

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии,
военной эпидемиологии и дерматовенерологии

**ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ
МЕРОПРИЯТИЯ
В ОЧАГАХ ВАЖНЕЙШИХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности –
060101 «Лечебное дело»

Иваново 2013

УДК 614.446+616.9(07)

ББК 51.1(2)1

П 83

Противоэпидемические мероприятия в очагах важнейших инфекционных заболеваний: учебное пособие для студентов/ Л. П. Федоровых, С. Н. Орлова, Н. Н. Шибачева, Е. Н. Копышева. — Иваново: ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, 2012. — 128 с.

Рецензент:

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор **Мартынов В.А.**

В учебном пособии изложены принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний. Дано определение эпидемического очага и представлены методика обследования и содержания противоэпидемических мероприятий в очагах основных наиболее распространенных инфекций. Рассмотрены функции и действия медицинского персонала, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемических очагов на примере конкретных ситуационных задач.

Пособие предназначено для студентов высших медицинских учебных заведений Российской Федерации, обучающихся по специальности «Лечебное дело» (Москва, 2006).

*Печатается по решению методического совета
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

© ГБОУ ВПО ИвГМА
Минздрава России, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
1. ВВЕДЕНИЕ.....	5
2. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ОЧАГ И МЕТОДИКА ЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	5
3. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ ВАЖНЕЙШИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	14
3.1. Дизентерия.....	14
3.2. Сальмонеллез.....	24
3.3. Брюшной тиф и паратифы.....	27
3.4. Холера	34
3.5. Вирусные гепатиты.....	42
3.6. ВИЧ-инфекция.....	53
3.7. Дифтерия.....	58
3.8. Грипп и острые респираторно-вирусные инфекции	68
3.9. Менингококковая инфекция.....	74
3.10. Коклюш.....	79
3.11. Корь. Краснуха. Эпидемический паротит.....	87
3.12. Полиомиелит.....	95
3.13. Скарлатина.....	103
4. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	109
5. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	117
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	122
ПРИЛОЖЕНИЯ	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	127

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВАПП – вакциноассоциированный паралитический полиомиелит
ВГА – вирусный гепатит А
ВГВ – вирусный гепатит В
ВГЕ – вирусный гепатит Е
ВГС – вирусный гепатит С
ВБИ – внутрибольничные инфекции
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВКИ – врожденная краснушная инфекция
ДОУ – дошкольные образовательные учреждения
ДШО – дошкольно-школьный отдел в поликлинике
ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина
ИФА – иммуноферментный анализ
КИЗ – кабинет инфекционных заболеваний
ЛПО – лечебно-профилактическая организация
ЛПУ – лечебные профилактические учреждения
ОВП – острый вялый паралич
ОГВ – острый гепатит В
ОКИ – острая кишечная инфекция
ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ПЦР – полимеразная цепная реакция
СВК – синдром врожденной краснухи
СЛТ – стенозирующий ларинготрахеит
СПК – санитарно-противоэпидемическая комиссия
РПГА – реакция пассивной гемагглютинации
ЦГСЭН – Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ТУ – территориальное управление

1. ВВЕДЕНИЕ

Противоэпидемическими называются мероприятия, проводящиеся в возникших эпидемических очагах, направленные на локализацию очага (то есть ограничение распространения инфекции), а затем его ликвидацию.

Профилактические мероприятия (санитарно-гигиенические, санитарно-технические, профилактические прививки и др.) планируются заблаговременно. Они рассчитаны, как правило, на перспективу.

Противоэпидемические мероприятия в очагах – это оперативные, срочные, иногда экстренные мероприятия; они проводятся по мере выявления инфекционных больных или носителей.

Основными показателями эффективности противоэпидемических мероприятий является отсутствие вторичных заболеваний в каждом конкретном очаге, эпидемических очагов с множественными заболеваниями или случаями носительства возбудителей. Итог эффективных противоэпидемических мероприятий состоит не только в защите от заражения здоровых лиц в очаге, но и в снижении общей заболеваемости.

В настоящем пособии изложены организация противоэпидемической работы и содержание мероприятий, а также функции врачей и медсестер в их проведении.

2. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ОЧАГ И МЕТОДИКА ЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Под **эпидемическим очагом** следует понимать место пребывания источника инфекции с окружающей его обстановкой в пределах возможного распространения заразного начала.

Условиями его возникновения и существования является: наличие источника инфекции, факторов передачи заразного начала и восприимчивого коллектива.

Границы эпидемического очага различны при разных инфекциях. Они зависят от возможностей общения источника инфекции с окружающими людьми (с учетом современных видов транспорта), механизма передачи и устойчивости возбудителя в окружающей среде.

Эпидемический очаг существует не только в пространстве, но и во времени. **Продолжительность** его существования определяется временем от появления первого случая заболевания до окончания максимального инкубационного периода данной инфекции после изоляции последнего больного и проведения заключительной дезинфекции.

Каждый эпидемический очаг, независимо от его размеров, подлежит **эпидемиологическому обследованию**. Оно должно проводиться как по поводу отдельных случаев заболевания, так и при возникновении эпидемических вспышек.

Эпидемиологическое обследование является одним из основных звеньев в комплексе противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания. Цель его – выявление причин и условий развития эпидемического процесса в каждом конкретном случае.

Эпидемиологическое обследование – комплексный метод изучения эпидемического очага, направленный на выявление источника инфекции, фактора передачи и путей распространения, а также его границ с целью определения и быстрой реализации наиболее эффективных мер по его локализации и ликвидации.

Ведущая роль в эпидемиологическом обследовании, как и во всей противоэпидемической работе, принадлежит эпидемиологу. Вместе с тем, немаловажно и участие врачей и медицинских сестер лечебного профиля – в первую очередь участковых. Лечащие врачи первыми обнаруживают эпидемический очаг, выявляя пациента с инфекционным заболеванием. Уже в период постановки диагноза они используют элементы эпидемиологического обследования, выясняя причины заболевания, устанавливая эпидемические связи с возможными источниками инфекции и факторами ее передачи. Тщательный сбор эпидемиологического анамнеза необходим врачу, прежде всего, для постановки правильного диагноза.

Выявив инфекционного или подозрительного на инфекционное заболевание пациента, врач **обязан срочно направить экстренное извещение** (форма № 058/у) в территориальное управление Госсанэпиднадзора, желательно одновременно сообщить эту информацию и по телефону. При получении такого извещения эпидемиолог приступает к эпидемиологическому обследованию и организации противоэпидемических мероприятий в очаге.

Извещение об инфекционном заболевании вписывается в журнал регистрации инфекционных заболеваний (уч. форма № 60), из журнала запись о каждом инфекционном заболевании переносится в картотеки инфекционных заболеваний (домовую, детских учреждений, производственную) – уч. форма № 69/у.

В случае изменения диагноза инфекционного заболевания лечебное учреждение обязано составить новое экстренное извещение на этого больного и отослать его в территориальное управление Госсанэпиднадзора по месту обнаружения заболевания, указав измененный диагноз, дату его установления и первоначальный диагноз.

Территориальное управление Госсанэпиднадзора в свою очередь обязано поставить в известность об изменении диагноза лечебное учреждение, приславшее первое экстренное извещение.

О заболеваниях гриппом и ОРВИ лечебно-профилактические учреждения представляют в ТУ Госсанэпиднадзора только суммарные (цифровые) сведения. Единицей учета их является не заболевание, а заболеваемость. В оформлении указанных документов большое участие принимают медсестры.

Нельзя дать стандартные рекомендации относительно порядка проведения эпидемиологического обследования для всех случаев, встречающихся в практике. Вместе с тем, для ориентировки необходимо указать отдельные этапы работы, обязательными разделами которой являются:

- уточнение эпидемической ситуации,
- опрос и обследование больных,
- опрос и обследование здоровых людей в очаге,
- осмотр и обследование внешней среды,
- анализ и синтез собранных данных с выводами об источнике инфекции, путях передачи возбудителя, риска заражения окружающих,
- уточнение границ эпидемического очага,
- выбор мероприятий по локализации и ликвидации очага.

Для **уточнения эпидемической обстановки** необходимо по картотеке ТУ Госсанэпиднадзора посмотреть, не зафиксированы ли в данных очагах случаи одноименных инфекционных заболеваний и установить сроки их возникновения. Важно подробно ознакомиться с историей болезни пациента в инфекционном стационаре или с амбулаторной картой в поликлинике, обращая главное внимание на

сроки выявления больного, установления диагноза и госпитализации (изоляции), а также на своевременность медицинского наблюдения за контактировавшими в очаге. При таких заболеваниях, как дифтерия, коклюш, корь, эпидемический паротит, полиомиелит, вирусный гепатит В, столбняк, уточняются сведения о привитости больного и сроках проведения прививок.

В зависимости от нозологической формы болезни и конкретных условий очага медицинскую документацию просматривают за неделю, месяц или несколько месяцев до выявления инфекционного больного. При этом следует обратить внимание на поступление пациентов со сходными или неуточненными диагнозами. Это важно для решения вопроса о наличии или отсутствии эпидемической связи между обследуемым случаем и ранее встречающимися однородными заболеваниями.

При **опросе** больного собирают эпидемиологический анамнез. Содержание вопросов зависит от характера инфекционного заболевания и особенностей очага (в квартире, в общежитии, в детском учреждении и т. д.). Выясняют условия жизни, работы и быта больного, их особенности и значение с точки зрения эпидемиологии конкретной патологии. Уточняется место пребывания пациента во время максимального по продолжительности инкубационного периода болезни, наличие аналогичных больных с этих мест и условия для заражения. В некоторых очагах при обнаружении источников инфекции особое внимание следует уделить выяснению возможностей заражения не только от больных, но и от здоровых носителей заразного начала. Кроме того, внимание должно быть обращено на лиц со стертой формой заболевания и на возможность заражения от них. Подозреваемые в качестве источника инфекции подлежат лабораторному обследованию. Вопрос об объеме лабораторных исследований у близких, окружающих больного, определяется характером болезни и конкретной эпидемической обстановкой.

Следует помнить, что в очагах инфекций дыхательных путей кроме капельного пути распространения заразного начала при некоторых заболеваниях возможна передача бытовым путем: через игрушки, книги, посуду и другие объекты внешней среды.

При кишечных инфекциях заражение происходит через воду, пищевые продукты, при общении в быту.

Если подозреваются зооантропонозные, зоонозные заболевания,

следует установить, был ли контакт с животными, грызунами, не употреблялись ли продукты животного происхождения. Выяснить механизм заражения иногда помогают особенности клинических проявлений. Так, язвенно-бубонная форма туляремии свидетельствует о трансмиссивном пути заражения, а ангинозно-бубонная – об алиментарном. Необходимо также выяснить возможность укуса насекомых и другими членистоногими переносчиками заразного начала.

Собирая анамнез, следует учитывать и возможность заражения в других населенных пунктах, что имеет особенно большое значение при обследовании очагов малярии, сыпного тифа и ряда других заболеваний. С этой целью необходимо выяснить, не выезжал ли больной из данного населенного пункта в течение срока, соответствующего инкубационному периоду заболевания, не общался ли с приезжими, не пользовался ли их вещами.

Сведения, полученные от больного, дополняются показаниями здоровых людей в очаге, которые могут помочь уточнить то, что не удалось выяснить при опросе больного (тяжелое состояние, нежелание отвечать и прочее). Помимо того, в процессе беседы устанавливаются лица, которые могли заразиться в период общения с заболевшим (ели ту же пищу, пили ту же воду, выезжали вместе на отдых, в лес и пр.). Очень важно, чтобы опрос велся в форме непринужденной беседы, причем начать его целесообразно с разъяснения цели обследования и его практического значения для ликвидации возникшего очага. Не рекомендуется проводить сбор эпидемиологических данных путем зачитывания вопросов из карты или придавать ему характер допроса, так как результаты такого обследования мало пригодны для практических целей. Вопросы должны заинтересовать опрашиваемых и обязательно содержать элементы санитарно-просветительного характера.

Важным этапом эпидемиологической работы в очаге является **обследование внешней среды** (при необходимости), отбор для лабораторного исследования проб воды, пищевых продуктов и пр., имеющих значение в эпидемиологии данного инфекционного заболевания. Так, в очаге малярии место и характер питания, водоснабжения, система удаления отходов и пр. не будут иметь значение, в то время как при дизентерии эти факторы станут основными.

Оцениваются также санитарное состояние квартиры (дома) больно-

го, роль домашних животных, содержащихся в жилище (собак, кошек и пр.), наличие грызунов, кровососущих членистоногих – возможных переносчиков инфекционных заболеваний. Перечень объектов окружающей среды (особенно в очагах с многочисленными заболеваниями), подлежащих лабораторному анализу (например, вода, пищевые продукты, смывы с предметов домашнего обихода, с рук работников питания и пр.) определяет эпидемиолог, который проводит обследование. Непосредственный забор материала для лабораторных исследований проводит медицинская сестра. На основании полученных результатов формируются рекомендации по устранению выявленных недостатков в проведении санитарно-гигиенических и других профилактических мероприятий.

В исключительно редких случаях обследование и ликвидация очага могут считаться завершенными в результате однократного посещения его эпидемиологом. Каждый случай инфекционного заболевания требует повторных посещений и длительного эпидемиологического наблюдения. Необходимо окончательное установление диагноза, обследование контактировавших. Роль медицинской сестры в наблюдении за эпидемическим очагом трудно переоценить: наблюдение за контактировавшими, их обследование, ведение документации.

Эпидемиологическое обследование начинается с момента получения экстренного извещения об инфекционном заболевании и завершается только после полной ликвидации очага. Заключительным его этапом является изучение собранных материалов, анализ и оценка полученных данных, составление рекомендаций по проведению рациональных мероприятий в целях ликвидации эпидемического очага.

Результативной частью работы является заключение по эпидемическому обследованию, то есть выводы о причинах возникновения данного очага инфекционного заболевания (источник инфекции, факторы передачи и пути распространения), его границах, и оценка мероприятий, проведенных с целью ликвидации очага и профилактики повторных заболеваний. Все это требует от эпидемиолога широкого кругозора и большого такта в обращении с людьми, умения прибегать к помощи общественности, без чего понять истинную сущность эпидемического процесса невозможно.

Все данные вносят в карту эпидемиологического обследования.

Она заполняется по каждому случаю инфекционного заболевания, имеет стандартную форму. В настоящее время при обследовании очагов всех инфекционных заболеваний за исключением зооантропонозов применяется универсальная карта ф. № 357/у. Карта эпидемиологического обследования больных зоонозами – уч. ф. № 391/у. Кроме того, карта используется и для статистической обработки.

Мероприятия, направленные на источник инфекции, осуществляются врачами лечебного профиля. Главная задача этих мероприятий – уменьшить опасность больного как источника инфекции и снизить риск заражения от него окружающих. Важнейшим из этих мероприятий является диагностика заболевания. Вся последующая цепь противоэпидемических мероприятий начинает функционировать только после постановки и на основании диагноза инфекционного заболевания. Поэтому задачей врача является не только правильная, но и как можно более ранняя диагностика.

Изоляция инфекционных больных может проводиться в двух основных формах: госпитализации в инфекционные отделения или изоляции и лечения на дому. Решение о форме изоляции в конкретном очаге принимает врач, выявивший (диагностировавший) инфекционное заболевание. При этом он руководствуется клиническими и эпидемическими показаниями. К клиническим (жизненным) показаниям относятся высокая тяжесть заболевания, развитие болезни у детей первого года жизни, детей и взрослых, ослабленных сопутствующими заболеваниями. Ряд заболеваний требует обязательной госпитализации в силу тяжелого течения или риска возникновения осложнений. Так, необходимо госпитализировать всех больных особо опасными инфекциями, брюшным тифом, паразитарными тифами, дифтерией, полиомиелитом, менингококковой инфекцией, протекающей в генерализованной форме, а также лихорадящих пациентов, у которых высокая температура тела держится 3 дня и ее причина остается неясной (провизорная госпитализация).

Эпидемические показания к госпитализации врач использует в ситуациях, когда сам больной представляет эпидемическую опасность в силу его профессии и когда объект, где возник очаг, имеет неблагоприятное санитарное состояние. Так, по эпидемическим показаниям целесообразно госпитализировать больного острой диарейной инфекцией, если он работает на одном из предприятий, связанных с обслуживанием населения (предприятия водоснабжения,

пищевые объекты, гостиницы и др.). Следует госпитализировать по эпидемическим показаниям инфекционных больных, проживающих в интернатных учреждениях, домах ребенка, приютах, общежитиях, а также в квартирах и домах с плохими санитарными условиями.

При отсутствии клинических и эпидемических показаний врач принимает решение об изоляции инфекционного больного на дому. При этом необходимо учитывать возможность систематического врачебного наблюдения за больным, а также выполнения лечебных и противоэпидемических мероприятий в очаге.

После окончания лечения в стационаре или на дому при ряде инфекций проводится контроль качества санации организма больного с помощью бактериологических тестов. Реконвалесцентам брюшного тифа, острых кишечных инфекций, вирусных гепатитов, менингококковой, паротитной вирусной инфекции и др. целесообразно назначать диспансерное наблюдение. Цель его заключается не только в предупреждении рецидивов, последствий инфекции, но и в предотвращении заражений окружающих от реконвалесцента в случаях продолжительного выделения им возбудителя.

Задачей мероприятий, направленных на второе звено эпидемического процесса, является **снижение риска заражений** людей при действии в конкретном очаге тех или иных факторов передачи. Эти мероприятия включают: устранение выявленного или подозрительных факторов передачи и проведение очаговой дезинфекции. Например, если врач связывает острое диарейное заболевание с употреблением заболевшим того или иного продукта, воды из конкретного водоисточника, он должен немедленно предупредить членов семьи больного и других лиц в очаге о необходимости исключения из употребления подозрительного фактора. При возникновении пищевой или водной вспышки того или иного заболевания (дизентерия, сальмонеллез, вирусный гепатит А или Е и др.) в населенном пункте принимается решение об изъятии из употребления всей партии данного продукта, способе его обеззараживания, запрещении пользования водой водоисточника до его обеззараживания.

При изоляции больного на дому врач назначает очаговую дезинфекцию. Ее проводят ухаживающие за ним лица. Врач и медсестра разъясняют необходимость дезинфекции, определяют перечень объектов, подлежащих обработке в данном очаге (посуда, белье, помещения и др.), рекомендуют оптимальные методы дезинфекции (ки-

пячение, влажная уборка с применением дезинфектантов и др.), конкретные дезинфектанты и условия их применения для достижения дезинфицирующего эффекта (форма применения, концентрация растворов, экспозиция и др.).

После госпитализации больного в очаге проводят заключительную дезинфекцию силами специалистов дезинфекционной службы или населения. Заключительная дезинфекция должна проводиться и в других случаях, в частности, после удаления источника инфекции из очага (смерть, выздоровление, окончание санации, переезд на новое место жительства больного туберкулезом, хроническим гепатитом). При карантинных и особо опасных инфекционных заболеваниях, а также при заболеваниях, вызываемых устойчивыми во внешней среде возбудителями (холера, чума, брюшной тиф, дифтерия, гемоконтактные вирусные гепатиты, туберкулез и др.) заключительная дезинфекция должна проводиться специалистами дезинфекционной службы или медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку.

Третье направление противоэпидемической работы в очагах – выполнение комплекса мероприятий в отношении здоровых лиц, находящихся в очаге инфекционного заболевания. Их принято называть соприкасавшимися, или контактными (с источником инфекции). Предполагается, что они подвергаются высокому риску заражения. Поэтому перед медицинскими работниками стоят следующие главные задачи:

а) предупредить заболевание контактных с помощью мер специфической или экстренной профилактики;

б) выявить в ранние сроки среди контактных заболевших и носителей, факторы, позволяющие снизить их эпидемиологическую опасность и уменьшить продолжительность существования очага;

в) предупредить вынос инфекции за пределы первоначального очага, прежде всего в детские, профессиональные и другие коллективы, стационары, с помощью мер разобщения (карантина).

Мероприятия в отношении контактных в очаге начинают с выявления их персонального состава. Из числа всех контактных выделяют тех, на которых согласно действующим в стране инструкциям распространяются противоэпидемические мероприятия. За этими лицами устанавливается врачебное клиническое наблюдение, которое в ряде случаев дополняется применением методов ранней лабо-

раторной диагностики. В очагах бактериальной инфекции выявляются носители.

Меры специфической профилактики в эпидемических очагах включают как активную иммунизацию контактных (дифтерия, корь, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, вирусные гепатиты А и В, туберкулез и др.), так и введение им препаратов – иммуноглобулинов, содержащих антитела (ВГА, корь и др.). Обязательным условием любых прививок контактным является срочность их проведения, то есть в первые дни контакта с источником инфекции.

Меры разобщения контактных состоят в их временном отстранении от работы, учебы, от посещения детских учреждений, а также запрещении приема в стационары, интернатные учреждения. Работу с контактными проводят врачи, другие медицинские работники территориальных поликлиник и амбулаторных медицинских учреждений (центры здоровья), семейные врачи, а при наличии противоэпидемической службы врачи-лечебники работают совместно с врачами-эпидемиологами.

Из всех противоэпидемических мероприятий выделяют экстренные (срочные). Они должны быть проведены в первые часы после выявления больного. К этим мероприятиям относятся регистрация, госпитализация и заключительная дезинфекция.

Если больной госпитализирован, то мероприятия в очаге проводят в течение срока, равного максимальному инкубационному периоду, который начинается в день госпитализации. Если больной изолирован на дому, то мероприятия в очаге осуществляются в течение всего заразного периода и срока максимальной инкубации, исчисляемого с последнего дня заразного периода.

3. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ ВАЖНЕЙШИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

3.1. Дизентерия

Дизентерия относится к антропонозам с фекально-оральным механизмом заражения, реализующимся пищевым, водным, контактно-бытовым путями и посредством «мушиного» фактора. На сегодняшний день контактно-бытовой путь и «мушиный» фактор не играют определяющей роли в развитии эпидемического процесса при ди-

зентерии. На эпидемиологию всех шигеллезов накладывает отпечаток инкубационный период (от нескольких часов до 7 суток), массивность обсеменения шигеллами внешней среды и высокая устойчивость возбудителя во внешней среде. Sporадическая и эпидемическая заболеваемость – две основные формы эпидемиологического процесса. При нарушении санитарно-противоэпидемического режима и неблагоприятных санитарных условиях дизентерия проявляется в виде пищевых, водных и бытовых эпидемических вспышек.

Заболевание характеризуется непродолжительностью постинфекционного иммунитета, всеобщей восприимчивостью, особенно высокой у детей, и неравномерной поражаемостью населения в разные сезоны года.

Единственный источник инфекции при дизентерии – больной человек. Он опасен с первого дня болезни, когда выделение возбудителя в окружающую среду происходит наиболее интенсивно. У подавляющего большинства больных острой дизентерией в результате своевременного начатого лечения выделение возбудителя прекращается на первой неделе и лишь изредка продолжается 2–3 недели. При высоком уровне жилищно-коммунального благоустройства и санитарной культуры населения заражение бытовым путем происходит редко, поэтому болезнь утратила высокую очаговость. В 90% квартирных очагов возникает по одному заболеванию дизентерией.

В настоящее время главенствуют водный и пищевой пути передачи, но они реализуются в виде не «острых», а «хронические» действующих вспышек. В этих условиях найти источник инфекции в очаге очень трудно. Очаги представляют собой «эпидемические» тупики, где новые заболевания не выявляются. Это характерная черта эпидемиологии современной дизентерии.

При дизентерии Зонне заражение происходит от больных острой дизентерией (90%), которая может протекать легко и стертно. Реконвалесценты и больные затяжной формой дают до 3% заражений, а бактерионосители – до 4,6%.

При дизентерии Флекснера увеличивается роль реконвалесцентов и бактерионосителей как источников инфекции до 12–15%, а больных с затяжной и хронической формами – до 7%. Эпидемиологически особенно опасны не выявленные источники инфекции среди работников пищевых предприятий и приравненных к ним лиц, которые могут дать начало крупным вспышкам и увеличить спорадиче-

скую заболеваемость. Высеваемость шигелл среди этих лиц составляет 0,2–0,3%. Роль этих контингентов как источников инфекции возрастает при централизации общественного питания.

Согласно разработанной В. И. Покровским и Ю. П. Солодовниковым (1980) эпидемиологической теории соответствия, этиологическая структура дизентерии детерминируется избирательностью главных путей передачи возбудителей. Так, при дизентерии Григорьева – Шиги основным путем передачи является бытовой, при дизентерии Флекснера и Ньюкасла – водный, а при дизентерии Зонне – пищевой.

Шигеллы Зонне, характеризующиеся весьма низкой вирулентностью, несмотря на длительное выживание на предметах бытовой обстановки и в воде, достаточно быстро утрачивают инвазивность на указанных объектах. В молоке наблюдается интенсивное накопление этого возбудителя и длительное выживание без утраты инвазивных свойств. Также следует иметь в виду очень высокую устойчивость штаммов шигелл Зонне к воздействию сапрофитной микрофлоры молока и гораздо большую «энергию» размножения в молочных продуктах по сравнению с другими видами шигелл. Следовательно, наиболее адекватным фактором передачи шигелл при дизентерии Зонне является молочный.

