

О. Е. Троценко – об эпидемиологической ситуации в России и на Дальнем Востоке, причинах активизации гриппа, профилактике острых кишечных инфекций и гельминтозов, вопросах поддержки здорового микробиома, профилактике полиомиелита, летних оздоровительных кампаниях

Спикер: Ольга Евгеньевна Троценко, директор ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора», доктор медицинских наук.

– Как вы оцениваете эпидемиологическую ситуацию в России в целом и в Дальневосточном федеральном округе в частности?

– Эпидемиологическая ситуация в стране находится на строгом контроле Роспотребнадзора и поддерживается на стабильном уровне. За последние два года снизилась заболеваемость по 65 инфекционным и 20 паразитарным болезням. При этом примерно треть всех инфекционных заболеваний приходится на острые респираторные вирусные инфекции и грипп. Новая коронавирусная инфекция пока доставляет здравоохранению достаточно проблем, но ситуация с ней стабилизируется, новый коронавирус переходит в разряд обычных сезонных респираторных вирусов.

Если говорить об особенностях сезона 2022–2023 годов по ОРВИ и гриппу, то нужно сказать, что активизировались именно вирусы гриппа. И отмечу, что по заболеваемости гриппом наиболее неблагополучные по Дальнему Востоку – северные территории: Чукотка, Камчатка, Якутия, Магаданская область.

– С чем связана такая активизация гриппа? Почему именно в Дальневосточном округе и в его отдаленных регионах, где завозы инфекции должны быть минимальными?

– Заболеваемость гриппом и ОРВИ в этом году высокая по всей России, не только на Дальнем Востоке. Думаю, что вирусы гриппа активизировались потому, что новый коронавирус переходит в разряд обычных сезонных вирусов, открывая «экологическую нишу». Те вирусы, которые не были активны в предыдущие годы, вновь начинают активно циркулировать. Также это связано со снижением иммунитета населения к другим респираторным вирусам негриппозной этиологии, которые тоже повышают активность после

пандемии. Это респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, вирус парагриппа, риновирусы.

Думаю, что ситуация по заболеваемости на Дальнем Востоке связана с климатическими и географическими особенностями региона и, возможно, с вопросами слабой доступности медицинской помощи в отдаленных районах. Например, в Якутии есть отдаленные улусы, до которых сложно добраться. В ДФО показатели заболеваемости в основном разнятся из-за такого территориального разброса регионов.

– Какие мероприятия в сезон ОРВИ и гриппа проводятся на Дальнем Востоке для того, чтобы снизить заболеваемость населения? И что из этих мероприятий работает лучше всего, на ваш взгляд?

– Лучше всего работает отсутствие контакта с потенциально инфицированными людьми. Желательно избегать посещения массовых мероприятий. В публичных местах лучше надевать маску. Если человек заболел, он должен оставаться дома, вызвать на дом врача и быть в изоляции. Обязательно нужно делать прививку против гриппа. Мы знаем, что каждый год обновляются штаммы. В вакцину вводятся именно те штаммы, которые наиболее эпидемически значимы в данном сезоне.

– Как убедить людей вакцинироваться? И не только от гриппа, но и от других инфекций?

– Наиболее эффективна разъяснительная работа с населением. Людям нужно объяснять необходимость вакцинации. Например, если взять полиомиелит, то это очень опасное заболевание с высокой вероятностью летального исхода. Оно приводит к инвалидизации, развитию параличей. В 50–60-х годах, до введения массовой вакцинации против полиомиелита, очень многие люди заболевали и становились инвалидами. Единственным средством защиты была вакцинопрофилактика, поскольку специфического этиотропного препарата для лечения этой болезни просто не существует.

– К распространенным в России заболеваниям относятся кишечные инфекции. Обычно их пик приходится на летний период. Соблюдение каких правил пищевой гигиены поможет предотвратить их развитие?

– В летний период возрастает заболеваемость именно кишечными инфекциями. Эти инфекции характеризуются фекально-оральным механизмом передачи, то есть заболевание у человека происходит при

попадании возбудителя в рот. Возбудителями бактериальных инфекций чаще всего являются сальмонеллы, дизентерийные бактерии, кишечная палочка, стафилококки.

