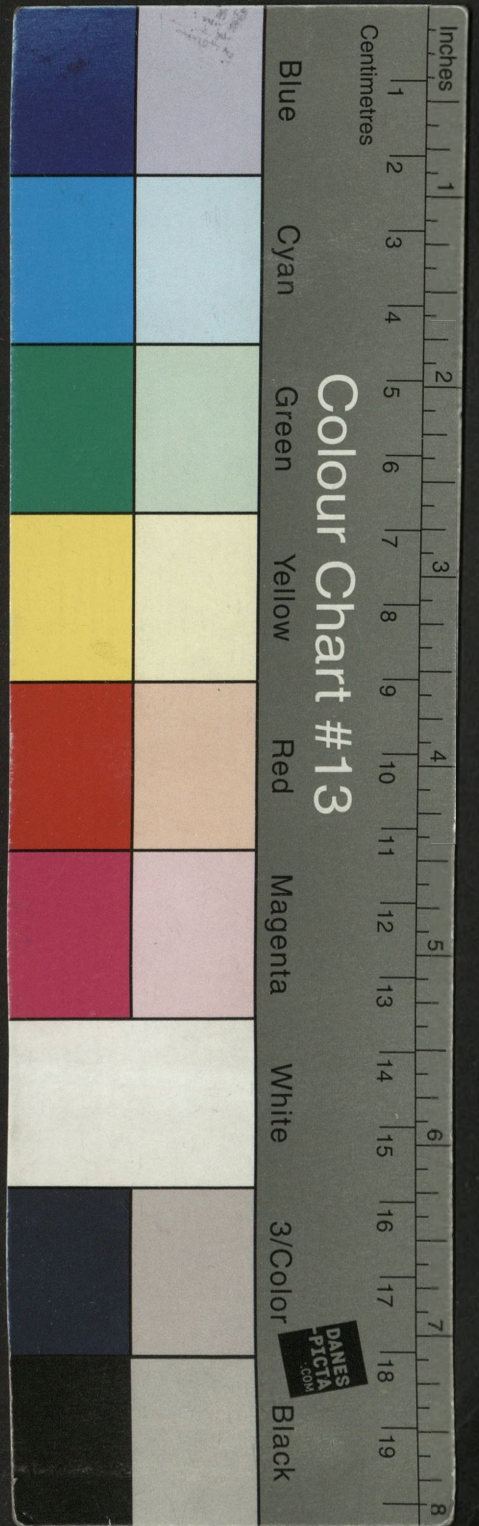


MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. 35/54

PRZEWODNIK
DLA PRACOWNIKÓW
SŁUŻBY ZDROWIA WP
W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA
I ZWALCZANIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH
I ZACHOROWAŃ MASOWYCH

WYDAWNICTWO MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ
1954



MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. 35/54

PRZEWODNIK
DLA PRACOWNIKÓW
SŁUŻBY ZDROWIA WP
W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA
I ZWALCZANIA CHORÓB ZAKAŻNYCH
I ZACHOROWAŃ MASOWYCH

WYDAWNICTWO MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ

1954

ARKUSZ DOSTRZEŻONYCH BŁĘDÓW

w „Przewodniku dla pracowników służby zdrowia WP w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zachorowań masowych“

Str.	Wiersz		Wydrukowano:	Powinno być:
	od góry	od dołu		
12	9 kol. 2		Jak przy durze rzekomym B	Odporności brak
12		8 i 9 kol. 2	Przez całe życie	Długotrwała
18	2		dezynfekcję	dezynsekcję
41		5	gorące suche powietrze	lizol
43			Skreślić cały pkt 9	
44	Tabela nr 9 pkt 1		Proszki: Azotox, Dust i podobne	Proszki: Azotox, DDT i podobne
44	Tabela nr 9 pkt 2		Płyny dezynsekcyjne: cuprex, nafta i inne	Płyny dezynsekcyjne: emulsje azotoxu, cuprex, nafta i inne
44	Tabela nr 9		Skreślić cały pkt 5	
53	17		dezynfekcji odzieży	dezynsekcji odzieży

MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. 35/54

P R Z E W O D N I K
D L A P R A C O W N I K Ó W
S Ł U Ż B Y Z D R O W I A W P
W Z A K R E S I E Z A P O B I E G A N I A
I Z W A L C Z A N I A C H O R Ó B Z A K A Ź N Y C H
I Z A C H O R O W A Ń M A S O W Y C H

WYDAWNICTWO MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ

1 9 5 4

355R:616

Warszawa, dnia 12 listopada 1954 r.

ZARZĄDZENIE Nr 45/GZT

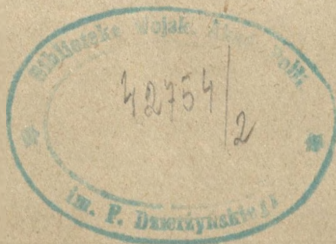
Zatwierdzam i wprowadzam do użytku „Przewodnik dla pracowników służby zdrowia WP w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zachorowań masowych“.

Jednocześnie traci moc obowiązującą „Przewodnik dla pracowników służby zdrowia WP w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zachorowań masowych“, wydany przez Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy w 1948 roku.

SZEF TYLÓW WOJSKA POLSKIEGO

FRANCISZEK CYMBAREWICZ

general brygady



TREŚĆ

Str.

Część I

CHOROBY ZAKAŻNE I ZATRUCIA POKARMOWE ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE

Rozdział I. Wiadomości ogólne o chorobach zakaźnych	7
1 i 2 Definicja chorób zakaźnych	7
3 Przyczyny chorób zakaźnych. Zarazki	7
4 Źródła zakażenia	7
5 Nosiciele i siewcy zarazków	8
Rozdział II. Siły obronne organizmu	11
6 Odporność organizmu	11
7 Odporność czynna i bierna	11
8 Alergia organizmu	13
Rozdział III. Drogi szerzenia się chorób zakaźnych i wrota zakażenia	
9 Wrota zakażenia	13
10 Drogi szerzenia się chorób zakaźnych	13
Rozdział IV. Okresy chorobowe w chorobie zakaźnej	14
11 Okres wylęgania	14
12 Okres zwiastunów chorobowych	15
13 Okres objawowy	15
14 Okres zdrowienia	16
Rozdział V. Podstawowe zasady zwalczania chorób zakaźnych	16
15 Plan pracy przeciwepidemicznej	16
16 Obserwacja pododdziału	16
17 Ewidencja i meldunki	16
18 Dochodzenie epidemiologiczne	16
19 Izolacja chorych	16
20 Skierowanie do szpitala	16
21 Kwarantanna	16
22 Dezynfekcja i dezynsekcja	16
23 Dyscyplina i porządek w szpitalach zakaźnych	18
24 Wykrywanie nosicieli zarazków	18
25 Nadzór sanitarno-higieniczny	18
26 Praca sanitarno-oświatowa	18
27 Specyficzne środki zapobiegawcze	19
Rozdział VI. Technika dochodzeń epidemiologicznych	19
28 Dane ogólne	19
29 Schemat dochodzenia epidemiologicznego	19
30 Pobieranie i przesyłanie materiału do badań laboratoryjnych	20

Rozdział VII. Izolacja, transport i kierowanie chorych do szpitala oraz postępowanie z osobami stykającymi się z chorymi lub materiałem zakaźnym	25
31 Uwagi ogólne	25
32 Izolacja chorego	25
33 Transport chorego	26
34 Umieszczenie chorego w szpitalu	26
35 Postępowanie z ludźmi stykającymi się z chorym do czasu jego izolacji	26
36 Postępowanie z ludźmi stykającymi się z chorym w czasie jego choroby	40
Rozdział VIII. Dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja	40
37 Uwagi ogólne	40
38 Dezynfekcja (odkażanie)	40
39 Odkazanie w wojsku	41
40 Środki odkażające	41
41 Dezynsekcja	44
42 Deratyzacja	46
Rozdział IX. Specyficzne środki zwalczania epidemii	46
43 Szczepienia ochronne	46
44 Bakteriofagi	46
45 Surowice	46
46 Przesącze bakteryjne	47
47 Środki farmaceutyczne	47
Rozdział X. Podstawowe zasady zapobiegania chorobom zakaźnym	47
48 Uwagi ogólne	47
49 Zwiad sanitarny	47
50 Obserwacja sanitarna	48
51 Likwidacja źródeł zakażenia	48
52 Izolacja źródeł zakażenia	48
53 Praca sanitarno-oświatowa	48
54 Nadzór i kontrola sanitarna	49
Rozdział XI. Szczepienia ochronne	49
55 Szczepienia ochronne w wojsku	49
56 Rodzaje szczepień ochronnych	49
57 Plan szczepień	50
58 Przeciwwskazania do szczepień	50
59 Pomieszczenia do przeprowadzania szczepień	51
60 Przygotowania do szczepień	51
61 Odpowiedzialność za przeprowadzanie szczepień	51
62 Przeprowadzanie szczepień	51
63 Zachowanie się w okresie szczepień	52
Rozdział XII. Ewidencja, sprawozdawczość i meldunki	52
64 Ewidencja	52
65 Meldunki	52
66 Sprawozdania	53
Rozdział XIII. Choroby pasożytnicze	53
67 Świerzb	53
68 Wszawica	53
69 Zapobieganie wszawicy	53
70 Zwalczanie wszawicy	54
Rozdział XIV. Zatrucia pokarmowe niezakaźne	54
71 Uwagi ogólne	54
72 Rodzaje zatruc	54
73 Dochodzenie epidemiologiczne	54
74 Ewidencja, meldunki i sprawozdawczość	55

Część II
MASOWE ZACHOROWANIA NIEZAKAŻNE

A. Hypo- i awitaminozy

Rozdział I. Rodzaje hypowitaminoz lub awitaminoz	59
75 Uwagi ogólne	59
76 Ewidencja, meldunki i sprawozdawczość	60

B. Masowe zachorowania

Rozdział II. Przegrzanie i porażenie słoneczne	61
77 Przegrzanie i porażenie słoneczne	61
Rozdział III. Odparzenia i otarcia	61
78 Uwagi ogólne	61
79 Zapobieganie odparzeniom i otarciom	62
80 Leczenie odparzeń i otarć	62
Rozdział IV. Odmrożenia	62
81 Uwagi ogólne	62
82 Zapobieganie	62
Rozdział V. Ewidencja, sprawozdawczość i meldunki	62

SPIS TABEL

<i>Tabela nr 1</i> — Zarazki częściej spotykanych lub groźniejszych chorób zakaźnych	8
<i>Tabela nr 2</i> — Okres trwania odporności w różnych chorobach zakaźnych	12
<i>Tabela nr 3</i> — Drogi szerzenia się chorób zakaźnych	13
<i>Tabela nr 4</i> — Okresy wylegania częściej występujących lub groźniejszych chorób zakaźnych	15
<i>Tabela nr 5</i> — Technika pobierania materiału do badań laboratoryjnych	21
<i>Tabela nr 6</i> — Rodzaje i sposoby pobierania materiału do badań laboratoryjnych w różnych chorobach zakaźnych	23
<i>Tabela nr 7</i> — Czas izolacji chorych zakaźnie i osób z ich otoczenia	27
<i>Tabela nr 8</i> — Tabela sposobów i środków odkażania	42
<i>Tabela nr 9</i> — Środki i sposoby dezynsekcji	44
<i>Tabela nr 10</i> — Niszczenie różnych pasożytów i owadów	44
<i>Tabela nr 11</i> — Zapobieganie i pierwsza pomoc w przypadkach zatrucia pokarmowych	56
<i>Tabela nr 12</i> — Zapobieganie hypo- i awitaminozom oraz zwalczanie ich	59

CZĘŚĆ I

CHOROBY ZAKAŻNE i ZATRUCIA POKARMOWE ZAPOBIEGANIE i ZWALCZANIE

ROZDZIAŁ I

WIADOMOŚCI OGÓLNE O CHOROBACH ZAKAŻNYCH

1. Chorobami zakaźnymi nazywamy wszystkie choroby wywołane przez:

- a) wtargnięcie drobnoustrojów do organizmu poprzez właściwe dla nich wrota zakażenia;
- b) związanie się zarazka lub jego jadów z odpowiednimi tkankami ustroju;
- c) przełamanie sił obronnych ustroju przez rozwój zarazka lub wytwarzane jady;
- d) powstanie odczynu ze strony organizmu w postaci objawów chorobowych.

2. Pod określeniem „choroby zakaźne“ będziemy rozumieć w dalszym ciągu „Przewodnika“ tylko te schorzenia, które stanowią dla wojska niebezpieczeństwo pod względem możliwości wywoływania epidemii. Fominięte zostaną takie schorzenia zakaźne, jak angina lub płatowe zapalenie płuc, a także inne schorzenia zakaźne nie występujące w postaci epidemii.

3. Przyczyny chorób zakaźnych. Zarazki

Drobnoustroje, które po wtargnięciu do organizmu mają zdolność przełamania jego sił obronnych i powodowania powstawania choroby zakaźnej po odpowiednim okresie wylęgania, nazywamy drobnoustrojami chorobotwórczymi lub zarazkami.

4. Źródła zakażenia

Źródło zakażenia jest to środowisko (chory człowiek, nosiciel, chore zwierzę), w którym zarazek przebywa w warunkach naturalnych i mnoży się. Czynnikiem przenoszącymi zakażenie mogą być wszelkie zakażone przedmioty, woda, żywność, wydaliny chorego, owady itp.

5. Nosiciele i siewcy zarazków

Ludzie i zwierzęta w czasie choroby zakaźnej lub przez pewien czas po jej przebyciu wydają zarazki zdolne do zakażenia ludzi zdrowych. Takich ludzi lub zwierzęta nazywamy nosicielami zarazków. Ludzie i zwierzęta, które nie chorowały na jakąś określoną chorobę zakaźną, a mimo to również wydają z organizmu zarazki zdolne do zakażenia innych, nazywamy siewcami zarazków.

Tabela nr 1

ZARAZKI CZĘŚCIEJ SPOTYKANYCH LUB GROŹNIEJSZYCH CHOROÓB ZAKAŹNYCH

Nazwa choroby	Nazwa zarazka	Zdolność życiowa zarazków w źródłach zakażenia
Dur plamisty (osutkowy)	Riketsja Prowazeka	W organizmie wszy odzieżowej, pozostawionej na bieliźnie i odzieży, riketsje zachowują zdolność życiową w ciągu 4—6 tygodni. W kale wszy — do 12 miesięcy
Dur powrotny	Krętek duru powrotnego	W krwi wysanej od chorego przez wiesz od 14 dni do kilku tygodni, najdłużej w temperaturze pokojowej
Dur brzuszny	Pałeczka duru brzuszego Bro- wicz-Eberth- Gaffky	W wodzie bieżącej 10 dni, w wodzie stojącej, w mule strumieni i studzien, zależnie od temperatury — do kilku miesięcy, w lodzie — do kilku miesięcy; w jamach i ziemi gruntowej — powyżej miesiąca; w surowym mleku, w chłodzie — do 35 dni, w mleku kwaśnym — 1 dzień; na owocach i jarzynach surowych 5—10 dni; w różnych środkach spożywczych (masło, ser, mięso) od 1 do 3 miesięcy; w bieliźnie, odzieży, na naczyniach kuchennych i stołowych — do 2 tygodni.
Dur rzekomy A	Pałeczka duru rzekomego A	Jak dla pałeczki duru brzusznego

Nazwa choroby	Nazwa zarazka	Zdolność życiowa zarazków w źródłach zakażenia
Dur rzekomy B	Pałeczka duru rzekomego B	Jak dla pałeczki duru brzuszego
Zatrucia pokarmowe zakaźne	Grupa Salmonelli	Jak dla pałeczki duru brzuszego
Czerwonka bakteryjna	Pałeczki czerwono- kowe Shiga-Kruse, Shiga-Sonne, Hiss-Flexner, Schmitz-Stutzer i inne	W ziemi wilgotnej — kilka miesięcy, mogą zimować pod śniegiem; w brudnej bieliźnie — kilka tygodni; na chlebie, owocach, jarzynach surowych — do 2 tygodni; w przetworach mlecznych 8—10 dni; w jelicie much — 10 dni
Porażenie dziecięce nagminne	Zarazek przesy- czalny	Szybko ginie w temp. 50° C, wrażliwy na działanie promieni pozafioletkowych i środków utleniających;
Ospa prawdziwa	Zarazek przesy- czalny ospy	W stanie wysuszonym, jak również przy zamrożeniu — kilka lat
Brucelozy	Pałeczka gorączki maltańskiej i brucelozy owiec, pałeczka ronienia zakaźnego krów (Bang) i pałeczka brucelozy świń (Traum)	W mleku — 20 — 60 dni; w kwaśnym mleku — do 21 dni; w serze i bryndzy — 1,5 — 2 miesiące
Leptospirozy, żółtaczka zakaźna (choroba Weila)	Leptospira ictero- haemorrhagica	W wodach otwartych — kilka miesięcy; w produktach żywnościowych zakażonych wydaliniami szczurów — do 2,5 miesiąca; w ziemi i w wodzie zakażonej moczem chorych — do 72 dni; w kurzu i na zakażonej odzieży — do 72 dni
Tularemia	Pałeczka tularemii	W wysuszonych skórkach gryzoni — do 3 miesięcy; w ziarnkach zbóż i furazu zakażonych przez chore gryzonie — kilka tygodni; w wodzie — do 3 miesięcy
Cholera	Przecinkowiec cholery (Koch)	W wydalinach 2 — 3 dni; w brudnej bieliźnie — 12 dni;