Шигеллы Флекснера в отличие от возбудителей других видов шигелл наиболее «адаптированы» к водному фактору передачи: их биологические свойства, в том числе инвазивность, не претерпевают никаких изменений практически в течение всего срока сохранения жизнеспособности в различных водных объектах.

Для возбудителя дизентерии Григорьева – Шиги характерны высокая вирулентность и низкая заражающая доза, поэтому наиболее «эффективным» следует считать бытовой путь передачи – при тесном постоянном контакте с источником инфекции в условиях несоблюдения правил личной гигиены, низкого уровня коммунального благоустройства жилищ и отсутствия очаговой дезинфекции.

Социальные условия определяют активность разных путей передачи, благоприятствуя или ограничивая их распространение.

В свете эпидемиологической теории соответствия профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении отдельных этиологических форм должны быть строго специфичны.

Таблица 1

Противоэпидемические мероприятия в очагах дизентерии

№ п/п	Наименование	Содержание
<i>1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции</i>		
1.1	Выявление	<p>Осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при обращении за медицинской помощью; - во время медицинских осмотров и при наблюдении за лицами, общавшимися с больными; - в случае эпидемического неблагополучия по ОКИ на данной территории или объекте могут проводиться внеочередные бактериологические обследования декретированных контингентов (необходимость их проведения, кратность и объем определяются специалистами ТУ Госсанэпиднадзора); - среди детей дошкольных учреждений, домов ребенка, интернатов, летних оздоровительных учреждений при осмотре перед оформлением в данное учреждение и бактериологическом обследовании при наличии эпидемических или клинических показаний; при приеме детей, возвращающихся в перечисленные учреждения после любого заболевания или длительного (3 дня и более без учета выходных) отсутствия, (прием проводится только при наличии справки от участкового врача или из стационара с указанием диагноза); - при утреннем приеме ребенка в ДОО (проводится опрос родителей об общем состоянии ребенка, характере стула; при наличии жалоб и клинических симптомов, характерных для ОКИ, ребенок в ДОО не допускается, а направляется в ЛПО)
1.2	Диагностика	Проводится по клиническим, эпидемиологическим данным и результатам лабораторных исследований.
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании являются: медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у); история развития ребенка (ф. 112/у), медицинская карта (ф. 026/у). Случай заболевания регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у)

№ п/п	Наименование	Содержание
1.4	Экстренное извещение	Врач, зарегистрировавший случай заболевания, направляет в ТУ Госсанэпиднадзора экстренное извещение (ф. 058/у): первичное – устно, по телефону в городе в первые 12 часов, на селе – в 24 часа, окончательное – письменно, после проведенного дифференциального диагноза и получения результатов бактериологического или серологического исследования, не позднее 24 часов с момента их получения
1.5	Изоляция	<p>Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям</p> <p><i>Клинические показания:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - все тяжелые формы инфекции, независимо от возраста больного; - среднетяжелые формы у детей раннего возраста и у лиц старше 60 лет с отягощенным преморбидным фоном; - заболевания у лиц, резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями; - затяжные и хронические формы (при обострении). <p><i>Эпидемические показания:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - при угрозе распространения инфекции по месту жительства больного; - работа на пищевых предприятиях и к ним приравненных при подозрении в качестве источника инфекции (в обязательном порядке для полного клинического обследования)
1.6	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей
1.7	Выписка	Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты и летние оздоровительные учреждения, выписываются из стационара после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного через 1–2 дня после окончания лечения. В случае положительного результата бактериологического обследования курс лечения повторяется

№ п/п	Наименование	Содержание
	Выписка	Категории больных, не относящихся к вышеуказанному контингенту, выписываются после клинического выздоровления. Необходимость бактериологического обследования перед выпиской определяется лечащим врачом
1.8	Порядок допуска в организованные коллективы и на работу	<p>Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, допускаются на работу, а дети, посещающие ДДУ, воспитывающиеся в домах ребенка, в детских домах, школах-интернатах, отдыхающие в летних оздоровительных учреждениях – к посещению этих учреждений сразу после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении и при наличии отрицательного результата бактериологического анализа. Дополнительное бактериологическое обследование в этом случае не проводится. Категории больных, не относящиеся к указанным выше, допускаются на работу и в организованные коллективы сразу после клинического выздоровления.</p> <p>Пищевики и лица, к ним приравненные, при положительных результатах контрольного бактериологического обследования, проведенного после повторного курса лечения, переводятся на другую работу, не связанную с производством, хранением, транспортировкой и реализацией продуктов питания и водоснабжения (до выздоровления). В случае, если выделение возбудителя у них продолжается более трех месяцев после перенесенного заболевания, то они, как хронические носители, пожизненно переводятся на работу, не связанную с продуктами питания и водоснабжением, а при невозможности перевода отстраняются от работы с выплатой пособия по социальному страхованию.</p> <p>Дети, перенесшие обострение хронической дизентерии, допускаются в детский коллектив при нормализации стула не менее чем в течение 5 дней, хорошем общем состоянии, нормальной температуре</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
1.9	Диспансерное наблюдение	<p>Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, переболевшие дизентерией, подлежат диспансерному («Д») наблюдению в течение 1 месяца. В конце «Д» наблюдения необходимость бактериологического обследования определяет лечащий врач.</p> <p>Дети, переболевшие дизентерией, посещающие дошкольные учреждения, школы-интернаты, подлежат «Д» наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления. Бактериологическое обследование назначается им по показаниям (наличие длительного неустойчивого стула, выделение возбудителя после законченного курса лечения, снижение массы тела и др.).</p> <p>Пищевики и лица, к ним приравненные, при положительных результатах контрольного бактериологического обследования, проведенного после повторного курса лечения, подлежат «Д» наблюдению в течение 3-х месяцев. В конце каждого месяца проводится однократное бактериологическое обследование. Необходимость проведения ректороманоскопии и серологических исследований определяется лечащим врачом.</p> <p>Лица с диагнозом «Хроническая дизентерия» подлежат «Д» наблюдению в течение 6 месяцев (с момента установления диагноза) с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием.</p> <p>Прочим категориям, переболевшим дизентерией, «Д» наблюдение назначается по усмотрению лечащего врача.</p> <p>По окончании установленного срока диспансеризации наблюдаемый снимается с учета врачом-инфекционистом или участковым врачом при условии полного клинического выздоровления и эпидемического благополучия в очаге</p>
2. Мероприятия, направленные на механизм передачи		
2.1	Текущая дезинфекция	<p>В домашних очагах проводится самим больным или лицами, ухаживающими за ним. Организует ее медицинский работник, установивший диагноз</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
	Текущая дезинфекция	<p><i>Санитарно-гигиенические мероприятия:</i> больного изолируют в отдельную комнату или отгороженную ее часть (комнату больного подвергают ежедневно влажной уборке и проветриванию), исключается контакт с детьми, ограничивается число предметов, с которыми больной может соприкасаться, соблюдаются правила личной гигиены; выделяют отдельную постель, полотенца, предметы ухода, посуду; посуду и предметы ухода за больным хранят отдельно от посуды членов семьи. Грязное белье больного содержат отдельно от белья членов семьи. Соблюдают чистоту в помещениях и местах общего пользования. В летнее время систематически проводят борьбу с мухами. В квартирных очагах дизентерии целесообразно применять физические и механические способы дезинфекции, а также использовать моюще-дезинфицирующие препараты бытовой химии, соду, мыло, чистую ветошь, стирку, глаженье, проветривание и т.д. В ДОУ силами персонала под контролем медработника проводится дезинфекция на протяжении максимального инкубационного периода</p>
2.2	Заключительная дезинфекция	<p>В квартирных очагах после госпитализации или излечения больного выполняется его родственниками с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моюще-дезинфицирующих средств. Инструктаж о порядке их применения и проведения дезинфекции проводят медицинские работники ЛПУ, а также врач-эпидемиолог или помощник врача-эпидемиолога ТУ Госсанэпиднадзора. В ДОУ, школах-интернатах, домах ребенка, общежитиях, гостиницах, оздоровительных учреждениях, домах престарелых, в квартирных очагах, где проживают многодетные и социально неблагополучные семьи, дезинфекция проводится при регистрации каждого случая дезинфекционным отделом ТУ Госсанэпиднадзора в течение первых суток с момента получения экстренного извещения по заявке врача-эпидемиолога или помощника эпидемиолога. Камерная дезинфекция не выполняется</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
2.4	Лабораторное исследование внешней среды	Необходимость исследований, их вид, объем, кратность определяются врачом-эпидемиологом или помощником эпидемиолога. Как правило, выполняют забор проб остатков пищи, воды и смывы с объектов внешней среды для бактериологического исследования
3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции		
3.1	Выявление	Общавшимися в ДОУ являются дети, посещавшие ту же группу в ориентировочные сроки заражения, что и заболевший, персонал, сотрудники пищеблока, а в квартире – проживающие в этой квартире
3.2	Клинический осмотр	Осуществляется участковым врачом или врачом-инфекционистом и включает опрос, оценку общего состояния, осмотр, пальпацию кишечника, измерение температуры тела. Уточняется наличие симптомов заболевания и дата их возникновения
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Выясняется наличие подобных заболеваний по месту работы/учебы заболевшего и общавшихся, факт употребления заболевшим и общавшимися продуктов питания, которые подозреваются в качестве фактора передачи
3.4	Медицинское наблюдение	Устанавливается на 7 дней с момента изоляции источника инфекции. В коллективном очаге (ДОУ, больнице, санатории, школе, школе-интернате, летнем оздоровительном учреждении, на пищевом предприятии и предприятии водообеспечения) выполняется медицинским работником указанного предприятия или территориального ЛПО. В квартирных очагах медицинскому наблюдению подлежат «пищевики» и приравненные к ним лица, дети, посещающие ДОУ. Его осуществляют медицинские работники по месту жительства общавшихся. Объем наблюдения: ежедневно (в ДОУ – 2 раза в день – утром и вечером) опрос о характере стула, осмотр, термометрия.

№ п/п	Наименование	Содержание
	Медицинское наблюдение	Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112/у), в амбулаторную карту больного (ф. 025/у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026/у), а результаты наблюдения за работниками пищеблока – в журнал регистрации инфекционных заболеваний
3.5	Режимно-ограничительные мероприятия	Мероприятия проводятся в течение 7 дней после изоляции больного. Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДОО, из которой изолирован больной. Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы после изоляции больного. Не допускается общение с детьми других групп. Запрещается участие карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях. Организуются прогулки карантинной группы и возвращение из них в последнюю очередь, соблюдение групповой изоляции на участке, получение пищи в последнюю очередь
3.6	Экстренная профилактика	Не проводится. Можно использовать дизентерийный бактериофаг
3.7	Лабораторное обследование	Необходимость исследований, их вид, объем, кратность определяются врачом-эпидемиологом или помощником эпидемиолога Как правило, в организованном коллективе бактериологическое обследование общавшихся лиц выполняется, если заболел ребенок до 2-х лет, посещающий ясли, работник пищевого предприятия или к нему приравненный. В квартирных очагах обследуются «пищевики» и к ним приравненные лица, дети, посещающие ДОО, школу-интернат и т. д. При получении положительного результата бактериологического обследования лиц, относящихся к категории «пищевиков» и приравненных к ним, отстраняют от работы, связанной с пищевыми продуктами или от посещения организованных коллективов и направляются в КИЗ территориальной поликлиники для решения вопроса об их госпитализации

№ п/п	Наименование	Содержание
3.8	Санитарное просвещение	Проводится беседа о профилактике заражения возбудителями кишечных инфекций

3.2. Сальмонеллез

Основными источниками возбудителя инфекции являются сельскохозяйственные животные и птицы. Наиболее эпидемически значимым источником возбудителя в настоящее время являются куры, крупный рогатый скот и свиньи. На отдельных территориях, характеризующихся национальными особенностями питания, в качестве источников могут выступать мелкий рогатый скот и лошади. Грызуны (крысы, мыши) также представляют собой массивный резервуар сальмонеллезной инфекции. Доказана роль человека как источника возбудителя инфекции при сальмонеллезах. Наибольшую опасность в этих случаях он представляет для детей раннего возраста и пожилых, а также для лиц с ослабленным иммунитетом. Инфицированный человек (особенно бессимптомный носитель) представляет особую опасность в том случае, если он имеет отношение к приготовлению и раздаче пищи, а также продаже пищевых продуктов.

Механизм передачи возбудителя реализуется преимущественно пищевым (алиментарным) путем. При этом факторами передачи возбудителя являются пищевые продукты, прежде всего такие, как мясо и мясопродукты, яйца и кремовые изделия. Особую опасность в связи с возможной трансвариальной передачей возбудителя представляют куриные яйца, инфицированные до снесения, а также продукты, приготовленные из них, в том числе майонез и яичный порошок. Известны заболевания сальмонеллезом, связанные с употреблением сыров, брынзы, рыбы, в том числе копченой, морепродуктов.

Вода как фактор передачи возбудителя инфекции имеет второстепенное значение. Реальную эпидемическую опасность представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными выбросами (канализационные выбросы, сбросы сточных вод мясокомбинатов и боен, а также объектов птицеводства и животноводства).

Контактный путь передачи возбудителя чаще всего реализуется в условиях стационаров, где фактором передачи являются предметы обихода, руки обслуживающего персонала, белье, уборочный инвентарь, лекарственные растворы и др.

Передача возбудителя возможна пылевым путем при вдыхании воздуха, содержащего контаминированный возбудителем аэрозоль.

Инкубационный период колеблется от 2–6 часов до 4–7 суток.

Противоэпидемические мероприятия в очаге сальмонеллеза:

1. ЛПУ, независимо от формы собственности, выявившие больного или бактерионосителя сальмонеллеза, обязаны направить экстренное извещение в установленном порядке в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
2. Эпидемиологическое обследование эпидемического очага сальмонеллеза проводится органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора с целью выявления границ очага, выявления источника возбудителя сальмонеллеза, контактных лиц, а также лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.
3. Больных, подозрительных на сальмонеллез, изолируют из организованных коллективов.
4. Госпитализация выявленных больных (лиц с подозрением на сальмонеллез) сальмонеллезами и бактерионосителей осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.
5. Обязательному лабораторному обследованию на сальмонеллез в эпидемическом очаге подлежат выявленные больные с симптомами, лица, общавшиеся с больными, работники отдельных профессий, связанные с производством, хранением, транспортировкой пищевой продукции и отдельных продуктов.
6. В эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя проводят также лабораторное исследование остатков пищевого продукта или блюд, подозреваемых в качестве фактора передачи возбудителей инфекции, исследование пищевого сырья, смывов с яиц, оборудования, рук, инвентаря, и других объектов внешней среды.

7. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, проводится медицинскими работниками учреждений, где зарегистрирован очаг, или территориальных ЛПУ. Длительность медицинского наблюдения составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.
8. Текущая дезинфекция в квартирном очаге проводится членами семьи после проведения медицинскими работниками инструктажа.
9. Заключительную дезинфекцию выполняют специалисты организаций, имеющие право заниматься дезинфекционной деятельностью.
10. Лицам, подвергшимся риску заражения, проводят экстренную профилактику бактериофагом.

Противоэпидемические мероприятия в очагах внутрибольничного сальмонеллеза:

1. Немедленная отправка экстренного извещения в ТУ Госсанэпиднадзора.
2. Немедленная изоляция, перевод больного в инфекционное отделение или диагностические боксы (полубоксы) в профильном отделении.
3. Запрещение в течение 7 дней госпитализации новых пациентов в палату с выявленным больным.
4. Медицинское наблюдение в течение 7 дней от момента выявления больного и однократное лабораторное обследование (для выявления носительства или бессимптомного течения заболевания) лиц, подвергшихся риску инфицирования.
5. Специфическая профилактика сальмонеллезом бактериофагом пациентов и персонала.
6. Заключительная дезинфекция.
7. Эпидемиологическое расследование случая (случаев) заноса или внутрибольничного инфицирования пациентов, персонала или лиц по уходу за больными сальмонеллезами с выявлением факторов и путей передачи возбудителя инфекции.
8. При групповой заболеваемости сальмонеллезами в одном или нескольких отделениях ЛПУ или при выявлении сальмонелл в воздухе и других объектах внешней среды изоляция заболевших в инфекционное отделение, прекращение приема пациентов в отделение и медицинское наблюдение за контактными в течение

7 дней от момента изоляции последнего заболевшего, заключительная дезинфекция в отделении, очистка и дезинфекция систем вентиляции, бактериологическое обследование контактных, персонала, проведение специфической профилактики бактериофагом, запрещение перемещения пациентов из палаты в палату, а также сокращение числа пациентов за счет ранней выписки с учетом общего состояния больных, закрытие отделения по предписанию органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Открытие отделения осуществляется после проведения комплекса противоэпидемических мероприятий и завершения медицинского наблюдения за контактными лицами.

3.3. Брюшной тиф и паратифы

Источником инфекции при брюшном тифе и паратифах является человек (больной или бактерионоситель).

Механизм заражения брюшным тифом и паратифами – фекально-оральный. Главный (массовый) путь передачи возбудителей инфекции – водный. Пищевой и бытовой пути являются дополнительными. При подавлении активности водного пути, эти пути передачи могут обеспечивать возникновение как спорадической заболеваемости (единичные случаи), так и локальных эпидемических вспышек в результате заражения, как правило, от хронических носителей возбудителя. Высокая активность водного пути передачи является следствием потребления населением недоброкачественной в эпидемическом отношении питьевой воды при неудовлетворительном или недостаточном канализовании территорий, обуславливает возникновение острых и хронических водных вспышек/эпидемий и широкое распространение брюшного тифа. Нейтрализация активности водного пути передачи приводит к закономерному снижению заболеваемости до спорадического уровня и даже полному ее отсутствию на ряде территорий. Чаще встречается брюшной тиф, реже – паратиф В и крайне редко – паратиф А.

Современной особенностью эпидемиологии брюшного тифа является резкое увеличение частоты импорта (заноса) инфекции из стран ближнего и дальнего зарубежья с территорий, эндемичных по заболеваемости, а также заражение жителей России при выезде в эти страны и в процессе миграции внутри страны.

Другой эпидемиологической особенностью является наличие обширного контингента высокого эпидемического риска в виде лиц без определенного места жительства, среди которых регистрируется высокая заболеваемость брюшным тифом. У части переболевших формируется хроническое бактерионосительство, которое способствует возникновению новых случаев заражения.

Регистрация заболеваний брюшным тифом и паратифами, а также бактерионосителей возбудителей этих инфекций ведется отдельно.

Таблица 2

Противоэпидемические мероприятия в очагах тифа и паратифов

№ п/п	Наименование	Содержание
<i>1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции</i>		
1.1	Выявление	Проводится: - при обращении за медицинской помощью; - во время медицинских осмотров и при наблюдении за лицами, общавшимися с больными; - всем больным с лихорадкой невыясненного происхождения, продолжающейся более 5 дней, амбулаторно исследуют кровь бактериологическим методом с целью выделения гемокультуры
1.2	Диагностика	По клиническим, эпидемическим данным и результатам лабораторных исследований, из которых наиболее важные – бактериологические и серологические
1.3	Учет и регистрация	Первичные документы учета информации о заболевании: медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у); история развития ребенка (ф. 112/у), медицинская карта (ф. 026/у). Случай заболевания регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у)
1.4	Экстренное извещение	Экстренное извещение в ТУ Роспотребнадзора направляет врач, зарегистрировавший случай заболевания: первичное – устно по телефону в городе в течение 12 часов, на селе – в течение 24 часов после установления диагноза; окончательное – письменно, после установления окончательного диагноза

№ п/п	Наименование	Содержание
1.5	Изоляция	После установления диагноза обязательна госпитализация больных: в городе – в течение 3 часов; в сельской местности – в течение 6 часов. Осуществляется транспортом скорой помощи
1.6	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения пациентов инфекционными и паразитарными болезнями до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей
1.7	Выписка	<p>Реконвалесцентов, получавших антибиотики, выписывают из стационара не ранее, чем через 21 день, а не получавших антибиотики – не ранее, чем через 14 дней после установления нормальной температуры тела, при отрицательных результатах контрольных бактериологических исследований.</p> <p>Изоляцию прекращают после исчезновения у пациентов клинических симптомов и получения отрицательных результатов трехкратного бактериологического исследования испражнений и мочи, однократного – желчи. Первое исследование проводят спустя 5 дней после нормализации температуры, следующие – с интервалом в 5 дней. Дуоденальное зондирование проводится при отсутствии противопоказаний, не ранее, чем через 12 дней после установления нормальной температуры тела.</p> <p>Обнаружение при контрольно-выписном обследовании возбудителей не является противопоказанием к выписке из стационара</p>
1.8	Порядок допуска в организованные коллективы и на работу	«Пищевики» и к ним приравненные лица не допускаются к работе на протяжении одного месяца после выписки из стационара, они трудоустраиваются на такую работу, где не представляют эпидемической опасности. Их берут на учет в ТУ Роспотребнадзора, дальнейшая тактика излагается в п. 1.9
1.9	Диспансерное наблюдение	Все переболевшие, независимо от профессии, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3-х месяцев с термометрией 1 раз в неделю в течение одного месяца и 1 раз в 2 недели – в последующем.