В настоящий момент наиболее актуальным среди бактериальных кишечных инфекций остается сальмонеллез. Источником или резервуаром для этой инфекции является домашняя или фабричная птица, то есть куры, утки. Заразным может быть как мясо, так и яйца. С наступлением летних температур усиливается размножение сальмонелл в пищевых продуктах. И это приводит к повышению заболеваемости.

Кроме того, остаются проблемой для России кишечные инфекции вирусной этиологии. На Дальнем Востоке заболеваемость кишечными инфекциями, в частности норовирусной этиологии, наиболее высока. Высока она в Сахалинской области, в Республике Саха (Якутия), в Амурской области, Хабаровском крае, Еврейской автономной области.

Наиболее частыми возбудителями вирусных кишечных инфекций являются норовирусы и ротавирусы. Они высоко заразны и легко передаются как контактным путем, от заболевшего человека через загрязненные руки, так и пищевым путем, через пищевые продукты. Они могут также передаваться водным путем: либо при употреблении загрязненной воды, либо при заглатывании во время купания в бассейнах или открытых водоемах, которые инфицированы.

Основное правило, чтобы предотвратить заболеваемость острыми кишечными инфекциями как бактериальной, так и вирусной этиологии, – это гигиена рук: обязательно тщательное мытье рук, с мылом, с ополаскиванием.

Во-вторых, это использование чистой посуды и отдельного инвентаря для разделки разных пищевых продуктов.

В-третьих, это употребление чистой, гарантированного качества бутилированной воды или воды прокипяченной, поскольку все указанные вирусы и бактерии быстро погибают при кипячении. Это правильное мытье овощей, фруктов и зелени. Достаточная термическая обработка мяса и яиц.

В летнее время нежелательно покупать пищевые продукты в несанкционированных местах: уличных палатках, киосках и там, где вы не уверены в качестве этого продукта. Не стоит употреблять в пищу продукты,

которые вызывают подозрение. Допустим, с какими-то дефектами или с непонятным запахом.

Кстати, этих рекомендаций желательно придерживаться не только в летний, но и в зимний сезон, потому что заболеваемость норовирусами практически не имеет сезонности.

– Одно из распространенных заболеваний – энтеровирусная инфекция. Можете рассказать об отличиях энтеровирусов от ротавирусов, норовирусов и прочих кишечных инфекций? Есть ли разница в профилактических мерах?

– Энтеровирусную инфекцию отличает широкое распространение, сезонность и многообразие клиники.

Нужно отметить, что энтеровирусные инфекции достаточно широко распространены и за рубежом, и в нашей стране. Эта проблема становится все более актуальной, потому что заболеваемость с каждым годом растет.

Энтеровирусные инфекции имеют выраженную сезонность, пик заболеваемости приходится на летне-осенний период. Это связано с летней температурой, высокой влажностью и широким купанием населения в открытых водоемах. Мы можем заразиться энтеровирусами не только употребляя некачественную питьевую воду, но и при заглатывании воды во время купания. Возможно также заражение, если добавлять лед неизвестного происхождения для охлаждения напитков. Широко распространенный путь передачи – контактно-бытовой, потому что энтеровирусы могут быть на игрушках, на приспособлениях в развлекательных учреждениях, детских игровых комнатах.

Вы спросили про отличия от других кишечных инфекций. При ротавирусной, норовирусной кишечной инфекциях наблюдается в основном симптоматика поражения ЖКТ: лихорадка, высокая температура, рвота, понос. Могут быть даже судороги. Для энтеровирусных инфекций клиническая картина весьма полиморфная, может быть разная симптоматика. Желудочно-кишечные проявления для нее очень редки. Наиболее характерным клиническим проявлением в настоящий момент является наличие различных высыпаний на коже конечностей и туловища, так называемые экзантемные высыпания, либо высыпание в полости рта – герпетическая ангина.

Поскольку энтеровирусы способны размножаться во многих клетках организма, в том числе в нервной ткани и в сердечной мышце, то они могут вызывать тяжелую клинику. Например, проявляться в виде энтеровирусного менингита, миелита, энцефалита. Могут вызывать также клинику перикардита или миокардита. Есть даже случаи асептического состояния у новорожденных детей. Могут поражаться глаза. Например, для одного из вирусов, который относится к Коксаки А24, характерен так называемый острый геморрагический конъюнктивит. Таким образом, клиника энтеровирусной инфекции очень разнообразна.