Nazwa choroby	Nazwa zarazka	Zdolność życiowa zarazków w źródłach zakażenia
		w głębszych warstwach ziemi — do 2 miesięcy; w wodach odkrytych — do 3 miesięcy; w mleku i serze — 16 dni; w maśle — do 30 dni; w owocach i jarzynach surowych 10 — 12 dni; w zwłokach zmarłych na cholere 3 — 4 tygodni
Zimnica (malaria)	Plazmodium zimnicy	W krwi pobranej od chorego przechowywanej w zimnie — kilka dni; w organizmie komara (widliszek) 3 — 4 miesięcy
Tężec	Laseczka tężca	Przez długie lata w ziemi, w kurzu, pajęczynie
Zgorzel gazowa	Grupa laseczek beztlenowych	Jak dla tężca
Wąglik	Laseczka wąglika	Dziesiątki lat w ziemi i na jej powierzchni, latami — w skórach, sierści i innych produktach zwierzęcych
Nosacizna	Pałeczka nosacizny	W wydzielinach śluzowych jamy nosowej chorych — do 3 miesięcy
Dżuma	Pałeczka dżumy	W ropie i wyschniętym śluzie — kilka miesięcy; w odzieży i bieliźnie — 1 miesiąc; w organizmie pcheł — do 2 miesięcy; w zwłokach — do 5 miesięcy; (przy niskiej temp. — do 1,5 roku)
Nagminne zapalenie opon mózgowych	Dwoinka zapalenia opon mózgowych	Szybko ginie przy świetle słonecznym, przy dostępie powietrza i przy wysychaniu
Plonica	Paciorkowiec ropny	Streptokoki zachowują swą zjadliwość ponad pół roku
Błonica	Maczugowiec błonicy (Löffler)	W nalotach — do 3 miesięcy; na słońcu ginie w ciągu kilku godzin; w mleku i w wodzie żyje do 3 tygodni

Nazwa choroby	Nazwa zarazka	Zdolność życiowa zarazkow w źródłach zakażenia
Odra	Zarazek przesączalny odry	Szybko ginie przy wysychaniu i pod wpływem światła
Krztusiec (koklusz)	Pałeczka krztuśca (Bordet-Gengou)	Szybko ginie przy wysychaniu i pod wpływem światła
Ospa wietrzna	Zarazek przesączalny ospy wietrznej	Szybko ginie przy wysychaniu i pod wpływem światła
Wścieklizna	Zarazek przesączalny wścieklizny	Szybko ginie przy wysychaniu i pod wpływem światła
Nagminne zapalenie przyusznic	Zarazek przesączalny	Szybko ginie przy wysychaniu

ROZDZIAŁ II

SIŁY OBRONNE ORGANIZMU

6. Odporność organizmu

Zdolność organizmu do obrony przed różnymi zachorowaniami, ogólną i wrodzoną, nazywamy odpornością organizmu. Stanowi ona również czynnik obrony przed zachorowaniem na choroby zakaźne.

7. Odporność czynna i bierna

Po przebyciu choroby zakaźnej lub po wprowadzeniu do organizmu zarazków żywych czy martwych powstaje w ustroju odporność czynna na przebytą chorobę lub na chorobę, którą wywołują wprowadzone zarazki. Odporność czynna nie jest jednakowa dla wszystkich chorób zakaźnych: trwa krócej lub dłużej. Również okres odporności czynnej po szczepieniu (wprowadzeniu szczepionki do organizmu) dla różnych chorób jest różny. Odporność bierną uzyskuje organizm po wprowadzeniu surowicy z przeciwciałami przeciwko jednej z chorób zakaźnych. Odporność taka jest krótkotrwała — przeciętnie trwa dwa do trzech tygodni.

**OKRES TRWANIA ODPORNOŚCI W RÓŻNYCH CHOROBAH
ZAKAŻNYCH**

Nazwa choroby	Czas trwania odporności		po wprowadzeniu surowicy
	po przechorowaniu	po szczepieniu ochr.	
Dur osutkowy	Przeważnie stała, długotrwała	W I roku 3 — 6 miesięcy, w II i nast. 3 — 10 miesięcy	Bez znaczenia
Dur powrotny	Długotrwała	Nie stosuje się	Bez znaczenia
Dur brzuszny	10 do 15 lat	½ — 1 rok	Bez znaczenia
Dur rzekomy A	10 do 15 lat	½ — 1 rok	Bez znaczenia
Dur rzekomy B	10 do 15 lat	½ — 1 rok	Bez znaczenia
Zatrucia pokarmowe	Jak przy durze rzekomym B	Nie stosuje się	Bez znaczenia
Czerwonka bakteryjna	10 do 15 lat	½ — 1 rok	2 — 3 tygodni
Grypa	6 — 9 tygodni	Krótkotrwała (w doświadczeniach)	Bez znaczenia
Porażenie dziecięce nagminne	Długotrwała	Nie stosuje się	Bez znaczenia
Ospa prawdziwa	Przez całe życie	Do 7 lat	Bez znaczenia
Brucellozy			
Leptospirozy			
Tularemia			
Cholera	3 — 5 lat	½ — 1 rok	Bez znaczenia
Zimnica	Nie daje odporności		Nie stosuje się
Tężec	Nie znany	1 — 2 lat	2 — 3 tygodni
Zgorzel gazowa	Nie znany	Nie stosuje się	2 — 3 tygodni
Wąglik	Nie znany	Nie stosuje się	2 — 3 tygodni
Nosacizna	Nie znany	Do kilku lat	Nie stosuje się
Dżuma	Nie znany	Krótkotrwała	Nie stosuje się
Nagminne zapalenie opon mózgowych	Krótkotrwały	Nie stosuje się	Do 2 tygodni
Płonica	Przez całe życie	Długotrwała	2 — 3 tygodni
Błonica	Przez całe życie	Długotrwała	2 — 3 tygodni
Krztusiec (koklusz)	Przez całe życie	Krótkotrwała	Nie stosuje się
Ospa wietrzna	Przez całe życie	Nie stosuje się	Nie stosuje się
Odra	Przez całe życie	Nie stosuje się	3 — 4 tygodni
Wścieklizna		Krótkotrwała	Nie stosuje się
Rzeżączka	Krótkotrwały	Krótkotrwała	Nie stosuje się
Kiła	Nie znany	Nie stosuje się	Nie stosuje się
Wrzód miękkki	Nie znany	Nie stosuje się	Nie stosuje się
Zapalenie przyusznicy nagminne	Przez całe życie	Nie stosuje się	Nie stosuje się

8. Alergia organizmu

Stan zmienionego oddziaływania ustroju na różne czynniki, powstały po wtargnięciu zarazków lub ich jądów do organizmu, nazywamy innoczynnością lub alergią organizmu.

ROZDZIAŁ III

DROGI SZERZENIA SIĘ CHORÓB ZAKAŻNYCH I WROTA ZAKAŻENIA

9. Wrotami zakażenia nazywamy miejsca, przez które dany zarazek musi przeniknąć do organizmu, by po pokonaniu jego sił obronnych wywołać chorobę zakaźną.

10. Drogami szerzenia się chorób zakaźnych nazywamy wszelkie sposoby i drogi, jakimi ze źródeł zakażenia zarazki dostają się do wrót zakażenia, wywołując w następstwie w organizmie chorobę zakaźną. Obrazuje je nam niżej podana tabela.

Tabela nr 3

DROGI SZERZENIA SIĘ CHORÓB ZAKAŻNYCH

Drogi szerzenia się chorób zakaźnych	Nazwa choroby	Uwagi
Bezpośredni kontakt z chorym lub nosicielem zarazków	Dżuma (postać płucna), cholera azjatycka, dur brzuszny i i rzekome A i B, czerwonka bakteryjna, nosacizna, ospa, płonica, błonica, odra, ospa wietrzna, świnka, grypa, krztusiec, nagminne zapalenie opon mózgowych, wąglik, brucelozy, rzeżączka, kiła, wrzód miękki	
Przez powietrze (zakażenie kropelkowe)	Dżuma (postać płucna), ospa, błonica, płonica, odra, krztusiec, nosacizna, ospa wietrzna, grypa, świnka, nagminne zapalenie opon mózgowych, dur osutkowy	W krztuscu — w okresie końcowym wylegania i w okresie nieżytowym na początku okresu kaszlu napaadowego
Przez ziemię gruntową	Teżec, wąglik, dur brzuszny, i rzekome A i B, czerwonka bakteryjna, cholera, brucelozy, zgorzel gazowa	

Drogi szerzenia się chorób zakaźnych	Nazwa choroby	Uwagi
Przez wodę do picia	Cholera, dur brzuszny i rzekome A i B, czerwotka bakteryjna, tularemia, leptospirozy, brucelozy, czerwotka pelzakowa	
Przez produkty spożywcze	Dżuma (przez mięso gryzoni chorych na dżumę), dur brzuszny i rzekome A i B, zatrucia pokarmowe pochodzenia zakaźnego, czerwotka bakteryjna, brucelozy, tularemia, leptospirozy	— przez mleko, bryndzę i ser — przez pokarmy zakażone wydaliniami chorych gryzoni — przez kiełbasę, konserwy mięsne i rybne, owoce oraz przez pewne gatunki ryb
Przez przedmioty domowego użytku (bielizna, odzież, mieszkanie i inne)	Dżuma Cholera, dur brzuszny i rzekome A i B, czerwotka, ospa wietrzna, ospa prawdziwa, błonica, płonica Grypa, nagminne zapalenie opon mózgowych Nosacizna, tężec Wąglik	— w obecności szczurów i pcheł — przez bieliznę, naczynia, książki, zabawki, miejsca ustępowe — szczególnie przez chustki do nosa — przez bieliznę i odzież zanieczyszczoną ziemią — futra, wołók, szczotki, pędzle do golenia
Przez owady i zwierzęta	Dur osutkowy i powrotny Malaria Dżuma Tularemia Leishmaniozy Cholera, dur brzuszny, rzekome A i B, czerwotka bakteryjna, ospa, wąglik Wścieklizna Nosacizna Brucelozy	— wesz odzieżową — komara widliszka — pchły i szczone — pchły, kleszcze i muchy — bąki, moskity — muchy — zwierzęta — jednokopytne zwierzęta — bydło rogate

ROZDZIAŁ IV

OKRESY CHOROBY W CHOROBY ZAKAŻNEJ

11. Okres wylęgania

Okres choroby zakaźnej od momentu wtargnięcia zarazków do organizmu do chwili wystąpienia objawów chorobowych jest okresem wylęgania. Dla różnych chorób zakaźnych jest on różny. Znaj-

mość okresów wylegania dla poszczególnych chorób zakaźnych ma ogromne znaczenie tak w pracy przeciwepidemicznej jak w rozpoznawaniu chorób zakaźnych i w ich leczeniu, w pobieraniu materiału do badań laboratoryjnych oraz w postępowaniu z chorymi.

12. Okres zwiastunów chorobowych

Okres zwiastunów chorobowych występuje zwykle w końcu okresu wylegania dając różnorodne objawy występujące przeważnie we wszystkich chorobach zakaźnych, przy czym niektóre z tych objawów są charakterystyczne dla pewnych chorób. Czas trwania tego okresu jest różny i nie da się ściśle określić.

13. Okres objawowy

Po okresie wylegania występują często burzliwe objawy typowe dla danej choroby zaraźliwej. Jest to okres objawowy choroby zakaźnej. Ma on ogromne znaczenie przy rozpoznaniu choroby, jak również dla prac przeciwepidemicznych i dla pobierania materiału do badań laboratoryjnych. Należy go przeto dokładnie poznać z podręczników chorób zakaźnych.

Tabela nr 4

OKRESY WYLEGANIA CZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH LUB GROŹNIEJSZYCH CHOROBY ZAKAŹNYCH

L. p.	Nazwa choroby	Okresy wylegania w dniach			Uwagi
		średnio	najmniej	najwięcej	
1	Grypa	2	1	3	
2	Nagm. zapal. opon mózg. — rdz.	2	kilka	7	
3	Płonica	7	godzin kilka godz.	14	
4	Błonica	5	2	8	
5	Odra	11	6	18	u szczepionych do 28 dni
6	Krztusiec	5	2	15	
7	Ospa wietrzna	14	10	28	
8	Świnka	18	3	22	
9	Tęžec	14	1	35	
10	Wąglik	3	kilka godzin	8	
11	Wścieklizna	40	8	60	rzadko do roku
12	Nosacizna	7	3	14	
13	Tularemia	8	2	14	
14	Dur brzuszny	15	7	21	
15	Dur rzekomy A	8	2	14	
16	Dur rzekomy B	4	3	6	
17	Czerwonka bakteryjna	3	2	7	
18	Czerwonka amebowa	7	2	21	



L. p.	Nazwa choroby	Okresy wylegania w dniach			Uwagi
		średnio	najmniej	najwię- żej	
19	Porażenie dziecięce nagminne	2	5 — 15	25	
20	Ospa prawdziwa	13	5	15	
21	Dur powrotny	11	4	20	
22	Dur plamisty	8	3	14	
23	Zimnica	12	6		do kilku miesięcy
24	Brucelezy	14	7	21	
25	Dżuma	5	kilka godz.	10	
26	Cholera	2	„ „	5	
27	Botulizm	12	1—2 godz.	14	
28	Leptospirozy (żółtaczką zakaźną Weila)	7	3—4 „	20	
29	Zgorzel gazowa (zakażenie przyran- ne)	3	1	—	
30	Zakaźne zapalenie mózgu	—	—	—	

14. Okres zdrowienia

Po okresie objawowym następuje w niektórych chorobach zakaźnych gwałtowne, w innych łagodne, stopniowe ustępowanie objawów chorobowych; jest to okres zdrowienia organizmu. Ma on duże znaczenie dla prac przeciwepidemicznych i dla leczenia chorego.

ROZDZIAŁ V

PODSTAWOWE ZASADY ZWALCZANIA CHOROÓB ZAKAŹNYCH

Planowanie środków i sposoby zwalczania chorób zakaźnych

15. Po stwierdzeniu u żołnierza choroby zakaźnej należy natychmiast opracować plan pracy przeciwepidemicznej, przewidzieć środki i sposoby zapobiegania szerzeniu się tej choroby w oddziałach oraz przystąpić energicznie do wykonania planu. Plan postępowania powinien uwzględniać, co następuje:

16. Pododdział, w którym zdarzył się wypadek zachorowania, należy poddać dokładnej obserwacji. Wszyscy żołnierze, szczególnie sąsiedzi i koledzy najczęściej przebywający ostatnio z chorymi, powinni być kontrolowani, a podejrzani o zachorowanie natychmiast izolowani w izbie chorych oddziału. Również starannie i dokładnie muszą być kontrolowane warunki higieniczne zakwaterowania, zaopatrzenia w żywność i wodę do picia, higieny osobistej, higieny ćwiczeń. Szczególną uwagę należy zwracać na kon-

tyngent nowowcielonych oraz warunki higieniczne otoczenia i ludności cywilnej.

17. Każdy wypadek zachorowania należy zapisać w specjalnej księdze ewidencji i zameldować o nim natychmiast przełożonemu fachowemu. Ma to ogromne znaczenie w ustalaniu warunków i przyczyn wybuchu epidemii i w jej zwalczaniu.

18. W każdym wypadku zachorowania na chorobę zaraźliwą należy przeprowadzić dochodzenie epidemiologiczne. Ma ono na celu rozpoznanie choroby, ustalenie źródła i dróg zakażenia oraz wybór środków i sposobów służących do zapobiegania szerzeniu się choroby zaraźliwej. Polega ono na dokładnym zwiadzie sanitarnym, wybadaniu chorego, jego kolegów i otoczenia oraz pobraniu materiału do badań laboratoryjnych.

19. Izolacja chorych

W każdym wypadku podejrzenia o chorobę zaraźliwą chorego należy natychmiast izolować. Nie wolno chorego gorączkującego lub z podejrzeniem o chorobę zaraźliwą pozostawiać w pododdziale na obserwacji. Izolować chorych należy w oddziałowej izbie chorych, w „izolatorze“ na okres potrzebny do dostarczenia transportu i przygotowania dokumentów (skierowania do szpitala zakaźnego).

20. Skierowanie do szpitala.

Chorego podejrzanego o chorobę zakaźną należy umieścić w szpitalu najpóźniej w ciągu 24 godzin od momentu stwierdzenia pierwszych objawów.

21. Kwarantanna

Po stwierdzeniu w oddziale choroby zakaźnej, którą cechuje duża zaraźliwość przez kontakt bezpośredni z chorymi (dżuma, cholera, ospa prawdziwa, dur plamisty, dur powrotny) wyznaczamy dla oddziału tego kwarantannę. Polega ona na dokładnym odizolowaniu całego oddziału lub pododdziału od innych oddziałów i ludności cywilnej i ma na celu staranne przeprowadzenie wszystkich prac przeciwepidemicznych oraz ujawnienie wszystkich chorych w okresie wyługania.

22. Dezynfekcja i dezynsekcja

W pomieszczeniach, w których przebywał chory na chorobę zaraźliwą do czasu izolacji, należy w dniu izolacji chorego przeprowadzić dezynfekcję.