№ п/п	Наименование	Содержание
1.9	Диспансерное наблюдение	<p>При повышении у переболевшего температуры тела или ухудшении общего состояния его обследуют (общий анализ крови, бактериологическое исследование крови, испражнений, мочи). В случае установления рецидива заболевания – госпитализируют повторно.</p> <p>Реконвалесценты (кроме работников пищевых предприятий) ежемесячно подвергаются однократному бактериологическому обследованию (испражнения, моча). По истечении 3-х месяцев наблюдения для выявления хронического носительства, помимо бактериологического исследования испражнений и мочи, однократно бактериологически исследуют желчь и ставят РПГА с Ви-антигеном</p>
1.10	Диспансерное наблюдение за «пищевиками» и лицами, к ним приравненными	<p>В течение первого месяца наблюдения им пятикратно исследуют испражнения и мочу и при отрицательных результатах они допускаются к работе, но на протяжении последующих 2-х месяцев обследуются (испражнения и моча) ежемесячно, а к концу 3-го месяца однократно бактериологически исследуют желчь и сыворотку крови с помощью РПГА с Ви-антигеном. При отрицательных результатах в течение 2-х лет их обследуют (испражнения и моча – однократно) ежеквартально, а к концу 2-го года ставят РПГА с Ви-антигеном.</p> <p>Если через месяц после выздоровления у них продолжают выделяться возбудители брюшного тифа или паратифов, их переводят на работы, где нет контакта с продуктами питания, питьевой водой и которые не связаны с обслуживанием людей. Обследуют этих лиц для установления характера носительства. По истечении 3-х месяцев после выздоровления проводят 5-кратные исследования испражнений и мочи с интервалом в 1–2 дня и однократное – желчи.</p> <p>При отрицательных результатах обследования эти лица допускаются к работе, но на протяжении 2-х лет подлежат ежеквартальному бактериологическому обследованию (испражнения и моча – однократно).</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
	Диспансерное наблюдение за «пищевиками» и лицами, к ним приравненными	<p>К концу 2-го года после перенесенного заболевания ставят РПГА с Ви-антигеном. Если она положительная, 5-кратно исследуют испражнения и мочу, а если отрицательная – однократно желчь.</p> <p>Лица, у которых результаты серологического и бактериологического исследования оказались отрицательными, с учета не снимаются; у них на протяжении всей трудовой деятельности ежегодно двукратно бактериологически исследуют испражнения и мочу.</p> <p>Лица считаются хроническими носителями, если при любом их обследовании, проведенном по истечении 3-х месяцев после выздоровления, хотя бы однократно выделяется культура бактерий брюшного тифа или паратифа, такие лица отстраняются от работы и должны изменить профессию</p>
<i>2. Мероприятия, направленные на устранение механизма передачи</i>		
2.1	Текущая дезинфекция	<p>Проводится с момента выявления больного до его госпитализации, у реконвалесцентов – после выписки из стационара в течение 3 месяцев и в очагах хронических бактерионосителей.</p> <p><i>Санитарно-гигиенические мероприятия:</i> носителю (реконвалесценту) выделяют отдельную комнату (или отгороженную часть ее), а также постель, полотенца, предметы ухода, посуду (хранят ее отдельно от посуды членов семьи), грязное белье также собирают и содержат отдельно от белья членов семьи. Кроме того, ограничивается число предметов, с которыми носитель может соприкоснуться, соблюдаются правила личной гигиены, чистота в помещениях и в местах общего пользования. При этом используют раздельный уборочный инвентарь – для комнаты носителя и для других помещений. В летнее время в квартире систематически уничтожают мух.</p> <p>В квартирных очагах применяют физические и механические способы дезинфекции (стирка, глажка и т. д.) с использованием моюще-дезинфицирующих препаратов.</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
2.2	Заключительная дезинфекция	Обязательна при каждом случае регистрации брюшного тифа или паратифа; проводит ТУ Госсанэпиднадзора непосредственно после эвакуации больного, по заявке медицинского работника, установившего диагноз, с проведением камерной дезинфекции
2.3	Лабораторные исследования внешней среды	Необходимость исследований, их вид, объем, кратность определяются врачом-эпидемиологом, его помощником. Для бактериологического исследования осуществляют отбор проб продуктов (остатков пищи), воды, смывов с объектов внешней среды
3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции		
3.1	Выявление	Выявляют лиц, общавшихся с заболевшим, в его семье, на работе, в ДООУ, школе. На территориях, неблагополучных по брюшному тифу, проводят подворные обходы
3.2	Клинический осмотр	Осуществляется участковым врачом или врачом-инфекционистом и включает опрос, оценку общего состояния, осмотр кожи и слизистых, пальпацию кишечника, измерение температуры тела. Уточняются наличие симптомов заболевания, дата их возникновения
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Выясняются время и характер общения с заболевшим, наличие или отсутствие подобных заболеваний по месту работы/учебы общавшихся, факта употребления продуктов питания и воды, которые рассматриваются как потенциальные факторы передачи
3.4	Медицинское наблюдение	Устанавливается на 21-й день, начиная со дня изоляции больного и проведения заключительной дезинфекции – при брюшном тифе, на 14 дней – при паратифах; с обязательной термометрией 1 раз в 3 дня. Осуществляется медицинскими работниками по месту работы или жительства общавшихся. Результаты вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, если это ребенок – в историю развития ребенка (ф. 112/у), либо его медицинскую карту (ф. 026/у); если это взрослый – в амбулаторную карту больного (ф. 025/у)

№ п/п	Наименование	Содержание
3.5	Режимно-ограничительные мероприятия	<p>«Пищевики» и лица, к ним приравненные, отстраняются от работы до тех пор, пока при бактериологическом исследовании их не будут получены отрицательные результаты.</p> <p>Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДООУ, из которой изолирован больной. Запрещается перевод детей из данной группы в другие. Не допускается общение с детьми других групп. Запрещается участие карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях. Организуются прогулки карантинной группы, исключая общение с детьми и персоналом других групп. Получение пищи осуществляется в последнюю очередь. Все мероприятия проводятся в течение 21 дня после изоляции больного</p>
3.6	Экстренная профилактика	<p>Назначается бактериофаг: в очаге брюшного тифа – брюшно-тифозный, а в очагах паратифов – поливалентный сальмонеллезный трехкратно с интервалом в 3–4 дня); первый прием – после забора материала для бактериологического исследования</p>
3.7	Лабораторное обследование	<p>Всем общавшимся с больным в очаге по месту жительства проводится однократное бактериологическое (испражнений, мочи) и серологическое (крови с помощью РПГА) исследования. Если возбудитель выделен из испражнений, то мочу и испражнения исследуют повторно, кроме того желчь – для выяснения характера бактерионосительства.</p> <p>При положительной РПГА с Ви-антигеном однократно бактериологически исследуют испражнения, мочу, желчь. У лиц, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей, дополнительно однократно проводят бактериологическое исследование дуоденального содержимого.</p> <p>По эпидемическим показаниям кратность обследования может быть увеличена, а также расширены контингенты лиц, ему подлежащих</p>
3.8	Санитарное просвещение	<p>Проводится беседа о мерах профилактики заражения возбудителями кишечных инфекций</p>

3.4. Холера

Представляет собой особо опасную инфекционную болезнь с диарейным синдромом, фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, водным (наиболее часто встречающимся), пищевым и контактными путями распространения. Характеризуется различной тяжестью заболевания, нарушением водно-солевого обмена, обезвоживанием, токсикозом и гастроэнтеритом. Инкубационный период – 1–5 дней.

Холера входит в перечень болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ. В соответствии с Международными медико-санитарными правилами холера относится к болезням, которые могут оказывать серьезное влияние на здоровье населения, вызывать события, представляющие собой чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, которая имеет международное значение.

Возбудителями холеры являются эпидемически значимые токсигенные холерные вибрионы O_1 серогруппы, биоваров *V. cholerae* и *V. cholerae* eltor, а также *V. cholerae* O_{139} серогруппы.

Организация мероприятий в очаге холеры:

1. Очаг холеры объявляется по представлению управления Роспотребнадзора по субъекту РФ при регистрации первого больного холерой (вибрионосителя) с выделением из клинического материала (испражнения, рвотные массы) токсигенных холерных вибрионов O_1 и O_{139} серогрупп. В случае выявления первого больного (вибрионосителя) атоксигенных холерных вибрионов O_1 и O_{139} серогрупп очаг не объявляется, но в случае возникновения вспышки с реализацией водного или пищевого путей распространения атоксигенных холерных вибрионов очаг холеры объявляется.

2. При регистрации бактериологически подтвержденных единичных случаев заболеваний холерой, возникших в результате заражения больного (вибрионосителя) до прибытия его в населенный пункт, решением санитарно-противоэпидемической комиссии (СПК) при администрации субъекта, по представлению управления Роспотребнадзора по субъекту РФ, объявляют статус заносного очага холеры.

3. Очагом холеры могут быть отдельные домовладения, часть населенного пункта или весь населенный пункт, административная территория, где выявлен больной(ые) холерой или вибрионоситель(и).

4. Границы очага холеры устанавливаются в пределах территории, определенной управлением Роспотребнадзора по субъекту РФ на основании данных о территориальном распределении больных и вибрионосителей, мест обнаружения холерных вибрионов в водных объектах, а также путей распространения и факторов передачи возбудителя инфекции.

5. Локализация и ликвидация очага холеры проводится по оперативному плану противоэпидемических мероприятий, разрабатываемых медицинским штабом.

6. Организация бактериологического обследования больных холерой, вибрионосителей, контактировавших с ними, различных групп населения возлагается на лечебно-профилактическую и противоэпидемическую группы медицинского штаба.

Комплекс противоэпидемических мероприятия в зависимости от токсигенности (эпидемической значимости) выделенных холерных вибрионов O₁ и O₁₃₉ серогрупп

1. При выделении от больных холерой и вибрионосителей токсигенных штаммов холерных вибрионов O₁ и O₁₃₉ серогрупп осуществляется следующий алгоритм противохолерных мероприятий:
 - госпитализация больных холерой, вибрионосителей и больных с диареей и рвотой, обезвоживанием III–IV степени в инфекционный госпиталь;
 - эпидемиологическое обследование очагов холеры;
 - выявление, изоляция (медицинское наблюдение), трехкратное бактериологическое обследование на холеру и экстренная профилактика контактировавших с больными холерой (вибрионосителями) и лиц, находившихся в одинаковых условиях по риску инфицирования;
 - медицинское наблюдение (на дому) за контактировавшими с учетом обстоятельств (семейных), препятствующих их изоляции, на срок, предусмотренный для получения результатов трехкратного бактериологического обследования и проведения курса экстренной профилактики;
 - активное выявление, госпитализация в провизорный госпиталь с трехкратным бактериологическим обследованием на холеру больных с диареей и рвотой;

- вскрытие умерших от острых кишечных инфекций с бактериологическим исследованием на холеру секционного материала;
 - заключительная дезинфекция в очаге холеры после госпитализации больного холерой или вибрионосителя (на дому, по месту работы, учебы и другим местам их пребывания), после удаления трупа;
 - профилактическая дезинфекция по эпидемическим показаниям;
 - текущая дезинфекция в окружении больных холерой, вибрионосителей и больных с диареей и рвотой, обезвоживанием III–IV степени, контактировавших с больным холерой (вибрионосителем) – в инфекционном, провизорном госпиталях и изоляторе;
 - лабораторное обследование на холеру контингентов, предусмотренных при эпидемиологическом надзоре;
 - оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости холерой.
2. До получения результатов определения эпидемической значимости (токсигенности) выделенных штаммов холерных вибрионов O₁ и O₁₃₉ серогрупп проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, предусмотренных при выделении токсигенных штаммов холерных вибрионов.
3. При выделении от больных холерой и вибрионосителей атоксигенных штаммов холерных вибрионов O₁ и O₁₃₉ серогрупп проводится:
- госпитализация больных холерой и вибрионосителей в инфекционный госпиталь;
 - эпидемиологическое обследование очагов холеры;
 - выявление, изоляция или медицинское наблюдение за контактировавшими с больными холерой или вибрионосителем, лицами, находившимися в одинаковых условиях по риску инфицирования, работающими на предприятиях общественного питания, пищевой промышленности, торговли продовольственными товарами и других эпидемиологически важных объектах, трехкратное бактериологическое обследование на холеру и экстренная профилактика;
 - заключительная дезинфекция после госпитализации больного или вибрионосителя и контактировавших с больным или вибрионосителем.
4. О каждом больном холерой или вибрионосителе, независимо от эпидемической значимости (токсигенности) выделенных штаммов холерных вибрионов и о смертельных исходах немедленно представляется информация руководителям ТУ Роспотребнадзора.

Организация госпитализации больных холерой, вибрионосителей и изоляции контактировавших с ними

1. Госпитализация в стационар больных холерой и вибрионосителей осуществляется бригадами эвакуаторов станции (отделения) скорой медицинской помощи.
2. Больных холерой с дегидратацией III и IV степени госпитализируют реанимационные бригады на транспорте с регидратационными системами и растворами для проведения регидратации по показаниям.
3. Транспорт для госпитализации больных холерой оснащают подкладной клеенкой, дезинфицирующими растворами в рабочем разведении, ветошью, емкостью для сбора и обеззараживания выделений. Во время транспортировки больных в случае необходимости проводят текущую дезинфекцию.
4. Контактировавших с больными холерой (вибрионосителем) направляют в изолятор в сопровождении среднего медицинского персонала на транспорте станции скорой медицинской помощи.
5. Персонал бригад эвакуаторов должен быть одет в противочумные костюмы IV типа (комбинезон (пижама), противочумный (хирургический) халат, шапочка (косынка), носки, тапочки, резиновые перчатки. Необходимо предусмотреть респиратор (ватно-марлевую маску) на случай рвоты у госпитализируемого.
6. После госпитализации больных или вибрионосителей и изоляции контактировавших транспорт и предметы, используемые при транспортировании, обеззараживают силами бригады эвакуаторов или дезинфектора инфекционного и провизорного госпиталей на специально оборудованной площадке. Для обеззараживания транспорта используется инвентарь госпиталя (гидропулт или автомакс, или другой распылитель жидкости, а также ветошь и тара для обработки пола, стен, носилок, предметов ухода) или учреждения, осуществляющего доставку больного в стационар. Все члены бригады после смены обязаны пройти санитарную обработку.

Эпидемиологическое обследование в очаге

1. Каждый случай заболевания холерой или вибрионосительства, а также подозрение на заболевание подлежит эпидемиологическому обследованию по месту жительства, работы, учебы и другим местам пребывания больного (вибрионосителя).

2. Обследование проводят с целью установления источника информации, конкретных мест и условий заражения больного или вибрионосителя, выявления контактировавших с ним лиц, а также возможных путей и факторов передачи возбудителя холеры, определения границ очага и объема санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
3. По результатам эпидемиологического обследования эпидемиолог заполняет медицинскую документацию.

Порядок выявления больных холерой и вибрионосителей в очаге

1. Больных с диареей и рвотой выявляют активно при подворных обходах, осуществляемых силами территориальных лечебно-профилактических организаций, а также на этапах оказания медицинской помощи (при поступлении в стационары (хирургические и другие отделения), посещении поликлиник, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов).
2. О каждом выявленном больном с диареей и рвотой в установленном порядке сообщают на станцию (в отделение) скорой медицинской помощи для госпитализации и направляют экстренное извещение в ТУ Госсанэпиднадзора в субъекте РФ. Сведения о результатах активного выявления больных ежедневно представляют в территориальную поликлинику и медицинский штаб, в группу учета информации.

Мероприятия в отношении лиц, контактировавших с больными холерой или вибрионосителями

1. Показания к изоляции контактировавших с больными или вибрионосителями определяет эпидемиолог с учетом данных эпидемиологического обследования очага, выявления условий инфицирования и действующих факторов передачи возбудителя инфекции в очаге, уровня санитарного благоустройства жилища и мест общего пользования, особенностей профессиональной деятельности и связанной с этим степени их эпидемической опасности.
2. Период изоляции лиц, общавшихся с больным холерой (вибрионосителем) в бытовых условиях (член семьи больного или вибрионосителя, проживающие в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях в одной коммунальной квартире или общежитии), лиц, подвергшихся одинаковому с больным (вибрионо-

сителем) риску инфицирования (по общему фактору передачи возбудителя инфекции), лиц из декретированных групп населения рекомендуется определять исходя из инкубационного периода холеры и времени, необходимого для проведения курса экстренной профилактики и получения результатов бак. обследования.

3. В изоляторе осуществляется медицинское наблюдение, трехкратное бактериологическое обследование и экстренная профилактика антибиотиками контактировавших. Экстренная профилактика осуществляется антибиотиками, к которым должна быть определена чувствительность холерных вибрионов, выделенных в очаге.
4. При отсутствии на дому одного из членов семьи за ним рекомендуется устанавливать медицинское наблюдение по месту жительства в течение пяти суток с трехкратным бактериологическим обследованием на холеру, проведением экстренной профилактики и текущей дезинфекции.

Дезинфекционные и дезинсекционные мероприятия

1. Дезинфекционные мероприятия при холере включают работы по профилактической и очаговой дезинфекции.
2. Перед разворачиванием госпиталей (инфекционного и провизорного) и изолятора проводят профилактическую дезинфекцию и дезинсекцию в помещениях и на их территории.
3. Заключительную дезинфекцию и дезинсекцию (мух и тараканов) в очаге, по месту выявления больного (подозрительного) холерой, вибрионосителя, проводят после их госпитализации, изоляции контактировавших, удаления трупа с целью деконтаминации выделений и других объектов окружающей среды.
4. Заключительную дезинфекцию в очаге инфекции выполняют в течение 3–6 часов с момента госпитализации больного (подозрительного) холерой или вибрионосителя, а по месту работы или учебы – в течение первых суток.
5. Заключительную дезинфекцию в очаге инфекции выполняет бригада специалистов федеральных государственных унитарных предприятий дезинфекционного профиля, дезинфекционные отделы и отделения ТУ Госсанэпиднадзора в субъекте РФ.
6. До проведения заключительной дезинфекции уничтожают мух, находящихся в квартире больного, с помощью средств в аэрозольной упаковке при закрытых окнах и дверях, чтобы не допус-

тить вылета насекомых из помещений. В случае скопления мух вне помещений проводят обработку стен, поверхностей около туалетов и мусорных контейнеров.

7. Санитарную обработку больных и текущую дезинфекцию в госпиталях (инфекционном и провизорном) и изоляторе, в поликлиниках и других ЛПУ осуществляют в соответствии с требованиями санитарных правил по биологической безопасности при работе с микроорганизмами I и II групп патогенности (опасности).
8. Персонал при проведении очаговой заключительной дезинфекции должен быть одет в защитную одежду в соответствии с требованиями санитарных правил по биологической безопасности при работе с микроорганизмами I и II групп патогенности. После окончания обработки очага бригада дезинфекционистов обеззараживает обувь и руки (в перчатках) и полиэтиленовые (клеенчатые) фартуки. По окончании смены персонал обязан пройти санитарную обработку.

Ограничительные мероприятия (карантин)

1. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся в случае угрозы выноса инфекции за пределы очага и дальнейшего ее распространения в пределах очага.
К ограничительным мероприятиям относятся:
 - запрещение водопользования водными объектами в местах, определяемых противоэпидемической службой медицинского штаба;
 - запрещение выезда из организованных коллективов (санаторно-курортные учреждения, туристические базы, кемпинги и т. д.) при выявлении в них больных холерой (вибрионосителей) и при угрозе распространения инфекции;
 - ограничение размещения в населенных пунктах, особенно курортной зоны, неорганизованно отдыхающих при отсутствии надлежащих санитарно-гигиенических условий;
 - ограничение массовых сборов населения при различных ритуальных обрядах (свадьбы, похороны и др.);
 - ограничение туристических рейсов, специальных мероприятий (ярмарок, конгрессов, фестивалей, спортивных состязаний и т. п.).
2. Ограничительные мероприятия вводятся (отменяются) на основании положений, предписаний главного государственного са-

нитарного врача и его заместителей, решением Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ.

3. Обсервацию осуществляют в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических правил по биологической безопасности работы с микроорганизмами 1-й группы патогенности.

Очаг считается локализованным через 10 дней после госпитализации последнего больного холерой (вибрионосителя).

Выписка перенесших заболевание холерой (вибрионосительство) производится после их выздоровления, завершения регидратационной и этиотропной терапии и получения трех отрицательных результатов бактериологического обследования.

Инфекционные и провизорные госпитали, изоляторы и бактериологические лаборатории продолжают работу до выписки последнего больного, перенесшего холеру (вибрионосительство).

Очаг считается ликвидированным после выписки последнего больного холерой (вибрионосителя) и проведения заключительной дезинфекции в стационаре.

Мероприятия после ликвидации очага холеры

1. Перенесшие холеру или вибрионосительство после выписки из стационара допускаются к работе (учебе), независимо от профессии, и ставятся на учет в филиалах ТУ Госсанэпиднадзора и КИЗах поликлиник по месту жительства. На каждого из них составляется учетная карта и устанавливается диспансерное наблюдение сроком на три месяца. Диспансерное наблюдение осуществляет врач КИЗа, при отсутствии кабинета наблюдение осуществляет участковый врач (терапевт, педиатр).

Лица, перенесшие заболевание холерой или вибрионосительство подлежат бактериологическому обследованию на холеру: в первый месяц проводится бактериологическое исследование испражнений один раз в 10 дней, в дальнейшем – один раз в месяц.

В случае выявления вибрионосительства у перенесших холеру они госпитализируются для лечения в инфекционный госпиталь, после чего диспансерное наблюдение за ними возобновляется.

Перенесшие заболевание холерой или вибрионосительство снимаются с диспансерного учета при отсутствии выделения холерных вибрионов на протяжении срока диспансерного наблюдения. Снятие с учета осуществляется комиссией в составе главного врача поли-

клиники, врача-инфекциониста, специалиста ТУ Госсанэпиднадзора по субъекту РФ.

2. Профилактические мероприятия в населенных пунктах после ликвидации очага холеры осуществляют специалисты ТУ Госсанэпиднадзора по субъекту РФ в соответствии с приказом главного государственного санитарного врача по субъекту РФ и комплексным планам по осуществлению противохолерных мероприятий на период после ликвидации очага.

3.5. Вирусные гепатиты

Вирусный гепатит А (ВГА) относится к числу распространенных кишечных инфекций, уровень заболеваемости которых коррелирует с санитарно-гигиеническим состоянием отдельных территорий.

Источниками инфекции являются больные с безжелтушными и желтушными формами, а также с субклиническим (повышение активности АлАТ) и инаппарантным (только появление anti HAV Ig M в крови) течением болезни.

Вирус выделяется с фекалиями в инкубационный (за 10–12 дней до появления клинических симптомов), продромальный и начальной фазах периода разгара. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют пациенты со стертым и безжелтушным течением ВГА, число которых может в 10 раз превышать число больных желтухой.

Ведущий механизм заражения – фекально-оральный, реализующийся водным, пищевым и контактно-бытовым путями. Восприимчивость к ВГА всеобщая. Наиболее часто заболевание регистрируется у детей старше года (особенно в возрасте 3–12 лет) в организованных коллективах и у взрослых до 30 лет. У детей до года сохраняется пассивный иммунитет. У людей 30–35 лет вырабатывается активный иммунитет, подтверждаемый обнаружением антител к вирусу ГА (anti HAV Ig G) в сыворотке крови 60–97% доноров. Для ВГА свойственно сезонное в летне-осенний период и циклическое повышение заболеваемости через 3–5, 7–20 лет, что связано с изменениями антигенной структуры популяции вируса и иммунитета людей.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при ВГА предполагают обеспечение населения доброкачественной водой, создание условий, гарантирующих выполнение санитарных правил, предъявляемых к заготовке, хранению и реализации продук-

тов питания и обеспечение режима в детских учреждениях, то есть все те меры, которые исключают фекально-оральный механизм передачи. При выявлении больного обязательна немедленная сигнализация в ТУ Госсанэпиднадзора (оформляется экстренное извещение об острозаразном пациенте и подается телефонный сигнал).

При установлении диагноза гепатита А (лабораторно подтвержденного обнаружением в крови anti HAV Ig M) допускается лечение на дому при обеспечении динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования, проживании больного в отдельной благоустроенной квартире, отсутствии контактов с работниками лечебных, детских, пищевых и приравненных к ним учреждений, а также детей, посещающих коллективы; при обеспечении ухода за больным и выполнении всех мер противоэпидемического режима, согласовывается с эпидемиологом. Лица, живущие в неблагоприятных условиях (общежития, коммунальные квартиры и т. п.), госпитализируются немедленно.

После госпитализации больного в очаге организуют заключительную дезинфекцию, объем и содержание которой зависят от характеристики очага. Очаги ВГА обследуются эпидемиологом с заполнением карты эпидемиологического обследования. Очаги ВГА в коллективах (детские учреждения, школы и пр.) также изучаются эпидемиологом с заполнением акта.

Инкубационный период может продолжаться от 7 до 50 дней, в среднем – 15–30 дней. Срок наблюдения за очагом составляет 35 дней с посещением каждые 5–7 дней. Контактировавшим ежедневно измеряют температуру тела, осматривают кожные покровы и слизистые оболочки с целью выявления желтухи, определяют размеры печени, наблюдают цвет мочи и кала. При появлении симптомов дожелтушного периода заболевшие госпитализируются в инфекционное отделение, после чего в очаге проводится заключительная дезинфекция специалистами ТУ Госсанэпиднадзора. Обеззараживаются выделения больного (фекалии, моча, рвотные массы), горшки, унитазы, посуда, белье (постельное и нательное), полотенца – замачиванием в дезинфицирующих растворах на 30–120 минут, предметы – протиранием или смачиванием дезинфектантами с помощью ветоши. Постельные принадлежности подвергаются камерной дезинфекции.

В комплекс мер по профилактике ВГА входит как пассивная (введение иммуноглобулина человеческого нормального), так и ак-

тивная иммунизация – вакцинация. Для активной иммунизации против ВГА применяются инактивированные вакцины отечественного и зарубежного производства, которые вводят дважды с интервалом в 6–12 месяцев.

Вакцинация показана, прежде всего, детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией (возрастные группы определяются данными эпиданализа), медработникам, воспитателям и персоналу ДООУ, работникам сферы обслуживания и, прежде всего, занятым в организациях общепита, водопроводных и канализационных сооружениях. Прививки также показаны лицам, выезжающим в гиперэндемичные районы.

Выписка реконвалесцентов ВГА осуществляется по клиническим показаниям: отсутствие жалоб, желтухи, уменьшение печени до нормальных размеров или четко выраженная тенденция к ее сокращению. При лабораторном исследовании необходимо отсутствие желчных пигментов в моче, нормализация уровня билирубина в крови. Допускается выписка при повышенной в 2–3 раза активности аминотрансфераз и увеличении печени на 1–2 см. Диспансерное наблюдение за переболевшими ВГА проводится не позднее чем через месяц. При отсутствии у реконвалесцента каких-либо клинических и биохимических отклонений он может быть снят с учета спустя шесть месяцев. Пациенты, имеющие остаточные явления, в дальнейшем наблюдаются в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники, где проходят повторную диспансеризацию не реже 1 раза в месяц и снимаются с учета через 3 месяца после исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных печеночных проб.

Вирусный гепатит Е (ВГЕ, HEV-инфекция) наиболее часто встречается среди взрослого населения в гиперэндемичных районах тропического и субтропического поясов. ВГЕ – антропонозная инфекция с фекально-оральным механизмом заражения. Источник инфекции – лица с острой HEV-инфекцией, в том числе безжелтушной и латентной формами. Путь передачи, прежде всего, водный, возможно и алиментарное заражение при употреблении в пищу недостаточно термически обработанных моллюсков и ракообразных. Описано заражение при употреблении китайских лекарственных трав, оказавшихся контаминированными HEV. Наиболее известны обширные вспышки в странах Центральной и Южной Азии, Северной и Западной Африки и Центральной Америки.