При этом очень много разных типов энтеровирусов сейчас циркулирует по всему миру – более 120 типов. 116-й тип был открыт нашими сотрудниками из материала от больного из Сахалинской области и был зафиксирован в Международной классификации энтеровирусов.

Для энтеровирусов также характерна высокая степень генетической изменчивости. Один и тот же тип может набрать очень много мутаций. Идет постоянная эволюция. Могут происходить рекомбинации, когда два разных типа присутствуют в организме одного человека, происходит обмен генетическими участками и появляются рекомбинантные штаммы. Поэтому для энтеровирусов характерно не только множество типов, но и для каждого типа характерны генетические варианты, субварианты и т. д.

То есть существует очень большое разнообразие энтеровирусов. Это, конечно, неблагоприятно сказывается в плане широкого распространения инфекции. Но в плане эпидемиологического расследования это помогает нам установить эпидемиологические связи случаев заболевания с учетом свойств отдельных возбудителей, выявить общий источник инфекции (например, в очагах групповой заболеваемости), отследить возможность завоза энтеровирусных инфекций из-за рубежа.

– Насколько часто случаются завозы вирусов с популярных курортов? О каких мерах профилактики нужно помнить туристам, которые предпочитают заграничный отдых?

– Вы правы, наши российские туристы полюбили курорты стран Азиатско-Тихоокеанского региона и Евразии. Это и Турция, и Вьетнам, и Таиланд, и Египет. И это как раз страны – импортеры завозных энтеровирусов. Туристы и заражаются там, и завозят вирусы в Россию.

Я могу привести примеры по Дальневосточному региону. С 2016 по 2019 годы мы наблюдали серию завозных случаев на территории Хабаровского края, на территории Красноярского края, Иркутской области. Причем в основном завозились вирусы группы Коксаки А: Коксаки А6, Коксаки А2, Коксаки А3, Коксаки А10, Коксаки А16.

Именно страны Азиатско-Тихоокеанского региона, особенно КНР, являются эндемичными по заболеваемости, которую вызывают вирусы, перечисленные мною, а еще энтеровирус 71-го типа. И эта патология носит название «ящуроподобное заболевание». Оно похоже на то, о чем я говорила. Это экзантемы, то есть высыпания на нижних и верхних конечностях.

В последнее время мы наблюдаем характерное для Коксаки А6 высыпание на туловище, на лице, а также в полости рта – везикулярный стоматит. Весь этот симптомокомплекс объединяется в понятие «ящуроподобные заболевания».

И вспышки таких заболеваний в Азиатско-Тихоокеанском регионе протекают ежегодно. Только в одном Китае ежегодно до 1,5 млн человек переносят эти заболевания, которые вызываются и энтеровирусом 71-го типа, и разными вирусами Коксаки А.

Наиболее грозным проявлением является заболевание, которое вызывается энтеровирусом 71-го типа. Потому что данный вирус имеет бóльшую тропность, то есть бóльшую способность попадать и размножаться в тканях нервной системы. Отсюда появляются не только энтеровирусные менингиты, но отмечаются и энтеровирусные миелиты, энцефалиты. И даже сходный паралитический симптомокомплекс, то есть похожий на развитие такого заболевания, как при полиомиелите.

Заболевание вирусами из стран-импортеров может проявляться не только во время нахождения на курорте, но и по приезде наших туристов в Россию. Естественно, инфицированный человек контактирует с людьми и в самолете, и в коллективе. Поэтому есть угроза распространения таких вирусов. Они обычно имеют потенциал эпидемического распространения, то есть могут вызывать вспышки. Но в таких завозах вспышек мы не наблюдали. Это заслуга и Роспотребнадзора, и Минздрава – по своевременному выявлению, изоляции этих больных и работе с контактными лицами.

Специфической профилактики энтеровирусов нет. Необходимо контролировать гигиену рук, чистоту продуктов питания, питьевой воды. При купании нужно быть уверенным в том, что это специально

оборудованное место. Если в бассейне производится контроль качества воды и регулярная дезинфекция, все равно нужно как-то поработать с ребенком, чтобы он не заглатывал воду. Я также советую не пользоваться питьевыми фонтанчиками. Естественно, не контактировать с людьми, которые имеют хоть какие-то симптомы заболевания: недомогание, температура, лихорадка, рвота, понос.