Po stwierdzeniu zachorowania na dur brzuszny, dury rzekome A i B, czerwonkę, cholere, zatrucia pokarmowe zakaźne, porażenie dziecięce nagminne, prócz dezynfekcji końcowej przeprowadzać należy codziennie i systematycznie bieżącą dezynfekcję ustępów, śmietników oraz jam na śmieci i odpadki.

Po stwierdzeniu zachorowania na dur plamisty lub powrotny, należy przeprowadzać dezynfekcję pomieszczeń jednocześnie z zabiegami dezynsekcyjno-kąpielowymi dla ludzi przebywających w kontakcie z chorymi, przy bardzo starannym przestrzeganiu zasad i porządku zabiegów, kąpeli oraz dezynsekcji. Dla celów zapobiegawczych w odpowiednich okresach szczególnie związanych z szerzeniem się choroby zaraźliwej przeprowadzać należy walkę z pasożytami, owadami (muchy i komary) według odpowiednich instrukcji.

23. Dyscyplina i porządek w szpitalach zakaźnych

Szpitala i oddziały zakaźne mogą stać się źródłem i przyczyną szerzenia się chorób zakaźnych w wypadkach nieprzestrzegania zasad higieny i niestosowania przepisów i instrukcji przeciwepidemicznych. a w szczególności:

- a) nieprzestrzegania zabiegów sanitarno-higienicznych u przyjmowanych zakaźnie chorych;
- b) nieprzeprowadzania w oddziałach bieżącej dezynfekcji;
- c) przedwczesnego wypisywania chorych lub ozdrowieńców;
- d) nieprzeprowadzania dezynfekcji wydzielin i wydaliny, które mogą się dostać do zbiorników wód i rzek.

24. Wykrywanie nosicieli zarazków

Wykrywanie nosicieli i siewców zarazków ma szczególne znaczenie w zapobieganiu szerzeniu się chorób zaraźliwych przez pokarm i wodę. W związku z tym personel zatrudniony w dziale żywnościowym, a więc magazynierzy, kucharze, piekarze, sprzedawcy produktów żywnościowych, a także pracownicy urzędów wodnych powinni być badani nie rzadziej niż dwa razy do roku. Żołnierze, którzy chorowali na dur brzuszny, dury rzekome lub czerwonkę mogą być dopuszczeni do pracy w zespole żywnościowym, pod warunkiem zachowania zasad, wyszczególnionych w tabeli nr 7 („Czas izolacji chorych zakaźnie i osób z ich otoczenia“).

W innych zachorowaniach, zależnie od przypadków, przeprowadza się badania doraźne.

25. Nadzór sanitarno-higieniczny

W okresie występowania chorób zaraźliwych nadzór sanitarno-higieniczny wprowadzony przez przepisy sanitarno-higieniczne musi być wzmocniony i zaostrzony.

26. Praca sanitarno-oświatowa

W okresie występowania chorób zaraźliwych należy wzmocnić pracę sanitarno-oświatową. Podkreślić w niej należy przyczyny i powody szerzenia się chorób oraz sposoby zapobiegania im i zwalczania.

27. Specyficzne środki zapobiegawcze

W zależności od rodzaju i charakteru choroby zakaźnej przeprowadzić należy dla części lub całego stanu osobowego oddziału szczepienia ochronne, zastosować podawanie bakteriofagu, surowicy leczniczej lub specjalnych środków leczniczo-zapobiegawczych (sulfonamidy, środki przeciwmalaryczne).

ROZDZIAŁ VI

TECHNIKA DOCHODZEŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH

28. Dane ogólne

Dochodzenia epidemiologiczne przeprowadza lekarz. Na podstawie symptomatologii chorego i badań laboratoryjnych należy jak najszybciej ustalić rozpoznanie. Dokładnie zebrać wszelkie dane o zakaźnie chorym, o okolicznościach i przyczynach sprzyjających powstawaniu choroby. Uzasadnione i opracowane wnioski ułatwiają opracowanie planu pracy przeciwepidemicznej. Przedmiotami dochodzeń są: a) zespoły ludzkie, b) otoczenie, c) warunki życia.

Sposoby dochodzeń:

- a) zapoznanie się z materiałem statystycznym dotyczącym zachorowań w oddziale;
- b) zbadanie stanu sanitarno-higienicznego terenu zakwaterowania, pomieszczeń, zaopatrzenia w żywność i wodę do picia, ustępów itp. oraz stanu sanitarnego danej miejscowości (ludność cywilna);
- c) zbadanie ludzi wszystkich lub wybranych oraz dokładne zebranie wywiadów dotyczących zachorowań i styczności z chorymi;
- d) badania laboratoryjne, w zależności od rodzaju choroby.

29. Schemat dochodzenia epidemiologicznego

W zależności od rodzaju choroby, należy zbierać dane według niżej podanego schematu:

1. Ustalenie rozpoznania na podstawie objawów chorobowych i zwiadu.
2. Ustalenie liczby chorych do dnia dochodzeń, z rozbiciem na liczbę zachorowań w poszczególnych dniach.
3. Ustalenie miejsca i warunków pobytu chorych w dniu zachorowania i w okresie wylegania (czy byli wówczas w styczności z chorymi). Zachorowalność wśród ludności cywilnej.
(W zatruciach pokarmowych ustalić związek zachorowania ze spożytą strawą lub produktami żywnościowymi).

4. Podział chorych według przydziałów służbowych do poszczególnych pododdziałów i według zajmowanych kwater (w celu ustalenia możliwości kontaktów).
5. Czy korzystali z ogólnego (i jakiego?) źródła zaopatrzenia w wodę do picia?
6. Czy korzystali z jednej kuchni, kotła, jadalni?
7. Czy korzystali z produktów żywnościowych poza wyżywieniem wojskowym?
8. W jakim czasie po spożyciu stawy wystąpiły objawy zachorowania (rodzaj stawy lub produktów żywnościowych)?
9. Czy wszyscy korzystający z tej samej kuchni zachorowali?
10. Czy są lub były podobne zachorowania wśród ludności cywilnej lub otrzymujących stawę z innej kuchni?
11. Na podstawie książki przyjęć ambulatoryjnych sprawdzić, czy chorzy przed zachorowaniem nie zgłaszali się o poradę lekarską na skutek zaburzeń żołądkowo-jelitowych.
12. Zbadać źródła zaopatrzenia w wodę do picia.
13. Zbadać stan sanitarno-higieniczny magazynów żywnościowych, kuchni i jadalni.
14. Skontrolować nadzór sanitarny nad pracą i personelem oddziału (czy robione są badania na nosicielstwo itp.?).
15. Sprawdzenie, czy wszyscy chorzy zostali izolowani i skierowani do szpitala.

Dodatkowo w zachorowaniach na dury posożytnicze należy zbadać:

1. Stan zawsznienia i jego źródła; przeglądy na zawsznienie, stan higieny osobistej żołnierzy, wykonanie i warunki zabiegów sanitarno-higienicznych, zmianę bielizny i dezynsekcję. Kontakt z ludnością cywilną.
2. Nadzór sanitarny nad higieną osobistą, czystością osobistą żołnierza (mycie się, kąpiele i pranie bielizny).
3. Sposób kontroli powracających z urlopów i wyjazdów służbowych.

Dodatkowo w zakażeniach kropelkowych należy zbadać:

1. Stopień zagęszczenia ludzi w pomieszczeniach.
2. Odległość między łózkami i sposób ich ustawienia w pomieszczeniach. Miejsce i sposób przechowywania ręczników, szczotek do zębów itp.
3. Nosiciele, zwłaszcza wśród świeżo wcielonych do oddziału i wśród najbliższego otoczenia chorych.

30. Pobieranie i przesyłanie materiału do badań laboratoryjnych

Celem ustalenia rozpoznania, stwierdzenia etiologii zachorowania i opracowania odpowiedniego planu zwalczania epidemii choroby zakaźnej konieczne jest przeprowadzenie szeregu badań laboratoryj-

TECHNIKA POBIERANIA MATERIAŁU DO BADAŃ LABORATORYJNYCH

Materiał	Rodzaj badania	Ilość	Sposób pobrania	Opakowanie	Sposób przesłania
Krew (z wypelnionymi formułarzami)	Na posiewy	5—10 ml	Odkazić miejscowo, skórkę, pobrać wprost z żyły do wyjałowionej na świeżo strzykawki i jałowo przelać do naczynia z pożywką (probówka)	Probówka lub naczynie z pożywką, opakowanie jałowe, zabezpieczające przed rozlanieniem i stłuczeniem	Przez dobre pochłonięte gońca naczyniami po pobraniu
"	Na aglutynację	2—5 ml	Wyjałowioną strzykawką z żyły, jałowo przelać do wyjałowionej probówki	Probówki do przesłania krwi w drewnianym lub tekstylnym opakowaniu, owinięte w papier z adresem pracowni	Przez gońca naczyniami po pobraniu
"	Na odczyn Wassermanna	5 ml	Wyjałowioną strzykawką przelać do jałowej probówki	Jak wyżej	Przez gońca lub pocztą (ekspres) naczyniami po pobraniu
"	Do badań chemicznych lub innych	Zależnie od potrzeb	Zależnie od wskazań, wyjałowioną i chemicznie czystą strzykawką w czystym naczyniu	Opakowanie zabezpieczające przed stłuczeniem i rozlanieniem	Pocztą lub przez gońca
Płyny z jam surowiczych i kału rdzeńłowego	Do badań bakteriologicznych i chemicznych	" "	Jałową strzykawką z przelaniem do jałowego naczynia	Jak wyżej	Jak wyżej

Material	Rodzaj badania	Ilość	Sposób pobrania	Opakowanie	Sposób przesłania
Ropa	Do badań bakteriologicznych	Zależnie potrzeb	Do jałowej próbki bezpośrednio lub na kawałku gazy jałowej	Jak wyżej	Jak wyżej
Plwocina	Do badań bakteriologicznych	"	Do naczynka, tak aby nie była to sama tylko ślina, lecz i grudki ropne	"	"
Naloty z jamy nosowo - gardzielowej lub z migdałków	"	"	Wyjałowionym wacikiem na pręciku lub druciku, który umieszcza się następnie w wyjałowionej probowce	"	"
Kał i moc	Do badań bakteriologicznych	10—50 ml	Do wyjałowionych naczyń (specjalnych do kału)	"	"
Woda	Do badań bakteriologicznych	300 ml	Do wyjałowionej butelki	"	Przez gońca nacyjnychmiast
Strawa i produkty żywnościowe	Do badań sanitarno-higienicznych i bakteriologicznych	Zależnie potrzeb	Oddzielnie płyny, oddzielnie stałe, oddzielnie różne potrawy	"	Przez gońca

U w a g a. Formularze dołączone do każdej próbki powinny zawierać:

- 1) imię, nazwisko i wiek chorego,
- 2) stopień wojskowy i przydział służbowy,
- 3) przypuszczalne rozpoznanie choroby,
- 4) nazwa materiału (skąd pobrany?),
- 5) data i godzina pobrania materiału,
- 6) rodzaj badania,
- 7) cel badania,
- 8) dokładny adres, na który ma być podana odpowiedź,
- 9) nazwisko i imię oraz stopień lekarza (czytelnie).

Tabela nr 6

**RODZAJE I SPOSOBY POBIERANIA MATERIAŁU DO BADAŃ
LABORATORYJNYCH W RÓŻNYCH CHOROBAH ZAKAŻNYCH**

Nazwa	Materiał do badań	Ilość	Czas pobrania materiału od pocz. choroby	Wynik badania otrzy- mać można	Uwagi
Dur brzusz- ny	1. Krew na posie- wy w szklanym naczyniu zawie- rającym 40 — 50 ml bulionu z żółcią	10 ml	1—7 dnia	Po 3 dniach	
	2. Krew na od- czyn Widala	5 ml	7—14 dnia	Dnia następ- nego	
	3. Kał na posie- wy	3—5 ml	Po 3 tyg.	Po 5 dniach	
	4. Mocz	100 ml	Po 3 tyg.	Po 5 dniach	
Czerwonka bakteryjna	1. Kał		Pierwszego dnia	Po 5 dniach	Wybrać miejsce śluzowo- ropne Posiewy robić u łóżka chorego
	2. Krew na od- czyn Widala- Grubera	5 ml	7—14 dni	Następnego dnia	
Dury rzeko- me A i B	Jak przy durze brzusz- nym				
Zatrucia po- karmowe	1. Krew na posiewy		Jak przy du- rze brzusz- nym		
	2. Wymiociny		Natychmiast	Po 5 dniach	
	3. Kał		Natychmiast	Po 5 dniach	
	4. Krew na odczyn Widala		7—14 dnia	Następnego dnia	
	5. Strawa i produkty żywnościowe		Natychmiast	Po tygodniu	

Nazwa	Materiał do badań	Czas pobrania materiału od pocz. choroby	Wynik badania otrzywać można	Uwagi
Cholera azjatycka	Kał Wymiociny Rozmaz kału na szkiełkach podstawowych	Pierwszego dnia	Po 2 dniach	Starannie zapakować i za plombować
Dur plamisty	Krew na odczyn Weila i Felixa	Od 5 dnia	Następnego dnia	Przy niskim mianie odczyn powtórzyć
Dur powrotny	Rozmazy krwi na szkiełkach podstawowych i 2 grube krople	Od 2 dni	Tego samego dnia	Krew należy pobrać przy niskiej temperaturze, najlepiej wieczorem
Malaria (zimnica)	Jak przy durze powrotnym	W czasie gorączki ^{trzech}	Tego samego dnia	
Błonica Płonica Angina	Nalot, śluz lub ropa z gardła, migdałków (w błonicy i z nosa) na jałowym waciku	Od 1. dnia	Następnego dnia	Dostarczyć pracowni natychmiast po pobraniu
Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Płyn mózgowo-rdzeniowy (do 20 ml)	Od 1. dnia	Następnego dnia	Dostarczyć do pracowni natychmiast po pobraniu (nie ochładzając)
Wąglik	1) Zawartość pęcherzyka na jałowym waciku i na 2 szkiełkach podstawowych (w postaci skórnej) 2) Plwocina w naczynku jałowym (w postaci płucnej) 3) Kał (w postaci jelitowej)	Od 1. dnia " " " "	Następnego dnia, czasami do 4 dnia " " " "	Materiał dobrze opakować i za plombować
Nosacizna	1) Wydzieliny z owrzodzeń na jałowym waciku 2) Śluz z nosa na jałowym waciku 3) Krew z żyły 4) Plwocina	" "	Do tygodnia	Materiał dobrze opakować i za plombować

Nazwa	Materiał do badań	Czas pobrania materiału od pocz. choroby	Wynik badania otrzymać można	Uwagi
Zółtaczkazakaźna i leptospirozy	1) Krew na posiewy	„ „	Po 8 — 10 dniach	
	2) Krew do badań biologicznych	„ „	Po 10 dniach	
Ospa prawdziwa	1) Zawartość krosty na jałowym waciku	„ „	Po 3 — 4 dniach	

nych, w zależności od potrzeb zasadniczych lub dodatkowych. Aby dały one pożądane wyniki, materiał do badania musi być:

- umiejętnie pobrany w ilości wystarczającej do przeprowadzenia badania;
- odpowiednio opakowany i zaopatrzony w potrzebne, wypełnione według zasad formularze;
- dostarczony pracowni w jak najkrótszym czasie.

Odpowiedzialność za pobranie, opakowanie i wysłanie materiału ponosi lekarz oddziału, z którego kieruje się materiał do badania.

ROZDZIAŁ VII

IZOLACJA, TRANSPORT I KIEROWANIE CHORYCH DO SZPITALA ORAZ POSTĘPOWANIE Z OSOBAMI STYKAJĄCYMI SIĘ Z CHORYMI LUB MATERIAŁEM ZAKAŻNYM

31. Uwagi ogólne

W wypadku zachorowania żołnierzy na chorobę zakaźną lub podejrzenia na takie zachorowanie, lekarz powinien przedsięwziąć wszystkie sposoby zwalczania chorób zakaźnych. Nie wolno lekarzowi w oddziale tracić czasu na obserwację chorego i ustalenie rozpoznania. Wystarczy podejrzenie, aby chorego oddzielić od zdrowych. W tym celu przy każdej izbie chorych powinny znajdować się izby izolacyjne, tzw. „izolatory“, z oddzielnym wejściem i wyjściem, oddzielną łazienką, umywalnią i ustępem oraz możliwie z oddzielną obsługą, nie stykającą się z chorymi niezakaźnymi i innymi żołnierzami.

32. Izolacja chorego

Chorego podejrzanego o zachorowanie na chorobę zakaźną bez zaburzeń żołądkowych lub jelitowych należy umieścić w izolatorze dla gorączkujących, a z objawami biegunki — w izolatorze dla zachoro-

wań żołądkowo-jelitowych. Chorych na różne choroby zakaźne należy umieszczać w oddzielnych izolatorach.

Przyjęcie chorego do izolatora poprzedza ostrzyżenie, wykąpanie, dezynfekcja bielizny i odzieży oraz wszystkich przedmiotów używanych przez chorego (prócz broni i sprzętu bojowego).

W izolatorze zatrzymuje się chorego możliwie najkrócej, to jest do czasu transportu do szpitala (okres izolacji chorego — patrz poniżej: zestawienie terminów izolacji).