Эпидемический процесс ВГЕ быстро достигает максимального уровня распространения. Вспышки возникают в сезон дождей и паводков крупных рек, характеризующийся высоким уровнем стояния грунтовых вод и загрязнением источников водоснабжения сточными водами. Дополнительным фактором может явиться нарушение режима хлорирования воды. На эндемичных территориях эпидемические подъемы ВГЕ повторяются с интервалом 5–8 лет, реже – 1–2 года. Допускают, что ведущая роль в сохранении вируса между вспышками принадлежит больным и реконвалесцентам с затяжным течением болезни. Индийскими авторами показано, что активная репликация HEV может сохраняться 45–122 дня, что подтверждается результатами ПЦР. Преобладают лица в возрасте 15–40 лет.

В высокоразвитых странах Европы возможно распространение завозной HEV-инфекции, вместе с тем регистрируются и спорадические случаи, особенно в странах Южной Европы.

При ВГЕ вирусная РНК может быть обнаружена в крови методом ПЦР в ранние фазы болезни. В профилактике ВГЕ основное значение имеют санитарные мероприятия, исключающие возможность фекального загрязнения рек и других источников водоснабжения, обеспечение контроля за обеззараживанием воды, а также все меры, исключающие реализацию фекально-орального механизма заражения. Необходимо соблюдение правил личной гигиены. Ведется разработка рекомбинантной вакцины против ВГЕ.

При выявлении больного необходима немедленная сигнализация в ТУ Роспотребнадзора, госпитализация больного в инфекционное отделение. Очаги ВГЕ обследуются врачом-эпидемиологом. Углубленному анализу подлежат все контакты в коллективах, где могло произойти заражение данного больного и от этого больного. В очаге выполняется весь комплекс противоэпидемических мероприятий. После изоляции пациента проводится заключительная дезинфекция силами соответствующей службы ТУ Госсанэпиднадзора.

За лицами, контактировавшими с больными, устанавливается медицинское наблюдение на срок не менее 5–6 недель (максимальный инкубационный период – 8 недель): термометрия 2 раза в день, осмотр слизистых оболочек глаз, рта, осмотр стула и мочи, пальпация печени и селезенки, лабораторные исследования – уровень билирубина, АлАТ в крови, уробилина и желчных пигментов – в моче.

ТУ Роспотребнадзора дает информацию в детские учреждения или по месту работы заболевшего.

Правила выписки и диспансеризации реконвалесцентов можно рекомендовать исходя из опыта работы с больными ВГА.

Вирусный гепатит В (ВГВ, HBV-инфекция). Эпидемиологические закономерности ВГВ соответствуют антропонозной нетрансмиссивной кровяной инфекции, особенностью которой является наличие разнообразных источников и множества естественных и искусственных путей передачи. Приходится учитывать и высокую контагиозность HBV. Это определяет распространенность HBV-инфекции, которая превосходит все другие вирусные гепатиты.

В последние годы, благодаря активной иммунизации населения, а также реализации комплекса мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, распространение ВГВ заметно снизилось. Вместе с тем, значительная инфицированность наркоманов, гомо- и бисексуалов, гетеросексуалов с большим числом половых партнеров поддерживает эпидемический потенциал HBV-инфекции.

Основным источников ВГВ являются больные хроническими формами, «носители» вируса (больные хроническим ВГВ без активности воспалительного процесса) и лица с острым гепатитом В (ОГВ). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют «носители» ВГВ (HBsAg, особенно при наличии HBeAg в крови).

Заражение ВГВ от острых больных имеет место лишь в 4–6% случаев, в остальных источниками являются лица с ХВГ. Инфицирующая доза составляет 0,0000001 мл сыворотки, содержащей ВГВ.

Основными факторами передачи возбудителя являются кровь, биологические секреты, сперма, вагинальное отделяемое, слюна, желчь и др.

Механизм заражения ВГВ парентеральный: искусственные пути (передача в результате лечебных и диагностических манипуляций), естественные пути (половой, гемоперкутантные контакты, перинатальное заражение, профессиональное заражение медработников).

Семейные эпидемические очаги возникают в окружении активного источника инфекции (особенно при выявлении HBeAg). Восприимчивость людей к ВГВ высокая, особенно детей первого года жизни и молодых людей репродуктивного возраста.

Заражение происходит не только половым путем (супруги), но и гемоконтактно (порезы, ссадины, трещины на губах, кровоточивость десен и пр.). Опасность заражения может быть связана с проколом мочек ушей, нанесением татуировок; факторами передачи могут стать брызги инфицированной слюны, попадающие на поврежденные участки кожи и слизистых оболочек. Перинатальное заражение от инфицированных матерей (HBsAg+) регистрируется в 1% случаев. Вероятность инфицирования от HBeAg-положительных матерей достигает 50%. Трансплацентарное заражение возникает реже (не более 10% случаев). Основное заражение детей происходит именно во время родов.

Сезонность при ВГВ не выражена. У реконвалесцентов вырабатывается длительный, возможно пожизненный, иммунитет. Методом выявления источников ГВ является серологический скрининг (определение HBsAg) групп людей с высоким риском заражения.

Доноров резерва обследуют на HBsAg при каждой сдаче крови и ее компонентов и в плановом порядке не реже 1 раза в год.

Доноров костного мозга, спермы и других тканей обследуют на HBsAg перед каждым забором материала.

Мероприятия в эпидемических очагах ГВ:

1. Меры в отношении источника возбудителя инфекции:

1.1. Лица с установленным диагнозом ОГВ, микст-гепатитами, а также больные ХВГ в период обострения подлежат госпитализации в инфекционные отделения.

1.2. Все переболевшие острыми формами ГВ и лица с ХВГ подлежат обязательному диспансерному наблюдению в ЛПУ по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре. Первый контрольный осмотр проводят не позднее, чем через месяц после выписки из стационара. В случае если больной был выписан со значительным повышением аминотрансфераз, осмотр проводят через 10–14 дней после выписки.

1.3. Переболевшие ОГВ возвращаются к производственной деятельности и учебе не ранее, чем через месяц после выписки при условии нормализации лабораторных показателей. При этом срок освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должен составлять 6–12 месяцев.

1.4. Лица, перенесшие ОГВ, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. Клинический осмотр, биохими-

ческие, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара. При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за пациентами должно быть продолжено.

1.5. «Носители» HBsAg находятся на диспансерном наблюдении до получения отрицательных результатов исследований на HBsAg и обнаружения anti-HBs. Объем обследований определяется врачом-инфекционистом (участковым врачом) в зависимости от выявленных маркеров, но не реже одного раза в 6 месяцев.

2. Меры в отношении путей и факторов передачи:

2.1. Заключительная дезинфекция в очагах ВГ проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезда на другое место жительства, выздоровления.

2.2. Заключительная дезинфекция (в квартирах, общежитиях, детских образовательных учреждениях, гостиницах, казармах и др.) проводится населением под руководством медицинских работников ЛПУ.

2.3. Текущая дезинфекция в очагах ОВГ осуществляется с момента выявления больного до его госпитализации. В очагах ХГВ, вне зависимости от выраженности клинических проявлений, проводится постоянно. Текущую дезинфекцию осуществляет лицо, ухаживающее за больным, или сам больной под руководством медработника ЛПУ.

2.4. Дезинфекции подвергаются все предметы личной гигиены и вещи, непосредственно соприкасающиеся с кровью, слюной и другими биологическими жидкостями больного.

2.5. Обработка проводится дезинфицирующими средствами, обладающими вирулицидным, активным в отношении ВГВ действием и разрешенными к применению в установленном порядке.

3. Меры в отношении лиц, контактных с больными гепатитом В:

3.1. Контактными в очаге ГВ считаются лица, находящиеся в тесном общении с больным ГВ (носителем HBsAg), когда возможна реализация путей передачи возбудителя.

3.2. В очагах ОГВ за лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 6 месяцев с момента госпитализации больного. Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 месяца с определением активности АлАТ и выявлением HBsAg, anti-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены anti-HBs

в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. Результаты медицинского наблюдения вносятся в амбулаторную карту больного.

3.3. Контактные лица в очагах ХГВ подлежат медицинскому осмотру и выявлению HBsAg и anti-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены anti-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. За очагом проводится динамическое наблюдение в течение всего срока наличия источника инфекции.

3.4. Проведение иммунизации против ГВ лиц, контактировавших с больным острой или хронической формой ГВ, «носителем» HBsAg, не привитых ранее или с неизвестным прививочным анамнезом.

Профилактика внутрибольничного инфицирования гепатитом В:

1. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВГВ является соблюдение противоэпидемического режима в ЛПУ в соответствии с установленными требованиями.
2. Контроль и оценка состояния противоэпидемического режима в ЛПУ проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также врачом-эпидемиологом ЛПУ.

Профилактика посттрансфузионного гепатита В (ПТГВ): основой профилактики посттрансфузионного гепатита В является своевременное выявление источников инфекции и соблюдение противоэпидемического режима в организациях, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов в соответствии с требованиями нормативно-методических документов.

Профилактика заражения гепатитом В среди новорожденных и беременных – носителей вирусного гепатита В:

1. Обследование беременных проводится в периоды, указанные в приложении.
2. Беременные с ОГВ подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары, а роженицы, больные ХГВ и носители ВГВ, – в областные (городские) перинатальные центры, специализированные отделения (палаты) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

3. Новорожденным, родившимся от матерей – носителей HBsAg, больных ГВ или перенесших заболевание в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.
4. Все дети, родившиеся от женщин с ВГВ и ХГВ, а также «носителей» ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3, 6 и 12 месяцев.
5. При выявлении у ребенка HBsAg проводится маркировка амбулаторной карты и организуются противоэпидемические мероприятия.
6. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных с HBsAg, а также больных ХГВ в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.

Профилактика гепатита В в организациях бытового обслуживания:

1. Профилактика ГВ в организациях бытового обслуживания (парикмахерских, маникюрных, педикюрных, косметологических), независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, обеспечивается соблюдением требований санитарно-противоэпидемиологического режима, профессиональной, санитарно-гигиенической и противоэпидемической подготовкой персонала.
2. Устройство помещений, оборудование и санитарно-противоэпидемический режим работы кабинетов татуировки, пирсинга и прочих инвазивных процедур, заведомо ведущих к нарушению целостности кожных покровов и слизистых оболочек, должны соответствовать установленным требованиям.
3. Организация и проведение производственного, в том числе лабораторного, контроля возлагается на руководителя учреждения.

Специфическая профилактика гепатита В:

1. Ведущим мероприятием в профилактике ГВ является вакцинопрофилактика.
2. Вакцинация населения против гепатита В проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок,

календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.

3. Имеющиеся вакцины предназначены для плановой вакцинации детей и взрослых, их вводят в возрастных дозах согласно инструкции. Все вакцины взаимозаменяемы.
 - Вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая (Томск);
 - «Комбиотек» (Москва);
 - «Регевак» – рекомбинантная дрожжевая жидкая вакцина (Россия);
 - «Эбербиовак-НВ» (Куба);
 - «Энджерикс-В» (Россия);
 - «Engerix В» (Бельгия);
 - «Эувакс В» (Франция);
 - «НВ-ВАХ II» (США);
 - «Шанвак-В» (Индия);
 - «Бубо-кок» – вакцина против коклюша, дифтерии, столбняка и гепатита В (Москва);
 - «АКДС-Геп В» – вакцина против коклюша, дифтерии столбняка и гепатита В (Россия);
 - «Твинрикс» – комбинированная вакцина против гепатита А и В (Бельгия).

Вирусный гепатит D (HDV-инфекция) по эпидемиологической характеристике близок ВГВ. Полагают, что в мире 5% больных ХВГ («носителей» HBsAg) имеют HDV-инфекцию. При хронических ВГВ доля HDV-позитивных достигает 12–15%.

Источники HDV- и HBV-инфекции общие. Основное эпидемиологическое значение имеют хронические носители HBsAg и больные хроническими формами ВГВ, контаминированные и HDV. Парентеральный нетрансмиссивный механизм заражения является единственно возможным для HDV-инфекции. За последние годы резко возросла доля HDV-инфицированных лиц, употребляющих наркотические вещества внутривенно. Контагиозность HDV на несколько порядков ниже. При HDV-инфекции отмечено меньшее значение полового и перинатального путей передачи, при этом весьма характерны внутрисемейные очаги.

Общность парентерального механизма заражения HBV- и HDV-инфекции определяет и общность профилактических и противоэпидемических мероприятий. Вакцинация против HBV защищает и от заражения HDV (заражение HDV требует наличия HBsAg). Разрабатывается вакцина против HDV.

В профилактике HDV-инфекции важное значение придается санитарно-просветительной работе среди хронических носителей HBsAg и больных хроническим ВГВ. Важно предупредить эти группы лиц о высокой вероятности заражения HDV-инфекцией при парентеральных вмешательствах, при внутривенном введении наркотиков.

Правила выписки и диспансеризации те же, что и при соответствующих формах ВГВ.

Вирусный гепатит С (ВГС, HCV-инфекция)

Согласно расчетным данным, в мире инфицировано вирусом гепатита С 10% всей популяции людей – около 500 млн человек. ВГС, как и ВГВ, и ВГД, относится к антропонозным нетрансмиссивным кровяным вирусным инфекциям. Механизм заражения парентеральный, пути передачи множественные – искусственные и естественные. Источником инфекции являются больные ВГС, прежде всего при хроническом течении, и хронические латентные носители HCV. В мире число HCV-инфицированных лиц превышает число носителей HBsAg более чем в три раза.

Все anti-HCV-позитивные лица должны рассматриваться как потенциальный источник заражения. Эпидемиологическую опасность могут представлять и доноры органов. Существенное значение имеет «шприцевый» путь передачи HCV. Важнейшую группу риска составляют наркоманы с внутривенным введением наркотиков. Велико число HCV-инфицированных среди лиц с хроническими заболеваниями печени, в частности при алкогольных поражениях. Определенное эпидемиологическое значение может иметь нанесение татуировок, пирсинг.

Контагиозность HCV существенно меньше, чем HBV, а для заражения требуется относительно большой объем крови, случайные уколы персонала контаминированной иглой не всегда приводят к инфицированию. Этому соответствует и относительно меньшее значение полового пути передачи ВГС.

Частота вертикальной передачи при ВГС меньше, чем при ВГВ. Косвенным подтверждением служит низкая распространенность ВГС среди детей, однако трансплацентарное заражение ВГС все же возможно. Это подтверждено определением РНК вируса и его генотипа. Перинатальный путь преимущественно реализуется при ассоциации ВГС с ВИЧ-инфекцией.

Полагают, что спорадический ВГС без парентерального анамнеза может возникнуть при длительном многолетнем тесном общении в семьях HCV-инфицированных (гемоперкутантные контакты, общие расчески, бритвенные принадлежности и др.). Допускается, что в условиях многолетнего контакта даже малые объемы контаминированной крови могут привести к заражению.

Профессиональное заражение ВГС медицинских работников происходит редко (1,2–1,4% от общего числа случайных уколов инфицированной HCV иглой и 6,3% лаборантов, работающих с кровью). Возможно внутрибольничное распространение ВГС, в целях профилактики которого вместе с другими мерами необходимо обследовать персонал.

Противоэпидемические мероприятия в очаге ВГС, включая изоляцию заболевшего, поиски источника инфекции, заключительную дезинфекцию, наблюдение за контактными, осуществляют как в очаге ВГВ.

Правила выписки, диспансеризации те же, что и при ВГВ. Специфической вакцинопрофилактики ВГС пока нет.

3.6. ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция относится к числу малоконтагиозных инфекций и заражаются ВИЧ в основном определенные группы людей: принимающие внутривенно наркотические средства, ведущие беспорядочную половую жизнь, гомо- и бисексуалы и т. д. В общем мероприятия по предупреждению ВИЧ-инфекции аналогичны таковым при профилактике вирусных гепатитов В, С, D и венерических болезней.

При необходимости госпитализации ВИЧ-инфицированного пациента и при отсутствии специализированного отделения больного можно поместить в отдельную палату (бокс) инфекционного отделения, где его обеспечивают индивидуальными предметами гигиены и обихода. В связи с возможностью контакта с кровью и другими

биологическими жидкостями больного медицинский персонал должен работать в этой палате (боксе) с соблюдением мер предосторожности и в средствах защиты (халат, шапочка, одноразовая маска, сменная обувь).

Обо всех выявленных случаях ВИЧ-инфекции представляется экстренное извещение. Выявляются половые партнеры, причастность к донорству, перенесенные оперативные вмешательства и т. д. Следует установить всех лиц, подвергшихся риску заражения. Они подлежат обязательному учету. Им назначают лабораторное, а при наличии показателей – клиническое обследование. Основным критерием эпидемиологической оценки конкретного лица являются результаты серологического исследования крови. Серонегативные на ВИЧ лица из числа контактных (подвергшихся риску заражения) также берутся на учет, их обследуют сразу же, затем один раз в шесть месяцев в течение года и при отрицательных результатах ИФА снимают с учета после осмотра инфекционистом поликлиники.

В очаге ВИЧ-инфекции необходимо проведение дезинфекционных мероприятий, так как ВИЧ сохраняет контагиозность при комнатной температуре не менее 10 дней в сухой и жидкой среде. Вирус чувствителен к дезинфекционным средствам, однако надо учитывать характер биологического субстрата, в котором он находится. В ходе эпидемиологического обследования определяют показания, объем, методику текущей и заключительной дезинфекции после госпитализации.

Дезинфекции подлежат все предметы и вещи, которые загрязнены или могли быть загрязнены кровью, спермой, мочой, вагинальными выделениями, грудным молоком, слюной, слезной жидкостью больного или вирусоносителя. При этом дезинфицирующие растворы и методика обеззараживания должны обеспечивать вирулицидный эффект как в отношении ВИЧ, так и вирусных гепатитов. Поверхности предметов орошают или протирают ветошью, увлажненной дезинфицирующим раствором. Белье и другие вещи замачивают дезинфицирующим раствором или подвергают камерной дезинфекции. Медицинский инструментарий и другие изделия медицинского назначения после дезинфекции очищают от крови, моют и стерилизуют (по ГОСТу).

Профилактика профессионального инфицирования ВИЧ медицинских работников

Каждый медицинский работник должен помнить и соблюдать **7 основных правил безопасности** защиты кожи и слизистых при контакте с любым биоматериалом.

1. Мыть руки до и после каждого контакта с пациентом.
2. Рассматривать кровь и другие биосубстраты всех пациентов как потенциально инфицированные и работать с ними только в перчатках.
3. Сразу после применения использованные шприцы и катетеры помещать в специальные контейнеры для утилизации, **никогда не снимать иглы со шприцев** до дезинфекции.
4. Использовать средства защиты глаз и маски для предотвращения возможного попадания брызг крови и жидких выделений в лицо.
5. Использовать влагонепроницаемую спецодежду для защиты участков тела от возможного попадания брызг крови и жидких выделений.
6. Рассматривать все бельё, загрязненное кровью и жидкими выделениями пациента, как потенциально инфицированное.
7. Рассматривать все биосубстраты лабораторного исследования как потенциально инфицированные.

В аварийных ситуациях тактика медицинского персонала должна учитывать, что опасность заражения всегда реальна, и любой пациент, кровь и биологические жидкости должны рассматриваться как потенциально инфицированный материал.

Медицинскому персоналу следует помнить, что *надевать защитные перчатки надо во всех случаях контактов с биологическими жидкостями пациентов*. Если перчатки многоразовые, то после осмотра каждого пациента их следует тщательно мыть водой с мылом, дезинфицировать и стерилизовать.

Руки следует тщательно мыть каждый раз после снятия защитных перчаток. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеивать поврежденные места лейкопластырем.

Если предстоят процедуры с использованием режущих, колющих инструментов, то рекомендуется надевать армированные (кольчужные) перчатки и продуманно относиться к каждому движению.

Во избежание укола персонала использованными иглами необходимо вообще исключить из употребления такие действия, как обратное надевание защитного колпачка на иглу, снятие рукой использованной иглы со шприца, разлом использованного шприца руками и иные подобные манипуляции. После использования одноразовый шприц следует с минимумом передвижений положить в ранее подготовленный непрокальваемый контейнер для инфицированного мусора, который в дальнейшем будет подвергнут уничтожению по правилам, предусмотренными для работы с инфицированным материалом. Любой использованный медицинский инструментарий сразу после окончания манипуляции или процедуры следует погружать в ёмкость с дезинфицирующим раствором.

При процедурах, при которых возможно разбрызгивание крови или аэрозолей других биологических жидкостей, необходимо надевать одноразовую маску, щиток, защитные очки, использовать фартук.

Все рабочие места должны быть обеспечены дезинфицирующим раствором и аварийной аптечкой.

Действия медперсонала при состоявшихся аварийных ситуациях

- *При уколах и порезах:* не снимая перчаток, вымыть руки проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-ным раствором спирта, смазать ранку 5%-ным раствором йода. При повреждении кожи (порез, укол), если появилось кровотечение из поврежденной поверхности, его не нужно останавливать в течение нескольких секунд.
- При попадании крови или других биологических жидкостей на *кожные покровы* это место обрабатывают 70%-ным раствором спирта, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают спиртом.
- Если кровь попала на *слизистые оболочки глаз*, их сразу же промывают водой или 1%-ным раствором борной кислоты, или раствором марганцовокислого калия в разведении 1 : 10000 (раствор готовят *ex tempore*).
- При попадании биологической жидкости (крови) на *слизистую оболочку носа* её обрабатывают 1%-ным раствором протаргола или раствором марганцовокислого калия в разведении 1 : 10000.

- Если кровь попала на *слизистую оболочку рта*, его следует прополоскать 70%-ным раствором спирта, или 0,05%-ным раствором марганцовокислого калия, или 1%-ным раствором борной кислоты.
- Если кровь попала *на губы* – их обрабатывают раствором марганцовокислого калия в разведении 1 : 10000.
- *Перчатки*, загрязненные биологической жидкостью больного, обрабатывают салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем моют проточной водой, снимают их и моют руки, обрабатывая в последующем кожным антисептиком.
- При попадании заразного (или подозрительного на инфицирование ВИЧ) материала на *халат, одежду* следует данное место обработать раствором дезинфицирующего средства; обеззаразить перчатки; снять халат и замочить в дезинфицирующем растворе; сложить в стерилизационные коробки для автоклавирования. Кожу рук и другие участки тела под загрязненной одеждой протирают 70%-ным раствором спирта. Обувь обрабатывают двукратным протиранием ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.
- *Поверхности рабочих столов* в конце рабочего дня (а в случае загрязнения кровью – немедленно) обрабатывают дезинфицирующими средствами, обладающими вирулицидными свойствами. Если поверхность загрязнена кровью или сывороткой крови, обработку выполняют дважды: немедленно и с интервалом в 15 минут. При попадании инфицированного материала на *пол, стены, мебель, оборудование* загрязненные места заливают дезинфицирующим раствором на 30 минут, затем протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Исползованную ветошь сбрасывают в ёмкость с дезраствором или в бак для последующего автоклавирования.

Оформление аварийных ситуаций

- О каждом аварийном случае необходимо немедленно сообщить руководителю подразделения или его заместителю.
- Травмы, полученные медицинским работником, должны учитываться в каждом ЛПУ (в ЛПУ необходимо создать комиссию по профилактике профессионального заражения ВИЧ) и активироваться как несчастный случай на производстве.
- По факту травмы заполняется журнал по травматизму и составляется «Акт эпидемиологического расследования», где указываются причины травмы и связи причины с исполнением служебных обязанностей.

- Журнал по учету травматизма (аварий) оформляется по схеме, которая предполагает сведения о медицинском работнике (ФИО, должность, проводимая манипуляция, описание аварии, предпринятые меры) и сведения о пациенте, при оказании помощи которому произошла авария (ФИО, дата рождения, адрес, диагноз, ВИЧ-статус) за подписью заведующего отделением (в ночное время ответственного дежурного врача) и старшей медсестры.

Химиопрофилактика парентеральной передачи ВИЧ

При угрозе парентерального заражения (повреждение кожных покровов инструментом, загрязненным ВИЧ; попадание на слизистые или кожу материала, зараженного ВИЧ) рекомендуется проведение химиопрофилактики антиретровирусными препаратами.

Очень важно начать химиопрофилактику как можно раньше, желательно в первые 2 часа после возможного заражения. Если терапию невозможно начать сразу же по схеме высокоинтенсивной терапии, то как можно раньше необходимо начать прием препаратов, имеющихся в наличии. После 72 часов начало химиопрофилактики или расширение ее схемы бессмысленно, но при настоятельном желании пострадавшего химиопрофилактика может быть проведена.

В качестве основной используется схема (3 препарата курсом 4 недели):

1. Зидовудин по 300 мг 2 раза в сутки +
2. Эпивир по 150 мг 2 раза в сутки +
3. Лопинавир/ритонавир по 400/100 мг 2 раза в сутки.

При невозможности своевременного начала выполнения основной схемы, применяются альтернативные, которые назначаются специалистами – врачами центра по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

3.7. Дифтерия

Основным источником инфекции при дифтерии являются люди – больные и здоровые носители токсигенных штаммов дифтерийных микробов. Эпидемиологически наиболее опасны лица с дифтерией ротоглотки, носа и гортани, активно выделяющие возбудителей во внешнюю среду с выдыхаемым воздухом. Менее опасны больные дифтерией глаз, кожи и других локализаций, способные распространять дифтерию контактным путем (через руки, предметы быта).