– Известно, что Дальний Восток – это рыбный регион. Скажите, как обстоят дела с гельминтозами и каковы меры профилактики?

– Заболевания, о которых вы говорите, относятся к паразитарным. Причем около 88% среди паразитарных заболеваний приходится на гельминтозы. И эти заболевания, которые передаются через рыбу и рыбопродукты, относятся к биогельминтозам. Амурская область, Еврейская автономная область, Хабаровский край являются эндемичными по дальневосточным биогельминтозам. К ним относятся клонорхоз, метагонимоз, нанофиетоз, дифиллоботриоз. Заболевание происходит при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной или неправильно технологически приготовленной рыбы.

– По каким признакам и симптомам человеку, который съел недостаточно термически обработанное мясо или рыбу, можно заподозрить наличие у себя паразитарных инвазий?

– Эти признаки могут быть очень разнообразными. Каких-то характерных симптомов при заболеваниях биогельминтозами, которые передаются через рыбу, нет. Может быть вялость, усталость, снижение аппетита, потеря веса, различные аллергические проявления непонятной этиологии. Поэтому нужно обращать внимание не только на клинические проявления, но и на то, чтобы собирать эпидемиологический анамнез. То есть узнать, чем человек питается, употребляет ли он сырую или недостаточно термически обработанную рыбу, рыбу домашнего консервирования.

Когда человек обращается к доктору, то доктор анализирует не только клинические, эпидемиологические данные, он также проводит лабораторные исследования. Это и общий анализ крови, показатели которого могут указывать на наличие гельминтоза, например, выраженная эозинофилия, это и специфические исследования на выявление гельминтозов. В основном исследования фекалий или крови на наличие антител к данным паразитам.

– Сегодня много говорят о важности поддержания здоровой микрофлоры в кишечнике, так как от этого зависят многие процессы в организме – от иммунитета до настроения. Что вы можете порекомендовать для поддержания баланса микрофлоры?

– Вы верно подметили, что состояние кишечной микробиоты, или кишечной микрофлоры, привлекает все больше внимания исследователей. Это происходит потому, что состояние кишечной микрофлоры влияет на работу других органов и систем организма. В частности, центральной нервной системы.

Наш организм содержит около 500 видов полезных, необходимых нам бактерий. Примерно 90% нормальной кишечной микрофлоры составляют бифидобактерии и лактобактерии. Нарушение качественного и количественного состояния кишечной микрофлоры называется дисбиозом, или дисбактериозом. Он возникает из-за нерационального питания, бесконтрольного употребления антибиотиков. Также на состояние микрофлоры влияют различные лекарственные препараты, в частности, подавляющие иммунные клетки, так называемые иммуносупрессоры. Влияют острые и хронические заболевания различной этиологии: инфекционной, неинфекционной, онкологической. Влияют и различные другие факторы, например стресс.

Что можно порекомендовать для поддержки здоровой микрофлоры? Исходя из причин, это рациональное питание, употребление медикаментов по назначению врача, профилактика различных острых и хронических заболеваний, которые приводят к нарушению кишечной микрофлоры. Для коррекции микробиоты можно использовать как аптечные препараты, так и кисломолочные продукты, которые продаются в обычной торговой сети.

В аптечной системе продается три вида препаратов: пробиотики, пребиотики и симбиотики. Пробиотики – это те препараты, которые содержат живые культуры полезных бактерий. Чаще всего это лактобактерии и бифидобактерии. Пребиотики – это вещества немикробного происхождения, которые улучшают состояние кишечной микрофлоры. К ним относятся, например, пектин, пищевые волокна, экстракты различных водорослей, антиоксиданты. Симбиотики – это аптечные препараты, которые сочетают в себе и пробиотики, и пребиотики.

Кисломолочные продукты получают путем закваски молока различными полезными бактериями, которые также есть у нас в организме. Это молочнокислый бифидумбактерин, лактобактерин молочнокислый, бифидок, бифилайф и т. д. Эти препараты и продукты тоже можно употреблять. Но я бы посоветовала, если есть подозрение на нарушение состояния микрофлоры кишечника, для начала обратиться к специалисту-гастроэнтерологу. Он даст профессиональный совет, какие пробиотики, пребиотики, симбиотики или кисломолочные продукты употреблять данному человеку. То есть к каждому человеку должен быть индивидуальный подход.

