

150. Инженерно-техническое сопровождение работ с ПБА выполняют специалисты с высшим или средним специальным инженерно-техническим образованием, не имеющие медицинских противопоказаний к работе с опасным и вредными производственными факторами.

151. Допуск персонала, работающего в организации, к работе с ПБА, а также обслуживающего оборудования, используемого при работе с ПБА и (или) имеющих доступ на территорию, где используется ПБА, осуществляется на основании приказа руководителя организации, издаваемого один раз в два года

152. Допуск инженерно-технического персонала, не работающего в организации, в помещения, где проводится работа с ПБА, осуществляют по письменному разрешению руководителя организации, в сопровождении сотрудника организации, после прекращения работы в подразделении и проведения текущей дезинфекции. Цель посещения и время регистрируют в журнале.

153. Прикомандированных в организацию лиц допускают к работе с ПБА на общих основаниях в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил, по письменному разрешению руководителя данной организации, с предъявлением копии приказа о допуске к работе с ПБА по основному месту работы.

154. В период обучения слушателей курсов профессиональной переподготовки допускают к работе с ПБА отдельным приказом по организации.

155. При приеме на работу персонал проходит вводный инструктаж по биологической безопасности. Сотрудники, осуществляющие деятельность с ПБА или посещающие "заразную" зону, проходят периодические инструктажи по биологической безопасности.

156. Инструктаж сотрудников подразделений, а также прикомандированных лиц по вопросам биологической безопасности проводит заведующий подразделением с отметкой в журнале инструктажей или личной карточке сотрудника ([приложение 5 к Санитарным правилам](#)).

157. Внеплановые инструктажи с отметкой в журнале инструктажей или личной карточке инструктажей сотрудника проводят: при перерывах в работе более чем на 30 календарных дней; при введении в действие новых или переработанных стандартов, правил, инструкций по биологической безопасности, а также изменений к ним; при изменении технологического процесса, замене или модернизации оборудования, приспособлений и инструмента, исходного сырья, материалов и других факторов, влияющих на безопасность проведения работ с ПБА; при нарушении сотрудниками требований биологической безопасности, которые могут привести или привели к аварии; по требованию органов надзора.

158. Специалистов, выполняющих работы с ПБА, в отношении которых разработаны средства специфической профилактики, приведенные в календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям, вакцинируют против тех ПБА, работа с которыми входит в круг его профессиональных обязанностей. При выявлении у работающего специалиста медицинских противопоказаний,

допуск к работе осуществляют на основании личного заявления работника и отдельного приказа руководителя организации. К работе в аэрозольных лабораториях и с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителем лихорадки Ку, а также к работе с ПБА, в отношении которых не разработаны методы специфического лечения, эта категория сотрудников не допускается.

159. Оценку уровня специфического иммунитета до и после вакцинации (ревакцинации) проводят регламентированными методами. Решение о проведении ревакцинации принимается по результатам оценки специфического иммунитета.

160. Сотрудникам, осуществляющим деятельность с использованием ПБА I-II группы (кроме возбудителя холеры и ядов биологического происхождения) ежедневно в начале и в конце рабочего дня проводят термометрию с фиксацией результатов в журнале.

161. Каждый сотрудник обязан сообщать о выявленных нарушениях биологической безопасности руководителю подразделения.

162. Лаборатории (организации/подразделения), осуществляющие деятельность с использованием ПБА, размещают в отдельно стоящем здании. Допускается размещение в изолированной части здания (часть объема здания или сооружения, имеющая определенное назначение и ограниченная строительными конструкциями, имеющая отдельный вход, и не используемая для доступа в иное помещение, автономную систему приточно-вытяжной вентиляции). Лаборатория (организация/подразделение) должна иметь отдельный вход в "чистую" зону. На входной двери обозначают название (номер) и знак

"Биологическая опасность" (допускается использование международного знака "Биологическая опасность" красного или красно-оранжевого цвета на желтом фоне).

---

[ГОСТ 12.4.026-2015 "Система стандартов безопасности труда. Цвета сигнальные, знаки безопасности и разметка сигнальная. Назначение и правила применения. Общие технические требования и характеристики. Методы испытаний"](#), введенный в действие [приказом Госстандарта от 10.06.2016 N 614-ст](#), с [изменением N 1](#), введенным в действие [приказом Госстандарта от 29.01.2019 N 11-ст](#) (М.: Стандартинформ, 2016).

163. Не допускается размещение изолированных и максимально изолированных лабораторий, проводящих работы с ПБА I-II группы, в жилых и общественных зданиях.

164. Объемно-планировочные решения и размещение оборудования должны обеспечивать поточность движения ПБА, персонала, отходов и разделение помещений лаборатории на части подразделения, где не проводят работы с ПБА (далее - "чистая" зона) и части подразделения, где осуществляют манипуляции с ПБА и их хранение (далее - "заразная" зона). Направления потоков и размещение помещений "чистой" и "заразной" зоны отражаются на схеме, утвержденной руководителем подразделения.

165. Набор помещений и их оснащение оборудованием могут варьировать в зависимости от конкретных целей, задач и видов работ и исследований, выполняемых в подразделении.

166. Для безопасного проведения работ с ПБА площадь помещения должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям и правилам техники безопасности.

167. Подразделение обеспечивают холодным и горячим водоснабжением и канализацией, электроснабжением, средствами и оборудованием для сбора и удаления жидких отходов, средствами связи, средствами поддержания нормируемых параметров микроклимата.

168. На территории "заразной" зоны лаборатории 2 уровня биобезопасности и выше не допускается наличие системы водоснабжения, не защищенной техническими средствами для предотвращения обратного тока воды.

169. Помещения, где проводят работы с ПБА, должны иметь естественное и искусственное освещение в соответствии санитарно-эпидемиологическими требованиями, за исключением помещений, к которым предъявляют особые требования.

170. В помещениях необходимо предусмотреть защиту рабочих мест от попадания прямых солнечных лучей с использованием солнцезащитных средств и оборудования, обеспечивающих возможность проведения их дезинфекции.

171. Все вакуумные линии, линии сжатого воздуха и газов в "заразной" зоне производственных и экспериментальных помещений лаборатории 2 уровня биобезопасности и выше должны быть обеспечены фильтрами очистки воздуха (ФОВ), проверяемыми на защитную эффективность в соответствии с [приложением 4 к Санитарным правилам](#).

172. Помещения должны быть оборудованы пожарной сигнализацией и обеспечены средствами пожаротушения в соответствии с требованиями пожарной безопасности.

173. Помещения, где осуществляют работу с ПБА, оснащают средствами аварийной сигнализации.

174. Помещения "заразной" зоны, где проводится непосредственная работа с ПБА, оснащают оборудованием для дезинфекции воздуха и поверхностей.

175. Окна помещений "заразной" зоны должны быть плотно закрывающимися, без щелей, иметь запирающие устройства. Допускается заполнение оконных проемов стеклоблоками. Окна цокольного и первого этажей независимо от наличия охранной сигнализации должны быть оснащены техническими устройствами, препятствующими несанкционированному проникновению в помещения лаборатории, не нарушающими правил пожарной безопасности.

176. Двери помещений "заразной" зоны должны быть плотно закрывающимися, без щелей, иметь запирающее устройство. Двери в помещениях для работы с инфицированными животными оборудуют порогами не

менее 30 см, недоступными для проникновения грызунов.

177. Внутреннюю отделку помещений выполняют в соответствии с их функциональным назначением и гигиеническими нормативами. Поверхности пола, стен, потолка в помещениях "заразной" зоны должны быть гладкими, без щелей, устойчивыми к многократному действию моющих и дезинфицирующих средств.

178. Полы должны быть не скользкими, иметь гидроизоляцию. Во вновь строящихся или реконструируемых лабораториях сопряжение стен и полов выполняют герметично, с закруглением для обеспечения качественной уборки и дезинфекции. В существующих лабораториях допускается использование альтернативных способов выполнения сопряжения стен и потолков, не нарушающих требования СП и обеспечивающих отсутствие щелей.

179. Места ввода инженерных коммуникаций герметизируют. Помещения лабораторий должны быть непроницаемы для грызунов и насекомых.

180. В помещении "заразной" зоны не допускают устройство подпольных каналов. Подвесные потолки должны быть герметичными и обеспечены доступом в запотолочное пространство для дезинфекционной обработки.

181. Электрические розетки в помещениях "заразной" зоны должны быть с пылевлагозащитными крышками, светильники - герметичны.

182. В помещениях "заразной" зоны выступающие и проходящие трубы и приборы отопления располагают на расстоянии от стен, позволяющем проводить дезинфекционную обработку. Отопительные приборы должны иметь гладкую легко очищаемую поверхность, устойчивую к многократному действию моющих и дезинфицирующих средств.

183. Оборудование и лабораторная мебель (столы, стеллажи для содержания лабораторных животных, стулья и другие) должны иметь гладкую поверхность, без острых краев и шероховатостей, столы - без швов и трещин. Покрытие оборудования и мебели должно быть устойчивым к действию моющих и дезинфицирующих средств.

184. Помещения, где проводят работы с возбудителями протозойных инфекций и гельминтозов оборудуют вытяжным шкафом, подключенным к вытяжной системе вентиляции или БМБ II класса, с искусственным освещением, подводкой воды.

185. Приборы, испытательное оборудование и средства измерений, используемые в работе лаборатории, должны быть технически исправны, соответствовать законодательству о технических средствах измерений, должны быть аттестованы.

186. Планово-предупредительный ремонт лабораторного оборудования и инженерных систем обеспечения биологической безопасности подразделений осуществляют в соответствии с годовым графиком, утвержденным руководителем организации.

187. На оборудовании, используемом для хранения, культивирования и транспортирования ПБА, обозначают знак "Биологическая опасность" (допускается использование международного знака "Биологическая опасность" красного или красно-оранжевого цвета на желтом фоне).

188. Проверку эксплуатационных характеристик боксов микробиологической безопасности (БМБ), защитных боксированных устройств (ЗБУ) и систем приточно-вытяжной вентиляции (ПВВ) в соответствии с требованиями нормативных документов проводят специалисты учреждений, организаций, аккредитованных на этот вид деятельности в национальной системе аккредитации:

после монтажа и подготовки к использованию;

не реже одного раза в год;

после перемещения, замены фильтров или ремонта БМБ.

189. В лабораториях 1 уровня биобезопасности допускается проводить проверку систем ПВВ специалистами собственной эксплуатирующей организации, имеющих профильное профессиональное образование.

190. Защитная эффективность БМБ определяется на основании результатов проверки эксплуатационных характеристик. Защитная эффективность БМБ не подтверждается, если при проверке его эксплуатационных характеристик хотя бы один показатель имеет отклонение от значений следующих показателей:

1) перечень эксплуатационных характеристик БМБ I класса:

средняя скорость входящего потока - от 0,70 до 1,00 м/с;

защитная эффективность фильтра - соответствие методике контроля;

направление потоков - входящий вдоль всего сечения рабочего проёма;

2) перечень эксплуатационных характеристик БМБ II класса:

средняя скорость нисходящего потока - от 0,25 до 0,50 м/с;

однородность нисходящего потока -  $\pm 20\%$  от среднего значения;

средняя скорость входящего потока - не менее 0,40 м/с;

защитная эффективность фильтра - соответствие методике контроля;

направление потоков - входящий вдоль всего сечения рабочего проёма;

направление потоков - нисходящий по всему сечению камеры бокса;

3) перечень эксплуатационных характеристик БМБ III класса:

удельный расход входящего потока воздуха - не менее 0,05 м<sup>3</sup>/с на 1 м объема бокса;

средняя скорость входящего потока через перчаточный порт при одной снятой перчатке - не менее 0,70 м/с;

защитная эффективность фильтра - соответствие методике контроля;

разряжение в рабочей камере бокса - не менее 200 Па по отношению к помещению лаборатории.

191. Результаты проверки эксплуатационных характеристик и подтверждение/не подтверждение защитной эффективности должно быть зафиксировано в протоколе проверки защитной эффективности.

192. Подключаемые к вытяжной системе вентиляции ЗБУ должны проходить аттестацию, включающую в себя проверку защитной эффективности ФОВ, тестирование воздушных потоков и работоспособность основных систем устройства.

193. При наличии в подразделении (организации), осуществляющей деятельность с использованием ПБА, приточно-вытяжной вентиляции (ПВВ), требования к ней определяются уровнем биобезопасности.

194. Эксплуатацию систем приточно-вытяжной вентиляции осуществляют в соответствии с инструкцией, составленной с учетом требований настоящих санитарных правил. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы. Обслуживание механической ПВВ осуществляется ответственным лицом организации или другой специализированной организацией, привлекаемой к этому виду деятельности.

195. Один раз в год проводится проверка эффективности работы систем механической ПВВ и кондиционирования, при необходимости - текущие ремонты (с предварительной дезинфекцией), с отметкой в журнале.

196. Установка оконных кондиционеров в подразделениях не допускается.

197. В лабораториях (подразделениях) 1 и 2 уровня биобезопасности, осуществляющих деятельность с использованием ПБА III-IV групп, разрешена установка кондиционеров в боксах (микробиологических комнатах) при условии их выключения во время работы с ПБА. Очистку и дезинфекцию фильтрующей системы проводят один раз в три месяца.

198. В лабораториях (подразделениях) 3 и 4 уровня биобезопасности, осуществляющих деятельность с использованием ПБА I-II групп, установка оконных кондиционеров и сплит-систем на границе помещений "заразной" и "чистой" зоны не допускается.

199. Не допускается установка кондиционеров в помещениях для содержания зараженных лабораторных животных. Поддержание нормируемых параметров микроклимата в комнатах для содержания лабораторных животных обеспечивают

с помощью оборудования для подогрева (охлаждения) воздуха в составе установки на приточной вентиляции.

200. В одном помещении лаборатории (подразделения) допускается одновременное проведение работ:

с разными видами (штаммами) возбудителей инфекций, при этом биологическая безопасность обеспечивается в соответствии с максимальными требованиями, определяемыми особенностями используемых ПБА;

диагностических и экспериментальных исследований, при условии разделения этих работ во времени и проведения текущей дезинфекции после каждого цикла работ.

201. Не допускается одновременная работа в одном помещении лаборатории (подразделения) с диагностическим материалом, коллекционными культурами микроорганизмов и вакцинами.

202. Не допускается проведение экспериментальных работ с полирезистентными вирулентными штаммами, если в организации отсутствуют лекарственные препараты, к которым используемые штаммы чувствительны (не менее двух препаратов). Работу со штаммами I-II групп патогенности, устойчивыми ко всем видам антибактериальных препаратов, проводят в максимально изолированных лабораториях

203. Во время работы двери боксов и предбоксов, микробиологических комнат должны быть закрыты. Выход из боксированных помещений, микробиологических комнат до окончания манипуляций с ПБА не допускается.

666. Центры по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями в субъекте Российской Федерации (или иные уполномоченные специализированные медицинские организации) и территориальные органы Роспотребнадзора представляют сводный отчет по субъекту Российской Федерации.

667. При оценке резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам осуществляется анализ индикаторов раннего предупреждения появления резистентности ВИЧ к АРВ препаратам, анализ распространенности первичной резистентности к АРВ препаратам у пациентов на старте антиретровирусной терапии и анализ распространенности приобретенной резистентности у больных, получающих АРТ (в том числе у детей в возрасте до 18 месяцев).

668. Лаборатории, проводящие исследования на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам, предоставляют результаты исследований на лекарственную устойчивость ВИЧ во ФБУН "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Роспотребнадзора и ФГБУ Национальный исследовательский медицинский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России.

### **Профилактические мероприятия**

669. Профилактика ВИЧ-инфекции должна проводиться комплексно в отношении источников вируса, механизмов, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц из уязвимых групп населения.

670. Для профилактики заражения ВИЧ ребенка от матери (профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции) необходимо:

беременной провести консультирование и назначить антиретровирусные препараты с 14 недели беременности (в кратчайшие сроки, если СД4 менее 350 кл/мкл и (или) вирусная нагрузка более 100000);

назначить антиретровирусные препараты женщине в родах;

назначить антиретровирусные препараты ребенку. Выбор схемы антиретровирусной профилактики у ребенка должен определяется полнотой проведения и качеством химиопрофилактики у матери во время беременности, схема должна включать 1-3 антиретровирусных препарата;

обеспечить всех детей инфицированных ВИЧ матерей первого года жизни заменителями грудного молока с учетом суточных физиологических потребностей новорождённых в зависимости от их возраста.

671. Беременным, имеющим эпидемиологические показания (при отрицательном, сомнительном/неопределенном результате обследования на ВИЧ и наличии риска заражения ВИЧ в последние 12 недель) антиретровирусные препараты назначаются в родах. К эпидемиологическим показаниям относятся: наличие ВИЧ-инфицированного полового партнера или употребление психоактивных веществ.

672. Тестирование половых партнеров беременных женщин на антитела к ВИЧ проводится однократно при постановке беременной на учет и далее при необходимости.

673. В целях предотвращения контакта крови и других тканей матери и ребенка следует:

проводить родоразрешение при вирусной нагрузке у матери более 1000 копий РНК ВИЧ/мл плазмы, или, если она неизвестна, путем планового кесарева сечения: по достижении 38-й недели беременности, до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод. При естественных родах сократить безводный период до 4-6 часов;

информировать о необходимости замены грудного вскармливания новорожденного на искусственное и отказа от прикладывания к груди.

674. С целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей проводится:

комплекс мероприятий по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ.



учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм персоналом МО, других организаций, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые. В случае выявления факта заболевания, возникшего во взаимосвязи с аварийной ситуацией, а также аварийной ситуации, в результате которой были получены увечья, телесные повреждения, повлекшие за собой необходимость перевода пострадавшего на другую работу, временную или стойкую утрату им трудоспособности либо смерть, составляются акт о случае профессионального заболевания и акт о несчастном случае на производстве. При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией.

675. При аварийной ситуации медицинскому работнику необходимо осуществлять следующие мероприятия:

в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;

при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть);

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

при наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией незамедлительно начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

676. Необходимо незамедлительно после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контактировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего лица проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца крови для стандартного тестирования на ВИЧ в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1, 2 и антиген p24. Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица, передают для хранения в течение 12 месяцев в центр СПИД субъекта Российской Федерации.

Пострадавшего и лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний, провести консультирование относительно менее рискованного поведения. Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию. Если

пострадавшая - женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить, не кормит ли она грудью ребенка. При отсутствии уточняющих данных постконтактную профилактику начинают незамедлительно, при появлении дополнительной информации схема корректируется.

677. Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами прием антиретровирусных препаратов, который должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов согласно схемам профилактики (3-мя и более антиретровирусными препаратами в течение 4 недель).

678. При наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.

679. Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций ([приложение 14 к Санитарным правилам](#)).

680. С целью устранения причин аварийной ситуации, а также подтверждения связи инфекционного заболевания с исполнением служебных обязанностей работником медицинской организации следует организовать работу по эпидемиологическому расследованию аварийной ситуации.

681. Все медицинские организации должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресс-тестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам. Запас антиретровирусных препаратов должен храниться в любой медицинской организации по выбору органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, но с таким расчетом, чтобы обследование и прием антиретровирусных препаратов могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации. В уполномоченной медицинской организации должны быть определены специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, и место их хранения с обеспечением круглосуточного доступа.

682. Для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем химиопрофилактики ВИЧ-инфекции пострадавшие в день обращения должны быть направлены в Центр СПИД (либо к уполномоченному инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства).

683. Срок диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ составляет 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после) аварийной ситуации, в дальнейшем через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

684. Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ-инфекции.

685. По истечении года при отрицательных результатах лабораторных исследований пострадавший снимается с диспансерного наблюдения. В случае получения положительного результата проводится расследование обстоятельств и причин возникновения у работника профессионального заболевания.

### **Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных**

686. Центрами по профилактике и борьбе со СПИД или иными уполномоченными медицинскими организациями совместно с противотуберкулёзными учреждениями обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулёза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц.

687. Химиопрофилактика туберкулёза проводится ВИЧ-инфицированным лицам по клинико-эпидемиологическим показаниям при исключении активного туберкулёза.

688. Показания для проведения химиопрофилактики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией:

1) наличие иммунодефицита (уровень CD4+лимфоцитов менее 350 клеток/мкл);

2) принадлежность к группам высокого риска развития туберкулёза вне зависимости от выраженности иммунодефицита и реакции на кожные пробы. Группы больных ВИЧ-инфекцией, имеющих высокий риск развития туберкулёза:

лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулёзной инфекции, в том числе лица из очагов смерти от туберкулёза, включая детей;

лица, освобожденные из мест лишения свободы в течение 2 лет после освобождения (если они не получали химиопрофилактику ранее);

лица, содержащиеся под стражей или отбывающие наказание в виде лишения свободы.

689. Противопоказания к проведению химиопрофилактики туберкулёза:

1) наличие признаков активного туберкулёза;

2) хронические заболевания печени в стадии декомпенсированного цирроза (класс В и С по шкале Чайлд-Пью);

3) хроническая болезнь почек 4-5 стадии.

### **Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции**

690. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о ВИЧ-инфекции, мерах неспецифической профилактики ВИЧ-инфекции, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших лиц, необходимостью взятия их на диспансерный учет и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, современных информационных и

телекоммуникационных технологий, живых журналов, включая социальные сети, СМС-оповещения, проведением индивидуальной работы, направленной на формирование поведения, менее опасного в отношении заражения ВИЧ.

691. Обучение населения должно включать освещение всех подходов безопасного и менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией: безопасности сексуального поведения, безопасности парентеральных вмешательств, профессиональной безопасности.