Инфицирующая способность здоровых носителей токсигенных коринебактерий в десятки раз ниже, чем больных с поражением органов респираторного тракта.

Различают пять видов носительства возбудителей дифтерии: транзитное (однократное), кратковременное (до двух недель), средней продолжительности (до 1 месяца), затяжное (до 6 месяцев) и хроническое (более 6 месяцев).

Преобладает капельный механизм заражения.

Чаще заражаются дифтерией, находясь на расстоянии 0,5–2 м от источника инфекции. Устойчивость возбудителя к высушиванию создает возможность заражения дифтерией и воздушно-пылевым путем. Менее интенсивно дифтерия распространяется через предметы обихода и редко – через пищевые продукты.

Восприимчивость людей к дифтерии определяется наличием антитоксического дифтерийного иммунитета. Содержание в крови 0,03 АЕ/мл специфических антител обеспечивает их защиту от заболевания. Однако оно не препятствует формированию носительства патогенных микробов.

Профилактика дифтерии

В целях раннего выявления дифтерии врач активно наблюдает за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение трех дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию (мазки из носо- и ротоглотки на ВЛ) в течение первых 24 часов.

В направлении на госпитализацию больных ангиной с патологическими наложениями и подозрением на дифтерию должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках и о контактах с больным дифтерией или бактерионосителем.

Противоэпидемические мероприятия в очагах дифтерии

№ п/п	Наименование	Содержание
<i>1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции</i>		
1.1	Выявление	Больные выявляются на основании: обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в ДОУ, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых
1.2	Диагностика	<p>Проводится по клиническим, эпидемиологическим данным и результатам лабораторных исследований. Все выявленные больные ангинами и другими воспалительными заболеваниями ротоглотки (тонзиллит, ларингит, СЛТ, паратонзиллярный и заглоточный абсцессы, назофарингит, инфекционный мононуклеоз) подлежат однократному бактериологическому обследованию на дифтерию в течение 12 часов с момента выявления. Материал для исследования берут до начала антибиотикотерапии со слизистой ротоглотки и носа отдельными стерильными тампонами, натошак или не ранее чем через 2 часа после еды, до лечебных и туалетных процедур. Его доставляют в лабораторию не позже чем через 2 часа с момента взятия.</p> <p>До решения вопроса о госпитализации участковый врач обязан активно наблюдать за источником инфекции в течение первых трех суток с момента обращения больного к врачу</p>
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании или носительстве являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка
1.4	Экстренное извещение	О случае заболевания или подозрении на него, а также о случае носительства врач либо средний медицинский работник, независимо от его ведомственной принадлежности, передает информацию в ТУ Госсанэпиднадзора по телефону и письменно в виде экстренного извещения (ф. 058/у) в течение 12 часов после выявления заболевания в городе, 24 часов – на селе.

№ п/п	Наименование	Содержание
		Эпидемиолог представляет внеочередное и заключительное донесение о каждом случае заболевания в вышестоящие по подчиненности учреждения в установленном порядке
1.5	Изоляция	<p>Больные дифтерией или подозреваемые на ее наличие, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии подлежат немедленной госпитализации в боксы или специализированные отделения инфекционных стационаров.</p> <p>Больные тяжелыми формами ангины, пациенты из учреждений с постоянным пребыванием детей, из общежитий, лица, относящиеся к группам повышенного риска заболеваемости дифтерией, должны быть госпитализированы в инфекционный стационар. Больных при отсутствии возможности бактериологического обследования на дифтерию госпитализируют до выздоровления.</p> <p>Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии изоляции не подлежат. Они осматриваются ЛОР-врачом на предмет выявления и санации очагов хронической патологии в носоглотке. Сроки и кратность наблюдения определяется в каждом случае индивидуально</p>
1.6	Лабораторное обследование	В день поступления в стационар больных подвергают трехкратному бактериологическому обследованию с интервалом в 2 часа. До введения им противодифтерийной сыворотки у них забирается кровь для серологического исследования с целью определения титра противодифтерийных и противостолбнячных антител
1.7	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей
1.8	Критерии выписки	Выписку переболевших и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии проводят после клинического выздоровления и получения двукратного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного с интервалом в 1–2 дня и не ранее, чем через 3 дня после отмены антибиотиков

№ п/п	Наименование	Содержание
1.9	Вакцинация лиц, переболевших дифтерией	<p>Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков расценивается как первая вакцинация, у получивших до заболевания одну прививку – как вторая иммунизация. Дальнейшие прививки проводятся согласно действующему календарю профилактических прививок.</p> <p>Дети и подростки в возрасте до 16 лет, привитые против дифтерии (получившие законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшие легкой формой дифтерии без осложнений, не подлежат дополнительной прививке после заболевания. Очередная возрастная ревакцинация им проводится в соответствии с интервалами, предусмотренными действующим календарем прививок.</p> <p>Дети и подростки, привитые двукратно или более раз и перенесшие тяжелые формы дифтерии, должны быть привиты препаратом в зависимости от возраста и состояния здоровья однократно в дозе 0,5 мл, но не ранее чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации им следует проводить согласно действующему календарю.</p> <p>Взрослые, переболевшие дифтерией в легкой форме, дополнительной прививке против дифтерии не подлежат. Ревакцинацию им следует провести через 10 лет.</p> <p>Взрослые, перенесшие тяжелые формы дифтерии (токсические), должны быть привиты двукратно против дифтерии, но не ранее шести месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет</p>
1.10	Критерии допуска в коллектив	<p>Переболевшие дифтерией допускаются в организованные коллективы и на работу сразу после выписки без дополнительного бактериологического обследования. При положительных результатах обследования в стационаре курс лечения повторяют.</p> <p>Если носитель токсигенных коринебактерий дифтерии продолжает выделять возбудителя, несмотря на проведение двух курсов санации антибиотиками, его выписывают из стационара и допускают в коллектив</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи		
2.1	Текущая дезинфекция	Текущая дезинфекция проводится до госпитализации больного в квартирном очаге или в коллективе, а также в организованном коллективе в течение 7 дней с момента изоляции последнего больного и проведения заключительной дезинфекции. Помещения, где находился (находится) больной хорошо проветриваются, проводится влажная уборка, обработка посуды, белья, игрушек, предметов личной гигиены больного, мытье полов с использованием дезинфицирующих растворов. В организованном коллективе выполняются мероприятия по максимальному рассредоточению детей (раздвигаются кровати, столы и т. д.), проводится ультрафиолетовое облучение
2.2	Заключительная дезинфекция	При регистрации каждого случая дифтерии в учебно-воспитательных учреждениях и по месту жительства заключительная дезинфекция проводится в течение первых суток с момента получения экстренного извещения по заявке медработника, установившего диагноз, без камерной дезинфекции. В учебно-воспитательных учреждениях заключительная дезинфекция после госпитализации больного проводится ТУ Роспотребнадзора, в квартирных очагах выполняется его родственниками с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моюще-дезинфицирующих средств. Инструктаж о порядке их применения и проведения дезинфекции проводят медицинские работники ЛПУ, а также врач-эпидемиолог ТУ Госсанэпиднадзора. Обеззараживанию подлежат объекты внешней среды (посуда, остатки пищи, нательное и постельное белье, предметы обстановки в комнате больного, пол, стены, двери в местах общего пользования, ванны, раковины, унитазы, уборочный материал), с которыми контактировал больной. Для этих целей используются химические средства дезинфекции.

№ п/п	Наименование	Содержание
	Заключительная дезинфекция	<p>После выявления случая заболевания дифтерией в детских и подростковых организованных коллективах при полной изоляции помещения, занимаемого группой (классом), заключительную дезинфекцию проводят только в этом помещении; при неполной изоляции помещений дезинфекции подвергают все места общего использования, а помещения других групп (классов) – по эпидемическим показаниям. В любом случае дезинфекции подлежат помещения пищеблока.</p> <p>После возникновения случая дифтерии в ЛПУ заболевшего изолируют в отдельный бокс или полубокс, а затем переводят в инфекционный стационар и в помещении проводят заключительную дезинфекцию. Если выявляется случай заболевания дифтерией во время амбулаторно-поликлинического приема, больного изолируют, а в кабинете и других помещениях, где находился больной, проводят дезинфекцию силами персонала этого учреждения, согласно режимам, указанным в приложении, после чего помещение тщательно проветривают. Медицинскому персоналу, общавшемуся с больным дифтерией на амбулаторном приеме, после приема рекомендуется сменить халаты, косынки (шапочки), маски</p>
<i>3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции</i>		
3.1	Выявление	<p>К лицам, бывшим в тесном общении с источником инфекции, относятся: члены семьи; друзья и родственники или ухаживающий персонал, регулярно посещавшие дом заболевшего, а также работающие в том помещении, где находился больной; учащиеся класса школы, в котором он учился; персонал и дети, посещавшие его группу ДОУ; работники здравоохранения, имевшие тесный контакт с больным или бактерионосителем; сотрудники пищеблока. Их выявление осуществляется врачом, который определил заболевание</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
3.2	Клинический осмотр	Осуществляется участковым врачом сразу после выявления очага дифтерии и включает оценку общего состояния, осмотр ротоглотки и измерение температуры тела
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Врач, выявивший больного, устанавливает перенесенные общавшимися подобные заболевания (ангины, назофарингиты и другие) и их дату, наличие подобных заболеваний по месту работы/учебы
3.4	Медицинское наблюдение	За лицами, бывшими в тесном общении с источником инфекции, устанавливается медицинское наблюдение на 7 дней после его изоляции и проведения заключительной дезинфекции (ежедневно опрос, осмотр зева, термометрия). В ДОУ, школах, школах-интернатах, детских учреждениях с постоянным пребыванием детей наблюдение осуществляет врач; в течение первых трех дней общавшихся с больным однократно осматривает врач-отоларинголог. Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112/у), в амбулаторную карту больного (ф. 025/у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026/у), а результаты наблюдения за работниками пищеблока – в журнал учета инфекционных заболеваний
3.5	Режимно-ограничительные мероприятия	В течение 7 дней после изоляции больного новые и временно отсутствовавшие дети в группу (класс), из которой/го изолирован больной дифтерией, не принимаются. Запрещается перевод детей из данной группы (класса) в другие группы (классы) в течение 7 дней после изоляции больного. В течение этого же времени в классе, где учился заболевший, отменяется кабинетная система обучения. Ограничивается общение общавшихся с источником инфекции с детьми других групп детского учреждения в течение 7 дней после изоляции больного. В течение этого времени рекомендуется отменить в детском или подростковом учреждении все культурно-массовые мероприятия, запрещается проведение плановых профилактических прививок.

№ п/п	Наименование	Содержание
		Занятия физкультурой в группе (классе), где учился источник инфекции, проводить на свежем воздухе. Карантинная группа ДООУ должна получать пищу на пищеблоке в последнюю очередь. В общих столовых для лиц, общавшихся с источником инфекции, выделяются отдельные столы, они получают пищу в последнюю очередь
3.6	Лабораторное обследование	Лица, находившиеся в течение последних 7 дней в тесном общении с источником инфекции, подвергаются однократному бактериологическому обследованию в течение 48 часов с момента их выявления. В случае обнаружения бактерионосителей обследования продолжают до тех пор, пока не прекратится выявление носителей. В это же время серологически обследуются контактные лица для определения титров специфических противодифтерийных и противостолбнячных антител
3.7	Экстренная специфическая профилактика	<p>Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лица с неизвестным прививочным анамнезом следует провести серологическое обследование с целью определения у них состояния иммунитета, при этом сыворотки крови должны быть исследованы одновременно на наличие специфических противодифтерийных и противостолбнячных антител. При отсутствии возможности проведения серологического обследования иммунизации лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится в соответствии с наставлениями к препарату; - ребенок с неизвестным прививочным анамнезом, имеющий в сыворотке крови достаточное содержание дифтерийных и столбнячных антитоксических антител (титр дифтерийного и столбнячного антитоксинов 1 : 20 и более), должен в последующем прививаться согласно календарю прививок;

№ п/п	Наименование	Содержание
	Экстренная специфическая профилактика	<p>- при отсутствии защитных титров дифтерийного и столбнячного антитоксинов в сыворотке крови (титр менее 1 : 20) ребенку следует провести дополнительную прививку АКДС-вакциной, АДС или АДС-М анатоксинами (в зависимости от возраста) и через 1–1,5 месяца от момента проведения проверить состояние иммунного ответа. Детей, у которых в ответ на дополнительную прививку не отмечалось выраженной продукции дифтерийного и столбнячного антитоксинов (титр 1 : 80 и более), следует считать ранее не привитыми. Им нужно начать прививки заново, считая сделанную прививку началом иммунизации;</p> <p>- у взрослых с неизвестным прививочным анамнезом прививки проводят в случае отсутствия в сыворотке крови защитного уровня дифтерийных антител и через 1–1,5 месяца проверяют состояние иммунного ответа. Если уровень дифтерийных антител после первой прививки не превышает титр 1 : 80 (что наблюдается у лиц, ранее не прививавшихся против дифтерии), то данному лицу проводят вторую прививку и через 6–9 месяцев ревакцинацию. Если титр антител составляет более 1 : 80, то вторую прививку против дифтерии не проводят</p>
3.8	Санитарно-просветительная работа	Проводится беседа об опасности дифтерии и о важности вакцинации против дифтерии в соответствии с календарем прививок

3.8. Грипп и острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ)

Таблица 4

Противоэпидемические мероприятия при гриппе

№ п/п	Наименование	Содержание
<i>1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции</i>		
1.1	Выявление	Выявление больного осуществляется на основании: обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых
1.2	Диагностика	При установлении диагноза используют: - клинические данные: головная боль, боли в мышцах, суставах, озноб, температура тела 38–40°C, першение в горле, конъюнктивит, сухой кашель, заложенность носа; - эпидемиологические данные: общение с источником инфекции; нахождение в условиях, одинаковых с другими лицами, заболевшими гриппом; сезонные повышения заболеваемости гриппом; - результаты лабораторных исследований: диагностически значимое увеличение уровня (титра) специфических антител во второй сыворотке (по сравнению с первой) в 4 и более раз при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови больного (при условии соблюдения сроков сбора сыворотки крови: первая – в день постановки диагноза, вторая – через 2–3 недели); выявлением антигенов вируса гриппа при исследовании мазков из носоглотки методами иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализов; выделением вирусов гриппа методом заражения куриных эмбрионов или переливаемых культур отделяемым слизистой носа методом ПЦР

№ п/п	Наименование	Содержание
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка. Суммарная информация о заболевших гриппом по статистическим талонам для уточненных (заключительных) диагнозов регистрируется в амбулаторно-поликлинических учреждениях в журнале специальной формы
1.4	Отчет о заболеваниях в ЦГЭ	<p>Информация о заболеваемости гриппом сообщается лечебно-профилактическими организациями в ТУ Роспотребнадзора в установленном порядке (п. 3.1 в ред. Дополнений и изменений, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 10.06.2003 № 140).</p> <p>О возникновении в ДОУ, ЛПУ и оздоровительных организациях и организациях социального обеспечения, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, 5 и более случаев гриппа в течение семи дней, связанных между собой инкубационным периодом, медицинский персонал сообщает в ТУ Госсанэпиднадзора.</p> <p>Каждый случай заболевания гриппом подлежит регистрации и учету по месту их выявления в лечебно-профилактических организациях, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также лицами, занимающимися частной медицинской деятельностью в установленном порядке.</p> <p>Отчеты о заболеваниях гриппом представляют по установленным формам государственного статистического наблюдения</p>
1.5	Изоляция	Изоляция больных гриппом осуществляется на дому или в инфекционном стационаре (госпитализация). В основном больные гриппом изолируются на дому
1.6	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей

№ п/п	Наименование	Содержание
1.7	Критерии выписки	Выписка из стационара (решение вопроса о выздоровлении при лечении на дому) осуществляется после клинического выздоровления
1.8	Критерии допуска в коллектив	Реконвалесценты допускаются в коллектив после клинического выздоровления и прекращения изоляции
1.9	Диспансерное наблюдение	Диспансерное наблюдение осуществляется в случае перенесения осложненной формы гриппа. Сроки диспансерного наблюдения определяются состоянием здоровья реконвалесцента
2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи		
2.1	Текущая дезинфекция	При изоляции больного гриппом на дому проводится влажная уборка и проветривание помещения, в котором находится больной. Рекомендуются обеззараживание белья больного и постельных принадлежностей (белья), а также посуды больного кипячением или замачиванием в дезинфицирующих растворах
2.2	Заключительная дезинфекция	Заключительная дезинфекция в очагах гриппа не проводится
3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции		
3.1	Выявление	В детских учреждениях, школах, больничных учреждениях выявляют лиц, общавшихся с больным гриппом в течение всего времени нахождения больного в коллективе
3.2	Клинический осмотр и медицинское наблюдение	Клинический осмотр лиц, общавшихся с больным гриппом в детских учреждениях, школах и больничных учреждениях, и медицинское наблюдение в течение 5-ти дней осуществляются медицинским персоналом этих учреждений и включает осмотр носоглотки, оценку общего состояния и измерение температуры тела
3.3	Лабораторное обследование	Лабораторное обследование лиц, общавшихся с больным гриппом, не проводится

№ п/п	Наименование	Содержание
3.4	Экстренная профилактика	Лицам, общавшимся с больным гриппом, целесообразно проведение экстренной химиопрофилактики
3.5	Режимно-ограничительные мероприятия	В период эпидемического подъема заболеваемости гриппом вводятся ограничительные меры для уменьшения контактов населения: отменяют зрелищные массовые мероприятия, продлевают школьные каникулы, запрещают посещения больных в стационарах, лицам, работа которых связана с непосредственным обслуживанием населения, рекомендуют носить марлевые повязки. Персонал с признаками острых респираторных заболеваний не допускается к обслуживанию детей. Контактным по классу запрещается посещение групп продленного дня, столовых, буфетов, массовых зрелищ, спортивных мероприятий
3.6	Санитарно-просветительная работа	Проводится беседа о гриппе и мероприятиях по его профилактике

Перечень вакцин для специфической профилактики гриппа:

- **вакцина гриппозная** (I поколение) живая аллантаоисная интраназальная для детей с 3-х лет;
- **вакцина гриппозная** инактивированная цельновирионная жидкая интраназальная, полученная из вирусосодержащей аллантаоисной жидкости куриного эмбриона (I поколение), для детей старше 7 лет;
- **грипповак** (I поколение) – интраназальная инактивированная цельновирионная для детей старше 7 лет, для взрослых (старше 18 лет), для подкожного введения;
- **инфлювир** (I поколение) – инактивированная цельновирионная, содержит вакцинный штамм вируса гриппа подтипа А(Н₁Н₁)-sw, вводится взрослым от 18 до 60 лет интраназально.

Сплит-вакцины (II поколение):

- **бегривак** – инактивированная трехвалентная (Сплит) расщепленная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах;
- **ваксигрипп** – инактивированная трехвалентная (Сплит) расщепленная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах;

- **флюарикс** – инактивированная трехвалентная (Сплит) расщепленная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах.

Субъединичные вакцины (III поколение):

- **гриппол** – субъединичная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах, содержит полиоксиодоний;

- **гриппол плюс** – субъединичная вакцина, содержит полиоксиодоний, культивирована на куриных эмбрионах;

- **моно-гриппол Нео** – субъединичная вакцина, содержащая антигены вируса гриппа А(Н₁Н₁), полиоксидоний, культивирована в культуре клеток MDCK;

- **инфлексал V** – виросомальная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах;

- **инфлювак** – субъединичная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах;

- **агриппал S1** – субъединичная вакцина, культивирована на куриных эмбрионах;

- **пандефлю** – гриппозная инактивированная субъединичная адсорбированная моновалентная вакцина, содержит вакцинный штамм вируса гриппа подтипа А(Н₁Н₁)-sw.

Специфическая профилактика гриппа:

1. Иммунопрофилактику против гриппа осуществляют в соответствии с нормативными документами.
2. Вакцинопрофилактике против гриппа в предэпидемический период в первую очередь подлежат: лица старше 60 лет; лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями; часто болеющие ОРВИ; дети дошкольного возраста; школьники; работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений, воинские контингенты.
3. Для специфической профилактики гриппа используют вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные на территории РФ.
4. Вакцинация против гриппа совместима с другими прививками (в разные участки тела).
5. Профилактические прививки проводят с согласия граждан, родителей или иных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством РФ.

6. Перед вакцинацией прививаемого предупреждают о возможности возникновения в первые три дня после прививки поствакцинальных реакций и о необходимости обращения за медицинской помощью в случае их появления. После вакцинации в течение 30 минут за привитым лицом устанавливается медицинское наблюдение.
7. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, организация-изготовитель, характер реакции на введение) регистрируют в медицинских документах установленного образца: карте профилактических прививок, истории развития ребенка, медицинской карте ребенка – для школьников; вкладном листе на подростка к медицинской карте амбулаторного больного – для подростков; сертификате профилактических прививок, амбулаторной карте больного, журнале учета профилактических прививок.

Неспецифическая профилактика гриппа:

1. Для проведения неспецифической профилактики гриппа используют медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории РФ.
2. Неспецифическая профилактика гриппа включает:
 - экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемической вспышки с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;
 - сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период с применением иммунокорректирующих препаратов курсами разной продолжительности;
 - санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.
3. Экстренную профилактику подразделяют на внутри- и внеочаговую:
 - внутриочаговую профилактику проводят среди людей, находящихся в непосредственном контакте с больными, в семьях, квартирах, больничных палатах, т. е. в эпидемических очагах. Продолжительность внутриочаговой профилактики колеблется от двух дней при прекращении контакта с источником инфекции до 5–7 дней, если контакт сохраняется.

- внеочаговую профилактику проводят среди непривитых, а также среди контингентов с повышенным риском заражения гриппом и высоким риском неблагоприятных исходов заболевания.
4. Сезонную профилактику гриппа проводят с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

3.9. Менингококковая инфекция

Менингококковая инфекция является антропонозной острой инфекционной болезнью, вызываемой менингококком (*Neisseria meningitidis*). Менингококки по своей антигенной структуре подразделяются на 12 серогрупп: А, В, С, X, Y, Z, W-135, 29E, К, Н, L, I. До настоящего времени эпидемические подъемы менингококковой инфекции разной степени интенсивности вызывали три серогруппы – А, В и С.

Менингококковой инфекции свойственна периодичность. Периодические подъемы заболеваемости возникают через длительные межэпидемические периоды (от 10–30 и более лет) и вызываются одной из серогрупп менингококка.

Спорадическая заболеваемость межэпидемического периода формируется разными серогруппами, из которых основными являются А, D, С, Y, W-135.

Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек. Возбудитель передается от человека к человеку воздушно-капельным (аэрозольным) путем при непосредственном тесном общении – расстояние до 1 метра от инфицированного лица. Менингококк неустойчив во внешней среде, и передача его через предметы обихода не зарегистрирована. Однако можно допустить, что заражение может осуществиться через общую чашку и ложку во время еды и питья при инфицировании этих предметов слюной бактерионосителя.

Различают три группы источников инфекции:

- больные генерализованной формой менингококковой инфекции (составляют около 1–2% от общего числа инфицированных лиц);
- больные острым менингококковым назофарингитом (10–20% от общего числа инфицированных лиц);
- здоровые носители – лица без клинических проявлений, выявляю-

щиеся только при бактериологическом обследовании. Длительность носительства менингококка в среднем составляет 2–3 недели, у 2–3% лиц оно может продолжаться до 6 и более недель. Широкая распространенность бактерионосительства в человеческой популяции поддерживает непрерывность эпидемического процесса.

Наибольшая заболеваемость как в период эпидемии, так и в межэпидемический период регистрируется среди детей и подростков.

Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Однако некоторый рост заболеваемости отмечается при формировании коллективов детских образовательных учреждений, школьников, студентов – после летних каникул.

Группами повышенного риска инфицирования являются дети и новобранцы.

Инкубационный период составляет от 1 до 10 дней, обычно менее 4 дней.

Мероприятия в очаге генерализованной формы менингококковой инфекции в межэпидемический период:

1. Межэпидемический период характеризуется спорадической заболеваемостью генерализованными формами, вызываемыми различными серогруппами менингококка.

2. После получения экстренного извещения на случай генерализованной формы инфекции или подозрения на это заболевание, специалисты ТУ Роспотребнадзора в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование с определением границ очага и круга лиц, общавшихся с больным, и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

3. Противоэпидемические мероприятия в очагах направлены на ликвидацию возможных вторичных заболеваний и исключение распространения инфекции за пределы очага. Они ограничиваются кругом лиц из непосредственного окружения больного генерализованной формой. К ним относятся родственники, проживающие в одной квартире с заболевшим, близкие друзья (общение с которыми происходит постоянно), воспитанники и персонал группы детской организации, соседи по квартире и комнате общежития. Перечень круга близкого контактных лиц может быть расширен эпидемиологом в зависимости от конкретной ситуации в очаге.