33. Transport chorych zakaźnych

W oddziale nie wolno zatrzymywać chorych zakaźnych. Transport chorych zakaźnych musi odbywać się w warunkach zapewniających izolację i bezpieczeństwo chorego. Chorego należy transportować pod opieką fachowego personelu. Do transportu chorego wyznaczyć należy dwóch noszowych, podoficera sanitarnego lub pielęgniarkę, a w cięższych wypadkach lekarza. Środek transportu zależny od stanu chorego — wóz, samochód, wagon kolejowy, samolot. Środki te powinny być wcześniej przewidziane, a po transporcie poddane dezynfekcji. Wagon kolejowy lub samolot należy uprzednio zamówić uprzedzając, że będzie przeznaczony do przewozu chorego zakaźnego. W wypadkach nagłych chorego należy skierować do najbliższego szpitala na noszach. Chorych z wysoką gorączką, zamoczonych i osłabionych należy w czasie transportu troskliwie pielęgnować, lecz stanowczo i kategorycznie nie zezwalać na wstawanie i chodzenie.

34. Umieszczenie chorego w szpitalu

Po powzięciu podejrzenia lub po stwierdzeniu choroby zakaźnej należy chorego umieścić w szpitalu na cały okres choroby. Niedopuszczalne jest zwalnianie chorych ze szpitala przed upływem terminu izolacji. Lekarz oddziału powinien, po stwierdzeniu wypadku przedwczesnego wypisania chorego lub ozdrowieńca przez szpital do oddziału lub na urlop, natychmiast zawiadomić o tym szefa Służby Medycznej Okręgu.

W czasie pobytu chorego w szpitalu, lekarz jednostki powinien interesować się jego stanem zdrowia oraz stanem moralnym. Oddając chorego do szpitala należy jednocześnie dostarczyć wszystkie obowiązujące dokumenty i rzeczy chorego.

35. Postępowanie z ludźmi, stykającymi się z chorym do czasu jego izolacji

Żołnierze stykający się z chorym do czasu jego izolacji mogli się zarazić i są w okresie wylegania choroby lub sami się nie zarazili, ale mogą być niebezpieczni dla otoczenia, jeżeli mają na sobie zakażone

CZAS IZOLACJI CHORYCH ZAKAŹNIE I OSÓB Z ICH OTOCZENIA

Nazwa choroby	Rozdział I Czas trwania izolacji osób, które przeszły chorobę zakaźną	Rozdział II Czas trwania i formy odosobnienia osób będących w styczności z zakaźnie chorymi do dnia izolacji chorego	Rozdział III Czas trwania i formy odosobnienia osób stykających się z zakaźnie chorymi w czasie całego okresu choroby w razie pozostawienia chorego w domu
1	2	3	4
1. Dur brzuszny	1. Izolacja chorego kończy się po dwukrotnym ujemnym wyniku badania kału i moczu na pałeczki duru. Pierwsze badanie wykonuje się po upływie 5 dni od ustąpienia objawów klinicznych. Następne badania wykonuje się w odstępach pięciodniowych. W razie niemożności wykonania badania bakteriologicznego izolacja chorego kończy się nie wcześniej niż po 12 dniach od ustąpienia objawów klinicznych, w szczególności spadku temperatury do normy.	1. Osoby, które stykały się z chorym, nie podlegają odosobnieniu, ale podlegają obserwacji lekarskiej w ciągu dni 30 od chwili izolacji chorego. Osoby znajdujące się pod obserwacją lekarską mogą wykonywać swoje zajęcia bieżące, lecz powinny zgłaszać się do badania bakteriologicznego kału i moczu na pałeczki duru.	Hospitalizacja chorego jest konieczna. Jeśli pozostawia się chorego w domu (za pozwoleniem epidemiologa), należy zrobić co następuje: a) osoby przezywające w jednym mieszkaniu z chorym podlegają obserwacji lekarskiej przez cały okres trwania choroby i w ciągu 30 dni po wyzdrowieniu.

- 1) Pozostawienie w domu chorych na ostre choroby zakaźne podlegających bezwzględnej hospitalizacji jest dopuszczalne w wyjątkowych przypadkach jedynie za pozwoleniem epidemiologa, państwowego inspektora sanitarnego lub zastępującego ich pracownika lekarskiego, jeżeli istnieje izolowane pomieszczenie dla chorego i oddzielny personel pielęgnujący, całkowicie izolowany od otoczenia.
- 2) Obserwacją lekarską nazywa się taki rodzaj nadzoru lekarskiego nad rekonwalescentami, nosicielami i osobami, które były w kontakcie z chorym, w czasie którego osoby te nie podlegają izolacji ani innym zarządzeniom organizacyjnym. Osobom tym zezwala się na wykonanie zwykłych zajęć, ale muszą one być pod obserwacją i w określonych terminach zgłaszać się do lekarza albo felczera (na punktach felczerskich), w celu wykonania odpowiednich badań. Oprócz tego osoby powyższe są zobowiązane do przestrzegania wszystkich zaleceń dotyczących stosowania niezbędnych wskazań higieny osobistej. Osoby te są obowiązkowo zawiadomić odpowiednią placówką sanitarno-epidemiologiczną o zmianie miejsca zamieszkania.

1	2	3	4
	<p>2. Co do pracowników centralnego zaopatrzenia w wodę, przemysłu spożywczego i zbiorowego żywienia, jak również co do personelu obsługującego zakłady lecznicze dla dzieci, sanatoria, domy wypoczynkowe (pielegniarki, wychowawczynie) należy przestrzegać następujących zasad:</p> <p>a) wszystkich wymienionych pracowników po przejściu duru brzusznego nie dopuszcza się do pracy we wskazanych zakładach i przedsiębiorstwach bez uprzedniej kontroli laboratoryjnej;</p> <p>b) wszystkich wymienionych pracowników po przejściu duru brzusznego dopuszcza się do pracy po klinicznym wyzdrowieniu i dwukrotnym negatywnym badaniu. Następnie pozostają oni pod obserwacją lekarską, przy czym wykonuje się badania ich moczu i kału na dur brzuszny raz w tygodniu w ciągu 1 1/2 miesiąca po wypisaniu ze szpitala;</p>	<p>Osoby te są obowiązkowo przestrzegania wszystkich zaleceń lekarza dotyczących niezbędnych wskazań higieny osobistej.</p> <p>2. Osoby obsługujące przedsiębiorstwa i zakłady wyliczone w rozdziale 1 pkt 2, które stykały się z chorym, są dopuszczane do pracy po izolacji chorego, po dwukrotnym negatywnym badaniu (po odpowiedniej dawce środków przeciwszczepiających) kału i moczu i pozostają pod obserwacją lekarską w okresie dni 30.</p>	<p>b) osoby pielęgnujące chorego są dopuszczane do pracy po wyzdrowieniu chorego, wykonaniu końcowej dezynfekcji i jednorazowym negatywnym ich zbadaniu oraz ustaleniu nad nimi obserwacji lekarskiej w okresie 30 dni od wyzdrowienia chorego.</p> <p>c) Osoby obsługujące przedsiębiorstwa i zakłady wyliczone w rozdziale 1 pkt 2 są dopuszczone do pracy jedynie po wyzdrowieniu chorego i wykonaniu dezynfekcji końcowej z przestrzeganiem zasad wymienionych w rozdziale II pkt 2.</p>

1) Do pracowników przemysłu spożywczego i żywienia zbiorowego należą następujące kategorie: pracownicy przemysłu mlecznego (fermy mleczne, punkty zlewnie, serowarnie itp.), pracujący w produkcji, przetwórstwie, sprzedaży, rozdziale, transporcie, przechowywaniu produktów żywnościowych i napojów, stykający się bezpośrednio z surowcem, półfabrykatami i gotową produkcją; pracujący przy oczyszczaniu i myciu urządzeń produkcyjnych, inwentarza i opakowań; personel pomocniczy tychże przedsiębiorstw pracujący przy przewoźnie surowca, półfabrykatów i gotowej produkcji w nieopakowanym stanie; wszyscy pracownicy żywienia zbiorowego (z wyłączeniem tych pracowników, którzy z uwagi na rodzaj pracy nie bywała w oddziałach produkcji i nie mają bezpośredniego kontaktu z surowcem i gotową produkcją).

2

c) osoby, u których stwierdzono negatywny wynik badania bakteriologicznego, dopuszcza się do pracy w tych instytucjach; jednakże w czasie obserwacji lekarskiej (1/2 miesiąca) nie należy ich używać do prac wymagających stykania się z wodą do picia, z produktami żywnościowymi i mlecznymi, a także związanych z bezpośrednim obsługiwaniem dzieci i chorych;

d) w razie wyniku pozytywnego, chociażby jednorazowego, osób wymienionych w rozdziale I „duru brzusznego“ pkt 2 nie należy zatrudniać 2 miesiące, lecz używać do pracy poza wodociągami centralnymi, siecią instytucji żywienia, zakładami leczniczymi dla dzieci, sanatoriami i domami wypoczynkowymi;

e) wszyscy wymienieni pracownicy po przejściu duru brzusznego podlegają po upływie 3 1/2 miesiąca od wyzdrowienia końcowej kontroli bakteriologicznej (dwukrotnemu badaniu kału i moczu z przerwą pięciodniową).

Osobom, u których stwierdzono wynik dodatni podczas kontroli wymienionej w pkt 2 lit c, wykonuje się dodatkowo jednorazowe badania zawartości dwunastnicy. W razie wyniku negatywnego kontroli końcowej, osoby te dopusz-

1	2	3	4
	<p>cza się do pracy w swoim zawodzie.</p> <p>Znalezienie pateczek duru u wyznaczonej osoby (chroniczne nosicielstwo) pociąga za sobą odsunięcie od pracy w wyliczonych powyżej zakładach, zgodnie ze specjalną instrukcją, na cały okres nosicielstwa.</p> <p>U w a g a: W razie braku laboratorium bakteriologicznego w danej miejscowości, pracownicy przedsięwzięcia wspomnianych w pkt. 2 rozdział I powinni być wysłani na koszt Wydziału Zdrowia do najbliższego laboratorium bakteriologicznego w celu wykonania kontroli końcowej zgodnie z punktem c; do tego czasu należy ich dopuszczać do pracy w swoim zawodzie przez okres 3 i 2 miesiąca.</p>	<p>Tak samo jak w durze brzusz- nym.</p> <p>Isolacja chorego kończy się po dwukrotnym ujemnym wyniku badań wypróbnym na przecinkow- ce cholery z dwudniowymi przerwami między badaniami. Pierwsze badanie wykonuje się nie wcześniej niż po upływie 6 dni od klinicznego wyzdrowienia z cholery.</p>	<p>Tak samo jak w durze brzusz- nym.</p> <p>Hospitalizacja chorego obo- wiązkowa.</p>
2. Paradury	<p>Tak samo jak w durze brzusz- nym.</p>	<p>Tak samo jak w durze brzusz- nym.</p>	<p>Tak samo jak w durze brzusz- nym.</p>
3. Cholera	<p>Isolacja chorego kończy się po trzykrotnym ujemnym wyniku badań wypróbnym na przecinkow- ce cholery z dwudniowymi przerwami między badaniami. Pierwsze badanie wykonuje się nie wcześniej niż po upływie 6 dni od klinicznego wyzdrowienia z cholery.</p>	<p>Isolacja kończy się po dwukrotnym ujemnym wyniku badań na przecinkowce cholery. ale nie wcześniej niż po upływie 6 dni od styczności z chorym.</p> <p>W razie wykrycia nosiciela wśród osób z otoczenia, ustala się dla nich ten sam czas izolacji, co i dla chorych.</p> <p>Nie stosuje się izolacji. Wszyskim osobom z otoczenia chorego, po ustaleniu diagnozy po- łajnie się bakteriofagi, a na- stępnie poddaje się je obser- wacji lekarskiej przez okres 5 dni. Osoby obsługujące przed-</p>	<p>Hospitalizacja chorego obo- wiązkowa. W razie pozosta- wienia chorego w domu (za- pozwoleniem epidemiologa): a) osobom przebywającym w jednym mieszkaniu z chorym podaje się bezwzględnie bak-</p>
4. Czerwonka bakteryjna	<p>1. Izolacja chorego kończy się po dwukrotnym ujemnym badaniu wypróbnym. Pierwsze badanie wykonuje się po zniknięciu objawów klinicznych, następuje z dwudniowymi przerwami. Dla dzieci do 3 lat w przypadku nieufor-</p>		

1	2	3	4
	<p>wanego stolca przez dłuższy okres czasu, izolacja kończy się po trzecim badaniu. W przypadku niemożności wykonania badania bakteriologicznego izolacja kończy się nie wcześniej niż na 7-8 dzień po zniknięciu objawów klinicznych (uformowany stolec i normalna ciepłota). Rekonwalescenci - nosiciele po zakończeniu izolacji podlegają obserwacji lekarskiej zgodnie ze specjalną instrukcją.</p> <p>2. Pracownicy przedsięwzięcia i zakładów wymienionych w rozdziale I „dur brzuszny“ pkt. 2 są dopuszczeni do pracy w swoim zawodzie dopiero po dwukrotnym ujemnym badaniu bakteriologicznym z zachowaniem wszystkich zasad wymienionych dla duru brzuszego.</p>	<p>siębiorstwa i zakłady wyliczone w rozdziale I „dur brzuszny“ pkt. 2 podlegają obowiązkowemu jednorazowemu badaniu bakteriologicznemu a następnie pięciodniowej obserwacji lekarskiej. Wykryci nosiciele nie są dopuszczeni do pracy aż do otrzymania dwukrotnego ujemnego wyniku bakteriologicznego.</p>	<p>teriofagi i poddaje obserwacji lekarskiej przez cały okres choroby i w ciągu 5 dni po wyzdrowieniu;</p> <p>b) osoby pielęgnujące chorego są dopuszczane do pracy po wyzdrowieniu chorego, zastosowaniu bakteriofagów, wykonaniu dezynfekcji końcowej i poddaniu obserwacji lekarskiej przez 5 dni po wyzdrowieniu chorego;</p> <p>c) odosobnieniu podlegają osoby obsługujące przedsięwzięcia i zakłady wymienione w rozdziale I „dur brzuszny“ pkt 2.</p> <p>Dopuszcza się je do pracy po wyzdrowieniu chorego, zastosowaniu bakteriofagów, wykonaniu dezynfekcji końcowej i zobowiązanie do przestrzegania zasad wymienionych w rozdziale I „Dur brzuszny“ pkt 2. Hospitalizacja chorego obowiązkowa.</p>
<p>5. Dur blamisty</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po 12 dniach od spadku temperatury, jeżeli był poddany starannym zabiegom sanitarnym w zakładzie leczniczym.</p>	<p>Odosobnienie kończy się po zabiegach sanitarnych i dezynfekcji bielizny, odzieży, rzeczy i pomieszczenia, w którym przebywał chory. Wszyscy, którzy stykali się z chorym, podlegają obserwacji lekarskiej, mierzeniu ciepłoty ciała przez 25 dni, a nad ogólnym stanem zdrowia nadzór epidemiologiczny przez okres 1 miesiąca.</p>	

1	2	3	4
6. Dur powrotny	<p>Izolacja chorego kończy się po 15 dniach od ostatniego napadu, jeżeli ma prawidłową ciepłotę w tym okresie czasu i po starannych zabiegach sanitarnych w zakładzie leczniczym. Chory pozostaje w ciągu I miesiąca pod obserwacją lekarską.</p> <p>Izolacja chorego kończy się po całkowitym odpadnięciu strupów, jednak nie wcześniej niż na 40 dzień choroby.</p>	<p>Tak samo jak w durze plamistym.</p>	<p>Hospitalizacja chorego obowiązkowa.</p>
7. Osipa prawdziwa	<p>Izolacja chorego kończy się po całkowitym odpadnięciu strupów, jednak nie wcześniej niż na 40 dzień choroby.</p>	<p>Odosobnienie kończy się po izolacji chorego, wykonaniu dezynfekcji i zaszczepieniu ospy wszystkim osobom z otoczenia chorego (poczynając od dzieci dwutygodniowych). Następnie wykonuje się obserwację lekarską przez 14 dni od ustania kontaktu z chorym i dezynfekcję końcową. W przypadku obecności w otoczeniu chorego osób nigdy nie szczepionych, izoluje się je w domu przez 14 dni, poddając je przez ten czas codziennym oględzinom lekarskim.</p> <p>U w a g a: Szczepienie przeciw ospie wykonuje się natychmiast po stwierdzeniu ospy albo schorzenia podejrzanego o ospę.</p>	<p>Hospitalizacja chorego obowiązkowa.</p>
8. Osipa wietrzna	<p>Izolacja chorego kończy się po odpadnięciu strupów.</p> <p>U w a g a: W razie powtórnych zachorowań w zakładzie dziecięcym, chory może uczęszczać do danego zakładu dziecięcego po ustąpieniu ostrej objawów choroby.</p>	<p>Dzieci, które przechodziły chorobę i dorosli nie podlegają izolacji. Dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym, które nie przechodziły choroby, należy odosobnić na okres 21 dni od chwili kontaktu. Ustalać dokładny termin kontaktu do dopuszczenia się dzieci do</p>	<p>W stosunku do dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym stosuje się odosobnienie na okres 21 dni od początku choroby.</p> <p>W stosunku do dzieci w wieku szkolnym i dorosłych, jeżeli już chorowali, nie stosuje się odosobnienia.</p>