692. Профилактическую работу среди населения проводят органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы и учреждения здравоохранения, работодатели, неправительственные и другие организации под методическим руководством центра СПИД.

693. МО, независимо от ведомственного подчинения, должны иметь в доступном для больных и посетителей месте наглядную агитацию по предупреждению заражения ВИЧ, предупреждению потребления наркотиков, информацию о деятельности медицинских и общественных организаций, оказывающих помощь инфицированным ВИЧ людям, употребляющим психоактивные вещества, лицам, оказывающим сексуальные услуги за плату, жертвам насилия, и номера телефонов доверия.

694. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди работающего населения, в том числе при проведении гигиенического обучения декретированных контингентов, а также среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ.

## **VII. Профилактика вирусных гепатитов В и С**

695. Вирусный гепатит В (далее - ГВ) и вирусный гепатит С (далее - ГС) представляют собой инфекционные болезни человека вирусной этиологии с преимущественным поражением печени с возможным исходом в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) у лиц с хронической формой инфекции.

696. Окончательный диагноз острого и хронического ГВ и ГС устанавливается при комплексном учете эпидемиологических, клинических, биохимических, иммунохимических и молекулярно-биологических данных.

Больные ОГВ или ХГВ могут быть инфицированы вирусом гепатита *D*.

Перенесенный ГВ оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

697. Возбудителем ГВ является ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Нepadnaviridae*, роду *Orthohepadnavirus*. Выделяются 10 генотипов (от А до J) вируса гепатита В (далее - ВГВ), их распределение варьирует по географическим и этническим зонам.

698. ВГВ характеризуется высокой контагиозностью и устойчивостью к действию факторов окружающей среды. В цельной крови и ее препаратах ВГВ сохраняется годами, при комнатной температуре остается контагиозным на предметах окружающей среды в течение одной недели. ВГВ чувствителен к

воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств, инактивируется при кипячении в течение 30 мин.

699. Возбудителем гепатита С является РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Flaviviridae, роду Heparivirus и характеризующийся высокой генетической вариабельностью. В настоящее время выделяются 6 генотипов и более 90 субтипов вируса гепатита С (далее - ВГС). Вариабельность генома ВГС обуславливает изменения в строении антигенных детерминант, которые определяют выработку специфических антител, что препятствует элиминации вируса из организма и созданию эффективной вакцины против ГС.

700. ВГС обладает сравнительно невысокой устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды. Полная инаktivация вируса наступает через 30 минут при температуре 60°C и через 2 минуты при температуре 100°C. Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению, воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств.

701. Основными источниками ГВ являются больные хроническими формами инфекции, заражение ВГВ от больных в острой стадии имеет место лишь в 4-6% случаях.

При ГС основное эпидемиологическое значение имеют не выявленные лица с бессимптомным течением острой или хронической формы инфекции.

702. Инкубационный период (период от момента заражения до выработки антител или появления клинической симптоматики) при ГВ в среднем составляет от 45 до 180 календарных дней, при ГС - колеблется от 14 до 180 календарных дней, чаще составляя 6-8 недель.

703. Основными факторами передачи ВГВ являются кровь и другие биологические жидкости организма (сперма, вагинальное отделяемое, слюна), основным фактором передачи ВГС является кровь или ее компоненты, в меньшей степени - другие биологические жидкости человека (сперма, вагинальный секрет, слезная жидкость, слюна и другие).

704. ВГВ и ВС могут передаваться как естественными, так и искусственными путями.

705. Ведущее эпидемиологическое значение, в первую очередь при ГС, имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских и медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения.

706. Инфицирование ВГВ и ВГС при немедицинских манипуляциях, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек происходит с использованием контаминированных ВГВ и ВГС инструментов в том числе при инъекционном введении наркотических средств, проведении косметических процедур.

707. Инфицирование ВГВ и ВГС возможно в МО при медицинских манипуляциях: переливании крови или ее компонентов, пересадке органов или

тканей и процедуре гемодиализа (высокий риск), через медицинские инструменты для парентеральных вмешательств и другие медицинские изделия, контаминированные ВГВ и ВГС. Инфицирование ВГВ и ВГС возможно также при эндоскопических манипуляциях и других диагностических и лечебных процедурах, в ходе проведения которых существует риск нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек.

708. Реализация естественных путей передачи ВГВ и ВГС осуществляется при проникновении возбудителя через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки. Половой путь передачи реализуется при гетеро- и гомосексуальных половых контактах. Риск заражения ГС среди постоянных гетеросексуальных партнеров, один из которых болен ХГС, составляет 1,5% (при отсутствии других факторов риска).

709. Передача ВГВ и ВГС от инфицированной матери ребенку возможна во время беременности и родов. Наибольший риск перинатального инфицирования ребенка (пре-, интра-, постнатальное) наблюдается в случае заболевания ОГВ во время беременности или при ХГВ, когда в сыворотке (плазме) крови обнаруживается HBeAg.

Инфицирование ВГВ в большинстве случаев происходит при прохождении родовых путей матери (интранатально).

Риск инфицирования новорожденного ВГС в среднем составляет 1-5% и значительно возрастает при высоких концентрациях ВГС в сыворотке крови матери, а также при наличии у нее ВИЧ-инфекции. Случаев передачи ВГС от матери ребенку при грудном вскармливании не выявлено.

ВИЧ-инфицированным детям.

819. Постановка пробы Манту осуществляется средними медицинскими работниками, прошедшими обучение в противотуберкулёзных медицинских организациях и имеющими справку-допуск.

Оценка результатов проводится врачом или средним медицинским работником, прошедшим специальную подготовку в медицинской противотуберкулезной организации.

Результаты кожной пробы на туберкулез оцениваются в соответствии с инструкцией к препарату.

Средние медицинские работники, осуществляющие постановку пробы Манту, проходят специальную подготовку в медицинских противотуберкулезных организациях не реже 1 раза в 2 года.

820. Не допускается проведение пробы Манту, других кожных проб на туберкулез, на дому, а также в организациях воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, в период карантина по инфекционным заболеваниям.

821. Постановка пробы Манту проводится до профилактических прививок. В случае, если пробу Манту проводят после проведения профилактической прививки, то интервал между профилактической прививкой и пробой Манту

должен быть не менее одного месяца. В день постановки туберкулиновых проб проводится медицинский осмотр детей.

822. В течение 6 календарных дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию медицинскую противотуберкулезную организацию следующие категории детей:

с впервые выявленной положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулёза;

с повторной положительной реакцией (с инфильтратом 12 мм и более);

с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулиноположительных детей - увеличение инфильтрата на 6 мм и более;

увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;

с гиперреакцией на туберкулин - инфильтрат 17 мм и более;

при везикуло-некротической реакции или лимфангите.

823. Дети, направленные на консультацию в медицинскую противотуберкулезную организацию, родители или законные представители которых не представили в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулёзом, не допускаются в дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации.

Дети, которым не проводилась туберкулинодиагностика, допускаются в дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации, организации отдыха детей и их оздоровления, а также госпитализируются в плановом порядке в медицинские организации при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии у ребенка заболевания туберкулёзом.

824. Планирование, организация, своевременный и полный учет проведенных кожных проб на туберкулез (проводимых с целью раннего выявления туберкулёза или иммунизации против туберкулёза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими противотуберкулёзными организациями по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дополнительное обследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, обеспечивается руководителями медицинских организаций, имеющих прикрепленное население.

### **Организация раннего выявления туберкулёза у детей в возрасте от 15 до 18 лет**

825. В целях раннего выявления туберкулёза у детей от 15 до 18 лет проводятся:

плановая ежегодная туберкулинодиагностика;

периодические флюорографические обследования.

826. Пробу Манту проводят 1 раз в год всем детям в возрасте от 15 до 18 лет, независимо от результата предыдущих проб. Пробу Манту проводят 2 раз в год подросткам:

больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сахарным диабетом;

получающим кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию, генноинженерные иммунобиологические препараты;

из числа мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев;

проживающим в организациях социального обслуживания.

Ежегодный охват профилактическими обследованиями на туберкулез детей в возрасте с 15 до 18 лет должен составлять не менее 95% лиц, относящихся к данной возрастной группе.

827. Руководителями медицинских организаций, осуществляющих профилактические медицинские осмотры населения в целях раннего выявления туберкулёза, обеспечивается ежеквартальный анализ работы специалистов по активному выявлению и профилактике туберкулёза среди детей в возрасте от 15 до 18 лет и корректировка планов проведения обследований.

828. В день постановки туберкулиновых проб детям в возрасте от 15 до 18 лет должен проводиться их медицинский осмотр.

829. Детям в возрасте от 15 до 18 лет, посещающим организации, осуществляющие образовательную деятельность, в том числе по программам среднего профессионального и высшего образования, имеющие медицинский кабинет, туберкулинодиагностика проводится медицинскими работниками данной организации, имеющими справку-допуск, а при их отсутствии - медицинскими работниками, имеющими справку-допуск, медицинской организации, на территории, обслуживания которой располагается организация, осуществляющая образовательную деятельность.

830. Детям в возрасте от 15 до 18 лет, не работающим и не посещающим организации, осуществляющие образовательную деятельность, проба Манту ставится в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

831. В течение 6 календарных дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию к фтизиатру в медицинскую противотуберкулезную организацию для дообследования в целях выявления туберкулеза следующие категории детей в возрасте от 15 до 18 лет:

с впервые обнаруженной положительной реакцией на туберкулин (инфильтрат 5 мм и более);



с гиперреакцией на туберкулин (инфильтрат 17 мм и более или меньших размеров, но везикуло-некротического характера или наличием лимфангоита);

с нарастанием чувствительности к туберкулину - увеличение инфильтрата на 6 мм и более;

с постепенным нарастанием чувствительности к туберкулину по годам до 12 мм и более.

Результаты пробы Манту, других кожных проб на туберкулез оцениваются в соответствии с инструкциями к применяемым препаратам врачом или средним медицинским работником, прошедшим специальную подготовку в медицинской противотуберкулезной организации и получившим справку-допуск.

832. Дети в возрасте от 15 до 18 лет, направленные на консультацию в медицинскую противотуберкулезную организацию и не представившие руководителю организации в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту (или другого профилактического обследования на туберкулез) заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулёзом, не допускаются к посещению организации, осуществляющей образовательную деятельность (к работе).

833. Профилактическое рентгенологическое флюорографическое исследование органов грудной клетки (легких) детей в возрасте от 15 до 18 лет осуществляется в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту нахождения организации, осуществляющей образовательную деятельность или в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

834. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр проводится детям в возрасте 15 и 17 лет. При отсутствии у ребенка в возрасте 16 лет данных о прохождении флюорографического обследования, указанное обследование проводится во внеочередном порядке.

835. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр детей в возрасте от 15 до 18 лет проводится 1 раз в год:

при регистрации заболеваемости туберкулёзом на территории муниципального образования, субъекта Российской Федерации 40 и более случаев на 100 тысяч населения в год;

проживающим в социально неблагополучных семьях и семьях иностранных граждан, прибывших из неблагополучных по туберкулёзу стран.

836. Детям в возрасте от 15 до 18 лет, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, онкогематологическими заболеваниями, с ювенильным ревматоидным артритом, сахарным диабетом, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, профилактический медицинский осмотр проводится 2 раза в год с целью выявления туберкулёза (чередую туберкулинодиагностику и флюорографическое обследование).

837. Детям в возрасте от 15 до 18 лет, состоящим на диспансерном учете в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения; по профилю "психиатрия-наркология", а также ВИЧ-инфицированным, флюорографическое обследование проводится 2 раза в год.

838. В течение 3 календарных дней с момента выявления патологии по результатам флюорографического обследования подросток направляется в медицинскую противотуберкулёзную организацию для проведения обследования в целях подтверждения/исключения заболевания туберкулезом.

839. Дети в возрасте от 15 до 18 лет с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулёзом (бронхолегочные заболевания затяжного течения, экссудативный плеврит, подострый и хронический лимфаденит, узловатая эритема, хронические заболевания мочевыводящих путей, глаз, уха, кожи и подкожной клетчатки, гнойно-воспалительные заболевания костной системы), направляются на консультацию к фтизиатру.

### **Регистрация и учет случаев туберкулеза**

840. Учету и регистрации при ведении федерального государственного статистического наблюдения подлежат:

1) граждане Российской Федерации:

лица, больные активной формой туберкулёза;

лица, нуждающиеся в уточнении активности туберкулёзного процесса или в дифференциальной диагностике туберкулёза;

лица с неактивной формой туберкулёза в течение первых 3 лет со дня клинического излечения;

лица, находящиеся в контакте с больными туберкулёзом людьми;

специалисты в области ветеринарии; работники хозяйств, неблагополучных по заболеваемости туберкулёзом животных; другие категории населения, имеющие контакт с больными туберкулёзом животными;

дети, впервые инфицированные микобактериями туберкулёза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;

дети с измененными результатами иммунодиагностики туберкулезной инфекции;

дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулёзной вакцины;

лица, больные активной формой туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;

лица в течение 3 лет со дня клинического излечения от туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

2) иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулёза впервые.

841. При выявлении осложнения (подозрения на осложнение) после введения противотуберкулёзной вакцины, медицинской организацией направляется медицинская документация (чрезвычайное донесение о побочных проявлениях после иммунизации (ПППИ), извещение о нежелательной реакции ПППИ и акт расследования ПППИ) в Роспотребнадзор, Росздравнадзор и ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний".

842. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных от туберкулёза, а также случаи смерти больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции.

843. На каждый очаг туберкулёза специалистами медицинских противотуберкулёзных организаций и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулёза в двух экземплярах. Один экземпляр должен находиться в территориальной медицинской организации по профилю "фтизиатрия", второй - в территориальном органе (или организации), осуществляющем федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для оформления результатов динамического наблюдения за очагом.

844. Контроль за достоверностью диагноза туберкулёза у впервые выявленного больного и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляется противотуберкулёзным диспансером органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

845. Сверка данных о случаях заболевания туберкулезом, туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и смерти от туберкулеза проводится территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и территориальными медицинскими противотуберкулёзными организациями ежемесячно.

### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза**

846. Эпидемиологическое обследование очага туберкулёза с установленным у больного выделением микобактерий туберкулёза и (или) фазы распада туберкулёзного процесса проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами территориальных медицинских организаций по профилю "фтизиатрия" в течение 3 календарных дней с момента получения экстренного извещения.

847. Для выявления возможных источников распространения туберкулёзной инфекции устанавливаются лица, контактировавшие с заболевшим в семье, квартире, доме, уточняется место фактического проживания и возможность проживания заболевшего по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулёзом, в том числе, по совместительству, род деятельности больного.

848. С целью разработки комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при обследовании очага оценивается степень его эпидемиологической опасности (риск заражения для находящихся в нем людей), условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулёзом, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, больных ВИЧ-инфекцией.

849. Принадлежность очага туберкулёза к той или иной группе риска заражения определяется участковым врачом-фтизиатром при участии эпидемиолога.

850. Перевод очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания, осуществляется участковым врачом-фтизиатром при участии эпидемиолога.

851. По результатам обследования заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулёза.

852. Медицинские организации, граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют обмен информацией о выявленных больных туберкулёзом и лицах, находящихся в контакте с больным.

853. В очагах туберкулёза с целью его ранней локализации и предупреждения распространения заболевания специалистами медицинских организаций по профилю "фтизиатрия" (отделений, кабинетов) проводятся санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного;

разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

изоляция и лечение больного туберкулёзом;

изоляция из очага детей (в том числе изоляция новорожденных от бактериовыделителей на период формирования поствакцинного иммунитета не менее чем на 2 месяца), подростков, беременных женщин (в случае если больной туберкулёзом не госпитализирован), с указанием в карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулёза;

проведение контролируемой химиотерапии или превентивного лечения контактными лицами, динамическое обследование контактных лиц (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих клинических анализов);

организация заключительной дезинфекции, текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;

контроль текущей дезинфекции в очаге (1 раз в квартал);

первичное обследование лиц, контактировавших с больным, в течение 14 календарных дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами;

обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

определение условий, при которых очаг туберкулёза может быть снят с эпидемиологического учета;

заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага туберкулёза и весь комплекс проводимых в очаге мероприятий с указанием сроков их проведения.

854. Руководителями медицинских организаций по профилю "фтизиатрия" организуется в ежемесячном режиме контроль правильности, полноты и своевременности ведения карт, отражающих характеристику очагов туберкулёза, и выполнения комплекса проводимых в очаге туберкулёза санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

855. Кратность обследования очагов туберкулёза специалистами медицинской организации по профилю "фтизиатрия" (отделений, кабинетов) совместно со специалистами-эпидемиологами при динамическом наблюдении составляет:

для очагов 1 группы - 4 раза в год;

для очагов 2 группы - 2 раза в год;

для очагов 3 группы - 1 раз в год.

В населенных пунктах, отдаленных от медицинской организации по профилю "фтизиатрия", санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия выполняются специалистами участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической помощи врача-фтизиатра диспансера и специалиста органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

856. В очагах туберкулёза с целью ранней локализации очага и предупреждения распространения заболевания специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-

противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

определение границ эпидемического очага при первичном его обследовании, оценку регулярности и результатов профилактических флюорографических осмотров контактных лиц;

разработка совместно с врачом-фтизиатром плана оздоровления очага;

ведение необходимой учетной и отчетной документации;

оказание помощи врачу-фтизиатру в организации противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий в очаге;

динамический контроль за своевременностью, качеством и полнотой проведения в очаге комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренных планом оздоровления очага, включая дезинфекционные, при необходимости - внесение дополнений и изменений в план оздоровления очага, в том числе при изменении группы диспансерного учета больного и группы эпидемиологической опасности очага;

эпидемиологический анализ ситуации по туберкулёзной инфекции на территории по месту возникновения очага, оценку эффективности работы в очагах туберкулёзной инфекции, разработку предложений по совершенствованию работы с целью предупреждения распространения туберкулёза на территории по месту возникновения очага.

857. При регистрации заболевания туберкулёзом у сельских жителей обследование очага и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляются во взаимодействии с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

858. Лица, больные туберкулезом, в целях предупреждения распространения туберкулезной инфекции, обязаны:

проходить лечение и соблюдать режим лечения в соответствии с назначениями врача медицинской противотуберкулезной организации;

соблюдать правила личной гигиены и предписания врача-фтизиатра в целях профилактики распространения туберкулезной инфекции (минимизации рисков по распространению туберкулезной инфекции), в том числе в части мероприятий, предусмотренных Санитарными правилами;

находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с [Порядком диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза](#) (далее - Порядок);

---

Утвержден [приказом Минздрава России от 13.03.2019 N 127н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом,](#)

[лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н"](#) (зарегистрирован Минюстом России 19.06.2019, регистрационный номер 54975).

не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и законодательством в области предупреждения распространения туберкулеза .

---

[Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 26, ст.2581; 2018, N 32, ст.5107).

859. Новорожденный, родившийся от матери, больной активной формой туберкулёза с бактериовыделением, с согласия матери изолируется от нее на срок не менее 2-х месяцев после вакцинации ребенка против туберкулёза.

860. Лица с ВИЧ-инфекцией должны изолироваться от больных активным туберкулёзом.

861. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза, лица с подозрением на туберкулез обязаны:

проходить по назначению врача медицинской противотуберкулезной организации медицинское обследование в целях выявления туберкулеза и выполнять профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов;

находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за лицами, находящимися под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;

выполнять назначения врача-фтизиатра, в том числе по соблюдению правил личной гигиены, проведению текущей дезинфекции в очаге;

не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

862. Перевозка граждан с активной формой туберкулёза осуществляется в условиях, исключающих инфицирование других лиц. Условия организации безопасных условий проезда определяются врачом-фтизиатром.

863. Медицинской службой учреждений исполнения наказаний представляется информация в органы исполнительной власти соответствующих субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан о больных туберкулёзом лицах, освободившихся из учреждений исполнения наказаний, при убытии их на постоянное место жительства с целью постановки на учет, лечения и профилактики заболеваний туберкулёзом среди контактных лиц.

### **Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулёза**

864. В очагах туберкулёза проводится текущая и заключительная дезинфекция.

865. Текущая дезинфекция в очаге туберкулёза осуществляется с момента выявления лица, проживающего в очаге. Организация текущей дезинфекции и обучение навыкам ее проведения в очаге осуществляются сотрудниками медицинской организации по профилю "фтизиатрия" и организациями, осуществляющими деятельность по профилю "дезинфектология".

Дезинфекции подвергается белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки), столовая посуда и приборы, емкости для сбора мокроты, ветошь, используемая в контейнерах для транспортировки емкостей для сбора мокроты, санитарно-техническое оборудование, воздух и поверхности в помещениях, мебель, предметы ухода за больным. Применяются методы и средства дезинфекции, эффективные в отношении микобактерий туберкулёза.

866. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулёза осуществляется специализированными организациями, осуществляющими деятельность по профилю "дезинфектология", имеющими лицензию на медицинскую деятельность, не позднее 24 часов с момента получения заявки во всех случаях выбытия больного из домашнего очага (в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного).

Внеочередная заключительная дезинфекция в очагах туберкулёза проводится перед возвращением родильниц из родильного дома, перед сносом домов, где проживали больные туберкулёзом, в случае смерти больного от туберкулёза на дому (в том числе и когда умерший не состоял на учете в медицинской организации по профилю "фтизиатрия").

867. Проведение заключительной дезинфекции в очагах туберкулёза силами специализированных организаций осуществляется не реже 1 раза в год:

в местах проживания больных открытыми (заразными) формами туберкулёза;

в случае проживания в очаге детей;

в коммунальных квартирах, общежитиях, казармах, тюрьмах;

при наличии в очаге лиц, страдающих наркоманией, алкоголизмом, психическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированных.