4. В очаге после госпитализации больного генерализованной формой или подозрения на нее накладывается карантин сроком на 10 дней. В течение первых 24 часов врач-отоларинголог проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления больных острым назофарингитом. Выявленные лица с острым назофарингитом подлежат бактериологическому обследованию до назначения им соответствующего лечения. После проведения бактериологического обследования больных с явлениями острого назофарингита госпитализируют в стационар (по клиническим показаниям) либо оставляют дома для соответствующего лечения при отсутствии в ближайшем окружении детей в возрасте до 3-х лет. Всем лицам без воспалительных изменений в носоглотке проводится химиопрофилактика одним из антибиотиков с учетом противопоказаний. Отказ от химиопрофилактики оформляется записью в медицинской документации и подписывается ответственным лицом и медработником.

***Препараты, рекомендуемые ВОЗ для химиопрофилактики
в очагах менингококковой инфекции:***

- *ампициллин* – взрослым по 0,5 мг 4 раза в день 4 дня, детям по той же схеме в возрастной дозировке;
- *рифампицин* (не рекомендуется беременным) – взрослым 600 мг через каждые 12 часов в течение 2 дней; детям от 12 месяцев – 10 мг/кг веса через 12 часов в течение 2 дней; детям до 1 года – 5 мг/кг веса через 12 часов в течение 2 дней;
- *ципрофлоксацин* (не рекомендуется лицам моложе 18 лет, беременным и кормящим матерям) – лицам старше 18 лет – 500 мг одной дозой.

Лечение менингококкового назофарингита проводится теми же препаратами в соответствии с инструкцией по их применению.

5. На период карантина за очагом устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В детские дошкольные организации, дома ребенка, детские дома, школы, школы-интернаты, в детские оздоровительные организации не допускается прием новых и временно отсутствующих детей, перевод персонала из групп (класса, отделения) в другие группы.

6. Возникновение в межэпидемический период очагов с вторичными заболеваниями генерализованными формами менингокок-

ковой инфекции в течение одного месяца является настораживающим признаком возможного подъема заболеваемости. В таких очагах с установленной серогруппой менингококка, сформировавшей очаг, проводится экстренная вакцинация менингококковой вакциной, в составе которой присутствует антиген, соответствующий серогруппе, выявленной у больных. Вакцинация проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины.

***Вакцинации подлежат дети старше 1–2 лет,
подростки и взрослые:***

- в детской дошкольной образовательной организации, доме ребенка, детском доме, школе, школе-интернате, семье, квартире – все лица, общавшиеся с больным;
- студенты первого курса средних и высших учебных заведений, факультета, на котором возникло заболевание, а также студенты старших курсов высших и средних учебных заведений, общавшиеся с больными в группе и (или) комнате общежития;
- лица, общавшиеся с больными в общежитиях, при возникновении заболевания в коллективах, укомплектованных иностранными гражданами.

Наличие у вакцинированного заболевания назофарингитом без температурной реакции не является противопоказанием для вакцинации.

7. В очаге генерализованной формы менингококковой инфекции после госпитализации больного или подозрительного на это заболевание заключительную дезинфекцию не проводят. В помещениях проводится ежедневная влажная уборка, частое проветривание, максимальное разуплотнение в спальнях.

8. В период эпидемического подъема в очагах генерализованной формы менингококковой инфекции экстренная вакцинация проводится без установления серогруппы возбудителя, карантин не накладывают, бактериологическое обследование не проводят.

***Мероприятия в отношении реконвалесцентов генерализованной
формы менингококковой инфекции и менингококкового
назофарингита:***

1. Выписку из стационара реконвалесцентов генерализованной формы менингококковой инфекции или менингококкового назофарингита проводят после клинического выздоровления.

2. Реконвалесцентов генерализованной формы менингококковой инфекции или менингококкового назофарингита допускают в дошкольные образовательные организации, школы, школы-интернаты, детские оздоровительные организации, стационары, средние и высшие учебные заведения после однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом, проведенного не ранее чем через 5 дней после законченного курса лечения. При сохранении носительства менингококка проводится санация одним из антибиотиков.

3. Реконвалесцентов острого назофарингита с отрицательными результатами бактериологического анализа допускают в организации, перечисленные в п. 2, после исчезновения острых явлений.

Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции по эпидемическим показаниям:

1. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2. Профилактическую вакцинацию по эпидемическим показаниям проводят при угрозе эпидемического подъема, а именно, при увеличении заболеваемости превалирующей серогруппой менингококка в два и более раза по сравнению с предыдущим годом по решению Главного государственного санитарного врача РФ, главных государственных санитарных врачей субъектов РФ.

3. Вакцинации полисахаридной вакциной подлежат:

- дети от 1 года до 8 лет включительно;
- студенты первых курсов средних и высших учебных заведений, прежде всего в коллективах, укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных государств.

При продолжающемся росте заболеваемости менингококковой инфекцией число прививаемых по эпидемическим показаниям лиц должно быть расширено за счет:

- учащихся с 3 по 11 классы;
- взрослых, обращавшихся в ЛПУ для проведения иммунизации против менингококковой инфекции.

4. Профилактические прививки детям проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних. Медицинские работники информируют взрослых и родителей детей о

необходимости вакцинации против менингококковой инфекции, времени проведения прививок, а также возможных реакциях и поствакцинальных осложнениях на введение препарата.

5. Отказ от проведения профилактической прививки оформляется записью в медицинской документации и подписывается родителем или законным представителем ребенка и медицинским работником.

6. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, доза, номер серии, контрольный номер, срок годности, характер реакции на прививку) вносят в установленные учетные формы медицинских документов и сертификат профилактических прививок.

3.10. Коклюшная инфекция

Возбудитель коклюша – *Bordetella pertussis* (палочка Борде – Жангу). В 1991–95 гг. описаны новые виды бордетелл: *B. holmesii* и *B. hinzii*. Ранее существовало представление о *B. parapertussis* как о патогене исключительно человека, однако в последующем он был выделен от здоровых и больных пневмонией ягнят. *B. pertussis* вызывает заболевание у человека, *B. bronchiseptica* – преимущественно у домашних животных, *B. avium* – у птиц. *B. holmesii* выделена из крови пациентов, у которых в ряде случаев имелись нарушения функции иммунной системы.

Возбудитель коклюша неустойчив во внешней среде. В сухой мокроте сохраняет жизнеспособность несколько часов, в капельном аэрозоле – 20–23 часа. Палочка коклюша погибает при воздействии рассеянного солнечного света в течение 2-х часов, прямых солнечных лучей – в течение одного часа.

Источником инфекции является пациент с острой формой болезни. Период заразительности начинается с появления первых клинических симптомов, максимальное выделение возбудителя отмечается в катаральном периоде и на первой неделе судорожного кашля.

На второй неделе спазматического кашля возбудитель выделяется в 60–70% случаев, с третьей недели заразительность больного резко снижается. Особую опасность представляют больные со стертыми атипичными формами коклюша, значение которых после внедрения активной иммунизации резко возросло.

Носительство *B. pertussis* встречается только в коллективах, где выявлены больные коклюшем, у 1–2% детей старшего возраста,

привитых против коклюша и имеющих напряженный иммунитет, а также у взрослых, ухаживающих за больными детьми (до 10–12%). Носительство, как правило, не превышает двух недель и не имеет существенного эпидемического значения.

Инкубационный период колеблется от 2 до 21 дня, в среднем составляет 2–14 дней. Механизм передачи – аэрозольный.

Таблица 5

Противоэпидемические мероприятия в очагах коклюша и паракоклюша

№ п/п	Наименование	Содержание
<i>1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции</i>		
1.1	Выявление	<p>Больные выявляются на основании обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения (необходимо выявлять кашляющих детей), результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей</p> <p>Обязательной госпитализации подлежат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дети первых месяцев жизни; - дети из закрытых детских коллективов (домов ребенка, детских домов и т. п.). <p>Детей первого года жизни, больных коклюшем целесообразно помещать в боксированные отделения, более старших – в небольшие палаты, предусматривая изоляцию пациентов со смешанными инфекциями</p> <p>Рекомендуется госпитализировать детей старше 5–6-месячного возраста с выраженной тяжестью течения болезни, измененным преморбидным состоянием, сопутствующими заболеваниями (в первую очередь перинатальная энцефалопатия, судорожный синдром, глубокая недоношенность, гипотрофия II–III степени, врожденный порок сердца, хроническая пневмония, бронхиальная астма), сочетанным течением коклюша и острых респираторных вирусных и других инфекций</p>

№ п/п	Наименование	Содержание
		В направлениях на госпитализацию больных коклюшем или с подозрением на заболевание, кроме анкетных данных, указывают первоначальные симптомы заболевания, сведения о профилактических прививках и контактах с больным коклюшем
1.2	Диагностика	<p>Диагностика заболевания проводится по клиническим (наличие кашля), эпидемиологическим (контакт с кашляющими лицами в течение 14 дней до появления первых признаков заболевания) и лабораторным данным. В первые 3 дня поступления в стационар, независимо от назначения антибиотиков, проводят двукратное бактериологическое обследование на наличие возбудителя коклюша.</p> <p>Двукратному бактериологическому обследованию (2 дня подряд или через день) на наличие возбудителя коклюша подлежат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дети и взрослые, работающие в родильных домах, детских стационарах, санаториях, яслях, детских садах, школах и закрытых учреждениях для детей дошкольного и школьного возраста с подозрением на коклюш и коклюшеподобное заболевание по клиническим данным; - дети и взрослые (см. предыдущий пункт), кашляющие в течение 5–7 дней и более, независимо от указаний на контакт с больным коклюшем или паракоклюшем
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка. Каждый случай заболевания коклюшем подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту выявления больного
1.4	Экстренное извещение	Больные коклюшем подлежат индивидуальному учету в ТУ Госсанэпиднадзора. Врач, выявивший больного, направляет экстренное извещение (форма № 058/у).

№ п/п	Наименование	Содержание
	Экстренное извещение	ЛПУ, изменившее или уточнившее диагноз, в течение 12 часов посылает новое экстренное извещение на этого больного в ТУ Госсанэпиднадзора по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз, дату установления уточненного диагноза и результаты лабораторных исследований. При получении извещений об измененном (уточненном) диагнозе ТУ Госсанэпиднадзора ставят в известность об этом ЛПУ, приславшие первоначальное экстренное извещение, по месту выявления больного
1.5	Изоляция	Больной коклюшем подлежит изоляции на 25 дней от начала заболевания или на 21 день от начала спазматического кашля. Изоляция может осуществляться на дому или в инфекционном стационаре
1.6	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей
1.7	Критерии выписки	Основанием для выписки является клиническое выздоровление (через 25 дней от начала заболевания)
1.8	Критерии допуска в коллектив	Переболевшие допускаются в коллектив после клинического выздоровления, но не ранее чем через 25 дней от начала заболевания
2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи		
2.1	Текущая дезинфекция	Проводится до госпитализации больного или в течение всего времени его лечения на дому, а также в группе ДОУ, где он был выявлен, в течение 14 дней с момента его изоляции. Усиливается соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий. Помещения, где находился (находится) больной, хорошо проветриваются, проводится их влажная уборка не реже 2-х раз в день

№ п/п	Наименование	Содержание
2.2	Заключительная дезинфекция	В очагах коклюша и паракклюша не проводится
3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции		
3.1	Выявление	Врач, выявивший первого больного коклюшем, выявляет лиц, общавшихся с заболевшим на протяжении 14 дней до появления у него первых признаков заболевания, в ДОУ, школе, семье
3.2	Клинический осмотр	Осуществляется участковым врачом сразу после выявления очага и включает оценку общего состояния и измерение температуры тела
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Врач, выявивший больного, устанавливает перенесенные общавшимися подобные заболевания (с кашлем) и их дату, наличие подобных заболеваний по месту работы (учебы, воспитания) общавшихся
3.4	Медицинское наблюдение	За лицами, бывшими в тесном общении с источником инфекции в организованном коллективе, устанавливается на 14 дней после его изоляции. Ежедневно 2 раза в день (утром и вечером) выполняется опрос, оценка общего состояния и термометрия. В семье медицинское наблюдение устанавливается на 14 дней со дня госпитализации больного. Если больной изолирован на дому, наблюдение устанавливается на 25 дней со дня появления первых симптомов у заболевшего. Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112/у), в амбулаторную карту больного (ф. 025/у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026/у)
3.5	Лабораторное обследование	В коллективах и учреждениях по обслуживанию детей до 7 лет и в семейных очагах проводится двухкратное бактериологическое обследование (подряд или через день) детей до 7 лет и взрослых, работающих с детьми до 7 лет. Материалом для бактериологического исследования является слизь, оседающая на задней стенке глотки, кровь из вены

№ п/п	Наименование	Содержание
3.6	Экстренная профилактика	Прививки против коклюша в очагах коклюшной инфекции не проводят
3.7	Режимно-ограничительные мероприятия	<p>Проводятся в группе ДОУ в течение 14 дней со дня изоляции последнего больного в отношении неболевших коклюшем и непривитых детей. Прекращается допуск в коллектив новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших коклюшем и непривитых. Не допускается общение с детьми других групп детского учреждения. Запрещается перевод детей из данной группы в другие. Непривитые против коклюша дети до 7 лет, контактировавшие с больным коклюшем в семье, подлежат изоляции от коллектива на 14 дней со дня последнего контакта с больным. Дети старше 7 лет и взрослые, работающие с детьми, разобщению не подлежат. Их допускают в коллектив и устанавливают наблюдение на 14 дней.</p> <p>При изоляции больного на дому по клиническим показаниям срок разобщения детей, постоянно общающихся с ним в семье, увеличивают до 25 дней от появления клиники у заболевшего ребенка. Выявленные бактерионосители в коллективах и учреждениях по обслуживанию детей до 7 лет отстраняются от посещения коллектива (работы) до получения двукратного отрицательного результата бактериологического обследования (2 дня подряд или через день) и подлежат санации</p>
3.8	Санитарно-просветительная работа	Проводится беседа об опасности коклюша и о важности вакцинации против коклюша в соответствии с календарем прививок

Организация и проведение плановой иммунизации населения против коклюшной инфекции:

1. Профилактические прививки против коклюша проводят в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.
2. Профилактические прививки детям проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних

после получения от медработников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствия отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.

3. Отказ от проведения профилактической прививки оформляется записью в медицинских документах и подписывается родителем или законным представителем и медицинским работником.
4. Руководитель лечебно-профилактической организации обеспечивает планирование, организацию и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, своевременное представление отчетов в ТУ Госсанэпиднадзора.
5. План профилактических прививок и потребность ЛПУ в медицинских иммунобиологических препаратах для их проведения согласовывают с ТУ Госсанэпиднадзора.
6. План профилактических прививок на детей составляют медработники ЛПУ по месту жительства.
7. В план включают детей:
 - не привитых против коклюша в возрасте от 3 до 11 месяцев 29 дней и не болевших коклюшем;
 - находящихся в стадии вакцинации;
 - подлежащих очередной возрастной ревакцинации.
8. Учет детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляют в соответствии с требованиями нормативных документов.
9. Учет детского населения проводят 2 раза в год (апрель, октябрь). В перепись включают детей от 0 до 14 лет, проживающих и зарегистрированных по данному адресу, фактически проживающих по данному адресу, но не зарегистрированных. На основании проведенной переписи оформляют журнал учета детского населения по участкам (перепись по домам), перепись по годам рождения. Учет детского населения между переписями корректируют путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших. Временный отъезд на срок до 1 года не является причиной для снятия с учета.
10. Учет детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, дома ребенка, детские дома и другие образовательные организации, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, проводят один раз в год. Сведения о детях,

посещающих вышеуказанные организации, передают в поликлиники по месту расположения организации.

11. По завершению переписи списки детей сверяют с картами профилактических прививок и индивидуальными картами развития ребенка, табелями ежедневной посещаемости детей дошкольного образовательного учреждения. На неучтенных детей заполняют соответствующие документы по установленной форме. Составляют сводную перепись по годам рождения по ДШО.
12. Государственные, муниципальные или частные организации здравоохранения и врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при наличии лицензий на вид деятельности в области иммунопрофилактики, при проведении профилактической прививки против коклюша регистрируют ее в медицинских документах и сертификате профилактических прививок.
13. В случае отсутствия у ребенка профилактических прививок против коклюша работники ЛПУ выясняют причины, по которым ребенок не был привит, и принимают меры по его иммунизации.
14. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по коклюшу охват прививками должен составлять:
 - законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев – 95%;
 - первой вакцинацией детей в возрасте 24 месяцев – 95%.
15. Иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший подготовку по вопросам вакцинопрофилактики.
16. Для проведения профилактических прививок в ЛПУ выделяют прививочные кабинеты и оснащают их оборудованием в соответствии с нормативными документами.
17. Детям, посещающим ДООУ и находящимся в детских домах, домах ребенка, профилактические прививки проводят в этих организациях в прививочных кабинетах.
18. Медицинский персонал с ОРЗ, ангинами, имеющий травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, к проведению профилактических прививок не допускается.
19. Хранение, транспортирование и использование медицинских иммунобиологических препаратов осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к условиям транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

20. Профилактические прививки против коклюша проводят препаратами, зарегистрированными на территории РФ в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению.
21. Иммунизацию осуществляют одноразовыми шприцами.

Корь. Краснуха. Эпидемический паротит

Выявление больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом:

1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники ЛПУ, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, а также детских подростковых и оздоровительных учреждений при оказании всех видов медицинской помощи выявляют больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом, а также лиц с подозрением на эти инфекции при всех видах оказания медицинской помощи.

2. Выявление больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом, а также лиц с подозрением на эти инфекции должно осуществляться при:

- оказании всех видов медицинской помощи;
- проведении медицинских осмотров;
- проведении предварительных (при поступлении на работу) и периодических профилактических медицинских осмотров населения;
- диспансеризации населения;
- медицинском наблюдении за лицами, бывшими в контакте с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом;
- проведении подворных (поквартирных) обходов;
- проведении лабораторных исследований биологических материалов от людей;
- осуществлении активного эпидемиологического надзора за корью с обязательным лабораторным исследованием биологического материала от лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

3. При постановке диагноза следует использовать результаты лабораторных исследований, подтверждающие клинический диагноз случая кори, краснухи или эпидемического паротита:

- выявление в сыворотке крови больного специфических антигенов, относящихся к IgM методом ИФА, является основанием для установления (подтверждения) диагноза;

- при выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одно-временное исследование двух сывороток крови на IgG;
- взятие крови для исследований осуществляется на 4–5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10–14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка);
- нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь» или «краснуха»;
- в целях определения генотипа возбудителя кори или краснухи применяется молекулярно-генетический метод, для чего на 1–3 день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев заболевания корью, краснухой и эпидемическим паротитом

1. В случае выявления больного корью, краснухой или эпидемическим паротитом или лиц с подозрением на эти заболевания, медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение по установленной форме в территориальный Госсанэпиднадзор.
2. ЛПУ, изменившее или уточнившее диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного.
3. Территориальный орган, осуществляющий Госсанэпиднадзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информирует об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.
4. Каждый случай кори, краснухи и эпидемического паротита подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» по месту их выявления и в ТУ Госсанэпиднадзора.
5. При получении экстренного извещения специалист ТУ Госсанэпиднадзора в течение 24 часов проводит эпидемиологическое расследование.
6. Органы Госсанэпиднадзора в субъекте РФ ежегодно представляют в региональный центр списки заболевших корью и краснухой.

Мероприятия в очаге кори, краснухи и эпидемического паротита

Противоэпидемические мероприятия необходимо начинать сразу же после выявления больного.

Целью этих мероприятий является локализация и ликвидация очага. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

При получении экстренного извещения врач-эпидемиолог ТУ Госсанэпиднадзора в течение 24 часов проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции, определяет его границы, круг лиц, общавшихся с больным, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори, краснухи и эпидемического паротита и назначает все необходимые противоэпидемические мероприятия, которые еще не были проведены на момент обследования очага. Если очаг инфекции зарегистрирован в ДООУ или школе, то с момента выявления первого больного до 21-го дня с момента выявления последнего заболевшего, в коллектив не принимаются дети, не болевшие этой инфекцией и не привитые против нее.

1. Мероприятия в отношении источника возбудителя инфекции:

- 1.1. Больные подлежат обязательной госпитализации в случаях:
- тяжелого клинического течения заболевания;
 - независимо от формы течения – лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых, из общежитий и из неблагополучных бытовых условий;
 - при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения.

1.2. В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или подозрительных на эти инфекции) кроме анкетных данных указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также о контактных с больным (больными) корью, краснухой или эпидемическим паротитом.

1.3. Возможность выписки больного из стационара определяется клиническими показаниями, но не ранее чем:

- 5 дней с момента появления сыпи при кори;
- 7 дней с момента появления сыпи при краснухе;
- 9 дней с момента появления сыпи при эпидемическом паротите.

1.4. Допуск реконвалесцентов в организованные коллективы разрешается после их клинического выздоровления.

1.5. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы, в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию. Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2–4 недели.

2. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом:

2.1. За лицами, общавшимися с больными, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

2.2. В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

2.3. В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

2.4. *Иммунизация против кори по эпидемическим* показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно – без ограничения возраста. *Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного.* При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

2.5. *Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим* показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые или не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемиче-

ского паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

2.6. Детям, не привитым против кори или эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению.

2.7. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

2.8. Контактные лица из очагов кори, краснухи или эпидемического паротита, не привитые и не болевшие указанными инфекциями ранее. Не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. *Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические мероприятия* в целях предупреждения распространения инфекции.

2.9. Тактика в отношении беременных из очага краснушной инфекции:

- беременные женщины, находившиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врожденных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно с взятием крови у первого больного в очаге;

- в случае появления у беременной клинических признаков краснухи, женщину предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно;

- в случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика медицинского наблюдения за пациенткой определяется результатами серологического исследования

методом ИФА, подтвержденными в вирусологической лаборатории Республиканского Центра;

- в случае если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10–14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgM к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят;

- в случае если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10–14 дней;

- при отрицательном результате повторного исследования, через 10–14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование. В течение всего срока обследований за беременной продолжают медицинское наблюдение. Если при третьем обследовании антитела не выявлены, то наблюдение за беременной прекращают, но предупреждают ее о том, что она восприимчива (серонегативна) к краснушной инфекции. Прививки против краснухи таким женщинам проводят после окончания периода лактации;

- если при повторном обследовании выявлены специфические IgM антитела, при отсутствии антител IgG, то через 10–14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG и IgM антител женщину предупреждают о риске СВК, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно;

- если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10–14 дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидности IgG антител.

При подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидности IgG), решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

Организация и проведение плановой иммунизации населения против кори, краснухи и эпидемического паротита:

1. Методом специфической профилактики кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика.

2. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

3. Руководитель ЛПУ обеспечивает планирование, организацию, проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о них в ТУ Госсанэпиднадзора. В каждом ЛПУ выделяется (оформляется приказом) лицо, ответственное за этот раздел работы.

4. В случае отсутствия прививок в анамнезе ребенка врач-педиатр выясняет причины, из-за которых ребенок не был привит, и принимает необходимые меры по его иммунизации.

5. Медицинские работники детских поликлиник, ДОУ и школ информируют родителей или иных законных представителей несовершеннолетних о необходимости проведения профилактических прививок их ребенку, сроках иммунизации, а также о возможных реакциях организма на введение вакцины.

6. При отказе от прививки родителям ребенка или его законному представителю в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия.

7. Отказ от проведения прививки должен быть оформлен в виде записи в медицинской документации с указанием о сделанном родителям или иным законным представителям несовершеннолетних предупреждении о последствиях отказа от прививок в соответствии с действующим законодательством и подписан родителями или законным представителем ребенка, а также участковым педиатром и руководителем ЛПУ. Переоформление отказа необходимо осуществлять не реже 1 раза в год.

8. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения рас-

пространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против кори, краснухи, паротита детей в декретированных возрастах – не менее 95%;
- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18–25 лет – не менее 90%;
- вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18–35 лет – не менее 90%.

9. В план включаются дети, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом, а также:

- не привитые против соответствующей инфекции;
- подлежащие по возрасту ревакцинации против соответствующей инфекции.

10. Учет детского населения, организация и ведение прививочной картотеки установленной формы, формирование плана профилактических прививок осуществляются в соответствии с документами Минздрава России.

11. Иммунизацию должен проводить медперсонал, прошедший специальную подготовку.

12. Для проведения прививок в поликлиниках выделяются специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым оборудованием.