1	2	3	4
9. Odra	<p>Izolacja chorego kończy się po 5 dniach od początku wysypki; w razie wystąpienia powikłań (zapalenie płuc), nie wcześniej niż po 10 dniach od początku wysypki.</p>	<p>zakładów dziecięcych w okresie pierwszych dziesięciu dni okresu wylegania, natomiast podlegają one odosobnieniu od 11 do 21 dnia tego okresu.</p> <p>U w a g a: W razie wystąpienia powrotnych zachorowań w zakładzie dziecięcym, nie stosuje się odosobnienia, również w stosunku do dzieci, które nie chorowały.</p> <p>Odosobnienie nie dotyczy dzieci, które przeszły chorobę, i dorosłych. Okres izolacji dzieci, które nie chorowały, wynosi, poczynając od momentu kontaktu z chorym, 21 dni dla nieszczepionych, a dla szczepionych 28 dni.</p>	<p>Jeśli chory znajduje się w domu, czas odosobnienia dla dzieci, które nie chorowały na odrę, przedłuża się do 26 dni dla nieszczepionych, do 33 dni dla szczepionych, licząc termin prawdopodobnego okresu wylegania od chwili kontaktu w ostatnim dniu ostrego okresu odry.</p> <p>Odosobnienia nie stosuje się</p>
10. Różyczka odrowa	<p>Izolacja chorego kończy się po 6 dniach od początku wysypki.</p> <p>U w a g a: W razie powrotnych zachorowań w zakładzie dziecięcym chory jest dopuszczany do danego zakładu po ustąpieniu ostrego objawów choroby.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się</p>
11. Płonica	<p>Izolacja chorego kończy się po 40 dniach od początku choroby. W przypadkach lekkich, przebiegających bez powikłań i bez jakichkolwiek objawów w służowce gardła i jamy nosowo-gardłowej jest dopuszczalny wcześniejszy wypis z zakładu leczniczego, ale nie wcześniej niż po 30 dniach od początku choroby.</p>	<p>1. Odosobnienie dzieci do 12 lat, które nie przechodziły płonicy, w razie braku objawów zapalnych gardła i jamy nosowo-gardłowej trwa 12 dni z obowiązkową obserwacją opiekuńczą.</p> <p>2. Wobec osób kategorii niżej wyszczególnionych w razie braku u nich objawów zapal-</p>	<p>W razie pozostawienia chorego w domu (za zezwoleniem epidemiologa) stosuje się izolację personelu pielęgniącego przez okres 52 dni od momentu zachorowania wobec tych grup, które zostały wyliczone w rozdziale II, pkt 2 i przez okres 40 dni wobec wszystkich innych grup ludności.</p>

I	2	3	4
	<p>U w a g a: 1. Dzieci zdrowiejące po ustąpieniu ostrej choroby przenosi się na oddziały dla rekonwalescentów albo do specjalnych zakładów dla rekonwalescentów.</p> <p>2. Dzieci, które przeszły płonice, jak również dorośli obsługujący zakłady dla dzieci, pracownicy oddziałów dziecięcych, chirurgicznych i położniczych, pracownicy ferm mlecznych, zatrudnieni w skupie mleka podlegają dodatkowej izolacji w domu przez okres 12 dni od dnia wypisania ze szpitala.</p> <p>3. Dzieci z zamkniętych zakładów mogą odbywać 12-dniową izolację po 40-dniowej izolacji szpitalnej w irolacie zamkniętego zakładu dla dzieci.</p>	<p>nych gardła i jamy nosowogardłowej stosuje się odosobnienie do czasu wykonania dezynfekcji, a następnie obserwację lekarską przez okres 12 dni:</p> <p>1) wszystkich osób mieszkających w jednym pokoju z chorym,</p> <p>2) mieszkających w jednym mieszkaniu z chorym,</p> <p>a) dzieci, które przeszły płonice,</p> <p>b) dzieci ponad 12 lat, które nie chorowały,</p> <p>c) dorośli obsługujący zakłady dla dzieci, oddziały dziecięce, chirurgiczne i położnicze, biblioteki dziecięce, magazyny dziecięce, jak również osoby pracujące w fermach mlecznych i zajmujące się skupem mleka.</p> <p>3. W przypadkach wystąpienia choroby podejrzanym, w okresie 12 dni odosobnienia albo obserwacji lekarskiej, o płonice czas izolacji zostaje przedłużony do 21 dni od początku choroby w celu wykręcia mogących się zjawiać wtórnych objawów płonicy.</p> <p>W przypadku potwierdzenia rozpoznania płonicy okres izolacji ustala się tak jak w płonicy.</p>	<p>W razie zachorowania osób z otoczenia na anginę stosuje się ich odosobnienie, podobnie jak w rozdziale II pkt 3.</p>

1	2	3	4
<p>12. Czwartka choroba Filatowa</p>	<p>Izolacja chorego trwa 21 dni. W przypadku pojawienia się wtórnych objawów płonicy, izolacja przedłuża się odpowiednio do czasu izolacji w płonicy.</p> <p>U w a g a: Wskutek trudności w rozpoznawaniu różniowym czwartki choroby od płonicy, należy uważać czwartą chorobę za podejrzaną o płonice.</p>	<p>Zgodnie z czasem odosobnienia w p'onicy w przypadku potwierdzenia rozpoznania płonicy albo przez 21 dni w przypadku rozpoznania czwartki choroby.</p>	<p>Zgodnie z czasem odosobnienia w płonicy, w przypadku potwierdzenia rozpoznania płonicy albo przez 21 dni w przypadku rozpoznania czwartki choroby.</p>
<p>13. Krztusiec</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po 40 dniach od początku choroby albo po 30 dniach od początku kaszlu napadowego.</p>	<p>Dzieci do 10 lat, które nie przeszły krztuśca, izoluje się przez 21 dni od chwili ostatniego kontaktu z chorym, jeżeli kaszel nie ustępuje. Dzieci poniżej 10 lat, a także dorosłych obsługujących zakłady dla dzieci nie izoluje się, ale ustala się obserwację lekarską na okres 14 dni.</p>	<p>Dzieci do 10 lat, które nie przeszły krztuśca, izoluje się na okres 40 dni od początku choroby albo na 30 dni od początku kaszlu napadowego. Dzieci ponad 10 lat a także dorosłych obsługujących zakłady dla dzieci nie izoluje się ale poddaje obserwacji lekarskiej przez 40 dni od początku choroby.</p>
<p>14. Błonica</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po dwukrotnym ujemnym badaniu wydzieliny z gardła i jamy nosowo-gardłowej przeprowadzonym w odstępach dwudniowych.</p> <p>1. W razie przedłużającego się nosicielstwa, ogólny czas izolacji u osób, które przeszły błonicę, nie powinien być dłuższy niż 50 dni.</p> <p>2. Wcześniejsze wypisanie tych</p>	<p>Odosobnienie kończy się po izolacji chorego, dezynfekcji i jednorazowym ujemnym badaniu bakteriologicznym, jeśli brak jest objawów zapalnych ze strony gardła i jamy nosowo-gardłowej. Dotyczy to zarówno dzieci, jak i dorosłych obsługujących zakłady dla dzieci i przedsiębiorstwa mleczne.</p>	<p>U w a g a: Dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym mogą uczęszczać do zakładów dla dzieci pod warunkiem izolacji w samym zakładzie, tzn. wydzielenia ich w oddzielne grupy.</p> <p>Hospitalizacja obowiązkowa. W przypadku pozostawienia chorego w domu (za zezwoleniem epidemiologa) stosuje się wszystkie zarządzenia wymienione w rozdziale I i II, tj. izolacja chorego kończy się po klinicznym wyzdrowieniu i dwukrotnym ujemnym wyniku badania bakteriologicznego; odosobnienie osób ptelegnujących chore-</p>

1	2	3	4
<p>15. Nagminne zapalenie przyuszniczy (świnka)</p>	<p>osób jest dopuszczalne w razie braku objawów zapalnych gardła i jamy nosowo-gardłowej, lecz nie wcześniej niż po 30 dniach od wyzdrowienia klinicznego.</p>	<p>W przypadku stwierdzenia nosicielstwa, odosobnienie kończy się po dwukrotnym ujemnym badaniu bakteriologicznym.</p> <p>W razie niemożności wykonania badania, odosobnienie kończy się po upływie 7 dni od izolacji chorego w razie braku objawów zapalnych gardła i jamy nosowo-gardłowej.</p> <p>U w a g a: Nosiciele dzieci, a także dorośli, wyżej wymienionych kategorii podlegają odosobnieniu aż do uzyskania dwukrotnego ujemnego wyniku badania bakteriologicznego wykonanego w odstępie 2 dni. Jednakże ogólny czas izolacji nie powinien być dłuższy niż 60 dni od stwierdzenia nosicielstwa.</p>	<p>go kończy się po zakończeniu czasu izolacji chorego i jedno-razowym ujemnym wynikiu badania bakteriologicznego.</p>
<p>15. Nagminne zapalenie przyuszniczy (świnka)</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po upływie 21 dni od początku choroby, ale nie przed ustąpieniem objawów klinicznych choroby. Dla dorosłych nie obsługujących zakładów dla dzieci — po ustąpieniu objawów klinicznych.</p> <p>U w a g a: W razie powtórnych zachorowań w zakładzie dziecięcym, chory jest dopuszczony do danego zakładu leczniczego po ustąpieniu ostrych objawów klinicznych.</p>	<p>Odosobnienie trwa przez 21 dni od początku choroby. Odosobnienia nie stosuje się do dzieci, które przeszły świnkę, do dzieci powyżej 12 lat i do dorosłych.</p> <p>Dzieci, które nie chorowały na świnkę, mogą uczęszczać do zakładów dziecięcych w razie dokładnego ustalenia czasu kontaktu z chorymi przez pierwsze 10 dni okresu wylegania, a od 11—21 dnia okresu wylegania podlegają odosobnieniu.</p> <p>U w a g a: W razie powtórnych zachorowań w zakładzie dla dzieci odosobnienia nie stosuje się również w stosunku do dzieci, które</p>	<p>Odosobnienie nie dotyczy dzieci, które przeszły świnkę, dzieci ponad 12 lat, jak również dorosłych.</p> <p>Dzieci do 12 lat, które nie chorowały, podlegają odosobnieniu przez 21 dni od początku choroby.</p>

<p>16. Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po dwukrotnym negatywnym wyniku badania wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej na dwoinki zapalenia opon mózgowych. Pierwsze badanie kontrolne wykonuje się po ustąpieniu ostrych objawów klinicznych, lecz nie wcześniej niż po upływie 21 dni od początku choroby. W razie niemożności wykonania badania bakteriologicznego izolacja kończy się nie wcześniej niż po upływie 30 dni od początku choroby, jeśli nie ma ostrych objawów mózgowych, a w postaci septycznej, jeśli nie ma objawów septycznych ze strony skóry, stawów itd.</p>	<p>Dla dzieci i dorosłych obsługujących zakłady dla dzieci odosobnienie ustaje po dwukrotnym negatywnym badaniu wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej; w razie niemożności przeprowadzenia badania bakteriologicznego — po 7 dniach od kontaktu z chorym.</p>	<p>Hospitalizacja obowiązkowa. W razie pozostawienia chorego w domu (za zezwoleniem epidemiologa) odosobnienie dzieci i dorosłych obsługujących zakłady dla dzieci kończy się po klinicznym wyzdrowieniu chorego (patrz rozdział I) i po dwukrotnym ujemnym wyniku badania bakteriologicznego wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej stykających się z chorym. W razie niemożności wykonania badania odosobnienie kończy się po upływie 7 dni od zakończenia izolacji chorego.</p>
<p>17. Nagminne zapalenie mózgu</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po ustąpieniu ostrych objawów choroby.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się.</p>	<p>Hospitalizacja chorego obowiązkowa. W razie pozostawienia chorego w domu (za zezwoleniem epidemiologa) odosobnienia otoczenia nie stosuje się.</p>
<p>18. Choroba Heinego-Medina</p>	<p>Izolacja chorego kończy się po ustąpieniu ostrych objawów choroby, ale nie wcześniej niż po upływie 40 dni od początku choroby.</p>	<p>Dla dzieci, które nie przechodziły choroby, i dorosłych pracujących w zakładach dla dzieci wieku niemowlęcego i przedszkolnego, odosobnienie kończy się po upływie 20 dni, jeżeli brak objawów zapalnych ze strony jamy nosowo-gardłowej i objawów klinicznych ze strony jelit.</p>	<p>Hospitalizacja chorego obowiązkowa.</p>

1	2	3	4
19. Nosaczizna	Izolacja chorego w ostrej postaci — na cały okres choroby: w postaci przewlekłej — na cały okres nie zagojonych ran. Chory po wyzdrowieniu znajduje się pod ciągłą opieką (przez szereg lat) obserwacją lekarską.	Odosobnienia nie stosuje się, natomiast stosuje się obserwację lekarską przez okres 15 dni po ustaniu obcowania z chorym.	Hospitalizacja chorego obojętna.
20. Dżuma	Izolacja chorego nie kończy się wcześniej niż po upływie miesiąca od usąpienia objawów klinicznych (inwencji lub wessania gruczołów) albo po zagojeniu się owrzodzeń wytworzonych na łożysku przetok gruczołowych, karbunkul i wtórnych zapaleniu płuc — po otrzymaniu negatywnych wyników wielokrotnego badania płwociny na pałeczki dżumy.	Izolację stosuje się indywidualnie. Izolacja trwa przez 9 dni po ustaniu kontaktu z chorym, jeżeli temperatura ciała jest normalna (konieczne mierzenie temperatury dwa razy dziennie, rano i wieczorem). W razie zastosowania surowicy odosobnienie przedłuża się do 12 dni*.	Hospitalizacja chorego obojętna.
21. Wąglik	W postaci skórnej wąglika izolacja kończy się po odpadnięciu sirupów, epitelizacji i zaolizowaniu wrzodów, w postaciach septycznej, płucnej i jelitowej — po klinicznym wyzdrowieniu i dwukrotnym ujemnym wyniku badania bakteriologicznego, wykonanego z przerwą 5-dniową (w zależności od postaci choroby wykonuje się badanie krwi, płwociny, wypróżnień lub moczu).	Odosobnienia nie stosuje się. Osoby, które stykały się z chorym człowiekiem albo chorym zwierzęciem, podlegają obserwacji lekarskiej przez 8 dni od ustania kontaktu z nimi.	Hospitalizacja chorego obojętna.

*) Różnice w czasie kwarantanny wymienione w międzynarodowej konwencji, w ustawach o sanitarnym ochronie granic (sześć dni) wynikają z przyjęcia czasu powyższej konwencji.

1	2	3	4
22. Róża	<p>Izolacja chorego kończy się po ustąpieniu objawów klinicznych.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się. Personel lekarski i pielęgniarski oddziałów chirurgicznych i położniczych, który stykał się z chorymi na różę, podlega odosobnieniu do czasu klinicznego wyzdrowienia chorego i zastosowania wobec niego zabiegów sanitarnych.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się. Personel lekarski i pielęgniarski oddziałów chirurgicznych i położniczych podlega odosobnieniu do czasu klinicznego wyzdrowienia chorego i zastosowania wobec niego zabiegów sanitarnych.</p>
23. Bruceleza	<p>Chorego wypisuje się po ustąpieniu ostrych objawów klinicznych. Osoby, które przeszły brucelozę, są dopuszczane do pracy w wytwórni produktów mlecznych tylko po dwukrotnym badaniu bakteriologicznym krwi i moczu z wynikiem ujemnym. Okres czasu między badaniami nie powinien być dłuższy niż 7—10 dni. Badania bakteriologiczne mogą być wykonywane tylko w specjalnych laboratoriach. W razie niemożności wykonania badania bakteriologicznego, osoby, które przeszły chorobę, mogą być dopuszczone do pracy w wytwórni produktów mlecznych nie poddawanych następnie działaniu wysokiej temperatury po upływie 2 miesięcy od ustąpienia ostrych objawów. Pracownicy tacy muszą podlegać dokładnej obserwacji lekarskiej, a o zdrowieniu powinni być poinformowani o sposobach profilaktyki indywidualnej.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się. Personel lekarski i pielęgniarski oddziałów chirurgicznych i położniczych, który stykał się z chorymi na różę, podlega odosobnieniu do czasu izolacji chorego i zastosowaniu zabiegów sanitarnych wobec tych, którzy stykali się z chorym.</p>	<p>Odosobnienia nie stosuje się. Personel lekarski i pielęgniarski oddziałów chirurgicznych i położniczych podlega odosobnieniu do czasu klinicznego wyzdrowienia chorego i zastosowania wobec niego zabiegów sanitarnych.</p>

pasożyty. W pierwszym wypadku poddajemy ich obserwacji, aby jak najszybciej uchwycić objawy choroby i izolować chorego, w drugim wypadku nakładamy na cały pododdział kwarantannę na okres przewidzianego wylegania, przeprowadzamy starannie wszelkie zabiegi higieniczne i przeciwepidemiczne do czasu, kiedy minie okres wylegania i nikt z pododdziału na tę chorobę zakaźną nie zachoruje.