868. Заключительная дезинфекция организациями, осуществляющими деятельность по профилю "дезинфектология", имеющими лицензию на



медицинскую деятельность, проводится:

в организациях воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, в организованных воинских коллективах, медицинских организациях неспециализированных по профилю "фтизиатрия", стационарных учреждениях социального обеспечения - в случае выявления больного активной формой туберкулёза;

по месту работы больного с установленным выделением микобактерий туберкулёза и в стадии распада без выделения микобактерий туберкулёза.

869. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза проводится организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность.

870. При проведении заключительной дезинфекции в очаге туберкулёза проводится камерная дезинфекция вещей и постельных принадлежностей. Перед проведением заключительной дезинфекции, если в очаге есть насекомые, проводятся дезинсекционные мероприятия.

871. Органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится лабораторный контроль качества дезинфекционных мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции.

872. Транспортное средство после перевозки пассажира, больного заразной формой туберкулёза, подлежит санитарной обработке с применением дезинфицирующих средств, обладающих туберкулоцидной активностью.

873. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза, лица с подозрением на туберкулез обязаны:

проходить по назначению врача медицинской противотуберкулезной организации медицинское обследование в целях выявления туберкулеза и выполнять профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов;

находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с [Порядком](#);

выполнять предписания врача-фтизиатра;

не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

### **Мероприятия в медицинских организациях**

874. При проектировании или реконструкции зданий и помещений медицинских противотуберкулезных организаций в целях обеспечения биологической безопасности, способствующей снижению содержания в воздухе аэрозоля возбудителя туберкулеза должны быть предусмотрены отдельные системы вентиляции в палатах больных, кабинетах сотрудников и

бактериологических лабораториях, преобладание вытяжки над притоком, вытяжные вентиляционные системы должны быть оборудованы устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

875. Медицинские противотуберкулезные организации оснащаются медицинским оборудованием, обеспечивающим снижение риска распространения туберкулёзной инфекции при работе с инфекционным материалом, в том числе ламинарными шкафами, утилизаторами медицинских отходов, кабинами для сбора мокроты.

876. В медицинских противотуберкулёзных организациях обеспечивается разделение потоков больных (впервые выявленные больные активным туберкулезом, больные с хроническими формами туберкулёза, больные активным туберкулезом, устойчивым к противотуберкулёзным препаратам, больные туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией), раздельное питание этих групп больных.

877. Заключительная дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится специализированными организациями, осуществляющими деятельность по профилю "дезинфектология", с последующим косметическим ремонтом.

Заключительную дезинфекцию в медицинских противотуберкулезных организациях проводят не менее 1 раза в год, а также перед сносом или перепрофилированием здания.

Текущая дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится персоналом этих учреждений.

878. Отходы медицинских противотуберкулезных организаций, относящиеся к медицинским отходам класс Б и В, обеззараживаются и удаляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

879. Пациенты во время нахождения на лечении в медицинских противотуберкулезных организациях обязаны соблюдать режим и правила поведения и личной гигиены для пациентов таких организаций, выполнять назначения и не препятствовать проведению обследования и лечения. Пациенты с бактериовыделением при выходе из палат должны надевать индивидуальные средства защиты органов дыхания, медицинские маски, препятствующие попаданию возбудителей туберкулёза в окружающую среду.

880. Сотрудники медицинских противотуберкулёзных организаций должны использовать при работе с пациентами специальную рабочую и защитную одежду, средства индивидуальной защиты, в том числе сертифицированные респираторы класса защиты FFP 2 и FFP 3, а также должны быть обеспечены необходимыми санитарно-бытовыми помещениями, в том числе душевыми.

881. Не допускается стирка специальной одежды работников медицинских противотуберкулезных организаций на дому.

882. Больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на заболевание туберкулёзом медицинская помощь должна оказываться амбулаторно в кабинетах

противотуберкулёзной помощи для больных ВИЧ-инфекцией медицинских организаций, в условиях стационара - в боксированных отделениях инфекционного стационара или в специализированных отделениях для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией медицинских противотуберкулезных организаций.

883. Руководителями медицинских организаций осуществляется:

проведение мероприятий по профилактике возникновения и распространения внутрибольничных случаев туберкулёза;

проведение противоэпидемических (профилактических) мероприятий при регистрации случая туберкулёза в медицинской организации;

организация своевременного проведения плановых и периодических медицинских осмотров сотрудников на туберкулез.

884. Пациенты во время нахождения на лечении в медицинских противотуберкулезных организациях обязаны соблюдать режим, установленный в данной организации, выполнять назначения и не препятствовать проведению обследования и лечения.

### **Профилактические мероприятия**

от больных людей или с подозрением на заболевание в зависимости от формы заболевания - материал кожных аффектов (содержимое везикул, отделяемое карбункула, язвы, струпья), мокрота, промывные воды бронхов, спинномозговая жидкость, моча, мазок со слизистой оболочки ротоглотки, мазок из полости носа, рвотные массы, промывные воды желудка, испражнения, экссудаты; кровь отбирают при всех формах сибирской язвы;

аутопсийный материал от человека: кровь, экссудаты, кусочки органов (селезенка, печень, лимфоузлы);

материал от животных, больных или подозрительных на заражение: кровь, толстые мазки крови, истечения из носовой полости, образцы фекалий;

трупный материал от животных без признаков разложения и не подвергавшихся антибактериальной терапии: ухо, толстые мазки крови из периферических сосудов, кусочки органов (селезенка, печень, измененные части ткани, лимфатические узлы), костный мозг, отечная соединительная ткань, истечения из естественных отверстий;

трупный материал от животных с признаками гнилостного разложения: ухо, трубчатая кость;

кровососущие членистоногие (слепни, москиты, мухи-жигалки, клещи, блохи);

продовольственное, лекарственное, эндокринное, ферментное, специальное сырье и продукция животного происхождения;

объекты окружающей среды - почва, трава, фураж, подстилка, вода и иные.

1026. Отбор материала от больного (подозрительного на заболевание) человека проводят как до начала специфического лечения, так и в течение всего периода клинических проявлений. Материал отбирают медицинские работники стационара, в который госпитализирован больной, отбор материала от больного осуществляют два медицинских работника стационара, один из которых должен быть врач-инфекционист или врач-терапевт (хирург) стационара, подготовленный по вопросам диагностики особо опасных инфекций, обученный правилам биологической безопасности при работе с клиническим материалом, подозрительным на заражение возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности.

1027. Диагноз сибирской язвы у человека считается подтвержденным в случаях:

выделения из патологического материала больного культуры *Bacillus anthracis*, гибели не менее одного лабораторного животного и выделения из его органов культуры со свойствами, характерными для возбудителя сибирской язвы;

и (или) выделения вирулентной культуры *B. anthracis* из предполагаемого источника или фактора передачи возбудителя инфекции;

и (или) положительного результата полимеразной цепной реакции (ПЦР) при исследовании клинического (секционного) материала при наличии клинической картины одной из форм заболевания и характерного эпидемиологического анамнеза.

Если по прошествии 72-х часов положительные результаты не получены, окончательное заключение об отсутствии заболевания сибирской язвой выдается не ранее 10 календарных дней после заражения биопробных животных (отрицательной биопробы).

1028. В случае необходимости проведения вскрытия трупа человека, которому ранее при жизни был установлен предположительный диагноз сибирская язва, и не был отобран клинический материал для лабораторного исследования на наличие маркеров возбудителя, секционный материал отбирают медицинские работники патологоанатомических отделений (Бюро судебно-медицинской экспертизы) в присутствии специалиста отдела (лаборатории) особо опасных инфекций центром гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации или противочумного учреждения.

1029. Взятие материала из сырья животного происхождения и из объектов окружающей среды проводится в тех случаях, когда необходимо установить источник возбудителя инфекции или фактор его передачи, выявить наличие микроба на территориях почвенных очагов, в том числе сибиреязвенных захоронений и моровых полей.

1030. Решение об исследовании материала сырья, продукции животного происхождения и из объектов окружающей среды принимается органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Отбор материала и его упаковку осуществляют специалисты организаций, обеспечивающих осуществление федерального государственного санитарно-

эпидемиологического надзора.

1031. Исследования на сибирскую язву включают световую и люминесцентную микроскопию мазков из нативного материала, постановку полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериологический, биологический методы исследования, использование иммунологических методов (нМФА, РИГА, ИФА, при исследовании материала от животных - реакция преципитации), аллергодиагностику, комплексную идентификацию выделенных культур.

1032. Обнаружение в сыворотке крови специфических антител непрямым методом флуоресцирующих антител, постановка аллергодиагностического теста с сибиреязвенным аллергеном *in vitro* являются дополнительными методами исследования референс-центра по мониторингу за возбудителем сибирской язвы.

1033. Для проведения лабораторных исследований используются зарегистрированные диагностические системы, тест-наборы, питательные среды.

1034. Выделенные штаммы возбудителя сибирской язвы передаются в референс-центр по мониторингу за возбудителем сибирской язвы и Национальный центр верификации результатов диагностической деятельности, выполняющий функции Государственной коллекции патогенных бактерий, для проведения окончательной идентификации, молекулярного типирования штаммов возбудителя сибирской язвы, а также пополнения национального коллекционного фонда.

#### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев сибирской язвы среди людей**

1035. При получении экстренного извещения о случае заболевания или подозрения на заболевание людей сибирской язвой специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование с организацией комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий.

1036. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем и с групповой заболеваемостью людей составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи, приведшей к формированию очага.

В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание сибирской язвой, связанное с профессиональной деятельностью) составляется акт расследования профессионального заболевания.

1037. Организация, обеспечивающая федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ежедневно в виде внеочередных донесений информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека о ходе эпидемиологического расследования, проводимых противоэпидемических и профилактических мероприятиях по локализации и ликвидации очага сибирской язвы.

1038. По окончании эпидемиологического расследования территориальным органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека не позднее, чем через 10 календарных дней после ликвидации очага, направляется акт эпидемиологического расследования очага сибирской язвы.

1039. По результатам расследования очага территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, направляют в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации информацию об очаге, представляют на рассмотрение и утверждение оперативный план комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий для принятия решений по локализации и ликвидации очага инфекции.

1040. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага сибирской язвы, включающий:

установление лиц (поименно или круга лиц), подвергшихся риску заражения;

активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (8 календарных дней) с ежедневным осмотром кожных покровов и двукратным измерением температуры тела;

назначение лицам, подвергшимся риску заражения, экстренной профилактики антибактериальными препаратами по утверждённой схеме;

взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. Объем и число проб определяются специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;

введение запрета на использование сырья животного происхождения, с которыми связано формирование очага; пищевых продуктов, с которыми связано формирование очага;

приостановку работ, запрещение пребывания людей на территории вероятного почвенного очага в случае наличия связи с заболеваниями людей;

проведение внеплановых мероприятий по контролю санитарно-эпидемиологического состояния организаций (хозяйства, производства), с которыми связано формирование очага;

уничтожение павших животных и продуктов животноводства, кожевенных и меховых производств и других, которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи возбудителя инфекции, осуществляется в

соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии;

организацию дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

введение наблюдения за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;

организацию работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики сибирской язвы среди населения по инициативе органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1041. Введение и отмена ограничительных мероприятий (карантина) в субъекте Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населённых пунктов осуществляется органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании предписания органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### **Дезинфекционные мероприятия**

1042. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах сибирской язвы проводят специализированные организации дезинфекционного профиля.

1043. Целью дезинфекции при сибирской язве является исключение возможности накопления возбудителя сибирской язвы в производственных помещениях, на оборудовании, средствах транспорта, спецодежде, обуви, посуде и других объектах путем их обеззараживания, а также снижения численности членистоногих и грызунов, являющихся переносчиками возбудителя сибирской язвы, путем проведения дезинсекционных и дератизационных мероприятий.

1044. Организация и проведение профилактических дезинфекционных мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей сибирской язвой, осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

1045. При отсутствии заболеваний людей сибирской язвой обеззараживанию подлежат объекты, которые могут быть контаминированы возбудителем сибирской язвы при контакте с больными животными, их трупами, продуктами и сырьем животного происхождения. К ним относятся: спецодежда, одежда, обувь, поверхности помещений, мебели, оборудования, посуда, постельные принадлежности и другие.

1046. Для обеззараживания объектов, контаминированных возбудителем сибирской язвы, применяют методы и дезинфицирующие средства, обладающие спороцидной активностью, с соблюдением инструкций по использованию конкретного препарата.

1047. Дезинсекционные и дератизационные мероприятия включают профилактические, санитарно-технические и истребительные мероприятия.

1048. Профилактические санитарно-технические мероприятия направлены на предупреждение возникновения, распространения и размножения членистоногих и грызунов на объектах.

1049. Истребительные мероприятия включают следующие этапы:

предварительные санитарно-эпидемиологические обследования объектов с целью определения наличия членистоногих и грызунов, их видов, выявления мест их локализации и уровня их численности;

определение тактики проведения дезинсекции и дератизации на основе результатов предварительного санитарно-эпидемиологического обследования;

организация и проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

контроль эффективности дезинсекционных и дератизационных мероприятий.

1050. Мероприятия, направленные на снижение численности грызунов, проводятся в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

1051. Заключительную дезинфекцию (в случае смерти больного) в домашних очагах проводят организации и предприятия дезинфекционного профиля.

1052. Дезинфекционная бригада проводит заключительную дезинфекцию в очаге в защитной одежде.

1053. В организации, осуществляющей медицинскую деятельность, текущую и заключительную дезинфекцию организует главный врач, а проводит средний и младший медицинский персонал отделения в соответствии с их должностными обязанностями.

Заключительную дезинфекцию проводят в помещениях после выписки или смерти больного. Обеззараживанию подлежат все объекты и помещения, которые могли быть контаминированы возбудителем сибирской язвы.

1054. Текущую и заключительную дезинфекцию в стационаре осуществляют в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](#).

1055. При всех клинических формах сибирской язвы у людей обеззараживают одежду, бельё и обувь больного, медицинские изделия, перевязочный материал, предметы ухода за больными, посуду столовую и лабораторную, игрушки, поверхности помещений, мебели, санитарно-техническое оборудование, медицинские отходы. При кишечной, легочной и септической формах дополнительно обеззараживают выделения больного, остатки пищи, посуду из-под выделений. При заключительной дезинфекции обеззараживают постельные принадлежности.

1056. Заключительную дезинфекцию в очаге инфекции выполняют в течение 3-6 часов с момента госпитализации больного или удаления трупа, погибшего от сибирской язвы, по месту работы - в течение первых 24 часов.



1057. При проведении заключительной дезинфекции проводится камерная дезинфекция вещей больного и постельных принадлежностей.

### **Противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях**

1058. Лица с подозрением на заболевание сибирской язвой подлежат немедленной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую помощь инфекционным больным. Оказание медицинской помощи больным сибирской язвой в общих терапевтических отделениях не допускается.

1059. При массовом поступлении пациентов в инфекционный стационар (отделение) проводится медицинская сортировка с целью распределения на группы и недопущения совместного пребывания лиц с характерной типичной клинической картиной заболевания и лиц с другими проявлениями инфекционных болезней.

1060. Лица, контактировавшие с больными (подозрительными на заболевание) людьми или животными (трупами животных), а также обсеменёнными спорами возбудителя сибирской язвы объектами внешней среды (далее - контактные лица), могут быть госпитализированы в провизорное отделение (отделение с койками, развернутыми для провизорной госпитализации), развернутое на базе терапевтического стационара (отделения).

В случае необходимости ухода за детьми, инвалидами, а также за другими лицами, нуждающимися в уходе, контактные лица могут госпитализироваться совместно.

1061. Лечение больных сибирской язвой проводится в соответствии со требованиями к оказанию медицинской помощи.

1062. При поступлении больных с тяжёлыми формами сибирской язвы оказание им реанимационной помощи в общих отделениях реанимации не допускается.

1063. При поступлении больных сибирской язвой в МО работа клинко-диагностических лабораторий проводится по утверждённому плану мероприятий в условиях поступления больных с особо опасными инфекционными болезнями (далее - план перепрофилирования) в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](#).

1064. Ответственными за разработку и утверждение плана перепрофилирования, в том числе перевода на строгий противоэпидемический режим, являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Указанные планы согласовываются с территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1065. В случае необходимости использования автоматических анализаторов, разрабатываются рабочие инструкции по правилам безопасной работы и дезинфекции приборов в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работ с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности). При проведении клинко-диагностических исследований допускается использование

тест-полосок (безинструментальный метод). По окончании работ проводится заключительная дезинфекция.

### **Захоронение людей, умерших от сибирской язвы**

1066. Трупы людей, умерших от сибирской язвы с лабораторным подтверждением диагноза, вскрытию не подвергаются.

При необходимости вскрытие трупа сибиреязвенного больного производит только врач-патологоанатом (в том числе в присутствии специалиста-эпидемиолога, специалиста по особо опасным инфекциям) с последующей заключительной дезинфекцией помещений, всех предметов, инструментария, в том числе бывших в употреблении халатов, перчаток, обуви.

1168. Основные эпидемиологические риски связаны с эпизоотологическим неблагополучием по бруцеллёзу сельскохозяйственных животных - носителей трёх основных видов возбудителя: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*. Заболевания людей бруцеллёзом преимущественно вызывают *B. melitensis*, *B. abortus* и *B. suis* биовары 1-4, реже *B. canis*, *B. suis* биовар 5, *B. neotomae*, *B. ceti* и *B. pinnipedialis*.

1169. Определение видов и биоваров бруцелл, циркулирующих в очагах инфекции, имеет важное эпидемиологическое значение с точки зрения классификации очагов, оценки степени эпидемической опасности эпизоотического процесса, установления фактов миграции бруцелл с одного вида животных на другой.

1170. Миграция *B. melitensis* на другие виды животных особенно опасна при совместном содержании мелкого и крупного рогатого скота, при этом не снижаются её вирулентные свойства и контагиозность для людей.

1171. Основными источниками бруцеллёзной инфекции для человека являются мелкий рогатый скот, крупный рогатый скот, свиньи. Заражение людей бруцеллёзом также возможно от северных оленей, собак, лошадей, верблюдов, яков, кошек, пушных животных в звероводческих хозяйствах.

1172. Роль человека в передаче возбудителя бруцеллёзной инфекции эпидемиологического значения не имеет.

1173. Основные механизмы передачи бруцелл человеку - контактный (при попадании возбудителя на повреждённые/неповреждённые кожные покровы и слизистые оболочки), фекально-оральный (алиментарный и контактно-бытовой пути) и аспирационный (воздушно-пылевой путь).

1174. Заражение контактным путём происходит при уходе за больными бруцеллёзом животными, во время оказания им помощи при родах, абортрах, задержке последа, когда проводят ручное отделение плаценты, при работе с продуктами и сырьём животного происхождения (шерсть, смушки и кожа), кормлении.

1175. Инфицирование людей возбудителем бруцеллёза алиментарным путём происходит при употреблении молока, кисломолочных продуктов, мяса и мясных

продуктов, полученных от больных бруцеллёзом животных и не прошедших достаточную термическую обработку.

1176. Воздушно-пылевой путь заражения реализуется при ингаляции воздушно-пылевой смеси, содержащей контаминированные бруцеллами фрагменты шерсти, навоза, земли, подстилки.

1177. Лабораторное заражение людей возможно воздушно-капельным путём передачи возбудителя при манипуляциях с патогенными штаммами бруцелл (центрифугирование, пересевы), когда образуется бактериальный аэрозоль и контактным путём при несоблюдении требований санитарно-эпидемиологических правил работы с возбудителями I-II групп патогенности.

1178. Факторы передачи возбудителя бруцеллёза человеку разнообразны. Наибольшую опасность представляют выделения больных бруцеллёзом животных, а также молоко и кисломолочные продукты, в том числе сметана, сливки, сливочное масло, брынза, сыр, кумыс, мясо и сырьё от животных, больных бруцеллёзом. Мясо представляет эпидемическую опасность при его недостаточной термической обработке (национальные особенности приготовления пищи - строганина, шашлык с кровью, сырой фарш и другие).

1179. К группам риска инфицирования и заболевания бруцеллёзной инфекцией относят:

людей профессиональной принадлежности: работники животноводческих (звероводческих) хозяйств (ферм), мясо- и молококомбинатов и других предприятий по переработке продуктов и сырья животного происхождения, убойных пунктов, пунктов стрижки, купки овец; чабаны, пастухи, доярки, зооспециалисты и специалисты в области ветеринарии, персонал лабораторий, работающих с живыми культурами бруцелл и лабораторными животными, заражёнными возбудителем бруцеллёза;

владельцев сельскохозяйственных животных, лиц, занятых уходом за животными;

лиц, употребляющих пищевые продукты, полученные от заражённых бруцеллёзом животных: сырое молоко, кисломолочные продукты (брынза, сливки, сметана, кумыс и другие), термически недостаточно обработанное мясо.

1180. Для заболевания людей, вызванного *B. melitensis*, характерна весенне-летняя сезонность, что связано с инфицированием людей в сезон окота овец, коз. При заражении *B. abortus* сезонность менее выражена из-за длительного периода лактации коров (факторы передачи - молоко и молочные продукты) и наличия первично-хронических форм бруцеллёза (начало заболевания установить не удается).

1181. Инкубационный период заболевания у человека составляет 1-4 недели, при латентной инфекции - до 2-3 месяца.

1182. Заболевание протекает с вовлечением в процесс многих органов и систем организма, характеризуется широким спектром симптомов.