13. Детям, посещающим ДООУ и школы, учреждения с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка), прививки проводят в указанных учреждениях в специально отведенных для этих целей помещениях, оснащенных необходимым оборудованием и материалами в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

14. Проводить прививки на дому разрешается при организации массовой иммунизации специально созданными бригадами организаций здравоохранения, обеспеченных соответствующими средствами и имеющими лицензию на соответствующие виды деятельности в области иммунопрофилактики.

15. Лица, проводящие иммунизацию, должны быть здоровы. Больные респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, отстраняются от проведения прививок.

16. Хранение и транспортировка препаратов должны осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил по условиям транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

17. Профилактические прививки против кори, краснухи и эпидемического паротита проводятся только живыми моно- и ассоциированными вакцинами, зарегистрированными на территории РФ в установленном порядке, в строгом соответствии с инструкциями по применению. При применении моновакцины против кори, паротита и краснухи эти препараты могут вводиться одновременно в разных шприцах, в разные участки тела.

18. Непосредственно после вакцинации в течение 30 минут за привитым осуществляется медицинское наблюдение. Родителей или иных законных представителей вакцинированного ребенка предупреждают о возможности возникновения и клинических проявлениях поствакцинальных реакций и осложнений (на 6–21-й день) и о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении подобных симптомов.

19. Расследование случаев поствакцинальных осложнений проводится в соответствии с документами Минздрава России.

3.12. Полиомиелит

В 2002 г Российская Федерация в составе Европейского региона ВОЗ сертифицирована как территория свободная от полиомиелита, после чего основную угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию страны представлял завоз дикого полиовируса из стран (территорий), эндемичных по полиомиелиту, неблагополучных по полиомиелиту. Последний случай полиомиелита, вызванного диким полиовирусом, в России был зарегистрирован в сентябре 2010 г. В августе 2011 г Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита подтвердила статус РФ как страны, свободной от полиомиелита.

Вместе с тем, ситуация по полиомиелиту в мире остается нестабильной. Количество стран, в которых ежегодно регистрируются случаи завоза дикого вируса полиомиелита, не уменьшается. В настоящее время эндемичными по полиомиелиту остаются три страны: Нигерия, Афганистан, Пакистан.

Выявление, регистрация, учет больных ПОЛИО/ОВП

1. Выявление случаев заболеваний ПОЛИО/ОВП проводится медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

2. При выявлении ОВП выделяют приоритетные («горячие») случаи заболеваний, к которым относятся: дети с ОВП, *не имеющие сведений о профилактических прививках* против полиомиелита; дети с ОВП, *не имеющие полного курса* вакцинации против полиомиелита (менее 3-х доз вакцины); дети с ОВП, *прибывшие из эндемичных* (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий); дети с ОВП *из семей мигрантов*, кочующих групп населения; дети с ОВП, *общавшиеся с мигрантами*, лицами из числа кочующих групп населения; дети с ОВП, *имевшие контакт с прибывшими из эндемичных* (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий); *лица с подозрением на полиомиелит, независимо от возраста.*

3. В случае выявления больного ПОЛИО/ОВП медицинские работники обязаны в течение 2-х часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение в орган, осуществляющий Госсанэпиднадзор на территории, где выявлен больной.

4. При получении экстренного извещения о случае ПОЛИО/ОВП в течение 24 часов специалисты территориального органа, осуществляющего Госсанэпиднадзор, организуют эпидемиологическое расследование.

5. Учету и регистрации подлежат больные полиомиелитом или с подозрением на полиомиелит (без ограничения возраста), а также дети в возрасте до 15 лет, у которых выявлен синдром ОВП при любой нозологической форме заболевания.

Мероприятия в отношении больных полиомиелитом, ОВП и носителей дикого вируса полиомиелита

1. Больной с подозрением на заболевание ПОЛИО/ОВП подлежит госпитализации в бокс инфекционного стационара. Перечень медицинских организаций, в которые госпитализируются больные ПОЛИО/ОВП, определяют органы, осуществляющие Госсанэпиднадзор совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан.

2. В направлении на госпитализацию больного ПОЛИО/ОВП указываются: анкетные данные, дата заболевания, первоначальные

симптомы заболевания, дата начала паралича, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках против полиомиелита, о контакте с больным ПОЛИО/ОВП, о контакте с привитым ОПВ в течение 60 дней, о посещении эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), а также об общении с лицами, прибывшими из таких стран.

3. При выявлении больного ПОЛИО/ОВП проводится взятие двух проб фекалий для лабораторного вирусологического исследования с интервалом 24–48 часов. Пробы должны быть отобраны в возможно короткие сроки, но не позднее 14 дня от начала пареза/паралича.

4. При подозрении на полиомиелит (в том числе ВАПП) проводят забор парных сывороток крови. Первую сыворотку отбирают при поступлении больного в стационар, вторую – через 2–3 недели. В случае летального исхода заболевания в первые часы после смерти осуществляют забор секционного материала для лабораторных исследований.

5. При подозрении на острый полиомиелит проводят исследование иммунологического статуса и электронейромиографию.

6. Выписка из стационара переболевшего полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, допускается после получения однократного отрицательного результата вирусологического исследования.

7. С целью выявления остаточных параличей проводится осмотр больного ПОЛИО/ОВП через 60 дней от начала болезни (при условии, если паралич не восстановился ранее).

8. Повторный осмотр и отбор проб фекалий для лабораторного исследования от больных полиомиелитом, в том числе ВАПП, проводят на 60-й и 90-й дни от начала пареза/паралича.

9. Окончательный диагноз в каждом случае устанавливается комиссионно на основании анализа и оценки медицинской документации.

10. Лица, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии с возрастом.

11. Носитель дикого штамма полиовируса изолируется в инфекционный стационар по эпидемическим показаниям: при наличии в семье детей, не привитых против полиомиелита, а также лиц, относящихся к декретированным контингентам (медицинские работники, работники торговли, общественного питания, ДОУ).

12. Носитель дикого полиовируса при его выявлении подлежит трехкратной иммунизации вакциной ОПВ с интервалом между прививками 1 месяц.

13. Носители дикого полиовируса, посещающие организованные коллективы детей, или относящиеся к декретированному контингенту, не допускаются в коллективы детей и к профессиональной деятельности до получения отрицательного результата лабораторных исследований на дикий полиовирус. Взятие материала для проведения вирусологических исследований у таких лиц осуществляется перед введением очередной дозы вакцины ОПВ.

Санитарно–противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП

1. Специалист территориального органа, осуществляющего Госсанэпиднадзор, при выявлении больного проводит эпидемиологическое расследование и организует комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2. В эпидемическом очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП, проводят мероприятия в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет:

- медицинский осмотр врачами (педиатром и неврологом или инфекционистом);

- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней;

- забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП: позже 14 дня с момента появления паралича; неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП – 1 проба стула; при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных по полиомиелиту стран);

- однократная иммунизация вакциной ОПВ (или ИПВ в случаях, если пациент не привит против полиомиелита или имеет противопоказания к применению вакцины ОПВ).

4. Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет проводится до иммунизации, но не ранее 1 месяца после последней прививки против полиомиелита вакциной ОПВ.

***Санитарно-противоэпидемические (профилактические)
мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом,
вызванным диким штаммом полиовируса
или носитель дикого полиовируса***

1. Мероприятия в очаге проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включает:

- первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);
- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней;
- однократное лабораторное обследование всех контактных лиц (перед проведением дополнительной иммунизации);
- дополнительную иммунизацию контактных лиц против полиомиелита в кратчайшие сроки, независимо от возраста и ранее проведенных профилактических прививок.

2. Организуется дополнительная иммунизация:

- взрослых, включая медицинских работников однократно вакциной ОПВ;
- детей в возрасте до 5 лет однократно вакциной ОПВ или ИПВ (в случаях, если ребенок не привит против полиомиелита или имеет противопоказания к применению вакцины ОПВ);
- детей в возрасте до 15 лет, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий) – однократно (при наличии сведений о прививках, полученных на территории РФ) или трехкратно (без сведений о прививках, при наличии прививок, проведенных в другой стране) – вакциной ОПВ;
- беременных женщин, не имеющих сведений о профилактических прививках против полиомиелита или не привитых против полиомиелита, однократно вакциной ИПВ.

3. В очаге полиомиелита после госпитализации больного проводится заключительная дезинфекция с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке и обладающих вирулицидными свойствами.

***Иммунизация детей против полиомиелита в плановом порядке
и по эпидемическим показаниям***

1. Иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2. Основными критериями оценки качества и эффективности плановой иммунизации против полиомиелита детей является своевременность и полнота охвата иммунизацией в соответствии с национальным календарем профилактических прививок: не менее 95% от общего количества детей, подлежащих вакцинации в возрасте 12 месяцев; не менее 95% от общего количества детей, подлежащих второй ревакцинации в возрасте 24 месяцев.

3. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в индивидуальном порядке (отдельным лицам) и/или группам населения путем проведения кампаний по дополнительной иммунизации.

4. Иммунизация против полиомиелита *по эпидемическим показаниям в индивидуальном порядке* проводится:

- лицам в очагах полиомиелита и ОВП;
- лицам, выезжающим в эндемичные по полиомиелиту страны, не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита, а также по требованию принимающей стороны; лицам, не привитым против полиомиелита, вне зависимости от возраста, рекомендуется сделать прививку не менее чем за 10 дней до выезда;

- детям в возрасте до 15 лет, прибывшим из эндемичных по полиомиелиту стран, не привитым против этой инфекции, а также не имеющим сведений о прививках против полиомиелита – иммунизация против полиомиелита проводится однократно (по прибытию), последующие прививки проводятся в соответствии с национальным календарем прививок;

- детям в возрасте до 15 лет из семей мигрантов, кочующих групп населения, не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита – иммунизация против полиомиелита проводится однократно (по месту их выявления), последующие прививки проводятся по месту их проживания в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;

- лицам с отрицательными результатами серологического исследования уровня индивидуального иммунитета к полиомиелиту ко всем трем типам полиовируса или к одному из типов полиовируса – иммунизация проводится двукратно с интервалом в 1 месяц;

- лицам, работающим с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным «диким» штаммом полиовируса – од-

нократно – при поступлении на работу, далее в соответствии с предъявляемыми требованиями (каждые 5 лет обследуются на напряженность иммунитета к полиовирусам, по результатам обследования решается вопрос о проведении дополнительной иммунизации).

5. Иммунизация против полиомиелита *по эпидемическим показателям в виде кампаний дополнительной иммунизации* проводится:

- на территории, где выявлен завоз дикого полиовируса или циркуляция вакцинородственных полиовирусов;

- на территории, где зарегистрирован случай полиомиелита, вызванный диким полиовирусом;

- на территории, где выявлен дикий полиовирус в материалах от людей или из объектов окружающей среды;

- на территории субъекта РФ с низким уровнем охвата прививками против полиомиелита детей в декретированные сроки;

- на территории субъекта РФ с низким (менее 80%) уровнем серопозитивных результатов серологического мониторинга отдельных возрастных групп;

- на территории субъекта РФ с неудовлетворительными качественными показателями эпидемиологического надзора за полиомиелитом и ОВП (отсутствие выявления ОВП в субъекте на протяжении 2-х лет).

6. Дополнительная иммунизация на территории субъекта РФ проводится в виде кампаний дополнительной иммунизации в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача.

7. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показателям (дополнительная иммунизация) проводится вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита. При совпадении сроков проведения иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показателям с возрастом, регламентированным национальным календарем профилактических прививок, иммунизация засчитывается как плановая.

8. Последующие профилактические прививки против полиомиелита детям проводят в соответствии с возрастом в рамках национального календаря профилактических прививок.

9. Дополнительная иммунизация против полиомиелита ОПВ детей групп «риска» проводится независимо от сроков прибытия, при выявлении, без проведения предварительного или дополнительного серологического исследования.

Мероприятия по профилактике вакциноассоциированных случаев полиомиелита (ВАПП)

1. Для профилактики ВАПП у реципиента вакцины:

- первые 2 вакцинации против полиомиелита проводят вакциной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок, детям до года, а также детям более старшего возраста, не получившим прививки против полиомиелита ранее;

- детям, имеющим противопоказания к применению вакцины ОПВ, иммунизация против полиомиелита осуществляется только вакциной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок.

2. Для профилактики ВАПП у контактных с детьми, получившими прививку ОПВ, проводятся следующие мероприятия:

- при госпитализации детей в стационар в направлении на госпитализацию указывают прививочный статус ребенка (количество сделанных прививок, дата последней прививки против полиомиелита и название вакцины);

- при заполнении палат в медицинских организациях не допускается госпитализация не привитых против полиомиелита детей в одну палату с детьми, получившими прививку ОПВ в течение последних 60 дней;

- в медицинских организациях, дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, летних оздоровительных организациях детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита, не привитых против полиомиелита или получивших менее 3 доз полиомиелитной вакцины, разобщают с детьми, привитыми вакциной ОПВ в течение последних 60 дней, на срок 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ;

- в детских закрытых коллективах (дома ребенка и других) в целях профилактики возникновения контактных случаев ВАПП, обусловленных циркуляцией вакцинных штаммов полиовирусов, для вакцинации и ревакцинации детей применяется только вакцина ИПВ;

- при иммунизации вакциной ОПВ одного из детей в семье медицинский работник должен уточнить у родителей, имеются ли в семье не привитые против полиомиелита дети, и при наличии таковых рекомендовать вакцинировать не привитого ребенка (при отсутствии противопоказаний) или разобщить детей сроком на 60 дней.

3.13. Скарлатина

Скарлатина – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, ангиной, мелкоточечной сыпью и вероятностью развития инфекционно-аллергических осложнений.

Возбудитель – β -гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*). Стрептококки обладают средней устойчивостью во внешней среде.

Источник инфекции – больной (скарлатиной, ангиной, назофарингитом и другими заболеваниями стрептококковой этиологии), реконвалесцент, носитель стрептококков. Больным принадлежит ведущая роль в структуре источников инфекции.

Период заразительности больных – с первого дня заболевания до клинического выздоровления (до 3–5 недель). Максимальное выделение возбудителей возникает на первой неделе заболевания. Раннее начало лечения антибиотиками способствует более быстрому освобождению от стрептококков. Реконвалесцентное носительство стрептококков формируется в среднем у 3–5% лиц, переболевших скарлатиной. Здоровое носительство стрептококков часто выявляется в окружении больного, а также во вновь сформированных организованных коллективах.

Инкубационный период колеблется в пределах от 1 до 12 дней, в большинстве случаев составляет 2–7 дней.

Механизм передачи – аэрозольный. Путь передачи – воздушно-капельный. Пылевой фазой аэрозоля заражение при скарлатине происходит редко, так как стрептококки хотя и обладают относительной устойчивостью, но во внешней среде они быстро теряют вирулентность. Предметы обихода, обсемененные стрептококками, являются факторами передачи преимущественно в тех случаях, когда они загрязнены недавно и соприкасаются со слизистыми оболочками (игрушки, которые дети берут в рот). Редко роль факторов передачи при скарлатине могут выполнять пищевые продукты (молочные продукты, кремы).

Дети первых месяцев жизни защищены от заболевания антителами, полученными от матери. Многообразие клинических проявлений, а также наличие здорового носительства способствуют выраженной неоднородности популяции людей по восприимчивости к скарлатине.

Таблица 6

Противоэпидемические мероприятия в очагах скарлатины

№ п/п	Наименование	Содержание
1. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции		
1.1	Выявление	Выявление больного осуществляется на основании обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в ДОУ, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых
1.2	Диагностика	Диагностика заболевания проводится по клиническим, эпидемиологическим данным и результатам лабораторных обследований (при наличии показаний к лабораторному обследованию целесообразно подвергать больных менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, синдромом токсического шока, острым тонзиллитом)
1.3	Учет и регистрация	Первичными документами учета информации о заболевании являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка. Каждый случай заболевания скарлатиной подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту выявления больного
1.4	Экстренное извещение	Больные скарлатиной подлежат индивидуальному учету в ТУ Госсанэпиднадзора. Врач, выявивший больного, направляет экстренное извещение (форма № 058/у)
1.5	Изоляция	Изоляция больных скарлатиной осуществляется на дому или в инфекционном стационаре (госпитализация). На дому изолируются больные с легким течением скарлатины при наличии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства. Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям

№ п/п	Наименование	Содержание
	Изоляция	<i>Клинические показания к госпитализации</i> – тяжелые и среднетяжелые формы инфекции. <i>Эпидемические показания к госпитализации:</i> невозможность обеспечения изоляции на дому и организации соответствующего режима; наличие в семье детей от 3 месяцев до 8 лет, лиц, работающих с детьми от 3 месяцев до 8 лет, в хирургических и родильных отделениях, детских ЛПУ и на предприятиях, занятых производством молока и молочных продуктов
1.6	Лечение	В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей
1.7	Критерии выписки	Выписка из стационара (решение вопроса о выздоровлении при лечении на дому) осуществляется после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания
1.8	Критерии допуска в коллектив	Реконвалесценты из числа детей в возрасте от 3 месяцев до 8 лет, посещающие организованные коллективы, допускаются в эти учреждения через 12 дней после клинического выздоровления и выписки из стационара. Реконвалесценты – взрослые, работающие с детьми от 3 месяцев до 8 лет, сотрудники хирургических и родильных отделений, детских ЛПУ, работники, занятые производством молока и молочных продуктов, переводятся на другую работу (где они не будут опасны) на 12 дней после выписки или прекращения изоляции на дому. Прочие реконвалесценты допускаются в коллектив после клинического выздоровления и прекращения изоляции
1.9	Диспансерное наблюдение	Диспансерное наблюдение за переболевшими скарлатиной и ангиной проводится в течение одного месяца после выписки из стационара. На 7–8 день нормальной температуры тела проводится клиническое обследование, выполняются контрольные анализы мочи, крови, ЭКГ

№ п/п	Наименование	Содержание
		При наличии патологии, переболевшего необходимо передать под наблюдение отоларинголога, ревматолога или нефролога
2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи		
2.1	Текущая дезинфекция	Текущая дезинфекция проводится до госпитализации больного или в течение всего времени его лечения на дому, а также в карантинной группе ДООУ или классе школы в течение 7 дней с момента изоляции последнего больного. Помещения, где находился (находится) больной, хорошо проветриваются, проводится влажная уборка с использованием дезинфицирующих средств, обработка посуды, белья, игрушек, предметов личной гигиены больного. В организованном коллективе выполняются мероприятия по максимальному рассредоточению детей (раздвигаются кровати, столы и т. д.), проводится ультрафиолетовое облучение
2.2	Заключительная дезинфекция	Заключительная дезинфекция в очагах скарлатины не проводится
3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции		
3.1	Выявление	Выявление лиц, общавшихся с заболевшим на протяжении 7 дней до появления у него первых клинических признаков заболевания, в ДООУ, школе, семье
3.2	Клинический осмотр	Клинический осмотр общавшихся осуществляется участковым врачом и включает оценку общего состояния, осмотр ротоглотки, кожных покровов (высыпания) и измерение температуры тела
3.3	Сбор эпидемиологического анамнеза	Сбор эпидемиологического анамнеза включает выяснение перенесенных общавшимися подобных заболеваний (скарлатина, ангины, назофарингиты и другие заболевания стрептококковой этиологии) и их дата, наличие подобных заболеваний по месту работы/учебы общавшихся)

№ п/п	Наименование	Содержание
3.4	Медицинское наблюдение	Медицинское наблюдение осуществляется в течение 7 дней со дня изоляции последнего больного в организованном коллективе (опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрия 1 раз в день (в ДОУ – 2 раза в день утром и вечером). Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112/у), в амбулаторную карту больного (ф. 025/у) или в медицинскую карту ребенка (ф. 026/у)
3.5	Лабораторное обследование	Лабораторное обследование лиц, общавшихся с больным скарлатиной, на носительство стрептококка группы А при необходимости назначается врачом-эпидемиологом
3.6	Режимно-ограничительные мероприятия	<p>Включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прекращение приема новых детей в группу, из которой изолирован больной скарлатиной, в течение 7 дней после изоляции больного; - запрещение перевода детей из данной группы в другие группы в течение 7 дней после изоляции больного; - недопущение общения с детьми других групп детского учреждения в течение 7 дней после изоляции больного; - изоляцию больных ангиной и другими заболеваниями стрептококковой этиологии (детей и взрослых), выявленных в очаге, на протяжении 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины. Больные ангинами и другими заболеваниями стрептококковой этиологии, выявленные в очагах скарлатины, подлежат изоляции в течение 22 дней (10 дней – период лечения и 12 дней – период реконвалесценции) со дня их заболевания (как и больные скарлатиной); - разобщение – дети в возрасте до 8 лет, посещающие организованные коллективы, не болевшие скарлатиной ранее и общавшиеся с источником инфекции в семье (квартире) до его госпитализации, не допускаются (разобщаются)

№ п/п	Наименование	Содержание
		<p>в организованные коллективы в течение 7 дней с момента последнего общения с больным. При постоянном общении в период болезни (при изоляции больного на дому) они не допускаются в организованный коллектив (разобщаются) в течение 17 дней от начала контакта с заболевшим. В течение этого периода времени они подлежат медицинскому наблюдению;</p> <ul style="list-style-type: none"> - взрослые, работающие с детьми до 8 лет, сотрудники хирургических и родильных отделений, детских ЛПУ и работники, занятые производством молока и молочных продуктов, общавшиеся с больным скарлатиной по месту жительства до его госпитализации, к работе допускаются, но подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции заболевшего для своевременного выявления скарлатины и ангины; - дети, ранее болевшие скарлатиной, и взрослые, работающие с детьми до 8 лет, сотрудники хирургических и родильных отделений, детских ЛПУ и работники, занятые производством молока и молочных продуктов, общавшиеся с больным на протяжении всей его болезни (при изоляции больного на дому), допускаются в организованные коллективы и на работу. За ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 17 дней начала общения с заболевшим
3.7	Санитарно-просветительная работа	Проводится беседа о скарлатине и мероприятиях по ее профилактике

4. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

28 ноября зарегистрировано заболевание дифтерией Козловой Жени, 11 лет (эпидномер 80472). Ребенок учится в 6 «б» классе школы № 57, последнее посещение занятий – 24 ноября.

Козлова Женя заболела 26 ноября. В этот день отмечены повышение температуры тела до 40°C, сильная слабость, жалобы на боли в горле при глотании, головную боль. Вызов врача осуществлен 27 ноября. При осмотре ребенка врачом детской поликлиники отмечалась резкая гиперемия ротоглотки, на миндалинах и дужках имелись распространенные налеты белого цвета, которые легко снимались, поверхность при их снятии не кровоточила. Отека подкожной шейной клетчатки нет. Кожные покровы чистые. Температура тела повышена до 39°C. Внутренние органы – без патологических изменений.

Установлен предварительный диагноз: «Дифтерия ротоглотки, распространенная форма? Ангина?»

27 ноября больная была госпитализирована санитарным транспортом в инфекционное отделение. При бактериологическом исследовании слизи из ротоглотки от 27.10 выделена токсигенная дифтерийная палочка.

Установлен клинический диагноз: «Дифтерия ротоглотки, распространенная форма».

Против дифтерии ребенок получил следующие прививки:

АДС-М V₁ 23.09.99 г. 0,5, с. 484-2;

 V₂ 11.11.99 г. 0,5, с. 485-7;

 RV₁ 17.03.99 г. 0,5, с. 499-1.

От последующих прививок родители ребенка отказались.

Сведения об очаге по месту жительства: семья состоит из 4 человек, отец и мать не работают. Сестра, Козлова Надя, 9 лет, учащаяся 4 «б» класса школы № 57. В семье все здоровы. Родители против дифтерии не прививались. Прививки Козловой Нади:

АКДС V₁ 9.12.01 г. 0,5, с. 628-1;

 V₂ 19.01.02 г. 0,5, с. 643-4;

 V₃ – нет сведений.

Ревакцинации не проводились из-за отказа родителей.

Семья живет в отдельной двухкомнатной квартире. Санитарное состояние и содержание квартиры удовлетворительные.

Сведения о школьном коллективе. В 6 «б» классе по списку обучается 28 человек. В течение месяца до регистрации дифтерии у Козловой Жени двое детей в классе перенесли ОРВИ, один школьник отсутствовал с 11 по 22 октября (болел ангиной). Занятия в 6 «б» классе проводятся в одном закрепленном за ним помещении.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. ОЦЕНИТЕ НАЛИЧИЕ ПЛАНОВЫХ ПРИВИВОК БОЛЬНОЙ ДЕВОЧКИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, УКАЖИТЕ НЕДОСТАТКИ.
2. ВРЕМЯ И ВОЗМОЖНОЕ МЕСТО ЗАРАЖЕНИЯ ДИФТЕРИЕЙ КОЗЛОВОЙ ЖЕНИ.
3. ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ.
4. ОЦЕНИТЕ КАЧЕСТВО ПЕРВИЧНЫХ (СРОЧНЫХ) ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА.
5. ПЛАН ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДИФТЕРИИ В ШКОЛЕ И В СЕМЬЕ БОЛЬНОЙ.
6. ВАКЦИНЫ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ.