36. Postępowanie z ludźmi, stykającymi się z chorym w czasie jego choroby

Ludzie pielęgnujący chorych zakaźnych powinni być w czasie opieki nad chorymi izolowani od zdrowych. Fachowy personel, uodporniony na choroby zakaźne, powinien przed opuszczeniem izby lub zakładu, w którym opiekuje się chorym, dokładnie się umyć, wydezynfekować ręce i zmienić ubranie. Ludzie pielęgnujący chorych zakaźnych nie zawodowo, lecz doraźnie jako członkowie rodziny lub przyjaciele, powinni być również izolowani jak chorzy (patrz: terminy izolacji).

Odwiedzanie chorych zakaźnie jest niedopuszczalne.

ROZDZIAŁ VIII

DEZYNFEKCJA, DEZYNSEKCJA I DERATYZACJA

37. Uwagi ogólne

W zwalczaniu chorób zakaźnych podstawowym zagadnieniem jest niszczenie wszelkimi sposobami i środkami zarazków we wszystkich możliwych źródłach zakażenia. Niszczenie ich polega na bezpośrednim niszczeniu zarazków, czyli odkażaniu (dezynfekcji), na niszczeniu pasożytów i owadów, czyli dezynsekcji, oraz myszy i szczurów, czyli deratyzacji, jako przenosicieli zarazków.

38. Dezynfekcja (odkażanie)

Rozróżniamy dwa rodzaje odkażania:

1. Odkażanie bieżące — stosowane w otoczeniu chorego (w izbie żołnierskiej, w izbie chorych, w szpitalu), gdy staramy się zniszczyć zarazki zaraz po wydostaniu się z organizmu chorego — na jego ciele, bieliźnie, pościeli oraz na przedmiotach użytku, a także wydzielinach i wydalinach (mocz, kał, płwocina itp.).
2. Odkażanie końcowe, po zlikwidowaniu ogniska chorobowego, a więc po izolacji chorego, oddaniu go do szpitala, po wyzdrowieniu chorego lub jego zgonie. Chorzy lub nosiciele, zależnie od rodzaju choroby, różnymi drogami i sposobami rozsiewają

zarazki w powietrzu, na ścianach i podłogach izby, w której przebywali, na bieliznie i pościeli, na przedmiotach codziennego użytku itp. Toteż w toku dezynfekcji końcowej należy wszystkie te przedmioty i pomieszczenia, jak również zbiorniki wydaliny, do których wyrzucane były wydaliny chorego, poddać dokładnej i starannej dezynfekcji.

39. O d k a ż a n i e w w o j s k u

Odkazanie w wojsku stosuje się:

- 1) w celu zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne i zaraźliwe — odkazanie terenu po uprzednim jego oczyszczeniu, odkazanie pomieszczeń, odkazanie studni i wody do picia, odkazanie ustępów, latryn, dołów na odpadki, śmietników itp.;
- 2) w razie szerzenia się chorób zakaźnych w okolicy kwaterowania oddziałów, niezależnie od odkazania bieżącego lub końcowego, przeprowadzamy odkazanie doraźne odzieży, pościeli, bielizny, pomieszczeń, środków przewozowych, urządzeń i przedmiotów użytku pododdziału lub całego oddziału;
- 3) w razie zachorowania na choroby zakaźne — odkazanie chorych, osób stykających się z chorymi, przedmiotów używanych przez chorego, pomieszczeń, wydaliny i wydzielin chorego;
- 4) w czasie wcielania do oddziału rekrutów lub rezerwistów odkazamy ich odzież cywilną.

40. Ś r o d k i o d k a ż a j ą c e

Do użytku praktycznego w wojsku używamy takich środków, które są najbardziej wydajne, ze względu na swój charakter nie mogą wywołać przypadkowych i umyślnych zatruć oraz łatwo mogą być stosowane w oddziale.

Do najczęściej używanych zaliczamy:

- 1) wapno chlorowane,
- 2) chloraminę, annogen, pantocid,
- 3) formalinę,
- 4) fenol (kwas karbolowy),
- 5) sól kuchenną,
- 6) gotowanie w wodzie,
- 7) parę wodną wilgotną,
- 8) gorące suche powietrze.

W razie konieczności użycia innych środków odkazających, korzystać z nich można na specjalne zarządzenie lekarza i pod jego nadzorem. W każdym wypadku należy stosować odpowiednio silne roztwory i odpowiednio wysoką temperaturę.

TABELA SPOSOBÓW I ŚRODKÓW ODKAŻANIA

Środek odkazający	Roztwór	Używać do odkażania	Sposób przygotowania
1. Wapno chlorowane	1% 5—10—20% 25—50 g na 1 000 l	Rąk i skóry Terenu, pomieszczeń, śmietników, ustępów, dółów na odpadki Wody w studni	1 g wapna chlorowanego, 99 ml. wody zmieszać i oddzielić od osadu (na 1/2 szklanki wody) 5—10—20 g na 95, 90 lub 80 ml wody. Im bardziej suchy obiekt odkażania, tym słabszy roztwór. Roztwór wapna chlorowanego powinien być zawsze świeżo przygotowany. Obliczoną i odważoną ilość wapna rozpuścić w małej ilości wody. Odczekać, aż osiądzie osad i użyć czystego roztworu do odkażania wody. Im bardziej zanieczyszczona woda, tym silniejszego używać roztworu. Po chlorowaniu wodę wyczerpać.
2. Chloramina, annogen	5—10 g na 1 l	Wody do picia	Po przygotowaniu roztworu odkażającego bierzemy 2,5 ml roztworu na 1 l wody. Po 30 minutach woda nadaje się do picia.
3. Pantocid	0,5—1%	Płukania śluzówek, skóry, odkażania rąk	Jak przy wapnie chlorowanym, bez oddzielania osadu
4. Formalina (formaldehyd)	1—2 tabl. z zawartością 3 mg czynnego chloru 1—2%, w postaci pary	Wody do picia Narzędzi, naczyń, przedmiotów drewnianych, szklanych, metalowych, pomieszczeń, odzieży, bielizny i pościeli	1—4 tabl. na 1 l wody, zależnie od stopnia zanieczyszczenia. Po 30 minutach woda nadaje się do picia W specjalnych aparatach, w pomieszczeniach pododdziałów, po uprzednim zalepieniu szpar i otworów powietrznych, gotując wodę i podgrzewając formalinę. Po 24 godzinach dezynfekcji wietrzmy pomieszczenie. Moczymy w roztworze 1% formaliny przez 2 godziny przed płukaniem

Środek odkażający	Roztwór	Używać do odkażania	Sposób przygotowania
5. Fenol (kwas karbolowy)	3—5% z dodaniem 3% szarego mydła	Bielizny i pościeli	Moczyć w ciągu 2 godzin przed płukaniem
6. Sól kuchenna	1—2%, roztwór nasycony (posypywanie solą)	Służówki Stołów i pni do rąbania mięsa, produktów żywnościowych łatwo psujących się (jednocześnie konserwacja)	Roztwór do płukania gardła, nosa, usz Posypywanie solą lub moczenie w nasyconym roztworze
7. Gotowanie w wodzie		Bielizny, naczyń, narzędzi	Od 15—60 minut
8. Para wodna	W komorach dezynfekcyjnych	Odzież, bielizny, pościeli itp., z wyjątkiem przedmiotów skórzanych i gumowych	W komorach dezynfekcyjnych pod zwiększonym ciśnieniem, do 1 godziny
9. Gorące suche powietrze	W komorach dezynfekcyjnych	Jak przy parze wodnej	Uważać, aby wszystkie przedmioty były rozwieszane w komorach dezynfekcyjnych luzno, kieszenie wywrócone, kłapy odpięte i odsłonięte. Materiały łatwo palne i wybuchowe usuwać z odzieży

41. Dezynsekcja

Dezynsekcja ma na celu niszczenie owadów i pasożytów przenoszących choroby zakaźne z chorych na zdrowych czy to przez ukąszenie (wszy, pchły, komary), czy też przez przenoszenie na swoim ciele (muchy) zarazków z przedmiotów zakażonych na produkty spożywcze, rany itp.

Dlatego też zależnie od sposobu bytowania i rozwijania się tych owadów i pasożytów stosujemy różne środki i sposoby dezynsekcji.

Tabela nr 9

ŚRODKI I SPOSOBY DEZYNSEKCJI

Środki dezynsekcyjne	Sposoby dezynsekcji	Przeciwno jakim owadom lub pasożytom stosowane
1. Proszki: Azotox, Dust i podobne	Posypuje się na odzież, bieliznę, owłosione części ciała, pomieszczenia, najlepiej rozpylając rozpylaczem	Wszy, pchły pluskwy, muchy, komary, mole
2. Płyiny dezynsekcyjne: cuprex, nafta i inne	Rozpryskując na skórze lub zlewając miejsca owłosione, rozpylając w szczeliny ścian, w powietrzu z unoszącymi się muchami; polewając powierzchnię wód otwartych w okresie lęgu larw komarów	Wszy głowowe, wszy odzieżowe, pchły, pluskwy, muchy, komary, mole
3. Para wodna wilgotna 4. Para wodna przegrzana lub suche gorące powietrze	W komorach dezynfekcyjnych — odzież, bielizna, pościel (wyjątek skóra i guma)	Wszy, pchły, świerzbowiec
5. Pary formaliny	W komorach dezynsekcyjnych Pomieszczenia	Wszy, pchły, pluskwy

Tabela nr 10

NISZCZENIE RÓŻNYCH PASOŻYTÓW I OWADÓW

Pasożyty, owady	Sposoby ich niszczenia
1. Wesz głowowa i łonowa	Owłosione części skóry posypujemy proszkiem Azotox lub innym albo zwilżamy jednym z płynów węglowodorowych używanych w tym celu. Zwykle zabieg należy powtórzyć 2—3-krotnie, a po 4—7 dniach zmyć. Wskazane jest strzyżenie włosów przed zabiegiem

Pasożyty, owady	Sposoby ich niszczenia
2. Wesz odzieżowa	Rozpylanie proszku na bieliznę i odzież; dezynsekcja w komorach dezynsekcyjnych — odzieży, bielizny i pościeli z dezynsekcją pomieszczeń i sprzętów za pomocą proszków lub płynów.
3. Pchły	Rozpylanie proszków dezynsekcyjnych, wpryskiwanie płynów dezynsekcyjnych do sierści zwierząt domowych, w szpary podłogi, do pościeli itp.
4. Pluskwy	Niszczenie uporczywe; zabiegi należy powtarzać szeregiem, często zrywając tynki i wykorzystując wszelkie sposoby niszczenia pasożytów w pomieszczeniach, sprzętach, a nawet w podręcznych przedmiotach: walizkach, książkach itp.
5. Komary	<p>W okresach późnej zimy niszczenie samic komara widliszka za pomocą odymiania w piwnicach, stajniach, oborach, na strychach, itp. Odurzony dymem komary należy zmieść i koniecznie spalić.</p> <p>Od maja do września nie dopuszczać do składania jaj przez komary na odkryte powierzchnie wody i w tym celu przykrywać szczelnie beczki z wodą, a także pokrywać powierzchnie stojących wód nawet bardzo małymi ilościami płynów ropo-pochodnych (30—40 ml nafty na 1 m²). W tymże okresie niszczymy larwy komarów rozpylając zieleń paryską z hydropułtów lub samolotów nad mokradłami (na 1 ha powierzchni mieszamy 1 kg zieleni z płynem obojętnym). Nad terenami o dużej ilości komarów rozpyla się proszek dezynsekcyjny (Azotox) z samolotów. Nie należy przy tym zapominać o niszczeniu komara „zadomowionego“ przebywającego w mieszkaniach, koszarach, szczególnie u chorych. Komary „zadomowione“ niszczy się codziennie mechanicznie (ręcznie) ręcznikiem, serwetą itp.</p>
6. Muchy	Szczelne przykrywanie śmietników i dołów ustępowych, dołów na odpadki; ochrona przed muchami magazynów żywnościowych, kuchni i jadalni. Niszczenie proszkiem i płynami dezynsekcyjnymi, lepami i niszczenie mechaniczne (ręcznie).
7. Świerzbowiec	Chorych smarujemy codziennie maścią lub płynem przeciwświerzbowym przez 3—4 dni, po czym poddajemy dokładnej kąpieli, a odzież, bieliznę i pościel dezynsekujemy w komorze dezynsekcyjnej. W razie ponownego stwierdzenia świerzbowca zabiegi powtórzyć.

42. Deratyzacja

Deratyzacja oznacza niszczenie szczurów i myszy. Istnieje szereg metod i sposobów. Pożądane efekty daje ona wtedy, gdy się ją przeprowadza w całym osiedlu jednocześnie, w okresie wczesnej wiosny, po starannym usunięciu śmieci, nawozu, odpadków i wszelkich zanieczyszczeń z terenu piwnic, magazynów itp. Deratyzację przeprowadza administracja cywilna, oddziały wojskowe dołączają się do całej akcji jako administratorzy terenów zabudowanych w osiedlu. Kredyty na akcję przydziela Departament Kwaterunkowo-Budowlany, akcję przeprowadza służba tyłów oddziału, a nadzór nad ochroną zdrowia żołnierza spełnia służba medyczna. Metody te stosuje się przez jednoczesne rozkładanie trutek w miejscach nawiedzanych przez szczury. Trutki te mogą być niebezpieczne dla zdrowia ludzi, stąd obowiązuje ostrożność i konieczność zabezpieczenia produktów żywnościowych przed dostaniem się do nich trucizny. Wszelkie inne metody niszczenia szczurów są mniej skuteczne.

ROZDZIAŁ IX

SPECYFICZNE ŚRODKI ZWALCZANIA EPIDEMII

43. Szczepienia ochronne

W razie zachorowań masowych na niektóre choroby zakaźne, jak dur osutkowy, dur brzuszny, dury rzekome A i B, czerwonka, w celu zapobiegania szerzeniu się tych zachorowań przeprowadza się szczepienia ochronne całego pododdziału lub całego oddziału. Chorych w okresie zwiastunów szczepić nie wolno.

44. Bakteriofagi

W okresie występowania większej ilości zachorowań na czerwonkę stosujemy podawanie zdrowym ludziom bakteriofagów czerwonkowych. Bakteriofag podajemy na czczo, w płynie o odczynie słabo alkalicznym, w ilości 15 ml (łyżka stołowa) lub jedną tabletkę suchego bakteriofagu. Chorym w okresie zwiastunów również zaleca się podawanie bakteriofagu, a także chorym w pierwszych dniach choroby.

45. Surowice

Surowice zapobiegawcze stosuje się w wypadkach błonicy, płonicy, nagminnego zapalenia opon mózgowych i innych przy masowym występowaniu tych zachorowań. Surowicę przeciwteczową stosuje się w każdym przypadku zranienia.

46. Przesącze bakteryjne itp.

Przesącze bakteryjne i inne środki biologiczne stosuje się zapobiegawczo przy masowych zachorowaniach na choroby zakaźne górnych dróg oddechowych, zakażeń przyrannych i innych. Wszelkie inne środki zapobiegawcze i nowe odkrycia naukowe zostają zlecone do użycia w wojsku drogą specjalnych rozkazów i instrukcji po wypróbowaniu.

47. Środki farmaceutyczne

W zwalczaniu niektórych chorób zakaźnych stosujemy środki używane przy leczeniu chorych zakaźnych. Na przykład w zimnicy stosujemy okresowo u tych, którzy chorowali w ostatnich 2 latach, leczenie przeciwnawrotowe chininą, akrichiną.

ROZDZIAŁ X

PODSTAWOWE ZASADY ZAPOBIEGANIA CHOROBYM ZAKAŻNYM

48. Uwagi ogólne

Istotą pracy przeciwepidemicznej w wojsku jest zapobieganie zachorowaniom na choroby zakaźne i niedopuszczenie do szerzenia się ich. Do podstawowych czynności zapobiegawczych służby medycznej należy:

1. Zwiad sanitarny.
2. Obserwacja sanitarna.
3. Likwidacja źródeł zakażenia.
4. Izolacja źródeł zakażenia.
5. Praca sanitarno-oświatowa.
6. Nadzór i kontrola sanitarna.
7. Szczepienia ochronne.
8. Ewidencja zachorowań.
9. Sprawozdawczość i meldunki.

49. Zwiad sanitarny

Zwiad sanitarny polega na tym, aby przed przybyciem oddziału na miejsce postoju lub zakwaterowania, dokładnie zbadać stan sanitarny terenu i epidemiologiczny ludności cywilnej w miejscowości przeznaczony na czasowe lub stałe zakwaterowanie oddziału. Wykonuje się to przez uzyskanie wiadomości o stanie sanitarnym okolicy od lekarza ośrodka zdrowia, gminy, od lekarza miejskiego czy

powiatowego, wreszcie od władz administracyjnych oraz przez osobistą kontrolę terenu. Należy przy tym stwierdzić:

- 1) czy w osiedlu są chorzy zakaźni,
- 2) ilu jest zakaźnie chorych,
- 3) na jakie choroby zakaźne są chorzy,
- 4) ilu mieszkańców liczy osiedle,
- 5) jakie są jego warunki sanitarno-higieniczne:
 - a) ilość domów murowanych i drewnianych,
 - b) czy jest czynny wodociąg i urządzenia kanalizacyjne, kąpielowe,
 - c) czy przeprowadzana jest stała kontrola wody do picia,
 - d) stan przydatności wody do picia.

