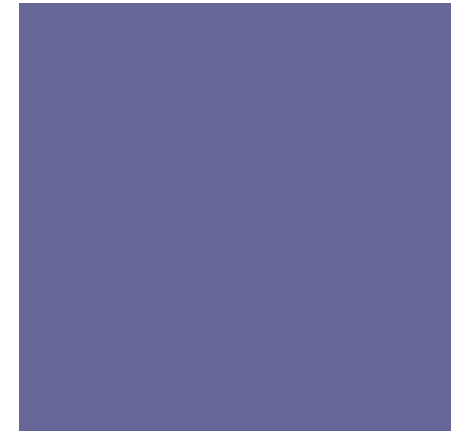
Кто вызывает? Rickettsia rickettsii

Пути передачи?

Трансмиссивный: при укусе клеща Dermacentor andersoni

Ареал распространения?

США, Канада, Бразилия, Колумбия



ПЯТНИСТАЯ ЛИХОРАДКА СКАЛИСТЫХ ГОР



Что узнать из

анамнеза? Пребывание в эндемичной местности?

Укусы клещей за 5-14 дней до появления симптоматики?

Лечение? Доксициклин (до 3-го дня нормальной температуры) ИЛИ хлораменикол (7 дней).

Профилактика? Защита от клещей (закрытая одежда итд).

Клиника? Инкубация: 3-14 дней. Начало с озноба, темп. 39-41, слабость, головная боль, миалгии, артралгии. Острый период - 2-3 нед.

Интоксикационный синдром: лихорадки, головная боль, нарушение сознания, возбуждение, бред. **На 2-4-й день сыпь** (конечности→тело→голова (в т.ч. и волосистая часть) →ладони/подошвы) сначала макуло-папулезная, потом петехиальная. Энантема на конъюнктиве и мягком небе.

Тромбогеморрагический синдром: носовые кровотечения, рвота кофейной гущей, повыш.кровооточивость, кровоизлияния в кожу вплоть до некротизации отдельных участков. Признаки поражения ЦНС.

Клиника? Инкубация: 2-4 недели.
Острый описторхоз выявляется у впервые заболевших, хронический – у жителей эндемических районов.

Лихорадка (2-3 недели),
уртикарные высыпания, миалгии,
артралгии; **поражение печени**
(желтуха, боли в правом
подреберье); поражение ЖКТ
(тошнота, рвота, вздутие живота,
расстройство стула).



ОПИСТОРХОЗ

Кто вызывает? *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinus*

Пути передачи? Поедание инвазированной рыбы (карповые).

Ареал распространения? *O. viverrini* – страны Юго-Восточной Азии (Таиланд, Лаос, Вьетнам, Камбоджа),

O. felinus – России, Украины, Казахстана (бассейны рек).



Что узнать из анамнеза?

Нахождение в эндемичном районе?

Употребление в пищу недостаточно хорошо обеззараженной рыбы?

Лечение? Альбендазол, хлоксил, празиквантел.

Профилактика? Следует употреблять в пищу только хорошо проваренную и прожаренную, тщательно просоленную рыбу. Избегать сырой, слабо проваренной или прожаренной, малосольной рыбы, строганины.

Клиника? Желудочно-кишечные

проявления: боли в эпигастрии, вздутие живота, поносы и запоры, тошнота, рвота, снижение аппетита, потеря веса.

Легочные проявления: продуктивный кашель, иногда с кровью, одышка.

Кожные проявления: страдает кожа ног, но возможно появление высыпаний на любых участках, контактировавших с землёй; волдыри розового цвета, зудят и «ползут» по коже (образуются *larva currens*).

Поражение нервной системы: головная боль, признаки менингита, кома.



СТРОНГИЛОИДОЗ

Кто вызывает? Strongyloides stercoralis (круглые черви)

Пути передачи? Внедряются через неповрежденную кожу.

Ареал распространения? Во влажных тропиках и субтропиках, в меньшей степени в зоне умеренного климата.



Лечение? Ивермектин,
альбендазол, мебендазол

Профилактика?

Необходимо избегать хождения босиком, лежания на земле без подстилки. В целях исключения пищевого пути заражения - тщательное мытье овощей, зелени, ягод.

+ ВАКЦИНАЦИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВАКЦИНА	КАК И КОГДА?
Брюшной тиф	Вакцина Ty21a, Вианвак, Тифим Ви, Тифивак	За 10-14 дней до поездки (для некоторых вакцин за 1-2 месяца)
Холера	Вакцина WC/rBS (Dukoral)	2 дозы внутрь с интервалом в 7 дней; последняя доза должна быть принята за 7-10 дней до поездки
Чума	Вакцина чумная живая сухая	Накожно/подкожно/внутрикожно, однократно, за 10-14 дней до поездки
Менингококковая инфекция	Menactra, Menveo, Menomune	Однократно внутримышечно за 10-14 дней до поездки
Японский энцефалит	Вакцина Ixiaro	Внутримышечно, в 2 этапа с интервалом в 28 дней, последняя доза за 1 неделю до поездки
Желтая лихорадка	YF-Vax (Sanofi Pasteur)	Однократно подкожно, за 10-14 дней до поездки

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

+