– Ранее мы затронули тему полиомиелита. Как происходит заражение и чем оно опасно? Когда проводится вакцинация и всем ли можно ее делать? Можно ли непривитым детям посещать дошкольные учреждения?

– Вирус полиомиелита относится к роду энтеровирусов. Это типичный представитель энтеровирусов, но это очень опасное, высокозаразное заболевание. Протекать полиомиелит может от бессимптомных до паралитических форм различного рода. Возможны параличи нижних конечностей. Иногда бывает паралич дыхательных мышц, что приводит к летальному исходу. Но наиболее часто наблюдается бессимптомное носительство.

Источником заражения может быть только человек – больной или вирусоноситель. Передается вирус через рот, контактно-бытовым путем, пищевым или водным. Факторами передачи могут быть и грязные руки, и вода, и пищевые продукты, и игрушки. Также возможен воздушно-капельный путь передачи.

Начинается заболевание как обычная инфекция: лихорадка, головная боль. Может быть рвота, слабость и т. д. То есть первые симптомы болезни не являются специфичными. Но затем присоединяются параличи, и тогда можно заподозрить полиомиелит.

От момента заражения до появления клинических симптомов в среднем проходит где-то от 6 до 21 дня. Я говорила о том, что опасность заболевания состоит в том, что оно приводит к инвалидизации. Параличи, которые развиваются, практически необратимы. И единственным профилактирующим средством является вакцинация.

Вакцинация против полиомиелита входит в Национальный календарь профилактических прививок. Причем это могут быть либо плановые прививки, либо прививки по эпидемическим показаниям.

Сейчас прививки проводятся двумя вакцинами, то есть применяется комбинированный подход. Очень действенная вакцина – это оральная полиовакцина. Она живая, но ослабленная. Она считается наиболее действенной, то есть вызывает стойкий местный и гуморальный иммунитет, антитела есть и в крови, защищены также слизистые оболочки ЖКТ. Продолжительность иммунитета после этой вакцины длится до 40 лет. И вообще, считается даже пожизненной. Особенность этой ослабленной живой вакцины состоит в том, что возможна передача вакцинного полиовируса контактными лицам, которые не были вакцинированы или прошли не полный курс вакцинации. Инактивированная вакцина этими свойствами не обладает – вирус не передается контактными лицам. Но она вызывает только гуморальный иммунитет, а ЖКТ не настолько защищен. Иммунитет после инактивированной вакцины считается не таким стойким, как с живой ослабленной вакциной.

Именно поэтому применяется комбинированная схема вакцинации против полиомиелита. Первые четыре прививки выполняются инактивированной вакциной – в возрасте 3, 4, 5, 6 и 18 месяцев. А в возрасте 20 месяцев и 6 лет проводится вакцинация живой ослабленной оральной полиовакциной.

Такая схема вакцинации применяется для практически здоровых детей, у которых нет выраженных противопоказаний. Есть детки, у которых имеются противопоказания к применению живой, ослабленной оральной полиовакцины. Это дети с различными иммунодефицитными и аллергическими состояниями, недоношенные дети, дети домов ребенка, дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, или дети с ВИЧ-инфекцией, а также дети, имеющие аномалии или дефекты развития. Перечень этих показаний определяет педиатр, специалист.

Есть случаи, когда вакцинация не показана. Естественно, такой ребенок должен все равно посещать детский дошкольный и школьный коллектив. Но когда проводится плановая вакцинация живой вакциной, таких контактных детей, которые не прошли вакцинацию или не завершили полный курс вакцинации, надо как-то защитить. Выполняется это путем разобщения таких детей. Этим невакцинированных детей на 60 дней переводят либо в другую

группу, либо в другой класс, чтобы они не имели контактов с вакцинированными живой полиовакциной. На тот конкретный срок, когда вакцинный вирус выделяется из организма вакцинированного человека с фекалиями.

Бывают исключительные случаи, когда невозможно перевести ребенка в другую группу. В таком случае в индивидуальном порядке решается вопрос об отстранении ребенка от посещения образовательного учреждения. При этом с родителями проводится разъяснительная работа.

– Расскажите, пожалуйста, про летние оздоровительные кампании. Как они проходят? Какие санитарно-гигиенические и санитарно-эпидемиологические требования, а также требования обеспечения безопасности жизни и здоровья детей действуют в рамках таких кампаний?