## Выявление, учёт и регистрация

1183. Организации, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренных извещений проводят учёт необходимых сведений в формах федерального статистического наблюдения и оперативно информируют орган, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

1184. В случае подозрения на профессиональное заболевание бруцеллёзом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение и не позднее 12 часов с момента установления диагноза направляет это извещение в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1185. При получении экстренного извещения о случае подозрения на профессиональное заболевание бруцеллёзом специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют проведение эпидемиологического расследования по установлению причинно-следственных связей профессионального инфицирования бруцеллёзом, по итогам которого оформляется санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работника.

## Лабораторная диагностика

1186. Лабораторные исследования клинического, секционного материала и объектов окружающей среды при подозрении на бруцеллёз проводятся лабораториями, имеющими санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, зараженным или подозрительным на заражённость ПБА I-II групп патогенности.

1187. Диагностические иммунологические (серологические) исследования по обнаружению в крови людей антигенов возбудителя бруцеллёза (без накопления возбудителя) и (или) антител к ним, ПЦР-исследования (без накопления возбудителя) по детекции в клиническом материале ДНК возбудителя бруцеллёза, аллергологические и другие клеточные тесты *in vitro* (цитометрический тест активации базофилов, реакции лизиса и активации лейкоцитов), могут проводиться в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с ПБА III-IV групп патогенности.

1188. Клинический материал для исследования: кровь, сыворотка крови, спинномозговая жидкость, синовиальная жидкость (при артритах), моча, желчь, гной (при абсцессах), пунктаты костного мозга и лимфатических узлов. Исследования проводят молекулярно-генетическим (ПЦР), иммунологическими (реакции агглютинации Хеддельсона, Райта, ИФА, РНГА, Кумбса, внутрикожная проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, пробирочная реакция лизиса лейкоцитов, тесты *in vitro* активации лейкоцитов), бактериоскопическим (световая и люминесцентная микроскопия), бактериологическим (выделение чистой культуры, её идентификация и межвидовая дифференциация штаммов), биологическим (заражение биопробных животных) методами по лабораторной

диагностике бруцеллеза у людей.

1189. Лабораторными критериями подтверждения диагноза "Бруцеллез", являются:

изоляция *Brucella spp.* из крови или другого биологического материала (пунктаты костного мозга или лимфатических узлов, синовиальная жидкость, ликвор, экссудат ири бурситах, грудное молоко, желчь, мокрота, трупный материал);

положительный результат выявления ДНК *Brucella spp.* методом ПЦР только в комбинации с положительными иммунологическими реакциями: реакция Райта, ИФА, реакция Кумбса, РНГА, аллергическая проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, реакция лизиса лейкоцитов;

для диагностики острого и подострого бруцеллёза: наличие диагностического титра антител в реакции Райта, ИФА, РНГА, а при низком уровне антител - в реакции Кумбса и ИФА; положительный результат цитометрического теста активации базофилов;

для диагностики хронического бруцеллёза: наличие комплекса положительных иммунологических реакций (ИФА, реакция Кумбса, РНГА, аллергическая проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, реакция лизиса лейкоцитов);

для диагностики резидуального бруцеллёза: положительная аллергическая проба Бюрне при отсутствии диагностического титра антител или его роста в динамике в иммунологических реакциях.

1190. По эпидпоказаниям для установления причинно-следственных связей проводят исследование биоматериала от животных, сырья животного происхождения (шерсть, кожа), продуктов животноводства (мясо и мясные продукты, молоко и молочные продукты), проб объектов окружающей среды (почвы, травы, фуража, подстилки, воды, смывов и других). Исследование проводят бактериологическим, биологическим, иммунологическими и молекулярно-генетическим методами.

1191. Во всех случаях выделения штаммов бруцелл от людей проводится дифференциация их до вида и биовара.

Выделенные штаммы возбудителя бруцеллёза передаются в референс-центр по мониторингу за возбудителем бруцеллёза и Центр верификации диагностической деятельности, осуществляющий функцию государственной коллекции Роспотребнадзора, для проведения окончательной идентификации, генетического типирования штаммов возбудителя бруцеллёза и пополнения национального коллекционного фонда штаммов возбудителя бруцеллёза.

### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге**

1192. На территории субъектов Российской Федерации, где регистрируются случаи бруцеллеза среди животных, органами, осуществляющими федеральный

государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при участии противочумных учреждений, органов Россельхознадзора в субъекте Российской Федерации, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственных ему организаций, и органов управления здравоохранением в субъекте Российской Федерации должны быть разработаны целевые программы или комплексные планы по профилактике бруцеллёза. Аналогичные планы разрабатываются для административных территорий субъекта.

Контроль выполнения мероприятий по профилактике заражения людей бруцеллёзом проводят органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, во взаимодействии с территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

1193. Владельцы сельскохозяйственных животных вне зависимости от форм собственности обязаны:

обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты, бытовыми помещениями;

организовывать проведение предварительных и периодических медицинских осмотров на бруцеллёз персонала.

### **Мероприятия в очаге заболевания людей бруцеллёзом**

1194. При получении экстренного извещения из МО о выявлении случая заболевания бруцеллёзом органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов организуют проведение эпидемиологического обследования очага с привлечением представителей заинтересованных федеральных органов исполнительной власти для установления источников и факторов передачи возбудителя инфекции.

1195. При установлении факта контакта больного с животными, больными бруцеллёзом, инфицированной животноводческой продукцией или сырьём при осуществлении профессиональной деятельности органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в рамках эпидемиологического расследования проводятся проверочные мероприятия по месту работы заболевшего. Обследование объекта проводится с привлечением профильных специалистов органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и специалистов территориальных органов Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

1196. Больные бруцеллёзом должны госпитализироваться по клиническим показаниям. После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению.

1197. По месту нахождения больного дополнительные дезинфекционные мероприятия не проводятся.

## **Эпидемиологическое обследование очага бруцеллёза**

1198. Эпидемиологическое обследование очага бруцеллёза проводят специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов после получения экстренного извещения из МО.

1199. Целями эпидемиологического расследования случаев заболевания людей бруцеллёзом являются:

выявление совместно с должностными лицами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии или подведомственных им организаций источника инфекции, факторов и путей заражения;

выявление всех лиц, имевших контакт с источником инфекции или находившихся в очаге заболевания животных;

организация медицинского наблюдения за лицами, имевшими возможность заразиться в данном очаге, с обязательным лабораторным обследованием;

проведение комплекса мероприятий по предупреждению заражения людей бруцеллёзом и ликвидации эпизоотического очага.

1200. При эпидемиологическом обследовании очага, специалист, проводящий эпидемиологическое расследование, выясняет возможность контактов больного с животными, сырьём и продуктами животного происхождения.

Для выявления путей и факторов передачи возбудителя инфекции проводится обследование животноводческих хозяйств сельхозпредприятий (молокотоварных ферм, овце- и козоводческих хозяйств, отгонных пастбищ, пунктов стрижки овец, кошар и других), индивидуальных животноводческих хозяйств, звероводческих хозяйств, предприятий по убою, переработке сырья и продуктов животноводства (мясокомбинатов, молокозаводов, сыроваренных предприятий, убойных пунктов, частных предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства при фермерских хозяйствах), в которых предположительно произошло заражение людей бруцеллёзом.

Обследование животноводческих хозяйств проводится органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, совместно со специалистами органов исполнительной власти в области ветеринарии и подведомственных ему организаций, в присутствии администрации (владельца) хозяйства или предприятия.

1201. При проведении обследования по эпидемическим показаниям специалистам органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, необходимо:

оценить санитарно-гигиеническое состояние объекта, благоустройство территории, водоснабжение, наличие дезинфицирующих и моющих средств, обустройство бытовых помещений для работников, оборудование

скотомогильников, биотермических ям или трупосжигательных печей, наличие уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов, последов;

установить наличие средств индивидуальной защиты персонала (одежда, обувь, рукавицы, резиновые или клеёнчатые фартуки, перчатки, защитные маски, очки и других), их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, обеспечение централизованной стирки, наличие аптек, умывальников, мыла, дезинфицирующих средств для обработки рук, обуви и других;

в целях выявления алиментарного пути заражения проверить соблюдение режима пастеризации молока, условия хранения и обработки молочной посуды, фильтрующего материала, установить порядок реализации молока и молочных продуктов, режима приготовления сыров из козьего и овечьего молока;

выявить порядок первичной обработки шкур, шерсти, козьего пуха, а также условия и порядок транспортировки сырья и продуктов животноводства из обследуемого хозяйства;

при подозрении на внутрилабораторное заражение бруцеллёзом провести проверочные мероприятия по выполнению санитарно-противоэпидемического режима работы лаборатории;

проверить организацию проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на бруцеллёз персонала хозяйства или предприятия.

1202. Выявленным лицам, имевшим возможность заразиться в очаге, необходимо организовать проведение их клинико-лабораторного обследования на бруцеллёз.

Лабораторное обследование контактных лиц включает комплекс иммунологических реакций на бруцеллёз (Хеддельсона, Райта, ИФА и других). Лица с отрицательными реакциями подлежат повторному иммунологическому обследованию через 14 календарных дней. Лица с сомнительными и положительными реакциями без клинических проявлений бруцеллёза подлежат повторному иммунологическому и углублённому клинико-лабораторному обследованию.

Лихорадящие контактные или подозрительные на заболевание бруцеллёзом лица подлежат бактериологическому обследованию на бруцеллёз.

1203. Данные эпидемиологического обследования контактных лиц в очаге заносят в карту эпизоотолого-эпидемиологического обследования зоонозного заболевания. Сведения о больном человеке, заразившемся в данном очаге, а также лицах из числа подвергшихся инфицированию, диагноз у которых был установлен позже, заносятся во вкладыш к данной карте, который хранится вместе с картой на конкретный очаг и нумеруется в соответствии с числом заболевших лиц в данном очаге.

Если эпидемиологическое обследование проводится в связи с выявлением больных бруцеллёзом животных, результаты проверки оформляются актом (совместно с должностными лицами органов исполнительной власти субъектов



Российской Федерации в области ветеринарии или подведомственных им организаций), в котором следует отразить результаты выполнения противобруцеллёзного режима, состояние профилактики инфицирования возбудителем бруцеллёза работающих, организацию медицинского обследования лиц, контактных с источником и факторами передачи инфекции, а также проверки противоэпидемических мероприятий.

По результатам проведения эпидемиологического обследования составляется план мероприятий по ликвидации очага и проводятся санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения бруцеллеза**

1204. В целях предупреждения возникновения и распространения бруцеллеза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

непрерывное наблюдение за динамикой эпидемических проявлений инфекции и эпизоотической ситуации, а также за факторами и условиями, способствующими циркуляции возбудителя;

активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение с лабораторным обследованием на лептоспироз за лицами, находившимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (на срок 30 календарных дней);

взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. Число обследуемых лиц и объем проводимых исследований определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;

введение запрета на использование продуктов, с которыми связано формирование очага;

приостановка работ, запрещение пребывания людей на территории хозяйства (организации), где сформировался эпидемический очаг лептоспироза;

проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием организации (хозяйства, производства), с которыми связано формирование очага;

организация дезинфекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

введение наблюдения за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и

учреждениях, где выявлены случаи заболеваний;

организация работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики лептоспироза среди населения по инициативе органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории;

в эпидемическом очаге исследуются подозреваемые в заболевании животные в соответствии с законодательством в области ветеринарии.

1272. Мероприятия по локализации и ликвидации очага лептоспироза проводятся совместно с заинтересованными организациями, ведомствами и органами исполнительной власти.

1273. Дезинфекционные и дератизационные мероприятия в очагах проводят организации, аккредитованные для этого вида деятельности.

Если известно, что заражение произошло вне дома, эти мероприятия проводятся по месту заражения в зависимости от выявленного источника.

Если не установлено место заражения лептоспирозом, то при наличии грызунов проводится дератизация и дезинфекция по месту жительства больного.

1274. Лица, переболевшие лептоспирозом, подлежат диспансерному наблюдению.

1275. Снятие с учета по истечении срока диспансерного наблюдения проводится при полном клиническом выздоровлении.

#### **Требования к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в природных, антропоургических и смешанных очагах лептоспирозов**

1276. Противоэпидемические и противоэпизоотические мероприятия проводятся дифференцированно в зависимости от типа очага.

1277. Мероприятия по выявлению и оздоровлению природных очагов проводятся в плановом порядке (в соответствии с действующим планом на территории субъекта Российской Федерации, утвержденным органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации) или по эпидемиологическим показаниям.

1278. В антропоургических очагах лептоспирозов руководители животноводческих хозяйств обязаны обеспечить всех работников спецодеждой и провести инструктаж обслуживающего персонала о мерах личной гигиены при лептоспирозе. При выявлении лептоспирозов среди животных немедленно принять меры по предупреждению заражения людей, оказанию помощи по выявлению источников инфекции.

1279. Мероприятия по оздоровлению антропоургических очагов лептоспирозов включаются в план противоэпидемических мероприятий, который составляется совместно специалистами территориальных органов, осуществляющих

федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору и органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

1280. В смешанных очагах лептоспирозов мероприятия проводятся по типу как природных, так и антропоургических очагов, и в зависимости от их интенсивности усиливаются те или иные мероприятия.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения лептоспироза**

1281. В целях предупреждения возникновения и распространения лептоспироза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

постоянное наблюдение за эпидемическим процессом лептоспирозов, включая мониторинг заболеваемости, выявление природных и антропоургических очагов лептоспирозов, слежение за циркуляцией возбудителя;

предупреждение случаев заболеваний лептоспирозом среди людей, возникновения эпидемических очагов, тяжелых форм клинического течения и летальных исходов;

оценка качества, своевременности и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью их оптимальной корректировки.

### **Профилактические мероприятия**

1282. Профилактика лептоспироза осуществляется путём проведения комплекса мероприятий по охране открытых водоемов и родников от загрязнений, защите пищевых и сельскохозяйственных объектов от грызунов, по гигиеническому обучению лиц, профессионально связанных с животными, владельцев собак, по информированию и образованию потребителей.

1283. Руководители организаций, использующих служебных собак, в целях профилактики лептоспироза у сотрудников ведомств, должны обеспечивать вакцинопрофилактику лептоспироза у служебных собак в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии.

1284. Руководители организация, а которых существует профессиональный риск заражения лептоспирозом, обязаны:

выполнять требования по профилактике, своевременному выявлению заражения лептоспирозами животных;

организовывать диспансеризацию сотрудников и специфическую профилактику;

обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты;

организовывать проведение плановой дератизации.

1285. Особое внимание уделяется охране водоемов от загрязнения выделениями больных животных и лептоспирозоносителей. Не разрешается строительство животноводческих помещений и лагерное содержание сельскохозяйственных животных на берегу водоемов без соблюдения соответствующих правил по охране водоемов.

Устанавливается контроль за соблюдением требований санитарного законодательства в отношении источников централизованного водоснабжения, а также мест купания людей, водопоя скота и спуска сточных вод от животноводческих ферм.

Вопросы профилактики лептоспирозов включаются в региональные планы и программы по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения, которые разрабатываются с участием представителей федеральных органов исполнительной власти Российской Федерации и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

1286. Профилактическая иммунизация людей против лептоспирозов проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям для контингентов риска в плановом порядке, для остального населения по эпидемическим показаниям.

1287. Контингенты и время иммунизации определяются территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с учетом текущей эпизоотолого-эпидемиологической ситуации.

1288. Иммунизация населения осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание такого рода услуг, в соответствии с планом мероприятий по профилактике лептоспирозов.

1289. Плановой иммунизации подлежат лица, относящиеся к группам профессионального риска заражения (в любое время года), а также лица, направляемые на строительные и сельскохозяйственные работы в места активно действующих природных и антропогенных очагов лептоспирозов (не позднее, чем за месяц до начала работ). Первоочередное внимание должно уделяться работникам субпродуктовых и убойных цехов мясоперерабатывающих производств, санитарных боен и убойных пунктов.

1290. В выявленных очагах лептоспирозов иммунизируются лица повышенного риска инфицирования: специалисты в области ветеринарии, зоотехники, телятницы, свиноводы, доярки, собаководы, рабочие, занятые оборудованием или ремонтом стойловых помещений и транспортировкой животных, кормов, работники очистных канализационных сооружений, складских помещений, рыбоводческих хозяйств, шахтеры и другие.

1291. В неблагополучных по лептоспирозам населенных пунктах иммунизируются в приоритетном порядке дети, а в природных очагах - рисоводы, мелиораторы и другие лица, подвергающиеся риску заражения лептоспирозом. В этих случаях прививки проводятся за 2 месяца до начала эпидемического сезона.

1292. В случае чрезвычайной ситуации гидрологического характера для решения вопроса о специфической профилактике лептоспирозов среди населения учитываются все риски распространения заболевания, проводится лабораторное исследование воды и материала от животных. При подтоплении активных сельскохозяйственных очагов лептоспирозов проводится незамедлительная вакцинация населения, проживающего в зоне подтопления.

### **Дератизационные и дезинфекционные мероприятия при лептоспирозе**

1293. Дератизационные мероприятия осуществляют в природных, антропогенных и смешанных очагах лептоспирозов с целью оздоровления территории и недопущения случаев заболеваний среди людей.

1294. Дератизационные и дезинфекционные мероприятия проводят юридические лица и индивидуальные предприниматели, аккредитованные для данного вида деятельности, а также граждане в помещениях, строениях и на прилегающей к ним территории, находящихся в их собственности.

1295. Проведение своевременных дератизационных и дезинфекционных мероприятий на объектах обеспечивают юридические лица и индивидуальные предприниматели, граждане, которым на праве собственности или ином законном основании принадлежат конкретный объект или территория.

1296. В муниципальных образованиях проведение дератизационных и дезинфекционных мероприятий на территории обеспечивается лицами, отвечающими за коммунальное хозяйство.

1297. Дератизационные мероприятия в природных очагах лептоспироза проводят по эпидемиологическим показаниям и на основании результатов зоолого-эпизоотологического обследования территории очага по предписанию органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1298. На территории муниципальных образований должны быть обеспечены:

организация и проведение дератизации на территории природного очага;

приведение лесных массивов в черте населенных пунктов или примыкающих к ним территориях в лесопарковое состояние;

благоустройство территорий населенных пунктов, мест массового отдыха и пребывания населения (парков, скверов);

ликвидация самопроизвольных свалок мусора, очистка от сухостоя, густого подлеска лесных массивов, примыкающих к населенным пунктам (на расстоянии не менее 200 метров).

1299. В хозяйствах и питомниках служебного собаководства неблагополучных по лептоспирозу, а также на санитарной бойне (при ее отсутствии - в цехах мясокомбината) осуществляют дератизационные мероприятия.

### **Гигиеническое воспитание и обучение граждан вопросам профилактики лептоспирозов**

1300. Гигиеническое воспитание населения включает: представление населению подробной информации о лептоспирозах, мерах специфической и неспецифической профилактики болезни, основных симптомах заболевания, важности своевременного обращения за медицинской помощью, необходимостью выявления заболевших животных, их изоляции и проведения санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий.

1301. Организацией и проведением информационно-разъяснительной работы среди населения занимаются органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственные им организации, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

## **XV. Профилактика туляремии**

1302. Туляремия представляет собой природноочаговая зоонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией и клиническими проявлениями в зависимости от механизма заражения (поражение кожи, глаз, слизистой ротоглотки, легких, кишечника, лимфатических узлов).

1303. Диагноз туляремии устанавливается с учетом эпидемиологических данных и на основании результатов лабораторных исследований по подтверждению этиологии заболевания.

1304. Природные очаги туляремии распространены в различных климатических зонах и приурочены к разнообразным ландшафтам. На территории Российской Федерации выделяют 6 основных ландшафтных типов природных очагов туляремии: луго-полевой, степной, поименно-болотный, предгорно-(горно)-ручьевой, лесной, тундровый. Отдельно выделяют синантропные (или урбанические) очаги.

1305. Возбудитель туляремии - мелкая грамотрицательная коккобактерия *Francisella tularensis* - относится к семейству Francisellaceae, роду Francisella. В настоящее время род Francisella представлен двумя видами: *Francisella tularensis* и *Francisella philomiragia*. В пределах вида *Francisella tularensis* выделяются четыре подвида: неарктический, американский (или тип А) - subsp. *tularensis*, голарктический (или тип В) - subsp. *holarctica*, среднеазиатский - subsp. *mediasiatica* и подвид *novicida*. Голарктический подвид включает три биологических варианта: японский биовар (bv. *japonica*), биовар I (эритромицинчувствительный) и биовар II (эритромицинрезистентный). На территории Российской Федерации распространен в основном голарктический подвид, резервуаром которого в природе преимущественно являются грызуны и зайцеобразные, и среднеазиатский подвид, ареалом обитания которого является Алтайский край и Республика Алтай.

Возбудитель туляремии является одним из наиболее инфекционных микроорганизмов. Он обладает высокой патогенностью для человека: инокуляция или ингаляция 10-50 бактерий приводит к развитию инфекционного процесса, относится к II группе патогенности (опасности).

1306. Возбудитель проявляет значительную выживаемость во внешней среде, особенно при низких температурах, и сохраняет жизнеспособность от нескольких дней до 10 месяцев. При длительной выживаемости во внешней среде возбудитель туляремии весьма чувствителен к различным физическим (солнечные и ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация, высокая температура) факторам и химическим дезинфицирующим средствам.

1307. Для туляремии характерно множественность механизмов заражения и путей передачи возбудителя инфекции, практически 100%-ная восприимчивость к ней людей, без различия пола и возраста, отсутствие передачи инфекции от человека к человеку (человек, больной туляремией, как источник инфекции значения не имеет). Заражение людей происходит в природных (или во вторичных синантропных) очагах этой инфекции.