50. Obserwacja sanitarna

W czasie dłuższego postoju lub stałego pobytu kontroluje się stały ruch chorych zakaźnie w osiedlu oraz jego stan sanitarno-higieniczny

51. Likwidacja źródeł zakażenia

W razie stwierdzenia źródeł zakażenia dążymy do ich likwidacji przez: izolację chorych i skierowanie ich do szpitala, przez dezynfekcję i dezynsekcję terenu, pomieszczeń i sprzętu kwaterunkowego, przez dezynfekcję studni, usuwanie nieczystości, dezynfekcję śmietników, ustępów, dołów na odpadki itp.

52. Izolacja źródeł zakażenia

Jeśli nie można zlikwidować źródeł zakażenia, staramy się izolować je przez:

- 1) umieszczanie tablic ostrzegawczych:
 - a) na drzwiach domów, w których są chorzy zakaźni,
 - b) na studniach, w których woda nie nadaje się do picia,
 - c) przy wejściu do sklepów i jadalni, które nie odpowiadają warunkom i przepisom sanitarnym;
- 2) zamknięcie lub ogrodzenie (sklepy, studnie) ognisk zakażenia;
- 3) ustawianie wart nie dopuszczających do terenów lub pomieszczeń, w których istnieją źródła zakażenia.

53. Praca sanitarno-oświatowa

W oddziale przeprowadzamy okresowo lub przy każdej nadarzącej się okazji pogadanki z żołnierzami, uświadamiające ich o niebezpieczeństwie zakażenia, o przyczynach, źródłach i następstwach

chorób zakaźnych, o sposobach wystrzegania się zakażeń itp. W wypadkach doraźnych, wobec istniejących niebezpieczeństw, lekarz oddziału stawia odpowiednie wnioski do rozkazu dziennego oddziału. Ma to na celu codzienne przypominanie żołnierzom o istniejącym niebezpieczeństwie, wydanych rozkazach i zarządzeniach zmierzających do ochrony zdrowia żołnierzy.

54. Nadzór i kontrola sanitarna

Lekarz oddziału, dowódca i szef tyłów oraz służba inspekcyjna stale muszą czuwać nad starannym wykonywaniem przez oficerów i szeregowców oddziału przepisów sanitarno-higienicznych. Okresowe i doraźne kontrole przełożonych powinny sprawdzać znajomość i sposób wykonywania przepisów sanitarno-higienicznych w wojsku.

ROZDZIAŁ XI

SZCZEPIENIA OCHRONNE

55. W celu zapobiegania chorobom zakaźnym przeprowadzane są w wojsku doraźne szczepienia ochronne. Mają one w wojsku, w dużym zbiorowisku ludzkim, szczególne znaczenie, usuwają bowiem niebezpieczeństwo epidemii takich chorób, jak ospa, dur brzuszny, dury rzekome A i B, czerwonka oraz tężec. Przeciwno innym chorobom zakaźnym szczepienia ochronne są przeprowadzane doraźnie, na podstawie specjalnych rozkazów.

56. Rodzaje szczepień ochronnych

W wojsku stosowane są następujące szczepienia ochronne:

- a) przeciwospowe — wszystkich nowowcielonych rekrutów w pierwszym tygodniu po wcieleniu do oddziału; dzieci rodzin oficerów i podoficerów zawodowych; pierwsze szczepienie powinny otrzymywać dzieci w wieku od 2—6 miesięcy, zależnie od rozwoju dziecka, następnie w wieku 7—8 lat, 14—15 lat; 21—22 lat uczniów szkół wojskowych lub będących pod opieką wojskową;
- b) przeciw durowi brzuszному, durom rzekomym, czerwonce i tężcowi — wszystkich nowowcielonych rekrutów i rezerwistów, uczniów szkół wojskowych lub będących pod opieką wojskową, szeregowców, podoficerów i oficerów zawodowych, członków rodzin oficerów i podoficerów zawodowych, pracowników cywilnych i zatrudnionych w wojsku. Szczepienie przeprowadza się po raz pierwszy dwukrotnie, przy powtarzaniu corocznym — szczepienie jednokrotne.

1. Szczepienia przeciwko durowi brzusznemu i durom rzekomym, czerwonce oraz tężcowi muszą być przeprowadzane w czasie od 15.03 do 30.04 każdego roku, z wyjątkiem szczepień rekrutów i rezerwistów, których szczepi się po wcieleniu, niezależnie od pory roku. Szczepienia przeciwospowe i przeciwdurowo-czerwonkowo-tężcowe mogą być wykonywane jednocześnie.
2. Szczepienia doraźne — dokonywane na każdorazowy rozkaz Ministra Obrony Narodowej. Wniosek do rozkazu przedstawia szef Służby Zdrowia WP.
3. Szczepienia w wypadkach epidemii. W razie wybuchu epidemii jednej z chorób zakaźnych mogą być zarządzone na wniosek szefa Służby Medycznej okręgu wojskowego lub marynarki wojennej szczepienia dodatkowe, jednakże zawsze za zgodą szefa Służby Zdrowia WP.

57. Plan szczepień

Każdorazowo przed szczepieniem lekarz oddziału przedstawia dowódcy plan szczepień, zawierający wskazówki, w jakim miejscu i czasie oraz w jakiej kolejności odbędą się szczepienia. Plan ten ogłasza się w rozkazie dziennym oddziału. Przedtem lekarz oddziału zaopatruje się ze składnicy sanitarnej w obliczoną i wystarczającą ilość szczepionki.

58. Przeciwwskazania do szczepień

W okresie szczepienia i po szczepieniu wszelkie forsowne wysiłki są szkodliwe dla żołnierza. W razie konieczności dokonywania większych wysiłków, wynikającej z sytuacji taktycznej lub z rozkazów wyższych przełożonych, należy szczepienia przewidzieć w takim terminie, aby był przynajmniej 2-dniowy odpoczynek przed i po szczepieniach. Chorych na ostre gorączkowe choroby należy szczepić po wyzdrowieniu. Ponadto nie szczepi się, z wyjątkiem szczepień przeciwospowych, przeciwbłoniczych i przeciwkokluszowych:

- 1) dzieci poniżej 2 roku życia,
- 2) osób dorosłych powyżej 60 lat,
- 3) chorych na gruźlicę, choroby mięśnia sercowego, wsierdzia, osierdzia, układu krążenia, chorych na ostre i niewyrównane choroby nerek, choroby nadczynności gruczołów dokrewnych (szczególnie tarczycy), czynne procesy zapalne układu kostnego,
- 4) kobiet ciężarnych od 6 miesiąca ciąży,
- 5) kobiet przez 6 tygodni po porodzie,
- 6) zatrutych solami metali, jadami grzybów itp.,
- 7) chorych na gościec stawowy w ciągu 1 roku od daty ostatniego napadu.

59. Pomieszczenia do przeprowadzania szczepień.

Pomieszczenia, w których dokonuje się szczepień, powinny się składać z poczekalni oraz izby, w której lekarz przeprowadza szczepienia. Pomieszczenia te powinny być utrzymywane we wzorowej czystości. W razie przeprowadzania szczepień w chłodnej porze roku należy poczekalnie i pokój do szczepień ogrzewać.

60. Przygotowania do szczepień.

Dowódcy pododdziałów zarządzają w przeddzień lub w dzień szczepienia, zgodnie z rozkazem dziennym oddziału, kąpiel i wymianę bielejny żołnierzy podlegających szczepieniom. Na wyznaczony rozkazem dziennym termin, dowódcy pododdziałów wysyłają do wskazanego pomieszczenia wszystkich podlegających szczepieniom pod dowództwem podoficera. Lekarz otrzymuje równocześnie „imienny spis szczepionych“, zgodny ściśle z rzeczywistym stanem liczbowym pododdziału, co dowódca stwierdza swoim podpisem.

Imienne spisy szczepionych należy przechowywać jako dokumenty tajne.

61. Odpowiedzialność za przeprowadzenie szczepień.

Wobec dużego znaczenia szczepień ochronnych dla stanu zdrowotnego wojska i narodu, dowódcy wszystkich szczebli służbowych powinni starannie przestrzegać terminów szczepień ochronnych i dopilnować, aby wszyscy podlegający obowiązkowi szczepienia byli im poddani. W wypadkach epidemii i stwierdzenia zaniedbania szczepień ochronnych w swoim czasie, dowódca może podlegać odpowiedzialności sądowej.

62. Przeprowadzanie szczepień.

W czasie przeprowadzania szczepień ochronnych lekarz kontroluje obecność wpisanych do imiennego spisu szczepionych i przystępuje do szczepień. W czasie szczepień dopilnowuje jałowości strzykawek, igieł i szczepionki. Zaszczepionych odnotowuje się w spisie, wyznacza się termin powtórnego szczepienia lub sprawdzenia odczynu poszczepiennego. W spisie szczepionych należy również zanotować opis odczynu poszczepiennego. W dniu wyznaczonym przez lekarza dla sprawdzenia odczynu poszczepiennego dowódcy wysyłają szczepionych w tym samym porządku jak do szczepienia. Na każdego zaszczepionego wystawia się zaświadczenie.

63. Zachowanie się w okresie szczepień.

W okresie szczepień, tj. w przeddzień, w dniu szczepienia i następnego dnia bezwzględnie wzbronione jest używanie napojów alkoholowych. Dzień szczepień powinien być dla szczepionych dniem wolnym od zajęć i ćwiczeń fizycznych. Jeżeli odczyn poszczepienny jest zbyt silny (podniesiona ciepłota, ogólne niedomaganie, miejscowy stan zapalny, obrzęki itp.), należy zaszczepionych kierować do lekarza.

ROZDZIAŁ XII

EWIDENCJA, SPRAWOZDAWCZOŚĆ I MELDUNKI

64. E w i d e n c j a.

Wszystkie wypadki chorób zakaźnych powinny być ujęte przez lekarza w przejrzystej formie w księdze zachorowań na choroby zakaźne (wzór: zał. nr 6 „Regulamin służby zdrowia“) w celu nadzoru i kontroli nad nosicielami zarazków oraz umożliwienia leczenia w odpowiednim okresie nawrotów, niektórych chorób zakaźnych.

Oddzielnie należy prowadzić wykazy:

- 1) żołnierzy, którzy chorowali na choroby zakaźne przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich dwóch lat,
- 2) żołnierzy, którzy chorowali na zimnicę w ciągu ostatnich dwóch lat,
- 3) wszystkich zakaźnie chorych przebywających w szpitalach i ozdrowieńców przebywających na urloпах lub w oddziale,
- 4) zachorowania wśród ludności cywilnej na choroby zakaźne (ilościowe wykazy od lekarza powiatowego).

Ewidencji podlegają również prace mające na celu zapobieganie chorobom zakaźnym, a przede wszystkim:

- 1) szczepienia ochronne w imiennych spisach szczepionych,
- 2) przeglądy na zawsszenie,
- 3) badania strawy i wody do picia.

W wypadku zachorowań, od początku należy starannie prowadzić ewidencję zachorowań, z rozbiciem na pododdziały, aby łatwiej uchwycić przyczyny i przebieg szerzenia się epidemii oraz wydać odpowiednie zarządzenia.

65. M e l d u n k i.

O każdym wypadku zachorowania na choroby zakaźne obowiązuje natychmiastowy meldunek do przełożonego fachowego, nadany bezpośrednio lub przez gońca. Szef Służby Medycznej okręgu z kolei przedstawia natychmiastowe meldunki szefowi Służby Zdrowia WP.

W meldunkach należy podać jednostkę chorobową za pomocą szyfru, ilość zachorowań i oddział, w którym zdarzył się wypadek. Przy masowych zachorowaniach należy specjalnym gońcem przesłać dokładny opis podając przyczynę, przebieg zachorowań i przedsięwzięte środki zaradcze.

66. Sprawozdania.

Sprawozdania sanitarno-higieniczne i epidemiologiczne obowiązują w myśl instrukcji o sprawozdawczości sanitarnej w wojsku.

ROZDZIAŁ XIII

CHOROBY PASOŻYTNICZE

67. Świerzb.

Świerzb jest chorobą wywołaną przez świerzbowca, pasożyta bytującego na skórze, który łatwo przenosi się z jednego człowieka na drugiego. Samice zióbią kanały w skórze składając w nich jaja. Z jaj wylęgają się świerzbowce, które posuwając się w skórze wywołują swędzenie i podrażnienie skóry. Zwalczanie polega na izolacji chorego, odpowiednim leczeniu, dezynfekcji odzieży, bielizny osobistej i pościelowej. Zapobieganie polega na częstym myciu rąk wodą i mydłem oraz utrzymaniu wzorowej czystości osobistej i odzieży.

68. Wszawica.

Wszawica jest chorobą wywołaną przez pasożyta — wesz. Powstaje ona przy kontakcie z innymi zawszonymi, przez korzystanie z zauszonej bielizny osobistej lub pościelowej itp. Charakterystyczne dla wszawicy jest swędzenie, wywołane przez wędrowkę pasożytów po skórze i przez ssanie przez nie krwi. W następstwie drapania się powstaje wtórne zakażenie skóry w postaci owrzodzeń, ropni lub nawet ropowic. Poza tym zakażone wszy odzieżowe mogą być nosicielami duru plamistego, powrotnego oraz innych. Walka z wszawicą jest zatem jednocześnie walką z dudem plamistym i powrotnym.

69. Zapobieganie wszawicy.

Zapobieganie wszawicy polega na utrzymaniu czystości ciała i bielizny oraz odzieży, na unikaniu stykania się z ludźmi brudnymi, niechlujnymi, z włóczęgami, z żebrakami itp. W oddziałach stosujemy przeglądy codzienne — przez szefów kompanii i okresowe — przez personel służby medycznej oraz kwarantannę dla powracających z urlopu, z przepustek oraz tych, którzy stykali się z ludnością cywilną. W tym celu dla powracających do oddziału powinna znajdować się

izba, do której zostają skierowani przybywający. Po przeglądzie na zawsze, przeprowadzonym przez personel służby medycznej, w wypadku niestwierdzenia zawszenia, żołnierze ci zostają skierowani do pododdziałów.

70. Zwalczanie wszawicy.

W wypadku stwierdzenia zawszenia poddajemy zawszonego zabiegom sanitarno-higienicznym, polegającym na ostrzyżeniu włosów, dokładnej kąpieli, dezynsekcji odzieży i bielizny oraz zamianie brudnej bielizny na czystą. W warunkach polowych jest dozwolone stosowanie środków przeciwpasożytniczych (płyny, proszek Azotox i inne). Podstawą jednak walki z wszawicą jest kąpiel i dezynsekcja.

ROZDZIAŁ XIV

ZATRUCIA POKARMOWE NIEZAKAŻNE

71. Uwagi ogólne.

Zatrucia pokarmowe mogą zdarzać się w wojsku na skutek dostania się do strawy jądów lub trucizn. Może to nastąpić z powodu:

- a) braku lub niedostatecznej ochrony produktów żywnościowych, strawy, wody do picia, przez umyślne, złośliwe lub zbrodnicze działanie wroga lub zbrodniarza;
- b) braku lub niedostatecznej kontroli i nadzoru sanitarnego nad produktami żywnościowymi, strawą, wodą do picia, magazynami żywnościowymi, kuchniami, naczyniami kuchennymi itp.;
- c) złego lub niedostatecznego przygotowania personelu do umiejętności magazynowania produktów żywnościowych, przygotowania z nich strawy i do przechowywania gotowej strawy;
- d) nieumiejętnego opracowania jadłospisu i nieznanomości zasad dietyki przez lekarza, oficera żywnościowego i kucharza.

72. Rodzaje zatruc.

Rozróżnia się następujące rodzaje zatruc:

- a) zatrucia różnego rodzaju związkami chemicznymi, najczęściej solami metali ciężkich;
- b) zatrucia jadami grzybów i alkaloidami roślin trujących;
- c) zatrucia jadami bakteryjnymi;
- d) zatrucia produktami rozkładu środków spożywczych;
- e) niestrawność.

73. Dochodzenie epidemiologiczne.

Po stwierdzeniu zatruc pokarmowych konieczne jest przeprowadzenie dochodzeń i badań epidemiologicznych, przy czym należy ustalić:

- a) w jakim czasie po zjedzeniu stawy nastąpiło zatrucie;
- b) składniki wchodzące w skład stawy w przeddzień i w dniu zatrucia;
- c) czy wszyscy zatruci jedli stawę z jednego kotła;
- d) czy wśród tych, którzy zjedli tę samą stawę są ludzie, którzy nie chorowali;
- e) czy w innych pododdziałach nie ma osób zatrutych spośród tych, którzy przypadkowo otrzymali stawę z tej samej kuchni w jednym z trzech poprzednich dni;
- f) czy są zachorowania wśród ludzi nie korzystających z tej samej kuchni;
- g) czy nie korzystali z produktów żywnościowych pochodzących spoza kuchni.

W wypadku stwierdzenia zatrucia należy natychmiast pobrać i skierować do badań laboratoryjnych wymiociny i wydaliny chorych. U ciężko chorych, z wysoką gorączką, należy prócz tego pobrać krew na posiewy bakteryjne.

Do badań laboratoryjnych kierujemy próbki, a także resztki stawy z ostatniej doby oraz pozostałości surowych produktów żywnościowych (mięso, długie kości, ryby).