– Вопросы организации и проведения летней оздоровительной кампании находятся на строгом контроле Правительства РФ, различных министерств и ведомств и особенно службы Роспотребнадзора. Именно Роспотребнадзором разработаны санитарно-гигиенические требования к оздоровительным учреждениям.

Оздоровительные летние учреждения могут быть как загородные, так и в черте населенного пункта – по примеру пришкольных площадок. Огромное количество детей оздоравливается в таких учреждениях. Только в 2021 году около 5 млн детей посетили такие площадки.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детей в летнюю оздоровительную кампанию проводится заблаговременно, задолго до начала этой кампании. Каждое оздоровительное учреждение должно получить допуск к эксплуатации. Он оформляется на основании различного рода санитарно-гигиенических и лабораторных исследований. На соблюдение санитарно-гигиенических норм в этих учреждениях исследуется питьевая вода, вода чаш бассейнов или водоемов, где предполагается купание детей. Также на состояние паразитологических и санитарно-гигиенических нормативов исследуются почва, песок, продукты питания и смывы с объектов внутренней среды учреждения.

Кроме того, проводится профилактика укусов детей различными насекомыми, в частности клещами. Заблаговременно проводятся акарицидные обработки препаратами, которые разрешены к использованию в

России. Отмечу, что акарицидные обработки сейчас считаются основным профилактическим средством против заболеваемости клещевым энцефалитом, Лайм-боррелиозом.

Проводится тщательная подготовка обслуживающего персонала. Воспитатели, вожатые и работники пищеблока проходят обследования на возбудителей кишечных инфекций и в то же время гигиеническую профессиональную подготовку в центрах гигиены и эпидемиологии каждого субъекта.

– От чего зависит состояние воды в вашем регионе? Как вы относитесь к инициативе создания «Карты воды»? В чем ее необходимость?

– Качество воды зависит от состояния экологии. Например, если будут проливные дожди, паводки, качество воды ухудшится по санитарно-химическим, микробиологическим и вирусологическим показателям.

Основным источником водоснабжения Хабаровского края является река Амур. Есть у нас и Тунгусский водозаборник, но он обеспечивает небольшое количество населения. В Центре гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае есть вирусологическая лаборатория, где работают опытные специалисты. Они выявляют и энтеровирусы, и даже вирусы гепатита А в речной воде. И такая речная вода должна пройти качественную подготовку и очистку.

Создание карты регионов по качеству воды я считаю актуальным. Это похоже на геоинформационные технологии. Мы можем наблюдать в динамике, как меняется качество воды в той или иной точке, что позволит отслеживать и прогнозировать ситуацию, принимать соответствующие решения по улучшению этой ситуации в регионе.

2. Опросник.

– Насколько актуальна в данный момент тема повышения санитарной грамотности и формирования санитарной культуры населения?

– Пандемия новой коронавирусной инфекции показала, насколько нужна нашему населению санитарная грамотность. Это очень актуально сегодня и будет актуально в дальнейшем. Но преподносить знания по санитарной грамотности нужно, разграничивая аудитории, к которым мы будем обращаться.

Например, если взять старшее поколение, на примере своих родителей и их друзей я сделала вывод о том, что они не только смотрят телевидение, но и слушают радио. По этим радиоканалам им можно преподнести санитарно-гигиеническую информацию. И они будут ее слушать – вместо различной рекламы о БАДах и т. д. Я знаю, что вопросы здоровья всегда интересуют людей в таком возрасте. Но вижу, что очень много информации им преподается с целью сбыть тот или иной продукт.

Также часто наблюдаю, что, ожидая в аэропортах, люди заняты разгадыванием кроссвордов. Можно эти кроссворды делать с вопросами и ответами на санитарно-гигиеническую тематику.

Или, например, «Поле чудес». Бывает монотематическая программа. Интересно было бы подключить гигиеническую тему. Эту передачу смотрит и старшее поколение, и взрослые. Молодежь тоже участвует.

С подростками и молодежью лучше работать с позиции «равный – равному». То есть когда подросток подростку рассказывает о той или иной ситуации. Но для того чтобы информация подавалась грамотно, доступно, не угрожающе, а разъясняюще, нужно обучить волонтеров.

– Если говорить про форматы, как должен происходить обмен этой информацией с подростками и молодежью? Как лучше доносить эту информацию?