1308. Трансмиссивный (инокулятивный) механизм заражения человека осуществляется в результате укусов инфицированными кровососущими членистоногими (комарами, слепнями, клещами).

1309. Контактный механизм заражения - через поврежденные и неповрежденные кожные и слизистые покровы при соприкосновении с больными или павшими грызунами и зайцами.

1310. Алиментарный механизм заражения - при употреблении продуктов питания, сельскохозяйственных продуктов и воды (колодезной, горных ручьев и других открытых водоемов), контаминированных возбудителем туляремии от больных грызунов.

1311. Аспирационный механизм заражения - при вдыхании воздушно-пылевого аэрозоля, образующегося при переработке зерна, перекладке сена, соломы, контаминированных возбудителем туляремии от больных грызунов.

1312. Инкубационный период составляет от 1 до 21 календарного дня, в среднем - 3-7 календарных дней.

### **Выявление больных туляремией, учет и регистрация**

1313. При обращении за медицинской помощью человека с подозрением на туляремию медицинские работники обязаны собрать эпидемиологический анамнез и, при установлении факта пребывания в эндемичной по туляремии местности (с указанием места и времени), принять меры по госпитализации с целью дифференциальной диагностики и этиотропного лечения. Больные госпитализируются в инфекционное или другие отделения в зависимости от клинических проявлений и тяжести заболевания на момент осмотра.

1314. Случаем, подозрительным на заболевание туляремией, считается:

случай любых проявлений инфекционного заболевания, связанный с пребыванием на территории, неблагополучной по туляремии;

случай с характерной клинической картиной туляремии с наличием в анамнезе нападения (укуса) клеща;

1793. Внешне здоровые животные, с которыми связано возможное инфицирование человека вирусом бешенства, в зависимости от тяжести укуса и эпизоотологической обстановки, подлежат умерщвлению разрешенными методами и исследованию головного мозга на бешенство или изоляции для наблюдения.

Собаки, кошки, домашние хорьки подлежат изоляции и наблюдению в течение 10 календарных дней. В отношении других видов животных при необходимости применяется обособленное содержание под контролем специалистов государственной ветеринарной службы в течение 14 календарных дней.

### **Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики бешенства**

1794. Гигиеническое воспитание населения является одним из важных методов профилактики бешенства, так как в основном заболевают бешенством лица, не обратившиеся за медицинской помощью после контакта с источником инфекции.

1795. Гигиеническое воспитание населения включает в себя представление населению доступной информации о бешенстве, путях и источниках заражения, основных симптомах заболевания и современных мерах профилактики. Для этого используются средства массовой информации (интернет, телевидение, радио), листовки, плакаты, санитарные бюллетени, индивидуальные беседы с пациентом и другие средства.

1796. Информационные материалы при разъяснительной работе с населением содержат сведения о необходимости немедленного обращения за медицинской помощью после контакта с подозрительным на бешенство животным; о необходимости иммунизации домашних животных против бешенства; о необходимости организации наблюдения за животными, нанесшими повреждения человеку в течение 10 календарных дней.

1797. При организации гигиенического воспитания и обучения следует иметь в виду, что дети являются группой высокого риска заражения бешенством.

1798. Мероприятия по санитарно-просветительскому обучению населения по вопросам профилактики бешенства проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинские организации, центры медицинской профилактики, организации, предоставляющие услуги в сфере международного туризма.

## **XXIII. Профилактика лихорадки Западного Нила**



1799. Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) представляет собой зоонозную природно-очаговую арбовирусную инфекцию с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающую у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации; в тяжелых случаях - с поражением ЦНС (серозным воспалением мозговых оболочек, реже - менингоэнцефалитом и острым вялым параличом, которые часто наблюдаются в комбинации).

1800. Диагноз "лихорадка Западного Нила" ставится на основе клинических данных, эпидемиологического анамнеза и данных лабораторных исследований.

1801. Возбудитель инфекции - вирус Западного Нила (ВЗН) относится к семейству *Flaviviridae*, роду *Flavivirus* и входит в антигенный комплекс японского энцефалита, который включает 15 родственных вирусов, в том числе вирусы Алфай, Каципакоре, Каутанго, Усути, японского энцефалита, энцефалитов Сент-Луис и долины Муррея, относится ко II группе патогенности. ВЗН имеет сферическую форму и размеры - 20-30 нм, содержит одонитевую РНК. В настоящее время различают не менее семи генотипов ВЗН, наиболее эпидемиологически значимыми являются 1а и 2 генотипы.

Вирус хорошо сохраняется в замороженном и высушенном состоянии. Погибает при температуре выше 56°C в течение 30 минут.

1802. Основным источником и резервуаром ВЗН в природных биоценозах являются птицы водного и околородного комплексов, в антропогенных биоценозах - синантропные птицы. В качестве носителей могут выступать многие виды мелких грызунов, летучие мыши, дикие, домашние и сельскохозяйственные животные. В энзоотическом цикле резервуаром инфекции могут быть клещи, в организме которых вирус способен переживать неблагоприятный (зимний) период.

Переносчиками ВЗН являются комары родов *Culex*, *Aedes*, *Anopheles*, *Coquillettidia*, *Uranotaenia*. Наиболее эпидемиологически значимыми являются комары видов *Culex pipiens* и *Culex modestus*.

1803. Заражение человека ВЗН происходит при укусах кровососущих членистоногих - различных видов комаров, аргасовых и иксодовых клещей. Кроме трансмиссивного механизма, документированы случаи передачи ВЗН при переливании крови, трансплантации органов, через материнское молоко и при лабораторном заражении. В эпизоотическом процессе дополнительно осуществляется алиментарный путь заражения, а также трансвариальная и трансфазовая передача вируса.

### **Сезонность ЛЗН летне-осенняя в период активности переносчиков ВЗН**

1804. При укусе зараженного переносчика ВЗН со слюной попадает в организм человека, реплицируется в эпидермальных клетках, а затем лимфогенным и гематогенным путями попадает в кровь, селезенку, почки. При благоприятном течении инфекции вирус элиминируется из крови и других тканей приблизительно через неделю. У части больных ВЗН проникает через гематоэнцефалический барьер, инициируя деструктивные изменения ЦНС.

1805. Инкубационный период обычно составляет от 2 календарных дней до 3 недель, в среднем 3-8 календарных дней.

1806. Существуют различные клинические формы ЛЗН. У большинства инфицированных людей (до 80%) заболевание протекает бессимптомно. Часто развивается гриппоподобная форма без поражений ЦНС. Поражение нервной системы (нейроинвазивная форма) наблюдается редко (менее 1%).

Клиническая картина и тяжесть заболевания варьируют в зависимости от генотипа ВЗН, контингента заболевших и их иммунологического статуса.

1807. Специфические методы лечения ЛЗН в настоящее время отсутствуют, проводится симптоматическая терапия. Специфическая иммунопрофилактика людей не разработана.

### **Выявление, регистрация и учет больных ЛЗН**

1808. В эпидемический сезон больные, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении по поводу менингитов, менингоэнцефалитов, лихорадок неустановленной этиологии и с другими симптомами, схожими с ЛЗН, подлежат обследованию на наличие вируса и специфических антител к нему.

1809. Госпитализация больного ЛЗН определяется клиническими показаниями. Госпитализация больных в зависимости от тяжести состояния осуществляется в инфекционные отделения или в палаты интенсивной терапии. Больные с легкой формой заболевания лечатся амбулаторно.

1810. О каждом случае заболевания с результатами эпидемиологического расследования территориальный орган федерального органа исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, сообщает в референс-центр по мониторингу за возбудителем ЛЗН, а также организует доставку клинического и биологического материала.

### **Организация лабораторной диагностики ЛЗН**

1811. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем ЛЗН, включая забор, транспортировку и подготовку материала для лабораторных исследований, проводят в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](#).

1812. Лабораторные исследования клинического, секционного, зоологического и энтомологического материала, подозрительного на заражение вирусом ЗН, с накоплением возбудителя, проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, зараженным или подозрительным на заражение ПБА II группы патогенности.

1813. Лабораторные исследования клинического, секционного, зоологического и энтомологического материала, подозрительного на заражение вирусом ЗН, без накопления возбудителя с использованием серологического метода и метода амплификации нуклеиновых кислот, проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, зараженным

или подозрительным на заражение ПБА III-IV групп патогенности.

1814. Диагностические исследования клинического материала от больных проводятся лабораториями медицинских организаций.

1815. Для лабораторной диагностики ЛЗН и индикации ВЗН используют иммунологические (ИФА, МФА, РН, РТГА, РНГА, РСК), молекулярно-генетические (ОТ-ПЦР, секвенирование) и вирусологические методы исследований.

1816. Используемые для диагностики ЛЗН тест-системы и наборы реагентов должны быть разрешены к применению в Российской Федерации.

1817. Для установления этиологии заболевания и лабораторного подтверждения клинического диагноза ЛЗН проводят исследования клинического материала от больных (цельная кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость, моча) и секционного материала (печень, легкие, селезенка, почки, головной и спинной мозг, кровь).

1818. Основными методами специфической лабораторной диагностики ЛЗН у больных и лиц с подозрением на заболевание являются иммунологические и молекулярно-генетические.

Учитывая, что представители рода *Flavivirus* дают антигенные перекресты в серологических реакциях, на территориях, эндемичных не только по ЛЗН, но и по другим флавивирусным инфекциям (в том числе клещевому энцефалиту), для определения этиологии заболевания необходимо выявлять антитела ко всем циркулирующим на территории флавивирусам.

Специфические IgM антитела появляются в крови в среднем через неделю после заболевания, достигая наибольшей концентрации ко 2 неделе. При ЛЗН с поражением ЦНС специфические IgM в спинномозговой жидкости могут выявляться на 2-3 дня раньше, чем в плазме и сыворотке крови. В отдельных случаях наблюдается персистенция IgM антител в крови реконвалесцентов ЛЗН до 12 и более месяцев.

Дополнительным тестом дифференцирования острого заболевания от перенесенного ранее является определение avidности IgG антител. Индекс avidности не более 40% свидетельствует об остром процессе (не более 3-5 месяцев). Индекс avidности более 60% интерпретируется как ранее перенесенная инфекция (более 6 месяцев).

Наиболее достоверным методом диагностики является метод ОТ-ПЦР, с помощью которого детектируется вирусная РНК. В связи с коротким периодом вирусемии у больных ЛЗН РНК вируса выявляется методом ОТ-ПЦР на самых ранних этапах болезни (в среднем до 10 дня). Вирусная РНК может длительно сохраняться в моче (в течение нескольких недель).

1819. Клинический диагноз ЛЗН считают подтвержденным в следующих случаях:

выявления специфичных к ВЗН антител класса IgM в сыворотке крови в острый период заболевания при условии отрицательного результата на другие

эндемичные флавивirusы;

выявления 4-кратного и более увеличения титра IgG в парных сыворотках, либо сероконверсии;

обнаружения в исследуемых образцах РНК ВЗН;

изоляции вируса Западного Нила.

Для осуществления подтверждающих исследований, определения генотипа и молекулярно-генетической характеристики возбудителя в референс-центр по мониторингу за возбудителем ЛЗН, Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности, курирующий данную территорию, Центр верификации диагностической деятельности в отношении возбудителей вирусных инфекционных болезней (по согласованию) подлежат направлению следующие виды материала:

материал от больных, выявленных на территориях Российской Федерации, где ранее заболеваемость не регистрировалась;

материал от больных с тяжелым и (или) атипичным течением болезни;

секционный материал от умерших от ЛЗН;

зоологический и энтомологический материал, в котором выявлена РНК ВЗН.

### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге**

1820. При получении экстренного извещения из медицинской организации о выявлении случая заболевания ЛЗН органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют проведение эпидемиологического расследования (эпизоотолого-эпидемиологического) с привлечением, при необходимости, специалистов других заинтересованных служб и ведомств с целью установления причин и выявления условий возникновения и распространения инфекционного заболевания; определяется план и объемы лабораторного исследования (птиц, животных и членистоногих) для определения источников и переносчиков инфекции, условий заражения, границ и эпидемического риска очага или проводится анализ эпизоотологических данных многолетнего мониторинга территории, где зарегистрированы случаи заболевания.

1821. По результатам комплексного обследования очага готовятся:

карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (ЛЗН);

акт эпидемиологического расследования очага ЛЗН с установлением причинно-следственной связи (эпидемиологическим диагнозом) в течение 10 календарных дней после завершения комплекса санитарно-

противоэпидемических мероприятий в очаге;

план противоэпидемических мероприятий по ликвидации очага, который носит межведомственный характер и утверждается органом исполнительной власти субъекта или органом государственной власти муниципального образования;

предписание в адрес юридических и должностных лиц, прямо или косвенно причастных к возникновению ситуации.

1822. По месту проживания больного проводятся дезинсекционные мероприятия по эпидемическим показаниям.

1823. Для оценки активности эпидемического процесса в очаге проводятся серологическое обследование населения (или отдельных групп населения), проживающего на территории очага.

1824. Лица, имеющие аналогичный с заболевшим риск заражения ЛЗН, подлежат медицинскому наблюдению в течение инкубационного периода (3 недели).

1825. Переболевшие ЛЗН (нейроинвазивные формы, неврологические нарушения) подлежат диспансерному наблюдению в течение 2 лет после клинического выздоровления.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения лихорадки Западного Нила**

1826. В целях предупреждения возникновения и распространения лихорадки Западного Нила органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости, циркуляции возбудителя ЛЗН;

оценку эпидемической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки необходимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории по степени риска заражения ЛЗН (или интенсивности природного очага);

наблюдение и анализ за погодными и фенологическими явлениями, антропогенными факторами воздействия на среду обитания носителей и переносчиков ВЗН, определяющими активность и устойчивость очагов;

анализ иммунной прослойки выборочных групп населения;

энтомологическое и зоолого-паразитологическое обследования территории с целью слежения за циркуляцией возбудителя, переносчиков и носителей инфекции и уровнем их инфицированности;

слежение за состоянием популяций и заболеваемостью маркерных животных (птиц, лошадей, иных маркерных животных);

ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости ЛЗН среди людей по условиям заражения, тяжести клинического течения, летальности и другим показателям;

наблюдение за своевременным выявлением больных ЛЗН, полнотой их лабораторного обследования;

установление контингентов населения, групп повышенного риска, находящихся или выезжающих в природные очаги (или зоны риска);

предупреждение завоза основных переносчиков транспортными средствами международного сообщения в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;

наблюдение за своевременным выявлением больных, въезжающих на территорию Российской Федерации в пунктах пропуска через государственную границу, и организацией противоэпидемических (профилактических) мероприятий по санитарной охране территории в случае их выявления;

наблюдение за готовностью медицинских и иных организаций к оказанию медицинской помощи больным с признаками опасных инфекционных болезней;

оценка эффективности проводимых мероприятий.

1827. При проведении энтомологического и зоолого-паразитологического обследования территории с целью слежения за циркуляцией возбудителя, переносчиков и носителей инфекции и уровнем их инфицированности в целях исключения заражения энтомологов применяются автоматические ловушки для комаров.

мониторинг заболеваемости;

наблюдение за циркуляцией и характеристика возбудителей ОКИ в популяции людей и в объектах окружающей среды;

анализ параметров факторов среды обитания окружающей среды, которые могут послужить факторами передачи ОКИ;

оценка эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости ОКИ.

**Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)**

1895. Органы, уполномоченные проводить федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение контаминации возбудителями ОКИ:

пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах реализации населению, а также на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и накопления в них микроорганизмов;

питьевой воды;

объектов коммунального хозяйства населенных мест;

предметов быта и окружающей обстановки в организованных коллективах детей и взрослых, медицинских организациях и других.

1896. Юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны выполнять требования санитарного законодательства Российской Федерации и осуществлять производственный контроль, в том числе с использованием лабораторных исследований.

1897. Объектами производственного контроля в организациях и у индивидуальных предпринимателей являются сырье, продукты и объекты окружающей среды, которые могут быть контаминированы возбудителями ОКИ.

1898. Программа производственного контроля составляется юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем и утверждается руководителем организации либо уполномоченными лицами.

1899. В профилактических целях проводятся клинико-лабораторные обследования и ограничительные меры среди отдельных групп населения.

1900. Однократному лабораторному обследованию, с использованием разрешенных к применению на территории Российской Федерации медицинских изделий и алгоритмов лабораторной диагностики ОКИ подвергаются лица, поступающие на работу в:

1) предприятия по производству пищевой продукции, предприятия общественного питания и объекты торговли, реализующих пищевую продукцию, молочные кухни, молочные фермы, молочные заводы и другие, непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, а также ремонтом инвентаря и оборудования;

2) организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и медицинские организации, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей;

3) организации, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений, доставку и хранение питьевой воды.

1901. В случае выделения возбудителей острых кишечных инфекций у обследуемого он не допускается к работе и направляется на консультацию врача,

если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены санитарно-эпидемиологическими требованиями.

1902. Лабораторное обследование лиц перед поступлением в стационары и санатории проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

При оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением центральной нервной системы, в другие типы закрытых организаций с круглосуточным пребыванием проводится однократное бактериологическое обследование на наличие микроорганизмов рода *Shigella* spp./энтероинвазивных *E coli* и *Salmonella* spp. Однократное обследование проводится также при переводе больных в учреждения психоневрологического (психосоматического) профиля.

1903. Однократному лабораторному обследованию с целью определения возбудителей острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии в оздоровительных организациях для детей перед началом оздоровительного сезона (также при поступлении на работу в течение оздоровительного сезона) подлежат:

сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки;

сотрудники, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой, реализацией пищевых продуктов и питьевой воды;

лица, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений.

1904. Профилактика ОКИ, при которых возбудителем является гноеродная микрофлора и УПМ, осуществляется путем отстранения от работы, связанной с непосредственной обработкой пищевых продуктов и их изготовлением, лиц с гнойничковыми заболеваниями, фарингитами, ангинами и другими активными формами проявления хронической инфекции.

1905. В случае возникновения у лиц, относящихся к декретированному контингенту, симптомов ОКИ, они должны немедленно прекратить выполнение своих должностных обязанностей, сопровождающихся риском инфицирования третьих лиц, сообщить об этом своему непосредственному руководителю и обратиться к медицинским работникам.

### **Гигиеническое воспитание**

1906. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации об эпидемиологии ОКИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, неперiodической печатной и сетевой продукции и других видов коммуникаций с населением.

1907. Организацию информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением,



центры медицинской профилактики, медицинские организации.

## **XXV. Профилактика холеры**

1908. Холера представляет собой особо опасную инфекционную болезнь с диарейным синдромом, фекально-оральным механизмом передачи возбудителя инфекции, водным, пищевым и контактным путями распространения.

1909. Холера может вызывать события, представляющие чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, имеющую международное значение. Входит в перечень болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации.

1910. Возбудителями холеры являются токсигенные штаммы *Vibrio cholerae* O1 и O139 серогрупп, содержащие гены *ctxAB* и *tcpA-F*, отвечающие за синтез холерного токсина и токсин-корегулируемых пилей адгезии и склонные к эпидемическому распространению (эпидемически значимые штаммы).

Нетоксигенные штаммы холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп, у которых отсутствуют гены *ctxAB* и *tcpA-F* или только ген *ctxAB* (*ctxAR tcpA-F+*), относят к эпидемически незначимым. Они вызывают спорадические (единичные) случаи заболевания или вспышки (при общем источнике инфицирования) заболевания с клиническими проявлениями гастроэнтерита, не склонные к эпидемическому распространению.

1911. Мероприятия по профилактике холеры, направленные на предупреждение возникновения заболеваний холерой среди населения, завоза (заноса) из-за рубежа и распространения на территории Российской Федерации проводят в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами, нормативными документами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации, нормативно-правовыми актами Российской Федерации и разрабатываемыми в субъектах Российской Федерации комплексными планами по санитарной охране (или разделом этого плана по противохолерным мероприятиям).

1912. Профилактические прививки против холеры проводят по эпидемическим показаниям лицам, выезжающим в неблагополучные по холере регионы, а также в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах или на территории Российской Федерации - населению субъектов Российской Федерации.

1913. Комплекс организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий предусматривает:

проведение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;

мероприятия при выделении холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп из объектов окружающей среды;

мероприятия в случае выявления больного с симптомами, не исключающими холеру, вибриононосителя на территории Российской Федерации.

1914. Организацию мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения холеры на территории Российской Федерации, обеспечивают органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Проведение данных мероприятий осуществляют учреждения, обеспечивающие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные организации в части, отнесенной к их компетенции, индивидуальные предприниматели и юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в рамках утверждаемых ими комплексных планов по санитарной охране территории и возглавляемых межведомственными санитарно-противоэпидемическими комиссиями.

---

[Постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 N 303 "О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации"](#).

1915. При составлении плана противохолерных мероприятий учитывают тип административной территории по эпидемическим проявлениям холеры ([приложение 20 к Санитарным правилам](#)).

1916. Противочумные учреждения Роспотребнадзора осуществляют научно-методическое и практическое обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, направленного на профилактику холеры, участие в проведении комплекса противоэпидемических и профилактических противохолерных мероприятий.

1917. Медицинские организации, индивидуальные предприниматели, занимающиеся медицинской деятельностью, незамедлительно представляют в территориальные органы Роспотребнадзора, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья информацию о каждом выявленном случае заболевания (смерти) или случае подозрения на заболевание холерой.