ЗАДАЧА 2

Коля Маслов 7 лет, учащийся 1-го класса школы № 3, заболел 16 октября. Последнее посещение занятий в школе – 16 октября. В первые 3 дня болезни отмечены лихорадка до 37–38°C, недомогание, насморк и кашель, явления конъюнктивита. Вызов врача осуществлен 17 октября, установлен предварительный диагноз: ОРВИ.

18 октября на коже появилась крупнопятнистая сыпь, при активном посещении врачом в тот же день установлен диагноз кори.

В анамнезе имеются сведения о перенесенной кори в возрасте 1 года 8 месяцев. Этот диагноз был зарегистрирован в истории развития ребенка и сделана следующая запись врача: «...состояние удовлетворительное, температура тела – 37,5°C, насморк, редкий кашель, гиперемия конъюнктив. На коже лица и спины – элементы розовой мелкопятнистой сыпи. Слизистые чистые. Против кори не привит».

27 октября у Коли Маслова взята кровь для серологического исследования на корь.

Семья состоит из трех человек (отец и мать – служащие), проживает в общежитии. По соседству живут еще две семьи. В одну из них 2 октября приехали родственники из Средней Азии с двумя детьми. Приехавшая семья находилась в пути с 20 сентября по 2 октября.

Сведения о детях, соприкасавшихся с больными в квартире:

- 1) Смирнов Саша, 12 лет, школа № 3, 5 «а» класс. Привит против кори 25.11.03 г., серия 913, 0,5 мл, подкожно;
- 2) Смирнова Оля, 6 лет, детский сад № 12, подготовительная группа. Привита против кори 03.04.04 г., серия 913, 0,5 мл, подкожно;
- 3) Букина Света, 11,5 мес., ясли не посещает, против кори не привита;
- 4) Курбанов Женя, 6 лет, приезжий. Сведений о прививках нет; со слов матери, корью не болел;
- 5) Курбанова Надя, 4 года, приезжая. Сведений о прививках нет; со слов матери, корью не болела. 2–4 ноября у Нади отмечались недомогание, катаральные явления, сыпь на лице, туловище. К врачу не обращались.

Сведения о детском коллективе: в школе № 3 с начала учебного года инфекционных заболеваний не зарегистрировано.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ДЛЯ КОЛИ МАСЛОВА.
2. ВОЗМОЖНА ЛИ РЕГИСТРАЦИЯ ПОВТОРНЫХ СЛУЧАЕВ КОРИ, С ЧЕМ ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО.
3. СОСТАВЬТЕ ПЛАН ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ.
4. НУЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ШКОЛЕ, И ЕСЛИ НУЖНО, ТО КАКИЕ?
5. МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ, ПРИЕХАВШИХ ИЗ СРЕДНЕЙ АЗИИ.
6. ВАКЦИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ.

ЗАДАЧА 3

Роман Ж., 10 лет, ученик 3-го класса школы № 22, последнее посещение занятий – 31.01.10 г., заболел 31.01., когда у мальчика появились слабость, боли в горле при глотании. 1 февраля повысилась температура тела до 39°C, возникли боли в животе, тошнота, рвота. При обращении к врачу 01.02 поставлен первоначальный диагноз: «ОРВИ». При лабораторном исследовании сыворотки крови 03.02 на активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) выявлено ее повышение до 6,8 ммоль/л. 4 февраля ребенок госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «ВГА». Из анамнеза известно, что 17 августа 2010 года ребенок, находясь в пионерском лагере, получил одну дозу иммуноглобулина нормального человеческого как контактный с больным ВГА.

Сведения об эпидочаге по месту жительства. 21.01.11 г. у матери заболевшего ребенка Галины Ж. был зарегистрирован вирусный гепатит А, желтушная форма (заболела 10.01, обратилась к врачу 10.01, желтуха появилась 16.01, госпитализирована 20.01. в инфекционное отделение). Семья состоит из 4 человек: отец и мать – инженеры, сестра (18 лет) – студентка финансово-экономического колледжа. Семья проживает в 2-комнатной отдельной квартире.

Сведения о детском коллективе: заболеваний вирусным гепатитом в школе за последние 2 месяца не зарегистрировано.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. НЕДОСТАТКИ В ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРВОГО И ПОСЛЕДУЮЩЕГО СЛУЧАЕВ ВГА.
2. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГА ВГА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА.
3. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАНОСА ВГА ИЗ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА В ШКОЛУ И ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ШКОЛЕ.
4. ВАКЦИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А.

ЗАДАЧА 4

7 апреля, 24 мая и 8 июля зарегистрированы 3 случая заболевания вирусным гепатитом в одном доме, впоследствии они были верифицированы как вирусный гепатит С (ВГС), подтверждены обнаружением маркеров вируса HCV. У последнего заболевшего диагностирована микст-форма ВГС + ВГВ.

Сведения о больных:

1. Владимир У., 22 лет, не работает и не учится, заболел 01.04., обратился к врачу 07.04 при появлении желтухи, госпитализирован в инфекционную больницу 07.04 с диагнозом «Вирусный гепатит», выздоровление 28.04.
2. Дмитрий К., 19 лет, не работает и не учится, заболел 17.05., обратился к врачу 24.05., желтуха появилась 24.05., госпитализирован в инфекционную больницу 24.05., самовольно ушел из больницы 01.06. недолеченным.
3. Денис Ф., 19 лет, не работает и не учится, заболел 03.07., обратился к врачу 06.07., желтуха появилась 08.07., госпитализирован в инфекционную больницу 08.07., выздоровление 28.07.

Сведения об эпидочаге. При изучении эпиданамнеза установлено, что всех больных объединяет постоянный контакт и введение наркотиков с использованием одного шприца без какой-либо обработки.

Обращает внимание очаг Дмитрия К. В 4-комнатной квартире проживают 3 семьи (5 взрослых и 3 детей), в том числе:

1. Людмила К., 20 лет – жена больного, находится в отпуске по уходу за ребенком.
2. Света К., 3 мес. – дочь больного.
3. Наташа М., 14 лет – сестра жены больного, учащаяся школы № 14, 8 «б» класс.
4. Наталья Р., 25 лет, сестра больного, работает в охране Авиагородка.
5. Аня Р., 4 года, дочь сестры, посещает детский сад № 102.
6. Аркадий Р., 27 лет, муж сестры, не работает (инвалид 2-й группы).
7. Владимир М., 53 года, тесть, слесарь.
8. Надежда М., 46 лет, теща, работница столовой завода.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. СОСТАВЬТЕ СВОЕ МНЕНИЕ О ВАРИАНТЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВГС, ПУТЯХ И ФАКТОРАХ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА HCV И HBV.
2. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ И УПУЩЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО, ЛЕЧЕБНОГО И ОРГАНИЗАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА БЫЛИ ДОПУЩЕНЫ В ДАННОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ?
3. КАКИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИМЕЮТ И МОГУТ ИМЕТЬ ЭТИ НАРУШЕНИЯ?
4. НУЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ В ОЧАГАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, В КАКИХ КОНКРЕТНО, В КАКОМ ОБЪЕМЕ?
5. СОСТАВЬТЕ ПЛАН ЭТИХ МЕРОПРИЯТИЙ.

ЗАДАЧА 5

Крылов Борис родился 08.12.96 г. недоношенным (на 32-й неделе беременности), масса тела – 1980 г, рост – 44 см. С рождения отмечены признаки врожденных уродств – экзофтальм, помутнение роговицы. Имелись признаки сердечной недостаточности, геморрагическая сыпь на теле. 08.12 переведен в реанимационное отделение с диагнозом: «Внутриутробное инфицирование с поражением ЦНС, гипотрофия, врожденная глаукома, глухота».

При серологическом исследовании крови 13.12 в вирусологической лаборатории выявлены антитела к вирусу краснухи (IgM+++, IgG+++).

Установлен диагноз: краснуха внутриутробная, врожденный порок сердца, постгеморрагическая анемия, синдром угнетения ЦНС, недоношенность 32 недели.

17.01. переведен в дом ребенка № 2 (мать от ребенка отказалась).

Сведения о матери и квартирном очаге. Мать, Крылова Светлана Александровна, 19 лет. Временно не работает. На учете по беременности не состояла. При сроке беременности 10–11 недель перенесла заболевание, диагностированное врачом поликлиники как ОРВИ. Во время заболевания на теле имелась обильная сыпь. При ретроспективном анализе заболеваемости по месту жительства матери установлено, что 17.07. в квартире было зарегистрировано заболевание

краснухой у девочки Иры, 4 лет. Эпидемиологическое обследование этого очага не проводилось.

Результаты серологического исследования Крыловой С.А. от 30.12. и 10.01.: anti Rubella IgM +, anti Rubella IgG +.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ КОНТАКТЕ БЕРЕМЕННОЙ С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ, ПОЧЕМУ ОНИ НЕ БЫЛИ ПРОВЕДЕНЫ В ДАННОМ ОЧАГЕ?
2. КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДОЛЖЕН ДАТЬ ВРАЧ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КРАСНУХИ У БЕРЕМЕННОЙ И ПОЧЕМУ ОНИ НЕ БЫЛИ СДЕЛАНЫ В ДАННОМ ОЧАГЕ?
3. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОГЛИ ПРЕДУПРЕДИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ КРАСНУХОЙ КРЫЛОВОЙ С.А.?
4. ВАКЦИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ.

ЗАДАЧА 6

07.02.92. в Лос-Анджелес прибыл авиалайнер из столицы Перу города Лимы. На борту авиалайнера находилось 336 пассажиров и 9 человек экипажа. Среди пассажиров было четверо детей от 2 до 5 лет. Этим рейсом в Лос-Анджелес возвращались 15 участников научной конференции, проходившей в Лиме.

Во время рейса, продолжавшегося 4,5 часа, у 18 пассажиров возникли заболевания с клиникой острого энтерита. К моменту прибытия самолета в аэропорт Лос-Анджелеса аналогичные заболевания выявлены еще у 22 пассажиров. У всех заподозрена холера. 25 из 40 заболевших в пути имели тяжелую диарею с обезвоживанием и были помещены в госпиталь Лос-Анджелеса. Остальные пассажиры и экипаж авиалайнера были изолированы в аэропорту и оставались под наблюдением медицинского персонала. 08.02 заболело еще 14 человек. 09.02 – 22 человека. Всего в этой вспышке заболело 76 человек, один из них умер. Среди детей и членов экипажа заболевших не было.

Из фекалий заболевших был выделен *V. cholerae*, биотип El Tor.

Авиалайнер, принадлежавший авиакомпании США, совершал рейс из Лос-Анджелеса в Лиму и обратно с одним и тем же экипажем. Запасы пищи, воды для пассажиров и экипажа были сделаны в

Лос-Анджелесе. В набор продуктов входили напитки, фрукты, печенье, сладости, сыр и др. в порционной упаковке. Члены экипажа 07.02 употребляли только продукты и напитки из Лос-Анджелеса.

При опросе пассажиров выявлено, что некоторые из них питались в аэропорту Лимы. Все участники конференции завтракали 07.02 в ресторане аэропорта; в меню завтрака входили салат из сырых продуктов моря (морская капуста и мидии), горячее мясное блюдо, кофе, минеральная вода. Многие пассажиры покупали в буфетах аэропорта и употребляли самые разнообразные продукты, но общими для всех заболевших были блюда из тех же морских продуктов. Из числа пассажиров, завтракавших в ресторане, двое ели все, кроме салата; они не заболели.

Примечание: в январе 1991 г. холера появилась в Латинской Америке (в Перу) после более чем 100-летнего отсутствия. В 1991 г. очаги холеры в Перу возникали только на побережье и были связаны с добычей и употреблением морепродуктов. В течение 2 лет заболевание распространилось из Перу в Мексику, Эквадор, Боливию, Бразилию, Эль-Сальвадор, Никарагуа и другие страны.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. ФУНКЦИИ КОМАНДИРА АВИАЛАЙНЕРА И ЧЛЕНОВ ЭКИПАЖА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА БОРТУ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ИЛИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НЕЕ.
2. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ В АЭРОПОРТУ ПО ПРИБЫТИИ САМОЛЕТА С БОЛЬНЫМИ ХОЛЕРОЙ? ДАЙТЕ ОЦЕНКУ МЕРОПРИЯТИЯМ, ПРОВЕДЕННЫМ В АЭРОПОРТУ ЛОС-АНДЖЕЛЕСА.
3. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ВОЗНИКШЕГО ОЧАГА ХОЛЕРЫ?

5. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ВРЕМЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА ЗАВИСИТ ОТ:
 - 1) продолжительности заразного периода
 - 2) продолжительности заразного периода и срока инкубации
 - 3) продолжительности заразного периода, срока инкубации, госпитализации больного или лечения его на дому
 - 4) продолжительности заразного периода, срока инкубации, механизма передачи возбудителя
2. ГРАНИЦЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА ЗАВИСЯТ ОТ:
 - 1) пути распространения инфекции
 - 2) пути распространения инфекции и санитарной характеристики очага
 - 3) пути распространения инфекции, санитарной характеристики очага и активности источника инфекции
 - 4) пути распространения инфекции, санитарной характеристики очага, активности источника инфекции, срока инкубационного периода
3. ГРАНИЦЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА ВЛИЯЮТ НА:
 - 1) объем противоэпидемических мероприятий
 - 2) длительность проведения противоэпидемических мероприятий
 - 3) срочность проведения противоэпидемических мероприятий
4. ВРЕМЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА ВЛИЯЕТ НА:
 - 1) объем противоэпидемических мероприятий
 - 2) длительность проведения противоэпидемических мероприятий
 - 3) срочность проведения противоэпидемических мероприятий
5. К СРОЧНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:
 - 1) регистрация заболевания
 - 2) регистрация заболевания, госпитализация больного
 - 3) регистрация заболевания, госпитализация больного, заключительная дезинфекция

- 4) регистрация заболевания, госпитализация больного, заключительная дезинфекция, работа с контактными лицами
6. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ:
 - 1) выявление
 - 2) выявление и изоляция
 - 3) выявление, изоляция и санация
 - 4) выявление, изоляция, санация, специфическая профилактика
7. ФОРМА ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ:
 - 1) строго обязательная госпитализация
 - 2) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим показаниям
 - 3) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим или эпидемическим показаниям
 - 4) изоляция на дому
8. ФОРМА ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО ХОЛЕРОЙ:
 - 1) строго обязательная госпитализация
 - 2) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим показаниям
 - 3) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим или эпидемическим показаниям
 - 4) изоляция на дому
9. ФОРМА ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА ИЛИ МАРБУРГ:
 - 1) строго обязательная госпитализация
 - 2) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим показаниям
 - 3) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим или эпидемическим показаниям
 - 4) изоляция на дому
10. ФОРМА ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ДИАРЕЙНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:
 - 1) строго обязательная госпитализация
 - 2) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим показаниям

- 3) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим или эпидемическим показаниям
 - 4) изоляция на дому
11. ФОРМА ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО КОРЬЮ:
- 1) строго обязательная госпитализация
 - 2) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим показаниям
 - 3) изоляция на дому, госпитализация только по клиническим или эпидемическим показаниям
 - 4) изоляция на дому
12. ПРОВИЗОРНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО НАЗНАЧАЕТСЯ В СЛУЧАЯХ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОЙ ПРИРОДЫ В ТЕЧЕНИЕ:
- 1) 3 дней
 - 2) 5 дней
 - 3) 7 дней
13. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖИТ:
- 1) больной токсической формой дифтерии
 - 2) больной любой клинической формой дифтерии
 - 3) больной любой клинической и бессимптомной формами дифтерии
14. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ОЧАГЕ:
- 1) изъятие предполагаемого фактора передачи
 - 2) изъятие предполагаемого фактора передачи, дезинфекция
 - 3) дезинфекция и дератизация
15. В ОЧАГЕ СЫПНОГО ТИФА ПРОВОДИТСЯ:
- 1) дезинсекция
 - 2) дезинфекция
 - 3) дезинсекция и дезинфекция
16. В ОЧАГАХ КОНТАГИОЗНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ПУТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
- 1) дезинсекцию
 - 2) дезинфекцию

- 3) дезинсекцию и дезинфекцию
 - 4) дезинфекцию и использование защитной одежды
17. В ОЧАГАХ ХОЛЕРЫ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ:
- 1) в госпитале для контактных
 - 2) на дому с отстранением от работы, учебы, посещения детского учреждения
 - 3) на дому только для некоторых категорий лиц
 - 4) изоляция не применяется
18. В ОЧАГАХ ВГА В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ:
- 1) в госпитале для контактных
 - 2) на дому с отстранением от работы, учебы, посещения детского учреждения
 - 3) на дому только для некоторых категорий лиц
 - 4) изоляция не применяется
19. В ОЧАГАХ КОРИ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ:
- 1) в госпитале для контактных
 - 2) на дому с отстранением от работы, учебы, посещения детского учреждения
 - 3) на дому только для некоторых категорий лиц
 - 4) изоляция не применяется
20. В ОЧАГАХ ДИФТЕРИИ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ:
- 1) в госпитале для контактных
 - 2) на дому с отстранением от работы, учебы, посещения детского учреждения
 - 3) на дому только для некоторых категорий лиц
 - 4) изоляция не применяется
21. В ОЧАГАХ ОСТРЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ:
- 1) в госпитале для контактных
 - 2) на дому с отстранением от работы, учебы, посещения ДОО

- 3) на дому только для некоторых категорий лиц
 - 4) изоляция не применяется
22. В ОЧАГАХ КОРИ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРОВОДИТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ:
- 1) специфической сыворотки
 - 2) иммуноглобулина
 - 3) иммуноглобулина и живой вакцины
 - 4) живой вакцины и анатоксина
23. В ОЧАГАХ ДИФТЕРИИ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРОВОДИТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ:
- 1) иммуноглобулина
 - 2) специфической сыворотки
 - 3) анатоксина
 - 4) вакцины
24. В ОЧАГАХ БРЮШНОГО ТИФА В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРОВОДИТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ:
- 1) иммуноглобулина
 - 2) бактериофага
 - 3) полисахаридной вакцины
 - 4) анатоксина
25. В ОЧАГАХ ПОЛИОМИЕЛИТА В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРОВОДИТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ:
- 1) иммуноглобулина
 - 2) специфической сыворотки
 - 3) живой полиомиелитной вакцины
 - 4) инактивированной полиомиелитной вакцины
26. В ОЧАГАХ СКАРЛАТИНЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ СОПРИКАСАВШИХСЯ:
- 1) всех детей
 - 2) всех взрослых

- 3) взрослых, работающих в дошкольных детских учреждениях, первых классах школ, в хирургических и родильных отделениях, на молочных кухнях
27. В ОЧАГАХ КРАСНУХИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ СОПРИКАСАВШИХСЯ:
- 1) всех детей
 - 2) детей, не болевших краснухой и непривитых
 - 3) беременных
28. В ОЧАГАХ ВИРУСНОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ СОПРИКАСАВШИХСЯ:
- 1) всех детей
 - 2) всех взрослых
 - 3) взрослых отдельных профессий

14. Эталоны ответов

Номер задания	Правильный ответ	Номер задания	Правильный ответ
1	3	15	3
2	3	16	4
3	1	17	1
4	2	18	4
5	3	19	3
6	3	20	3
7	1	21	4
8	1	22	3
9	1	23	4
10	3	24	2, 3
11	3	25	4, 5
12	1	26	1, 2
13	3	27	1, 3
14	2	28	1, 2

Приложение 1

1-я городская больница
г.Иваново

Форма № 058/у
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
04.10.80 № 1030

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении,
необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
подтвержден лабораторно да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
5. Адрес: населенный пункт _____
дом № _____ кв. _____ (индивидуальная, коммунальная, общежитие -
вписать) _____
6. Наименование места работы (учебы, детского учреждения), группа, класс _____
- 6а. Кем направлен _____
- 6б. Диагноз _____
7. Дата заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____

последнего посещения детского учреждения школы _____
госпитализации _____

8. Место госпитализации _____
 9. Если отравление - указать, где оно произошло: чем отравлен пострадавший _____
 10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия дополнительные сведения _____
 11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____
Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____
 12. Дата и час отсылки извещения _____
Подпись пославшего извещение _____
- Регистрационный № _____ в журнале ф. 60 санэпидстанции _____

Подпись получившего извещение _____

Приложение 2

Группы противоэпидемических мероприятий по признаку направленности их действия на эпидемический процесс (Беляков В. Д., Яфаев Р. Х., 1989)

Направленность действия противоэпидемических мероприятий	Группы мероприятий
Источник инфекции	Клинико-диагностические, изоляционные, лечебные и режимно-ограничительные (обсервации, карантин)
Механизм передачи	Санитарно-ветеринарные и дератизационные Санитарно-гигиенические Дезинфекционные и дезинсекционные
Восприимчивость организма	Иммунопрофилактика и иммунокоррекция Экстренная профилактика

Приложение 3

Схемы применения антибактериальных препаратов для экстренной профилактики холеры

Препарат	Разовая доза, г	Количество доз в день	Средняя суточная доза, г	Продолжительность применения (дни)
Тетрациклин	0,5–0,3	2–3	1,0	4
Доксициклин	0,1	1–2	0,1	4
Левомецетин	0,5	4	2,0	4
Эритромицин	0,5	4	2,0	4
Ципрофлоксин	0,5	2	1,0	4
Фуразолидон	0,1	4	0,4	4

Подросткам и детям назначают: в возрасте 15–17 лет – 1 дозу взрослых; 8–14 лет – 1/2; 7 лет – 1/3; 5–6 лет – 1/4; 4 года – 1/6; 2–3 года – 1/8; 1 год и меньше – 1/12 дозы взрослых.

Приложение 4

Группы людей с высоким риском заражения HBV, подлежащие обязательному обследованию на HBsAg в крови методом ИФА

№ п/п	Группы людей	Период обследования
1	Доноры	При каждой кровоплазмодаче
2	Беременные	В I, III триместре беременности
3	Реципиенты крови и ее компонентов	При подозрении на заболевание ГВ и в течение 6 месяцев с момента последней трансфузии
4	Новорожденные у женщин, больных острым (в III триместре беременности) и хроническим ГВ, а также бессимптомной инфекцией («носительство» HBsAg)	При рождении, в возрасте 3, 6 и 12 месяцев и далее до 3-х лет 1 раз в год. Новорожденных, привитых против ГВ, обследуют после получения курса вакцинации (с определением анти-HBsAg, но не ранее, чем через месяц)
5	Персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно – по клиническим и эпидемиологическим показаниям
6	Персонал отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	Тот же
7	Персонал клинико-диагностических и биохимических лабораторий	Тот же
8	Персонал хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник (в том числе процедурных, прививочных), персонал станций и отделений СМП	Тот же

№ п/п	Группы людей	Период обследования
9	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении в стационар и далее по эпидемиологическим показаниям
10	Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования и далее по показаниям
11	Пациенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая дерматомикозы и чесотку	При взятии на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
12	Пациенты, поступившие в стационары для плановых оперативных вмешательств	Перед поступлением в стационар
13	Опекаемые и персонал закрытых детских учреждений (домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов и др.)	При поступлении и далее – не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
14	Контактные в очагах ГВ (острых и хронических форм и «носительства» вируса, маркируемых HBsAg)	При выявлении очага и далее – не реже 1 раза в год для очагов хронических инфекций

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Инфекционные болезни и эпидемиология / В. И. Покровский [и др.] – М., 2003. – 816 с.
2. Власов В. В. Эпидемиология. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 464 с.
3. Руководство к практическим занятиям по эпидемиологии инфекционных болезней : учебное пособие под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. – М., 2007.

Дополнительная:

1. Инфекционные болезни : нац. рук-во под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
2. Инструкция по организации и проведению противохолерных мероприятий. Особо опасные инфекции : сб. нормативно-методических матер. – М., 2002. – С. 49–52.
3. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины : рук-во к практ. занятиям под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 400 с.
4. Частная эпидемиология / под ред. Б. Л. Черкасского. В 2-х т. – М., 2002.
5. Черкасский Б. Л. Руководство по общей эпидемиологии. – М., 2001.
6. Ющук Н. Д., Мартынов Ю. В. Эпидемиология. – М., 2003.

Учебное издание

Федоровых Людмила Петровна
Орлова Светлана Николаевна
Шибачева Нина Николаевна
Копышева Елена Николаевна

**ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
В ОЧАГАХ ВАЖНЕЙШИХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Редактор С. Г. Мальгина

Формат 60x84 1/16.
Подписано в печать 16.05.2013.
Печ. л. 7,5. Усл.печ.л. 7,0.
Тираж 200 экз.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
153012, г. Иваново, проспект Ф. Энгельса, 8
Тел.: (4932) 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307
Тел. : 30-42-91, 30-43-07, 22-95-10