Należy wreszcie dokładnie przeprowadzić badania stanu sanitarnego magazynu żywnościowego, kuchni, jadalni, sprzętu i naczyń używanych do przechowywania, przyrządzania i gotowania stawy, badając bardzo starannie dyscyplinę sanitarną pracy, sposób transportu produktów żywnościowych, przechowywanie oraz przyrządzanie i wydawanie stawy.

Dane dochodzeń sanitarnych stanowią podstawę przewidywań środków i sposobów zapobiegania w przyszłości wypadkom zatruc pokarmowych.

74. Ewidencja, meldunki i sprawozdawczość.

Zatrucia pokarmowe podlegają ewidencji z uwzględnieniem dokładnego czasu zjedzenia stawy i zachorowania. W wypadkach zatruc pokarmowych należy natychmiast zawiadomić telefonicznie szefa Służby Medycznej okręgu wojskowego (marynarki wojennej), który z kolei melduje szefowi Śl. Zdrowia WP, oraz prokuraturze wojskowej.

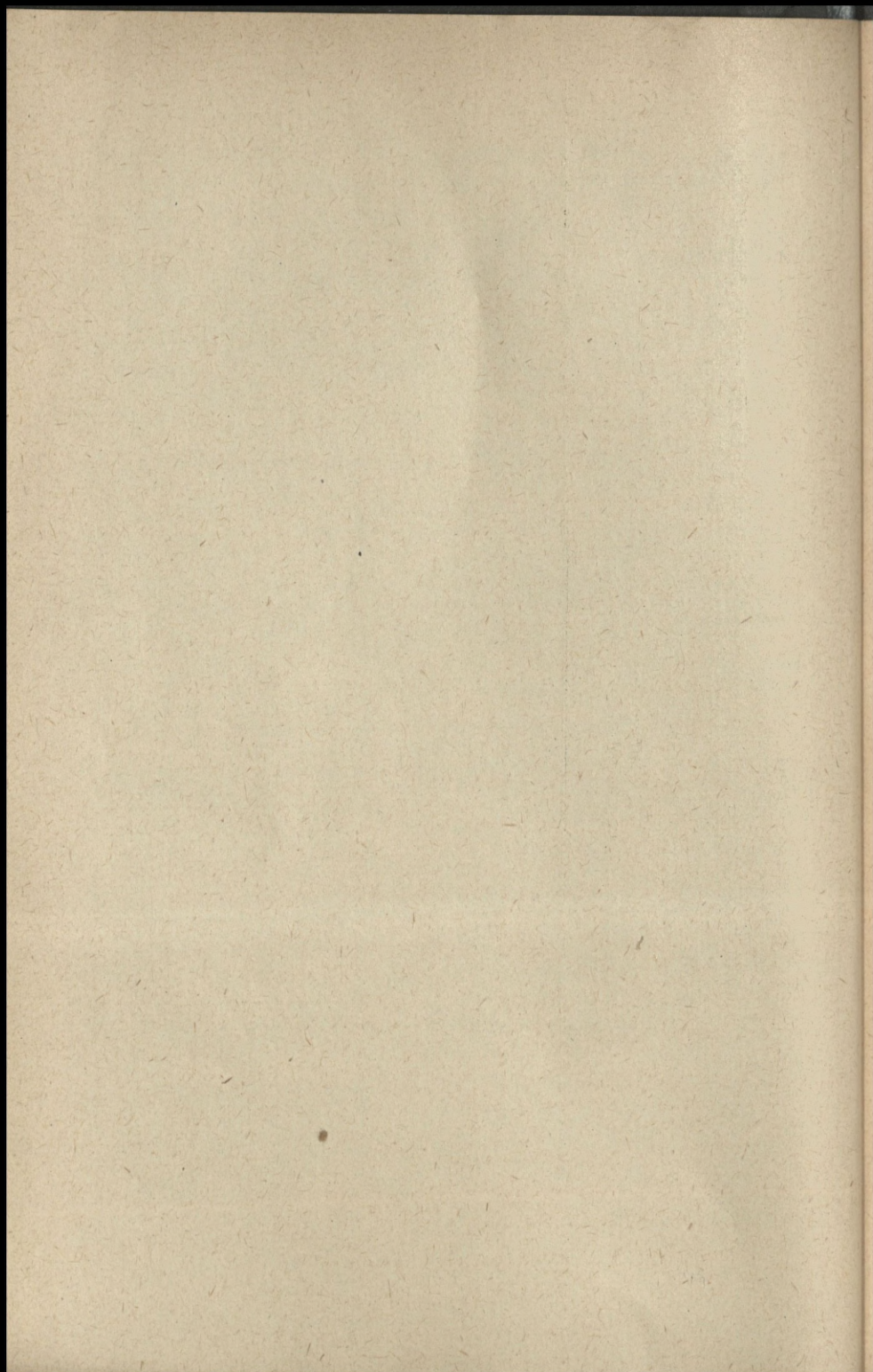
Poza tym w wypadku zatruc obowiązują codzienne meldunki o przebiegu zachorowań, aż do ich wygaśnięcia, przesyłane jak meldunek pierwotny.

W sprawozdaniach okresowych należy wypadki zatruc opisać szczegółowo, tak jak choroby zakaźne. W sprawozdaniach należy również podać masowe zatrucia pokarmowe wśród ludności cywilnej.

ZAPOBIEGANIE I PIERWSZA POMOC W PRZYPADKACH ZATRUC POKARMOWYCH

Rodzaj zatrucia	Zapobieganie	Pierwsza pomoc
Zatrucia związkami chemicznymi	Ochrona kuchni, magazynów żywnościowych, jadalni, sklepów żywnościowych i gospód wojskowych (wstęp dozwolony tylko dla pracowników i nadzoru). Nadzór i kontrola nad produktami żywnościowymi, wodą do picia i strawą. Kontrola naczyń do przechowywania, gotowania i wydawania produktów żywnościowych i strawy (badanie kotłów na zawartość ołowiu i miedzi, pobielanie kotłów).	Środki wymiotne i płukanie żołądka w przeciągu pierwszych 3 godzin, a następnie skierowanie do szpitala. W późniejszym okresie natychmiast skierować do najbliższego szpitala
Zatrucia jadami grzybów i alkaloidami roślin trujących	Używanie do przyrządzania strawy grzybów i roślin tylko dobrze znanych nadzorowi i personelowi kuchennemu. Nie używanie grzybów i roślin nieznanych lub budzących wątpliwości.	Wywołanie wymiotów, płukanie żołądka, środki przeczyszczające (gorzka sól). Pamiętać należy, że zbyt późno, w 3—4 godziny po spożyciu, stosowanie zabiegu może nie dać wyniku ze względu na postępujące zwyrodnienie wątroby. Wtedy konieczne jest odesłanie chorych do szpitala.
Zatrucia jadami bakteryjnymi i oakteriami	Jak w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Przede wszystkim higiena przechowywania, przyrządzania i prawidłowe gotowanie środków spożywczych oraz strawy	Objawy występują stosunkowo późno — leczenie szpitalne. Przy wcześniejszych objawach — środki przeczyszczające i właściwe leczenie
Zatrucie jadami powstającymi z rozkładu środków spożywczych, głównie mięsa i ryb	Bezwzględny zakaz wydawania do spożycia produktów mięsnych i ryb nieswieżych z oznakami zepsucia lub budzących wątpliwości. Staranny nadzór nad produktami żywnościowymi	Przy wczesnych objawach — wywołanie wymiotów, płukanie żołądka i środki przeczyszczające Przy późnych objawach — środki przeczyszczające i leczenie szpitalne

Rodzaj zatrucia	Zapobieganie	Pierwsza pomoc
Niestrawność	<p>Układanie jadłospisu według zasad dietetyki. Dobre oraz staranne przyrządzanie i gotowanie stawy. Wydawanie stawy do spożycia bezpośrednio po ugotowaniu. Unikanie picia wody i zimnych napojów po tłustej strawie i po surowiznach (owoce, jarzyny)</p>	<p>Środki przeczyszczające, ścisła dieta. Leżenie w łóżku, ciepło</p>



CZEŚĆ II

MASOWE ZACHOROWANIA NIEZAKAŻNE

Przyczyną masowych zachorowań niezakaźnych w życiu zbiorowym są braki i usterki sanitarno-higieniczne. Cechą ich jest szybkość i masowość występowania oraz ograniczenie występowania tylko do oddziałów i pododdziałów, które znalazły się w warunkach sprzyjających ich powstaniu. Pomimo to mogą się stać przyczyną masowego wykruszenia stanów liczbowych oddziałów i zmniejszenia ich zdolności bojowej. Dbalność o wysoki poziom higieny i stosowanie się do nich zapobiega występowaniu tego rodzaju zachorowań.

A. HYPO- I AWITAMINOZY

ROZDZIAŁ I

RODZAJE HYPOWITAMINOZ LUB AWITAMINOZ

75. Uwagi ogólne

Hypo- i awitaminozy powstają wtedy, gdy organizm przez dłuższy czas otrzymuje niedostateczną ilość lub w ogóle jest pozbawiony witamin, które regulują czynności tak całego organizmu jak i poszczególnych tkanek, narządów i gruczołów. Nieliczne z nich zdrowy organizm produkuje sam. Znaczną większość witamin dostarczamy organizmowi w odpowiednio dobranym i urozmaiconym pożywieniu. W przeciwnym razie powstają zaburzenia lub poważne długotrwałe schorzenia. Szczególnie w życiu wojska główną rolę odgrywają hypo- i awitaminozy powstające na skutek niedostatecznej ilości lub zupełnego braku w pożywieniu witamin A, B, C i D. Pozostałe w masowych zachorowaniach odgrywają mniejszą rolę.

ZAPOBIEGANIE HYPO- I AWITAMINOZOM ORAZ ICH ZWALCZANIE

Zaburzenia lub choroby powstałe z braku witamin	Zapobieganie	Zwalczanie
Hypo-iawitaminozy „A”	<p>1. Podawanie według zasad dietyki wystarczających ilości świeżych tłuszczów, jarzyn, owoców oraz mleka i jaj.</p> <p>2. W razie konieczności żywienia się konserwami lub produktami gotowymi podawanie preparatów witaminowych z zawartością 3 mg witaminy „A” na dobę</p>	Podawanie dużych ilości świeżego masła, surowych owoców i jarzyn, mleka, śmietany i jaj lub preparatów witaminy „A” w ilości 5 mg na dobę. Wymagana przez organizm ilość witaminy „A” wynosi 3 mg na dobę
Hypo-iawitaminozy „B”	Codzienne podawanie do pożywienia chleba razowego, w ilości 600—700 g lub preparatów witaminowych	Podawanie preparatów witaminowych B1 i B2 lub chleba razowego, w ilości najmniej 600—700 g na dobę. Wymagana przez organizm ilość witaminy „B” wynosi 3 mg na dobę
Hypo-iawitaminozy „C”	Podawanie w codziennym żywieniu wystarczającej ilości surowych jarzyn (kapusta kiszona) i owoców, mleka i jaj według zasad dietyki. Przyrządzanie gotowanych jarzyn według zasad dietyki, tak aby jak najmniej traciły witaminę C. Ilość witaminy C musi wynosić co najmniej 50 mg na dobę	Podawanie preparatów witaminy „C” lub surowych owoców, jarzyn, mleka i jaj, zawierających w swej ilości 100—200 mg witaminy „C” na dobę na człowieka. Zapotrzebowanie na witaminę „C” wzrasta w miarę zwiększania się pracy, w czasie choroby lub pogarszania się warunków bytowania
Hypo-iawitaminozy „D”	Podawanie w codziennym żywieniu tłuszczów, wątroby lub preparatów witaminowych (tran)	Podawanie preparatów witaminy „D” (tran) lub tłuszczów, mięsa, wątroby

76. Ewidencja, meldunki i sprawozdawczość

Zachorowania na awitaminozy podlegają ewidencji jak choroby zakaźne. W czasie pokojowym meldunki doraźne nie obowiązują. W czasie wojny lub manewrów obowiązują również meldunki doraź-

ne z następowym wyjaśnieniem przyczyn. W sprawozdaniu hypoi awitaminozy muszą być szczegółowo omówione, z uwzględnieniem przyczyn i podaniem winnych wystąpienia ich w pododdziale lub oddziale.

B. MASOWE ZACHOROWANIA

ROZDZIAŁ II

PRZEGRZANIE I PORAŻENIE SŁONECZNE

77. Przegrzanie i porażenie słoneczne

Najczęściej w dni ciepłe, parne na skutek noszenia nieodpowiedniej, ciepłej bielizny lub okrycia wierzchniego (ubranie, mundur) w czasie marszów, ćwiczeń lub wyętej pracy fizycznej, dochodzi do gwałtownego przegrzania całego organizmu, wyczerpania mięśnia sercowego i ogólnych zmian chorobowych, co powoduje w oddziałach wojskowych masowe wypadki zasłabnięć, zemdleń i zachorowań z gorączką, bólami mięśni, głowy itp. Podobne gwałtowne zmiany zachodzą przy porażeniach słonecznych, a występują na skutek działania promieni słonecznych na odkrytą głowę.

Zapobieganie polega na noszeniu bielizny i odzieży odpowiedniej do pory roku, przystosowaniu się raczej do lżejszej odzieży, nakrywaniu głowy przy silniejszym i dłużej trwającym nasłonecznianiu, hartowaniu organizmu i higienicznym trybie życia oraz przestrzeganiu zasad higieny ćwiczeń i pracy. W gorące i parne dni przy wysiłkach należy ponadto podawać zwiększoną nieco ilość soli kuchennej.

Zwalczanie przegrzania i porażenia słonecznego polega na tym, aby udzielać właściwej pomocy przegrzanym dając im należyty wypoczynek, stopniowo ochładzając organizm, stosując zimne okłady na głowę i okolice serca.

ROZDZIAŁ III

ODPARZENIA I OTARCIA

78. Uwagi ogólne

Plagą żołnierzy w marszu są odparzenia i otarcia, szczególnie stóp. Powodem tego zazwyczaj jest źle dopasowane, podarte lub wadliwie naprawione obuwie, podarte lub połatane, źle zacerowane skarpetki czy onuce, nadmierne pocenie się nóg, źle dopasowane oporządzenie,

źle naprawiona bielizna i mundur itp. Stanowi to częstą przyczynę wykruszania się stanów marszowych oddziałów, wpływającą na zmniejszanie ich siły i gotowości bojowej.

79. Z a p o b i e g a n i e odparzeniom i otarciom — to przede wszystkim staranne przestrzeganie zasad higieny osobistej, szczególnie dotyczącej nóg, przestrzeganie zasad higieny marszu przez żołnierzy i dowódców, przy zwróceniu bacznej uwagi na środki i sposoby zapobiegające odparzeniom i otarciom nóg.

80. L e c z e n i e odparzeń i otarć polega na zastosowaniu właściwej pierwszej pomocy i następnej pielęgnacji nóg.

ROZDZIAŁ IV

ODMROŻENIA

81. U w a g i o g ó l n e

Na skutek nieprzestrzegania zasad higieny osobistej, niedostosowania okryć rąk, stóp, uszu, nosa itp. w czasie dużych mrozów, szczególnie przy ćwiczeniach i w czasie walki w polu dochodzi do licznych wypadków odmrożeń, powodujących, jak wszystkie masowe zachorowania, wykruszenie się stanów oddziałów i zmniejszanie się ich siły bojowej.

82. Z a p o b i e g a n i e polega na używaniu w zimie, w czasie mrozów poniżej 10^o, rękawic, nauszników, ciepłych onuc lub skarpetek, przestrzeganiu, aby okrycie wierzchnie i bielizna oraz onuce były suche, na powolnym ogrzewaniu zmarzniętych kończyn i części ciała.

ROZDZIAŁ V

EWIDENCJA, SPRAWOZDAWCZOŚĆ I MELDUNKI

Wszystkie wypadki zachorowań na masowe choroby niezakaźne podlegają normalnej ewidencji zachorowań w oddziale.

Pojedyncze wypadki zachorowań niezakaźnych podawać należy w obowiązujących sprawozdaniach okresowych, bez specjalnych meldunków. Przy masowych zachorowaniach obowiązują natychmiastowe meldunki z następnym podaniem przyczyn, składane fachowym przełożonym służby medycznej.

ne
na

de
ól-
ól-
o-

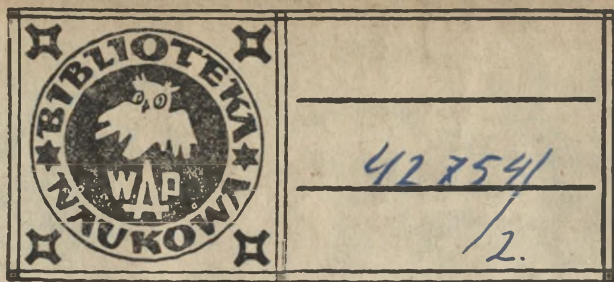
i-

-
-
e
e



Drukowano w formacie A5 na pap. druk. sat. V kl. 60 gr A1 w Drukarni
Wojskowej w Gdyni. Skład rozpoczęto 21. VII. 54 Druk ukończono
28. XI. 54. Objętość 4,23 ark. wyd. ark. druk. 4. Nr zam. 1234/D-93 CW-18691





42754/

2.