1918. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинские организации обеспечивают:

готовность госпитальной базы (инфекционного госпиталя для больных холерой, учреждение, выполняющее функцию провизорного госпиталя, изолятора для контактных лиц) и других медицинских организаций к проведению противоэпидемических мероприятий на случай выявления больных холерой;

готовность лабораторной базы медицинских организаций, составляющих госпитальную базу очага (в соответствии с комплексным планом), к проведению диагностических исследований на холеру;

разработку оперативных планов проведения первичных противоэпидемических мероприятий,

подготовку медицинских работников по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики холеры, организации и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев заболевания холерой или случаев подозрения на заболевание холерой с участием специалистов Управлений Роспотребнадзора, ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии" Роспотребнадзора и противочумных учреждений;

организацию и проведение тренировочных учений (занятий) с вводом условного больного холерой в медицинских организациях совместно с органами и учреждениями Роспотребнадзора, с участием специалистов противочумных учреждений;

гигиеническое воспитание, направленное на повышение санитарной культуры, профилактики холеры и распространения знаний о здоровом образе жизни ;

---

[Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".](#)

1919. Территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают:

разработку комплексных планов противохолерных мероприятий, в которых должны быть учтены организационные, профилактические, противоэпидемические мероприятия и мероприятия в населенных пунктах после ликвидации очага холеры;

обеспечение взаимодействия органов и организаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Министерства обороны Российской Федерации, Министерства транспорта Российской Федерации, медицинских организаций других федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на случай возникновения эпидемических осложнений по холере;

оценку готовности госпитальной базы и других медицинских организаций к проведению противоэпидемических мероприятий на случай выявления больных холерой с участием специалистов противочумных учреждений;

оценку готовности лабораторий территориального уровня, выполняющих диагностические исследования на холеру;

организацию и проведение с участием специалистов противочумных учреждений теоретической и практической подготовки по холере для медицинских работников и сотрудников государственных контрольных служб в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации, специалистов

медицинских организаций субъекта Российской Федерации, специалистов немедицинского профиля;

организацию и проведение тренировочных учений с вводом условного больного холерой в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации для специалистов санитарно-карантинных пунктов и медицинских работников.

1920. Лабораторные исследования на холеру в регламентированном объеме могут проводить лаборатории территориального, регионального и федерального уровня. Диагностические исследования на холеру осуществляют в соответствии с определенными Санитарными правилами порядком организации и проведения лабораторной диагностики холеры для лабораторий различного уровня.

### **Выявление, информирование, учет, регистрация больных холерой и вибрионосителей**

1921. В случае подозрения на заболевание холерой принимают меры по госпитализации больного в инфекционный стационар, предназначенный для госпитализации больных холерой (в соответствии с комплексным планом), изоляции контактировавших с больным лиц. Решение о мерах в отношении лиц, контактировавших с больным (изоляция, медицинское наблюдение, проведение экстренной профилактики), принимает специалист органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1922. Руководители Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации представляют в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека внеочередные донесения о каждом больном холерой и вибрионосителе.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения холеры**

1923. В целях предупреждения возникновения и распространения холеры органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

организуется система мер, направленных на своевременное выявление заносных и местных случаев холеры,

обнаружение холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп в объектах окружающей среды, информационное обеспечение,

выработка обоснованных рекомендаций к планированию и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации возникших очагов холеры.

1924. Органы и организации Роспотребнадзора, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, медицинские организации, структурные подразделения иных государственных органов осуществляют обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в

целях предупреждения возникновения и распространения холеры на территории всей страны дифференцированно с учетом типов административных территорий по эпидемическим проявлениям холеры ([приложение 20 к Санитарным правилам](#)).

1925. Информационное обеспечение на территории всей страны осуществляют в следующем порядке:

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации информирует органы и учреждения Роспотребнадзора, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, противочумные учреждения, соответствующие структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти и иных государственных органов о возникновении или об угрозе возникновения очага холеры на территории страны;

ФКУЗ "Противочумный центр" Роспотребнадзора информирует Роспотребнадзор о заболеваемости холерой за рубежом; о результатах мониторинга за выделением холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп от людей и из объектов окружающей среды на территории Российской Федерации, сводную информацию представляет в Роспотребнадзор;

### **Выявление, учет и регистрация**

2084. Подозрительными на заболевание листериозом лицами, рекомендованными к лабораторному обследованию на листериоз, являются:

пожилые лица и лица с иммунодефицитом с признаками менингита и менингоэнцефалита без установленной ранее причины состояния;

новорожденные с признаками любой инфекционной патологии неясной этиологии, а также менингита и сепсиса;

беременные, имеющие отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (патология беременности и предшествующих родов);

беременные с признаками любых инфекционных заболеваний, имеющие связь с животноводческим хозяйством или профессионально связанные с животными;

лица с наличием любой инфекционной симптоматики, употреблявшие заведомо инфицированную листериями продукцию;

лица в септическом состоянии без установленного ранее диагноза;

лица с признаками любых инфекционных заболеваний, имеющих связь с неблагополучным по листериозу хозяйством (если в хозяйстве выявлено заболевание животного листериозом);

лица с рецидивирующими ангинами, симптомами инфекционного заболевания с лимфаденитом и конъюнктивитом, септическими проявлениями, явлениями менингита и энцефалита, профессионально связанные с животными,

переработкой животноводческой продукции.

2085. Предполагаемым случаем листериоза следует считать:

обнаружение при диагностическом исследовании ликвора (микроскопии) грамположительных палочек у больных с поражением центральной нервной системы (ЦНС);

появления титра специфических антител к листериям на второй неделе болезни у лиц, подозрительных на заболевание;

наличие типичной симптоматики листериоза у лиц, связанных с больными листериозом животными (неблагополучными по листериозу хозяйствами) или употреблявшие заведомо инфицированную листериями продукцию;

септическое состояние у беременной, аборт, рождение мертвого плода;

наличие инфекционной симптоматики, при которой имеются одновременно или последовательно возникающие сочетанные поражения среди лиц, находящихся в одинаковых условиях по риску заражения или связанные с подтвержденным случаем листериоза.

2086. Окончательный диагноз листериоза устанавливается при лабораторном подтверждении (выделение культуры листерий из клинического материала, а также получение положительного результата ПЦР ликвора).

452 Выделение листерий из кала не имеет диагностической ценности, в связи с нередкими находками листерий в кале здоровых лиц. Вместе с тем при доказанной эпидемиологической связи клинически выраженного заболевания с установленным источником инфекции положительные результаты бактериологического исследования выделений больного также служат основанием для окончательного диагноза листериоза.

2087. Вместе с тем при бактериологическом выделении листерий (*L. monocytogenes*) из кала от беременных женщин (даже при отсутствии клинических проявлений) необходимо проведение соответствующей терапии.

При наличии антител к листериям у беременных женщин без бактериологического выделения листерий из организма проведение специальной терапии (лечение листериоза) не требуется.

2088. Больные с подозрением на листериоз госпитализируются в стационар по клиническим или эпидемиологическим показаниям.

2089. Случаи впервые выявленных заболеваний листериозом учитываются в соответствующих формах федерального государственного статистического наблюдения.

2090. В случае подозрения на профессиональное заболевание листериозом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального

заболевания и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2091. Каждый случай профессионального заболевания листериозом подлежит специальному расследованию. По результатам специального расследования в 4-х экземплярах составляется акт расследования профессионального заболевания (отравления), в котором, помимо анкетных данных заболевшего, указываются обстоятельства, причины и санитарно-эпидемиологические нарушения, повлекшие профессиональное заболевание листериозом.

2092. Информацию о групповых случаях регистрации заболевания листериозом, связанных с общим источником заражения, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, направляют в вышестоящую организацию, органы исполнительной и муниципальной власти, органы ветеринарного надзора и ветеринарной службы.

### **Лабораторная диагностика листериоза**

2093. Лабораторная диагностика листериоза у людей с использованием диагностических препаратов, разрешённых к применению на территории Российской Федерации.

2094. Лабораторные исследования на листериоз осуществляют лаборатории, организации, структурные подразделения, имеющие разрешительную документацию на деятельность с микроорганизмами III-IV групп патогенности.

2095. Во всех случаях выделения от людей культур листерий проводится дифференциация их до вида.

2096. Материалом для исследований на листериоз является:

от больных или подозрительных на заболевание людей - слизь из носа и ротоглотки, отделяемое глаз, кровь, ликвор, меконий, околоплодная жидкость, плацента, отделяемое урогенитального тракта и другие;

трупный материал - кровь, экссудаты, кусочки органов (печень, легкие, селезенка, лимфатические узлы и другие);

материал от животных;

продовольственное сырье и продукты животного происхождения;

объекты окружающей среды - почва, трава, фураж, подстилка, вода и другие.

2097. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций.

2098. Отбор материала для лабораторных исследований в эпидемических очагах (от больных лиц, подозрительных на заболевание, животных, окружающей среды) проводят по решению органов, осуществляющих государственный

санитарно-эпидемиологический надзор.

2099. Для диагностики листериоза используются бактериологические и серологические методы, а также ПЦР для выявления листерий (*L. monocytogenes*) в ликворе пациента. Молекулярно-генетические методы исследования (полимеразная цепная реакция, ПЦР) могут быть использованы в качестве дополнительного метода при исследовании клинического материала.

Серологические методы (реакция связывания комплемента - РСК, реакция непрямой агглютинации с эритроцитарным антигенным диагностикумом - РНГА, определение антилистериозных антител методом иммуноферментного анализа - ИФА) позволяют установить предполагаемый диагноз листериозной инфекции, требующий бактериологического подтверждения.

Потребление продуктов питания, загрязненных возбудителем листериоза (сыры, мясные и куриные полуфабрикаты и копчености, морепродукты), приводит к нарастанию титров антител к *L. monocytogenes* без какой-либо клинической симптоматики. Антитела могут длительно сохраняться и после полной элиминации листерии из организма человека. При этом серологические методы полностью сохраняют свое значение для оценки эпидемиологической ситуации.

Полимеразная цепная реакция может быть использована для быстрого выявления генетического материала возбудителя в ликворе, плацентарной ткани, секционном материале. Мультилокусное или полногеномное секвенирование используется для типирования клинических изолятов листерии и их сравнения с культурами листерии, выделенными из продуктов питания.

### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге**

2100. При регистрации случаев листериоза среди людей органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, проводят эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи и организуют проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на недопущение дальнейшего распространения листериоза.

2101. Эпидемиологическое расследование и организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий начинают немедленно при получении экстренного извещения о подозрении на листериоз у человека.

2102. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем заполняется карта эпидемиологического расследования очага, с групповой заболеваемостью - составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага листериоза.

В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание листериозом, связанное с профессиональной деятельностью) составляется акт



расследования профессионального заболевания.

2103. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) специалистами органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор организуется комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага листериоза, включающий:

установление лиц (поименно или круга лиц), подвергшихся риску заражения;

активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (45 календарных дней);

взятие материала от больных и подозрительных на заболевание (силами сотрудников медицинских организаций), а также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. Число обследуемых лиц и объем проводимых исследований определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;

введение запрета на использование сырья животного происхождения и пищевых продуктов, с которыми связано формирование очага, вероятных факторов передачи инфекции;

введение ограничительных мероприятий на территории предприятия, где сформировался очаг листериоза (вплоть до приостановления деятельности или запрещения определенных работ);

проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием организации (хозяйства, производства), с которыми связано формирование очага;

организация дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге, оценка заселенности объекта грызунами;

принятие мер по благоустройству территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;

активизация разъяснительной работы с населением.

2104. Беременные женщины и лица с признаками инфекционных заболеваний, среди лиц, подвергшихся риску заражения, подлежат лабораторному обследованию на листериоз (серологическими или бактериологическими методами).

2105. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах листериоза проводят организации, аккредитованные для дезинфекционной деятельности.

2106. Больных листериозом (подозрительных на заболевание) госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары.

2107. При регистрации случая листериоза в медицинской организации (стационаре) проводят:

выявление лиц, подвергшихся риску заражения, и установление за ними медицинского наблюдения;

перевод больных (подозрительных на заболевание) в инфекционное отделение (в том числе новорожденных);

проведение заключительной дезинфекции.

**Мероприятия по недопущению случаев листериоза среди людей в неблагополучных по листериозу хозяйствах**

2108. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии информируют в срочном порядке (в течение 24-х часов) территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о регистрации случаев листериоза среди животных с указанием неблагополучных хозяйств (в течение 24 часов после установления диагноза у животного), а также при выявлении листерий в продуктах животноводства.

2109. Специалисты органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят эпидемиологическое обследование очага, с целью определения границ очага, выявления лиц, подвергшихся риску заражения.

Лицам, подвергшимся риску заражения, проводят медицинский осмотр и устанавливают медицинское наблюдение в течение 45 календарных дней. При появлении признаков инфекционного заболевания лиц, подвергшиеся риску заражения, обследуют лабораторно.

2110. Медицинское наблюдение проводится медицинскими организациями.

2111. Число лиц, подвергшихся риску заражения, и объем лабораторных исследований определяет специалист органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2112. Беременных женщин, подвергшихся риску заражения в эпизоотическом очаге, бактериологически обследуют на листериоз.

Все беременные женщины в эпизоотическом очаге (неблагополучном по листериозу хозяйстве) должны быть переведены на другую работу, не связанную с уходом за животными и (или) с контактом с продуктами животноводства из неблагополучного хозяйства.

2113. В эпизоотическом очаге проводят дератизационные, дезинсекционные и дезинфекционные мероприятия.

2114. Запрещается употребление молока из неблагополучного хозяйства (от больных животных) в сыром виде (только после кипячения не менее 15 минут) или допускается его переработка на топленое масло.

2115. Реализация мясной продукции из неблагополучного хозяйства разрешается после переработки на мясокомбинате.

2116. Руководители животноводческих хозяйств вне зависимости от форм собственности при наложении ограничений по листериозу на хозяйство обязаны:

провести инструктаж с работниками, занятыми уходом за поголовьем животных, о соблюдении требований безопасности, использовании средств индивидуальной защиты для предупреждения профессионального заражения листериозом;

обеспечить всех работников, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения листериозом, в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты, своевременную их замену и централизованную стирку;

принять меры по обеспечению работников надлежащими условиями для соблюдения личной гигиены, бытовыми помещениями для приема пищи и отдыха, отдельными шкафчиками для хранения личной, рабочей и санитарной одежды;

обеспечить рабочие места достаточным набором уборочного инвентаря, дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении возбудителя листериоза.

#### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения листериоза**

2117. В целях предупреждения возникновения и распространения листериоза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

2395. При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5 дня с момента выявления больного гепатитом А.

2396. Вакцинация по эпидемическим показаниям является основным профилактическим мероприятием, направленным на локализацию и ликвидацию очага гепатита А. Сведения о проведенной вакцинации (дата, название вакцины, доза и номер серии) регистрируются во всех учетных формах медицинской документации, прививочном сертификате.

2397. При выявлении больного гепатитом А или гепатитом Е в организованном детском коллективе (коллективе военнослужащих), в организации

вводится карантин сроком на 35 календарных дней при гепатите А и сроком на 40 календарных дней при гепатите Е с момента изоляции последнего больного. За детьми (военнослужащими), имевшими контакт с больным вирусным гепатитом А или Е устанавливают ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина.

2398. Пораженные группы (классы, отделения или палаты) подлежат максимальной изоляции от других групп, подразделений организации и не принимают участия в массовых мероприятиях, организуемых в ней. В карантинной группе (классе, отделении, палате) отменяют систему самообслуживания, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики гепатита А или Е.

2399. В период карантина не допускается перевод контактных детей, военнослужащих, персонала детских и иных организаций в другие группы (классы, отделения, палаты) и в другие организации за исключением особых случаев с разрешения специалиста, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2400. Прием в карантинные группы (классы, отделения, палаты и иные) новых лиц допускается в случаях, если поступающий перенес ранее гепатит А или вакцинирован против гепатита А не менее чем за 14 календарных дней до допуска в коллектив.

2401. О детях из организованных коллективов и о военнослужащих, имевших контакт с больным гепатитом А или Е вне коллектива, ставят в известность медицинский персонал или руководство этих учреждений.

2402. Детей допускают в организованные коллективы с разрешения врача-педиатра по согласованию со специалистом органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при условии их полного здоровья или указании о перенесенном ранее (документированном) заболевании либо вакцинированных против гепатита А не менее чем за 14 календарных дней до допуска в коллектив.

2403. О взрослых лицах, контактировавших с больным гепатитом А или Е по месту жительства, занятых приготовлением пищи и реализацией пищевых продуктов (организации общественного питания и иные), уходом за больными в МО, воспитанием и обслуживанием детей, обслуживанием взрослого населения (в том числе проводники, стюардессы), а также о контактировавших с больным гепатитом Е работниках животноводческих хозяйств, мясоперерабатывающих предприятий информируются руководители данных учреждений, соответствующие здравпункты (медико-санитарные части) и органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2404. Руководители этих учреждений обеспечивают контроль за соблюдением контактными лицами правил личной и общественной гигиены, обеспечивают медицинское наблюдение, вакцинопрофилактику в очаге гепатита А и отстранение их от работы при появлении первых признаков заболевания.

2405. За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и

клиническое обследование (в течение 35 календарных дней при гепатите А и в течение 40 календарных дней при гепатите Е) осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта) по месту жительства. Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования. В очаге гепатита А проводят вакцинацию не болевших и не привитых ранее контактных лиц.

2406. В детских дошкольных организациях, школах, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка и оздоровительных организациях наблюдение за контактными лицами, забор и доставка материала для лабораторного исследования, проведение вакцинации, обучение персонала правилам противоэпидемического режима и работа по гигиеническому воспитанию с родителями детей возлагается на врача и медицинскую сестру этих организаций. При отсутствии медицинских работников в данных организациях эта работа возлагается на поликлинику, которая обслуживает указанные выше объекты.

2407. Все меры, направленные на ликвидацию очага, отражаются в карте эпидемиологического обследования и листе наблюдения за контактными лицами, последний вклеивается в амбулаторную карту больного гепатитом А или гепатитом Е. В этих же документах фиксируется окончание мероприятий в очаге и результаты наблюдения за контактными лицами.

2408. При выявлении случаев заболевания гепатитом Е среди работников животноводческих хозяйств и предприятий мясоперерабатывающей промышленности руководитель территориального органа Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору совместно с главным государственным санитарным врачом субъекта Российской Федерации вносят предложения в орган государственной власти субъекта Российской Федерации о наложении ограничений на хозяйство и проведению мероприятий по ликвидации очага.

2409. Руководители животноводческих хозяйств вне зависимости от форм собственности при наложении ограничений по гепатиту Е на хозяйство обязаны обеспечить проведение комплекса противоэпидемических мероприятий.

2410. С работниками, занятыми уходом за поголовьем животных, проводится инструктаж о соблюдении требований безопасности, использовании средств индивидуальной защиты для предупреждения профессионального заражения ВГЕ.

2411. Для своевременного выявления заболевших организуется медицинский осмотр работников с обязательным лабораторным обследованием на гепатит Е.

2412. Беременные женщины переводятся на другую работу, не связанную с уходом за животными или контактом с продуктами животноводства.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения вирусных гепатитов А и Е**

2413. В целях предупреждения возникновения и распространения вирусных гепатитов А и Е органами, осуществляющими федеральный государственный

санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг многолетней и внутригодовой динамикой заболеваемости, факторами и условиями, влияющими на распространение инфекции, циркуляцией генетических вариантов возбудителя, состоянием специфического иммунитета населения к вирусам, охватом иммунизацией населения против гепатита А;

оценка эффективности проводимых мероприятий.

2414. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, направленные на предупреждение возникновения и распространения вирусного гепатита Е, осуществляется во взаимодействии с территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

### **Профилактические мероприятия**

2415. Основными мерами профилактики гепатита А являются санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на разрыв путей передачи возбудителя инфекции, и вакцинопрофилактика, обеспечивающая создание коллективного иммунитета.

2416. Основными мерами профилактики гепатита Е являются санитарно-гигиенические и ветеринарно-санитарные мероприятия, направленные на разрыв путей передачи возбудителя

2417. К санитарно-гигиеническим мероприятиям по профилактике гепатитов А и Е относятся:

благоустройство населенных пунктов;

обеспечение населения доброкачественной питьевой водой, безопасными в эпидемиологическом отношении продуктами питания;

улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта населения;

создание условий, гарантирующих соблюдение санитарных правил и требований, предъявляемых к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации продуктов питания;

обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно-гигиенических норм и правил, санитарно-противоэпидемического режима в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организациях отдыха детей и их оздоровления, медицинских организациях, организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых, организованных воинских коллективах и других объектах;

соблюдение правил личной гигиены;

гигиеническое воспитание населения.

2418. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный ветеринарный надзор, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области ветеринарии, осуществляющие переданные полномочия, информируют в течение 24-х часов территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о выявлении ВГЕ у животных или в продуктах животноводства.

2419. При выявлении ВГЕ у животных или в продуктах животноводства на территории субъектов Российской Федерации, должны быть разработаны комплексные планы по профилактике ОГЕ среди людей, разрабатываемые при участии органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, территориальных органов Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, а также органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2420. Контроль за выполнением мероприятий по профилактике заражения людей ВГЕ проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор во взаимодействии с ветеринарными службами.

2421. Контроль за выполнением мероприятий по профилактике инфицирования ВГЕ сельскохозяйственных животных и продуктов животноводства обеспечивают территориальные органы Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

2422. Объем специфической профилактики ОГА определяется специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с эпидемиологической обстановкой, а также с учетом особенностей динамики и тенденций развития эпидемического процесса ОГА на конкретной территории.

2423. Вакцинацию населения против ОГА проводят в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, региональными календарями профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации.