– Нужно, чтобы молодежи было интересно. Например, конкурсы проводить, театральные постановки, игры. У нас есть специалисты, которые проводят работу в различных колледжах по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем. Они проводят игры, задают вопросы, затем выбирают победителя, который правильно ответил на эти вопросы. Думаю, для молодежи это будет более интересным, чем читать листовки или наглядные пособия.

– Кто мог бы быть проводником информации по теме санпросвета? Нужно ли, чтобы это были разные люди? Условно: чтобы про ЗОЖ рассказывали спортсмены, а про здоровое питание – диетологи? Или это могут быть универсальные спикеры, которые могли бы давать информацию по любому направлению санитарно-просветительской работы?

– Сейчас развито волонтерское движение. Можно использовать именно волонтеров. Мы как специалисты можем дать узкую информацию по какому-то направлению. Если обучить волонтеров гигиенической грамотности в учреждениях образования или специальных центрах гигиены, то они смогут дать всю необходимую каждому человеку информацию в более широком аспекте.

– Насколько у граждан нашей страны находит отклик тема личной ответственности человека за обеспечение безопасности санитарно-эпидемиологической обстановки? Стала ли эта тема актуальнее в период пандемии?

– Я заметила, что люди стали относиться к ситуации более ответственно. Если раньше человек мог с симптомами простуды прийти на работу, то сейчас он остается дома. Я это вижу в своем окружении. Например, человек звонит и говорит о том, что у него подозрительные симптомы, и он останется дома, чтобы не контактировать с людьми и не подвергать их опасности заражения. Это один из аспектов, которые я заметила, – повысилась личная ответственность за себя и за окружающих.

– Нужно ли что-то рассказывать людям о том, как государство обеспечивает безопасность санитарно-эпидемиологической обстановки в стране? Добавит ли такая информация доверия к государству, ощущение собственной безопасности?

– Думаю, нужно, чтобы люди видели, что здоровье – это гарантия, которая дается нашим правительством, нашим государством. Чтобы люди знали о том, что государство заботится об их здоровье.

– О чем можно было бы рассказывать в рамках темы о государственной заботе? Может быть, о достижениях наших научных институтов в плане обеспечения безопасности? Что в эту тему можно было бы заложить?

– О достижениях науки надо говорить, только говорить в пределах разумного и понятного для людей. Если мы будем апеллировать научными терминами, это будет неинтересно и не воспримется должным образом. Я думаю, что в самом простом, доступном формате можно говорить о том, что делается в нашей стране и находится на контроле нашего правительства в плане безопасности здоровья.

Например, когда мы говорим о завозных случаях инфекции, нужно дать людям информацию о том, какая может быть опасность при посещении той или иной страны. Людям нужно знать об эпидемиологической обстановке в этих регионах, чтобы планировать свои поездки в более-менее безопасное место, где можно провести время с минимальным риском заражения.

– Можно ли говорить о том, что, когда вырастает уровень санитарной грамотности населения, снижается уровень заболеваемости? Какие примеры привести, чтобы люди понимали, насколько от их правильного поведения зависят их здоровье и безопасность? По каким-то заболеваниям это более очевидно?

– Конечно, санитарная грамотность может снизить заболеваемость. Это актуально для многих заболеваний.

Если взять клещевой энцефалит, мы предупреждаем, какие у нас есть места, где наибольшее количество клещей. Рассказываем о мерах профилактики, как защититься, какую одежду надеть, как пользоваться репеллентами, инсектицидами и т. д. И сейчас на Дальнем Востоке единичные случаи заболеваемости клещевым энцефалитом. В прошлом году в Хабаровском крае был всего один случай заболеваемости, а раньше это были десятки и сотни случаев.

– Если говорить о просветительской кампании по ВИЧ, есть ли какие-то цифры и можно ли как-то показать, что уровень грамотности населения ведет к снижению уровня заболеваемости ВИЧ, или такой прямой зависимости нет?

– Прямой зависимости не выявляли. Но мы каждый год проводим работу среди молодежи и видим, что у них повышается грамотность в плане ответственного отношения к своему здоровью. Во-первых, у них формируется правильное понимание о том, каким путем передается ВИЧ. Молодые люди знают, что нужно делать в ситуации, если они подвергаются риску инфицирования ВИЧ. Они правильно отвечают на заданные вопросы, и уровень верных ответов растет с каждым годом.