2424. Вакцинация по эпидемическим показаниям является основным профилактическим мероприятием, направленным на локализацию и ликвидацию очага гепатита А. Сведения о проведенной вакцинации (дата, название вакцины, доза и номер серии) регистрируются во всех учетных формах медицинской документации, прививочном сертификате.

### **Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики гепатитов А и Е**

2425. Гигиеническое воспитание населения предусматривает информирование об основных симптомах вирусных гепатитов А и Е, а также мерах их профилактики с использованием информационно-

телекоммуникационной сети "Интернет", средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведения бесед.

2426. Основные сведения о гепатитах А и Е и мерах их профилактики должны быть включены в программы гигиенического обучения работников предприятий пищевой промышленности и общественного питания, коммунального и бытового обслуживания населения, животноводческих хозяйств, детских учреждений и лиц, к ним приравненных.

## **XXXII. Профилактика полиомиелита**

2427. Полиомиелит относится к острым инфекционным заболеваниям вирусной этиологии и характеризуется разнообразием клинических форм - от abortивных до паралитических. Паралитические формы возникают при поражении вирусом клеток передних рогов спинного мозга и двигательных ядер черепных нервов, и проявляются развитием вялых парезов/параличей конечностей, мимической мускулатуры или мышц туловища.

2428. Источником инфекции является человек - больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 часов, а в испражнениях - через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях - в течение 3-6 недель (лица с дефектами иммунитета могут выделять полиовирус в течение более длительного времени). Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания.

2429. Инкубационный период при остром полиомиелите колеблется от 4 до 30 календарных дней. Наиболее часто этот период длится от 6 до 21 дня.

2430. Основной механизм передачи возбудителя - фекально-оральный, пути передачи - водный, пищевой, контактно-бытовой. Эпидемиологическое значение имеет также аспирационный механизм передачи возбудителя с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи.

2431. Естественная восприимчивость людей высокая. Однако клинически выраженная инфекция встречается гораздо реже носительства: на один манифестный случай приходится от 100 до 1000 случаев бессимптомного носительства полиовируса. Поэтому, с точки зрения эпидемиологической значимости, случаи бессимптомного носительства (бессимптомной инфекции) представляют большую опасность.

2432. Постинфекционный иммунитет - типоспецифический, пожизненный к вирусу того типа, который вызвал заболевание, поэтому непривитые лица, перенесшие заболевание, не освобождаются от профилактических прививок.

2433. В довакцинальный период распространение заболевания полиомиелитом носило повсеместный и выраженный эпидемический характер. В условиях умеренного климата наблюдалась летне-осенняя сезонность. Период после внедрения вакцинации характеризуется резким снижением заболеваемости полиомиелитом. Заболевание регистрируется в основном у детей, не привитых против полиомиелита или привитых с нарушением календаря профилактических



прививок.

2434. После сертификации ликвидации полиомиелита в Европейском Регионе в 2002 г., в том числе в Российской Федерации, основную угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию страны представляют:

завоз дикого полиовируса (ДПВ) или полиовируса вакцинного происхождения, значительно дивергировавшего от вакцинного предка - штамма Сэбина (ПВВП), из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

риски, связанные с продолжающимся использованием оральной полиовирусной вакцины (ОПВ) - возникновение случаев вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП) при несоблюдении требований по профилактике ВАПП и возможность формирования нейровирулентных ПВВП при недостаточном охвате профилактическими прививками против полиомиелита;

риски, связанные с небезопасным обращением с полиовирусами любого типа;

не выявленные случаи передачи полиовируса.

2435. Наибольшему риску заболевания полиомиелитом в случае завоза ДПВ или ПВВП подвержены дети, получившие менее 3-х прививок против полиомиелита или привитые с нарушением схемы иммунизации, определенной документами по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2436. Случаи ВАПП встречаются крайне редко. ВАПП может встречаться у реципиентов оральной полиовирусной вакцины (ОПВ) и у контактных с ними детей. ВАПП у реципиентов ОПВ преимущественно развивается после первой прививки против полиомиелита, сделанной ОПВ. ВАПП у контактных возникает у непривитых детей (чаще всего с иммунодефицитными состояниями) при их тесном контакте с детьми, недавно привитыми ОПВ. Наиболее часто ВАПП у контактных регистрируется в детских закрытых коллективах (в домах ребенка, стационарах и других организациях с круглосуточным пребыванием детей) - при нарушении персоналом санитарно-противоэпидемического режима, а также в семьях, где есть дети, не имеющие прививок против полиомиелита, и недавно привитые ОПВ.

2437. В возникновении вспышек полиомиелита среди населения с низким охватом иммунизацией доказана роль не только ДПВ, но и ПВВП. Такие штаммы способны к продолжительной циркуляции и восстановлению нейровирулентных свойств.

2438. Клинически паралитический полиомиелит проявляется синдромом острого вялого паралича (ОВП). В связи с этим, выявление и диагностика любого случая заболевания с синдромом ОВП является ключевым элементом системы мероприятий по профилактике полиомиелита:

острый вялый паралич - любой случай острого вялого паралича у ребёнка до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), включая синдром Гийена-Барре, или любое паралитическое заболевание независимо от возраста при подозрении на

полиомиелит;

острый паралитический полиомиелит, вызванный ДПВ - случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60 календарный день после возникновения, при котором выделен ДПВ;

острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента - случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60 календарный день, возникший не ранее 4-го и не позднее 30-го дня после иммунизации ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения;

острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у контактного - случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший преимущественно не позднее 60-го дня после контакта с человеком, привитым ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения;

острый паралитический полиомиелит неуточненной этиологии - случай острого вялого паралича, при котором получены отрицательные результаты лабораторного обследования (вирус полиомиелита не выделен) вследствие ненадлежащим образом собранного материала (позднее выявление случая, поздние сроки отбора, неправильное хранение или недостаточный объем материала для исследования) или лабораторное исследование не проводилось, но наблюдаются остаточные явления к 60-му дню с момента их возникновения;

острый паралитический полиомиелит другой, неполиовирусной этиологии - случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день, при котором проведено полное лабораторное обследование, но вирус полиомиелита не выделен, и не получено диагностического нарастания титра антител или выделен другой нейротропный вирус.

### **Выявление, регистрация, учет больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича**

2439. К приоритетным ("горячим") случаям ОВП относятся:

дети с ОВП, не имеющие полного курса вакцинации против полиомиелита (получившие менее 3-х доз вакцины);

дети с ОВП, не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомиелита;

дети с ОВП, прибывшие из эндемичных или 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 или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий) в течение последних 60 календарных дней;

лица с подозрением на полиомиелит вне зависимости от возраста.

2440. При получении экстренного извещения о случае ПОЛИО/ОВП в течение 24 часов специалисты территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют эпидемиологическое расследование. По результатам эпидемиологического расследования и осмотра больного неврологом или инфекционистом заполняется 1-я часть карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП в соответствии приложением 43 к Санитарным правилам.

2441. Копии карт эпидемиологического расследования случаев ПОЛИО/ОВП (1-я и 2-я части) представляются в Координационный центр профилактики полиомиелита и энтеровирусной (неполио) инфекции (далее - Координационный центр).

2442. Учету и регистрации подлежат больные полиомиелитом, с подозрением на полиомиелит - без ограничения возраста, больные, у которых выявлен синдром ОВП при любой нозологической форме заболевания - в возрасте до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней). Регистрация и учет осуществляется по месту их выявления территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2443. Территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляют в Координационный центр профилактики полиомиелита и энтеровирусной (неполио) инфекции (далее - Координационный центр) отчет о регистрации полиомиелита и острых вялых параличей и вирусологических исследованиях на полио и энтеровирусы ([приложении 24 к Санитарным правилам](#)). В отчет включается число случаев ОВП по предварительным диагнозам.

2444. Сведения о регистрации случаев полиомиелита и ОВП после их подтверждения Национальной комиссией по диагностике полиомиелита и ОВП вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения.

2445. Список случаев ПОЛИО/ОВП предоставляется территориальным органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в Координационный центр в соответствии [приложением 25 к Санитарным правилам](#).

### **Организация лабораторных исследований биологического материала от больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича и с подозрением на данные заболевания**

2446. От больного полиомиелитом (с подозрением на это заболевание) и больных с синдромом ОВП берут две пробы фекалий в максимально ранние сроки (но не позднее 14-го дня) от момента возникновения пареза/паралича. Забор материала осуществляется медицинскими работниками медицинской

организации, в которую госпитализирован больной. Первая проба фекалий берется при выявлении больного, вторая - через 24-48 часов после взятия первой пробы.

2447. Пробы от приоритетных ("горячих") случаев ОВП, в том числе случаев полиомиелита (подозрения на полиомиелит), доставляют в Национальную лабораторию по диагностике полиомиелита (далее - НЛДП). Пробы от остальных (неприоритетных) случаев ОВП доставляют в Региональный центр по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом и ОВП (далее - РЦ ПОЛИО/ОВП). Доставка проб осуществляется с направлением на лабораторное исследование, которое составляется в 2 экземплярах ([приложение 26 к Санитарным правилам](#)).

2448. Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ответственный за отправку материала, заранее сообщает в РЦ ПОЛИО/ОВП или в НЛДП о маршруте его отправления.

2449. В НЛДП направляются для исследований биологические материалы из всех субъектов Российской Федерации в следующих случаях:

пробы от приоритетных ("горячих") случаев ОВП, в том числе случаев полиомиелита (подозрения на полиомиелит);

пробы от контактных в эпидемическом очаге, где выявлен приоритетный ("горячий") случай ОВП, в том числе случай полиомиелита (подозрения на полиомиелит), или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа.

2450. Для идентификации вирусов в НЛДП направляются:

изоляты полиовирусов, выделенных в пробах фекалий от больных с синдромом ОВП, исследованных в РЦ ПОЛИО/ОВП, энтеровирусной (неполио) инфекцией (с подозрением на эти заболевания), а также от контактных с ними в эпидемических очагах;

изоляты полиовирусов, выделенные из любых материалов, собранных в рамках проведения надзора за циркуляцией полиовирусов среди населения (исследование сточных вод, обследования здоровых лиц целевых групп - в том числе детей из семей мигрантов, кочующих групп населения, лиц, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), здоровых детей "групп риска").

2451. Для серологических исследований в НЛДП направляются парные сыворотки от приоритетных ("горячих") случаев ОВП, в том числе случаев полиомиелита (подозрения на полиомиелит).

2452. В РЦ ПОЛИО/ОВП для исследований направляются биологические материалы из субъектов Российской Федерации, прикрепленных к РЦ ПОЛИО/ОВП от:

больных с синдромом ОВП, а также от контактных с ними в эпидемическом очаге;

детей из семей мигрантов, кочующих групп населения, лиц, прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

здоровых детей из "групп риска" по эпидемическим показаниям (при отсутствии возможности проведения исследования в территории).

РЦ ПОЛИО/ОВП обеспечивает доставку с территорий прикрепленных субъектов Российской Федерации (при отсутствии возможности отправки из субъекта самостоятельно) в НЛДП проб фекалий, а также изолятов полиовирусов для внутритиповой дифференциации.

2453. В учреждениях, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят:

исследования проб фекалий от больных ЭВИ, с подозрением на ЭВИ;

исследования проб фекалий от здоровых детей из "групп риска";

исследования проб сточной воды (в рамках эпидемиологического надзора за объектами окружающей среды, по эпидемическим показаниям);

серологические исследования напряженности иммунитета здоровых лиц из индикаторных групп в рамках серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту.

2454. Учреждения, обеспечивающие деятельность территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают доставку в соответствующий РЦ ПОЛИО/ОВП:

проб фекалий от больных с синдромом ОВП, от детей, контактных с ними в эпидемических очагах (при наличии показаний);

проб фекалий от детей из семей мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения, прибывших из неблагополучных или эндемичных по полиомиелиту стран (территорий);

изоляты полиовирусов, выделенные из любых материалов, собранных в рамках проведения надзора за циркуляцией полиовирусов среди населения (исследование сточных вод, обследования здоровых лиц целевых групп - детей из семей мигрантов, кочующих групп населения, лиц, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), здоровых детей "групп риска" и прочие).

2455. При отсутствии в учреждениях, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, собственной лабораторной базы, неудовлетворительных показателях чувствительности эпидемиологического

надзора за ПОЛИО/ОВП осуществляется доставка в РЦ ПОЛИО/ОВП:

проб фекалий от здоровых детей "групп риска" по эпидемическим показаниям;

проб сточной воды (по эпидемическим показаниям и в рамках оказания практической помощи);

сывороток здоровых лиц для проведения серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту (в рамках оказания практической помощи).

2456. Учреждения, обеспечивающие деятельность территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и выполняющие исследования материалов на полио- и энтеровирусы только ПЦР-методом (при отсутствии условий проведения вирусологических исследований), обеспечивают детекцию полиовирусов методом ПЦР с помощью тест-систем, зарегистрированных и разрешенных к использованию в Российской Федерации. При выявлении РНК-полиовируса исходные пробы направляют в течение 72 часов в РЦ ПОЛИО/ОВП для дальнейшей расшифровки.

**Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в отношении больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича и носителей ДПВ, ПВВП, вакциноподобного вируса полиомиелита типа 2**

2457. Больные с подозрением на полиомиелит, больные с синдромом ОВП подлежат госпитализации в бокс инфекционного стационара. Перечень медицинских организаций, в которые госпитализируются больные ПОЛИО/ОВП, определяют органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

2458. В направлении на госпитализацию больного указываются следующие сведения: анкетные данные, дата заболевания, первоначальные симптомы заболевания, дата начала паралича, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках против полиомиелита (представляется полный прививочный анамнез: дата проведения прививки, вид прививки и наименование вакцины), о контактах с больным ПОЛИО/ОВП, с привитым ОПВ в течение предыдущих 60 календарных дней или лицами, прибывшими из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий), о посещении эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий).

2459. При выявлении больного проводится забор 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.

2460. От каждого "горячего" случая ОВП проводят забор парных сывороток крови. Первую сыворотку отбирают при выявлении больного в возможно короткие сроки (при поступлении в стационар) вторую - через 2-3 недели.

2461. В случае летального исхода заболевания в первые часы после смерти осуществляют забор секционного материала для лабораторных исследований вне зависимости от приоритетности случая.

2462. Забор и доставку материалов для лабораторных исследований осуществляют в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2463. При подозрении на полиомиелит проводят исследования иммунологического статуса, содержащего информацию, позволяющую оценить гуморальный и клеточный иммунитет, для получения заключения врача-иммунолога, а также электрофизиологические исследования (электромиографию и электронейромиографию).

2464. Выписка из стационара, переболевшего полиомиелитом, вызванным ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, допускается после получения однократного отрицательного результата вирусологического исследования 2-х образцов фекалий, отобранных с интервалом 24-48 часов.

2465. В целях выявления остаточных параличей проводится осмотр больного ПОЛИО/ОВП через 60 календарных дней от начала паралича/пареза (при условии, если паралич не восстановился ранее). Данные осмотра вносят в медицинскую документацию больного и во 2-ю часть карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП в соответствии с [приложением 23 к Санитарным правилам](#).

2466. Повторный осмотр и отбор проб фекалий для лабораторного исследования от больных полиомиелитом проводят на 60-й и 90-й дни от начала пареза/паралича. Данные осмотра и результаты лабораторных исследований вносят в соответствующую медицинскую документацию.

2467. Классификация случая ОВП проводится комиссионно (Комиссией по диагностике полиомиелита и ОВП субъекта Российской Федерации) и включается во 2-ю часть карты эпидрасследования случая ПОЛИО/ОВП и в соответствующую медицинскую документацию больного.

2468. Окончательную классификацию случая ПОЛИО/ОВП проводит Национальная комиссия по диагностике ПОЛИО/ОВП на основании анализа и оценки карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП (1-я и 2-я части) и другой (при необходимости) медицинской документации (в том числе история развития ребенка, медицинская карта стационарного больного, результаты лабораторных исследований). Итоги окончательной классификации доводятся до сведения территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, который информирует медицинскую организацию. Результаты окончательной классификации вносят в 3-ю часть карты в соответствии с [приложением 23 к Санитарным правилам](#).

2469. Лица, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии национальным календарем профилактических прививок.

2470. Здоровый носитель ДПВ, ПВВП или вакциноподобного полиовируса типа 2 по эпидемическим показаниям (наличие в семье детей, не привитых против полиомиелита, а также лиц, относящихся к декретированным контингентам - медицинские работники, работники торговли, общественного питания, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организаций отдыха детей и их оздоровления) подлежит изоляции в инфекционный стационар в соответствии с законодательством Российской Федерации до получения отрицательного результата лабораторных исследований.

2471. Носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 при его выявлении подлежит трехкратной иммунизации с интервалом между прививками 1 месяц (выбор вакцины (ОПВ/ИПВ) осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией).

2472. Носители ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, посещающие организованные коллективы детей, или относящиеся к декретированному контингенту, не допускаются в коллективы детей и к профессиональной деятельности до получения отрицательного результата лабораторных исследований образцов стула на полиовирус. Взятие материала для проведения вирусологических исследований у таких лиц осуществляется перед введением очередной дозы вакцины ОПВ.

2473. Решение об изоляции носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 и его иммунизации принимает специалист территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2474. В очаге, где выявлен больной с синдромом острого вялого паралича, больной полиомиелитом, носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

2475. Специалист территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения о выявлении больного ПОЛИО/ОВП или носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводит эпидемиологическое расследование, определяет границы эпидемического очага, круг контактных лиц и организует комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2476. Медицинские и другие организации проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге под контролем территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2477. В эпидемическом очаге, где выявлен больной с синдромом ОВП, в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет проводится:

медицинский осмотр врачами - педиатром, неврологом, инфекционистом;



ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 календарных дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;

забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях, предусмотренных [пунктом 2479 Санитарных правил](#));

иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита; в случаях, предусмотренных [пунктом 2478 Санитарных правил](#) иммунизация проводится вакциной ИПВ.

2478. Дети, не привитые против полиомиелита, однократно привитые вакциной ИПВ или имеющие противопоказания к применению вакцины ОПВ, а также не имеющие сведений об иммунизации против полиомиелита, прививаются с учетом с [пункта 2511 Санитарных правил](#).

2479. Взятие одной пробы фекалий от детей в возрасте до 5 лет для лабораторного исследования в очаге, где выявлен больной ОВП, проводится в случаях:

позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП (позже 14 дня с момента появления паралича);

неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП (менее 2-х проб стула);

при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

при выявлении приоритетных ("горячих") случаев ОВП.

2480. Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет для лабораторного исследования проводится до иммунизации.

2481. Мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включают:

первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);

2570. Транспортирование материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, осуществляется в герметически закрытых емкостях. Емкости с материалами помещают в термоконтейнеры. Упаковка емкостей с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, в термоконтейнере должна исключать возможность их перемещения во избежание нарушения целостности при транспортировании, а поглощающий материал

должен быть в достаточном количестве для сорбции всей жидкости в случае повреждения упаковки.

2571. В случае возникновения при транспортировании материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, аварий, катастроф, утраты и хищения, необходимо об этом сообщать в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и ее территориальные органы, Федеральную службу безопасности, МВД для принятия мер по охране места происшествия, ликвидации последствий, проведения розыска потерянного или похищенного. Об этом факте информируют организацию-отправителя и организацию-получателя.

### **Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики полиомиелита**

2572. Гигиеническое воспитание населения включает в себя информирование об основных клинических формах, симптомах полиомиелита, мерах профилактики, глобальной ситуации о заболеваемости полиомиелитом, с привлечением средств массовой информации и выпуском средств наглядной агитации: листовок, плакатов, бюллетеней, а также проведением индивидуальных бесед.

2573. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинские организации.

### **XXXIII. Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции**

2574. Энтеровирусные (неполио) инфекции представляют собой группу инфекционных заболеваний вирусной этиологии, вызываемых различными представителями энтеровирусов.

2575. Типовым представителем рода является возбудитель полиомиелита - полиовирус (энтеровирус вида *Enterovirus C* - EVC), представленный 3-мя серотипами (типы 1, 2, 3). Все остальные энтеровирусы, поражающие человека, обозначают как непوليوмиелитные энтеровирусы (НПЭВ), которые относятся к 4 видам - *Enterovirus A* (EV-A), *Enterovirus B* (EV-B), *Enterovirus C* (EV-C), *Enterovirus D* (EV-D). Основная доля циркулирующих НПЭВ относится к EV-A и EV-B. Соотношение EVA/EVD в Российской Федерации варьирует от сезона к сезону.

2576. Резервуаром и источником инфекции является человек: больной или бессимптомный носитель. Инкубационный период варьирует от 2 до 14 календарных дней, в среднем - до 1 недели.

2577. НПЭВ высоко контагиозны. Наиболее восприимчивыми являются дети раннего возраста.

2578. Передача ЭВИ осуществляется при реализации фекально-орального механизма передачи (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и

аэрогенного (аспирационного) механизма (контактно-бытовым, аэрозольным, воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями).

2579. Энтеновирусы отличаются высокой устойчивостью во внешней среде, сохраняют жизнеспособность в воде поверхностных водоемов и влажной почве до 2-х месяцев, на сухих поверхностях при комнатной температуре - в течение дня.

2580. Распространение ЭВИ носит повсеместный характер. Заболевание встречается в виде спорадических случаев, локальных вспышек (чаще в детских коллективах), эпидемий.

2581. Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства, как по условиям размещения, так и по состоянию систем водопользования и организации питания.

2582. В случае загрязнения сточными водами, эпидемиологическую значимость представляет вода, используемая как в качестве источников водоснабжения, так и рекреационных зон для купания населения.

2583. Отмечается, преимущественно, летне-осенняя сезонность заболеваемости ЭВИ. Локальные вспышки ЭВИ могут регистрироваться в течение всего года, часто - вне зависимости от сезонного подъема заболеваемости.

2584. ЭВИ характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит и менингоэнцефалит, экзантема (в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром (англ. - hand, foot and mouth disease, сокp. HFMD), везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина), синдром острого вялого паралича (ОВП), геморрагический конъюнктивит, миокардит, увеит, заболевания с респираторным синдромом, и другие.

2585. Наибольшую опасность - среди энтеровирусных заболеваний представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

2586. Обследованию на ЭВИ подлежат лица с характерными клиническими симптомами (синдромами) в очагах групповой заболеваемости, а также при подъеме заболеваемости ЭВИ на конкретной территории.

2587. Диагноз заболевания ЭВИ устанавливают на основании клинических данных, результатов лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

2588. По степени достоверности диагноза случаи заболевания ЭВИ классифицируют как подозрительные, вероятные и подтвержденные:

подозрительным считается случай ЭВИ при наличии одного или нескольких из симптомов (синдромов);

вероятным считается случай ЭВИ при наличии характерных клинических проявлений и связи заболевания с зарегистрированным эпидемическим очагом;

подтвержденным считается случай ЭВИ при наличии клинических данных и лабораторного подтверждения одним из методов.

2589. При расшифрованной, эпидемиологически доказанной вспышке/групповой заболеваемости ЭВИ, диагноз у вновь заболевших может быть установлен на основании однотипной клинической картины с ранее лабораторно подтвержденными случаями ЭВИ, эпидемиологического анамнеза (общность источника инфекции, путей и факторов передачи) до получения положительных результатов лабораторного исследования на ЭВ.

2590. При сезонном подъеме заболеваемости ЭВИ на конкретной территории (в субъекте Российской Федерации) с наличием у заболевших однотипной характерной клинической картины заболевания и наличием этиологически расшифрованных случаев ЭВИ (до типа НПЭВ) у больных, выявленных в начале сезонного подъема, возможна постановка диагноза ЭВИ у остальных больных с аналогичной клинической картиной проявления инфекции на основании клинико-эпидемиологических данных.

### **Лабораторная диагностика ЭВИ**

2591. Лабораторные исследования, направленные на обнаружение и идентификацию энтеровирусов, осуществляются лабораториями, имеющими разрешительные документы для работы с возбудителями III-IV групп патогенности, и владеющими соответствующими методами лабораторных исследований.

2592. Основными методами лабораторного подтверждения ЭВИ являются молекулярно-биологические (ПЦР, секвенирование) и вирусологические методы.

2593. Экспресс-тесты на основе латекс-агглютинации или иммунохроматографии обладают относительно низкой аналитической чувствительностью. В качестве основного метода диагностики ЭВИ данные тесты не могут быть использованы.

2594. Основанием для лабораторного подтверждения диагноза ЭВИ служит:

обнаружение НПЭВ или их рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) в стерильных типах клинического материала;

выявление НПЭВ или их РНК в нестерильных типах клинического материала при наличии этиологически расшифрованной вспышки энтеровирусной инфекции и при наличии у пациента характерной для энтеровирусной инфекции клинической картины;

выявление НПЭВ или их РНК в нестерильных типах клинического материала при отсутствии вспышки и при соответствии типа вируса специфичной клинической картине заболевания (везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина), экзантема, в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром, по результатам тестирования фекальной пробы

подтвердить энтеровирусную природу серозного менингита можно только в случае отрицательных результатов лабораторного обследования на другие патогены);

выявление НПЭВ или их РНК в двух пробах нестерильных клинических материалов разных типов.

2595. Результаты серологических исследований могут служить лабораторным подтверждением диагноза ЭВИ только в совокупности с одним из пунктов, перечисленных в [пункте 2594 Санитарных правил](#). Определение антител к НПЭВ в единичном образце диагностической ценности не имеет.

2596. Расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится с целью оценки эпидемиологической ситуации и прогнозирования.

2597. Расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится в начале сезонного подъема заболеваемости ЭВИ, а также от больных с тяжелыми формами течения ЭВИ (и подозрения на ЭВИ), летальных и атипичных случаев ЭВИ (и подозрения на ЭВИ), из очагов групповой заболеваемости ЭВИ.

2598. Расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится в организациях, в том числе научных, обеспечивающих деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

#### **Мероприятия при выявлении больного ЭВИ (при подозрении на ЭВИ)**

2599. Госпитализация больных с ЭВИ и лиц с подозрением на это заболевание проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

2600. Госпитализации подлежат больные ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание - с неврологической симптоматикой (серозный менингит, энцефалит, миелит), а также пациенты с увеитом, геморрагическим конъюнктивитом, миокардитом.

2601. Изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации подлежат больные всеми клиническими формами ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание - из организованных коллективов, а также проживающие в общежитиях.

2602. Больные с ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание подлежат лабораторному обследованию. Взятие клинического материала от больного организуется при установлении диагноза ЭВИ или при подозрении на это заболевание - в день его обращения (госпитализации).

2603. Взятие определенного вида материала для лабораторных исследований от больных ЭВИ и лиц с подозрением на это заболевание осуществляется с учетом клинической картины заболевания.

2604. Для исследования отбираются:

стерильные типы клинического материала: цереброспинальная жидкость, отделяемое конъюнктивы, отделяемое везикул, кровь, биоптаты органов;

нестерильные типы клинического материала: мазки из ротоглотки/носоглотки, отделяемое язв (афт) при везикулезном (афтозном) фарингите, образцы фекалий;

аутопсийный материал в зависимости от имевшей место клинической картины заболевания (ткани головного, спинного, продолговатого мозга и варолиева моста, печени, легких, миокарда, лимфоузлы, содержимое кишечника и ткань кишечной стенки, соскоб кожных высыпаний).

2605. В очагах с установленной этиологией заболевания диагноз устанавливается по клинико-эпидемиологическим данным без лабораторного подтверждения.

2606. Отбор и доставка клинического материала в лабораторию проводится в соответствии с документами по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2607. Этиологическая расшифровка случаев ЭВИ должна быть проведена не позднее 7-го дня методом полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР) и не позднее 21 дня вирусологическим методом с момента поступления проб в лабораторию.

#### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ**

2608. Объем проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ЭВИ зависит от эпидемиологической обстановки и уровня регистрируемой заболеваемости.

2609. В период стабильной эпидемиологической ситуации, регистрации спорадических случаев заболеваний среди населения, без превышения среднемноголетнего уровня и динамики роста, в организованных коллективах детей (в том числе в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления) проводятся профилактические мероприятия в соответствии с законодательством Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2610. В период эпидемического сезонного подъема заболеваемости в целях профилактики групповой заболеваемости ЭВИ в субъекте Российской Федерации, на отдельно взятой административной территории субъекта Российской Федерации, населенном пункте органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, вводится комплекс дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ЭВИ, объем которых будет определяться в зависимости от действующих путей и факторов передачи возбудителя, рисков массового распространения инфекции и формирования эпидемических очагов.

2611. Критериями введения дополнительных профилактических мероприятий являются:

сезонный подъем заболеваемости с интенсивным ростом регистрируемой заболеваемости с превышением уровня аналогичного периода прошлого года, среднесезонного уровня;

преобладание в структуре регистрируемых ЭВИ генерализованных форм с тяжелым течением;

появление в структуре циркулирующих НПЭВ новых серовариантов с высоким эпидемическим потенциалом, ранее не встречавшихся на данной территории.

2612. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления в целях профилактики групповой заболеваемости независимо от наличия или отсутствия регистрации в них случаев заболеваний в период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ вводятся следующие дополнительные профилактические мероприятия:

проведение ежедневного утреннего фильтра с документальным оформлением результатов осмотра по каждому классу/группе/отряду (не допущение в организованный коллектив детей с признаками инфекционных заболеваний);

проведение текущей дезинфекции не менее 2 раз в день (на пищеблоке, в столовой, в спальнях, кабинетах/классах, групповых, кружковых, местах общего пользования, бассейнах, санузлах) с применением растворов дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов;

проведение дезинфекции столовой посуды и столовых приборов после каждого приема пищи с использованием дезинфекционных средств, эффективных в отношении энтеровирусов; для обеззараживания столовой посуды в дезинфицирующем растворе в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления, выделяется емкость с крышкой с четкими надписями с указанием названия препарата, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности;

увеличение кратности проветривания кабинетов, рекреаций, спальных помещений; для обеззараживания воздуха могут использоваться специализированные приборы, разрешенные к применению в соответствии с инструкцией производителя;

принятие мер по минимизации рисков для реализации пищевого пути распространения ЭВИ (фрукты, овощи допускаются в питание после стандартной обработки, овощи - с последующим ошпариванием кипятком, не допускается последующая нарезка фруктов; сервировку и порционирование блюд на пищеблоке, в групповых ячейках проводит только персонал с использованием одноразовых перчаток и предварительной обработкой рук кожным антисептиком);

создание надлежащих условий для соблюдения детьми и работниками правил личной гигиены: наличие жидкого мыла, кожных антисептиков,

одноразовых полотенец;

проведение разъяснительной работы с детьми и родителями о мерах профилактики ЭВИ.

2613. При высоком риске формирования эпидемических очагов ЭВИ также могут вводиться ограничительные мероприятия:

отмена кабинетной системы обучения (каждый класс занимается в отдельном кабинете);

своевременное введение ограничительных мероприятий, в том числе по приостановлению образовательного процесса, проведению массовых культурных и спортивных мероприятий, приостановлению функционирования бассейнов, работающих при организованных коллективах детей.

2614. Руководители организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления обеспечивают проведение вышеуказанных дополнительных профилактических мероприятий, а также неснижаемый запас дезинфекционных средств, кожных антисептиков, перчаток в подведомственных учреждениях (постоянно поддерживаемый запас) для проведения полного комплекса мероприятий.

2615. Руководители организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления обеспечивают размещение информации о проводимых мероприятиях по профилактике ЭВИ на стендах в местах ожидания родителей указанных учреждений и на сайте учреждений.

2616. В период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ в целях предотвращения распространения ЭВИ дополнительные профилактические мероприятия могут вводиться в детских игровых комнатах, расположенных в торговых центрах, объектах общественного питания, включающие увеличение кратности текущей влажной уборки с применением дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов с обработкой помещений, игровых комплексов, игрушек и других предметов. На период проведения уборки работа детских комнат временно приостанавливается, по завершении проводится проветривание. На период проведения дополнительных профилактических мероприятий не допускается использование в детских комнатах предметов, принадлежностей, игрушек, поверхность которых не позволяет проводить дезинфекцию.

2617. В зависимости от интенсивности проявлений эпидемического процесса по ЭВИ дополнительные профилактические мероприятия могут вводиться и на других объектах эпидемиологического риска: места массового посещения населением, объекты общественного питания, бассейны, аквапарки, центры дополнительного образования для детей, включающие мероприятия по проведению текущей уборки с применением дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов, создание условий для соблюдения личной гигиены.



женщин во 2-м и 3-м триместре беременности (только инаktivированными вакцинами);

лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;

дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);

школьники;

студенты

медицинские работники;

работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и других людей с многочисленными производственными контактами;

детей, получающих аспиринотерапию;

воинские контингенты.

2700. Определение численности контингентов, подлежащих ежегодной иммунизации против гриппа, осуществляют медицинские организации, которые согласуют планы профилактических прививок и заявку на вакцину с территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2701. С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа в группах риска должен быть не менее 75%; охват прививками против гриппа населения в целом по стране и по субъектам Российской Федерации в отдельности - не менее 45%.

2702. Для специфической профилактики гриппа используются живые, инаktivированные, в том числе цельновирioнные, расщепленные, субъединичные, рекомбинантные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные в Российской Федерации и приготовленные из штаммов, антигенно идентичных эпидемически актуальным штаммам вируса, которые получены из организаций, уполномоченных Всемирной организацией здравоохранения, и рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения на основании анализа антигенных и генетических свойств циркулирующих вирусов.

2703. Профилактические прививки проводятся лицам, не имеющим противопоказаний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в соответствии с инструкцией по применению лекарственных иммунобиологических препаратов.

2704. Инаktivированная вакцина против гриппа может вводиться одновременно с другими инаktivированными вакцинами, применяемыми в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря

профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2705. Планирование и организацию проведения профилактических прививок, полноту охвата и достоверность учета прививок, а также своевременное представление отчета о них в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивается руководителями медицинских организаций.

2706. Вакцинация против гриппа проводится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2707. При проведении массовой предсезонной вакцинации против гриппа допускается проведение профилактических прививок на дому прививочными бригадами.

### **Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ**

2708. Для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРИ используются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории Российской Федерации.

2709. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) 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.

2710. Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения (в том числе школьников) и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций (медицинские работники, работники торговли, общественного транспорта).

2711. Сезонная профилактика гриппа и ОРИ проводится с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

### **Гигиеническое воспитание населения**

2712. Гигиеническое воспитание населения проводится сотрудниками медицинских организаций, специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический

надзор, и другими.

2713. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о гриппе и ОРИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

#### **XXXV. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита**

2714. Корь представляет собой острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме кашлем и (или) насморком, конъюнктивитом, общей интоксикацией, поэтапным высыпанием пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментацией.

2715. Краснуха представляет собой инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме непродолжительной мелкой пятнисто-папулезной сыпью, отсутствием интоксикации, лимфоаденопатией, увеличением заднешейных лимфоузлов, редко - артралгией.

2716. Врожденная краснушная инфекция (далее - ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

2717. Синдром врожденной краснухи (далее - СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз, снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

2718. Эпидемический паротит представляет собой это острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез.

2719. В эпидемиологическом отношении выделяются следующие случаи кори, краснухи и эпидемического паротита:

"Подозрительным" считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных вышеперечисленных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита.

"Подтвержденным" считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как "подозрительный" или "вероятный", после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2720. Этиология. Вирус кори является представителем семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus. Вирусные частицы сферической формы имеют размер 120-250 нм.

Вирус краснухи относится к семейству Togaviridae и является единственным представителем рода Rubivirus.

Как и вирус кори, вирус краснухи серологически монотипичен и его генетическое разнообразие позволяет выделять разные генетические генотипы и варианты.

Вирус эпидемического паротита относится к парамиксовирусам (семейство Paramyxoviridae, род Rubulavirus), антигенно близок к вирусу парагриппа. Возбудитель неустойчив во внешней среде и быстро разрушается под воздействием различных химических и физических факторов.

2721. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и (или) эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2722. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG).

### **Выявление, учет и регистрация больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом**

2723. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой, заполняется карта эпидемиологического расследования в соответствии с формами, приведенными ([приложения 29 и 30 к Санитарным правилам](#), с указанием эпидемического номера случая). После лабораторной верификации и установления окончательного диагноза заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (далее - РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (далее - ННМЦ). Отчет о мероприятиях в очаге кори направляется в адрес ННМЦ после завершения наблюдения за контактными в течение инкубационного периода от первого дня сыпи последнего заболевшего корью.

2724. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, ежемесячно представляют в РЦ и ННМЦ отчет о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в соответствии с [приложением 31 к Санитарным правилам](#).

2725. Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной централизованной информационной системе инфекционных заболеваний (далее -

ЦИСИЗ). Ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

2726. Сведения о регистрации случаев заболевания корью, краснухой и эпидемическим паротитом на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

### **Лабораторная диагностика кори, краснухи и эпидемического паротита**

2727. Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяются серологический метод. В качестве стандартного теста используется определение иммуноглобулинов класса М (далее - IgM) антител методом иммуноферментного анализа (далее - ИФА). В дополнение к обнаружению антител класса М могут определяться четырехкратное увеличение уровня специфических IgG-антител и молекулярно-генетический метод исследования.

2728. Для диагностики используют тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

2729. Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических IgM антител методом ИФА является основанием для установления (подтверждения) диагноза "корь", "краснуха", "эпидемический паротит".

2730. Исследование на корь и краснуху проводится в вирусологических лабораториях РЦ.

2731. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

2732. Взятие крови для исследований осуществляется на 4-5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10-14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка).

2733. 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", "эпидемический паротит".

2734. Молекулярно-генетический метод применяется для определения генотипа возбудителя кори или краснухи для выявления импортированных случаев кори/краснухи и доказательства элиминации этих инфекций в стране, отсутствия циркуляции эндемичных генотипов вирусов кори/краснухи, для чего на 1-3 календарный день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

2735. Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому - медицинскими работниками МО, поставившими диагноз. Оптимальными сроками взятия крови для исследования являются 4-5 календарный день при кори, 6-7 календарный день при краснухе с момента появления сыпи.

2736. Клинические образцы от пациентов с подозрением на корь и краснуху для серологических исследований доставляют в РЦ; для молекулярно-генетических исследований - в ННМЦ.

2737. Сбор, хранение и транспортирование материала для вирусологических, серологических и молекулярно-генетических исследований осуществляется в соответствии с документами по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

### **Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита**

2738. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

2739. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь, краснуху или эпидемический паротит.

2740. В инфекционных очагах и в медицинских организациях проводится влажная уборка с использованием моюще-дезинфицирующих средств, разрешенных для применения, по режиму, рекомендованному при вирусных инфекциях, с последующим проветриванием помещения.

2741. При контакте с больным необходимо защищать органы дыхания медицинской маской или респиратором.

2742. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 ч проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори или краснухи, или эпидемического паротита; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

2743. При выявлении очага инфекции в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются вновь и отстраняются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций или привитые до 21 календарного дня.

2744. Источники инфекции - больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) - подлежат госпитализации в случаях:

тяжелого клинического течения заболевания;

независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации) неболевшие и непривитые против этих инфекций.

2745. В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

2746. Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

5 календарных дней с момента появления сыпи при кори;

7 календарных дней с момента появления сыпи при краснухе;

9 календарных дней - при эпидемическом паротите.

2747. Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

2748. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию.

2749. Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2-4 недели.

3107. Среди вторичных форм выделяют негнойные заболевания с аутоиммунным механизмом развития (ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и токсико-септические, при которых аутоиммунный механизм не выявлен (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, септические осложнения).

3108. К редким формам относят некротические фасциит и миозит, энтерит, очаговые поражения внутренних органов, синдром токсического шока, первичный перитонит, сепсис.

3109. Выявляются новые постстрептококковые осложнения, такие как летаргический энцефалит, обсессивно-компульсивное расстройство и тики.

3110. Источник СГА-инфекции - человек, больной ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной стрептококковой инфекции и носители СГА-инфекции.

3111. Продолжительность периода, в течение которого больной стрептококковой инфекцией является источником инфекции для окружающих, зависит от способа лечения таких больных. Рациональная терапия больных скарлатиной и ангиной антибиотиками пенициллинового ряда, к которым стрептококки высокочувствительны, приводит к быстрому освобождению организма от возбудителя (в течение 36-48 часов).

3112. Бактерионосительство СГА-инфекции может длиться более года. Доля бактерионосителей среди населения значительна, что определяет постоянную циркуляцию возбудителя.

3113. Механизм передачи СГА-инфекции - аэрозольный, путь передачи - преимущественно воздушно-капельный. Заражение происходит при тесном длительном общении с больным или бактерионосителем.

3114. Существуют контактно-бытовой и алиментарный пути инфицирования людей. Факторами передачи возбудителя в первом случае становятся грязные руки и предметы обихода, во втором - контаминированная пища.

3115. Естественная восприимчивость людей высокая. Иммуитет после перенесенной СГА-инфекции носит антитоксический и антимикробный характер.

3116. Стрептококковые инфекции распространены повсеместно. В районах умеренного и холодного климата они проявляются преимущественно в форме глоточных и респираторных форм. В южных районах с субтропическим и тропическим климатом преобладают кожные поражения (импетиго). Риск развития гнойных осложнений стрептококкового генеза подвергаются пациенты с ранениями, пациенты ожоговых отделений, больные в послеоперационном периоде, а также роженицы и новорожденные.

3117. Внутрибольничная СГА-инфекция представляет собой заболевание, возникшее у пациента в любой момент времени после операции или в период от 48 часов после поступления (если инвазивные методы диагностики и лечения не проводились) до 7 календарных дней после выписки из стационара.

3118. Эпидемическая вспышка СГА-инфекции - два случая СГА-инфекции или более, связанных передачей СГА между пациентами или возникших в одной организации за период до 6 месяцев между случаями. Подтверждение принадлежности всех случаев к одной группе осуществляется с помощью emm/M-типирования.



3119. Случаи внутрибольничной СГА-инфекции могут возникать в медицинских организациях любого профиля, но чаще в хирургических, акушерских, гинекологических и ожоговых отделениях.

### **Лабораторная диагностика СГА-инфекции**

3120. Диагноз глоточных и кожных форм СГА-инфекции устанавливается на основании клинической картины с учетом эпидемиологического анамнеза. Во всех случаях требуется бактериологическое подтверждение.

3121. При невозможности или неэффективности бактериологического исследования допустимо использовать молекулярные методы диагностики (ПЦР).

3122. Сбор, хранение и транспортирование материала для всех видов диагностических исследований осуществляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

3123. Бактериологическому обследованию на наличие СГА подлежат: больные ангиной, с подозрением на скарлатину, менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока.

3124. Для постановки этиологического диагноза определяется видовая принадлежность стрептококков и их чувствительность к антибиотикам.

3125. Экспресс-идентификация СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов и гнойничковыми поражениями кожи осуществляется с помощью коммерческих тест-систем, в основу которых положено определение группоспецифических антигенов СГА, экстрагируемых непосредственно с тампонов. Экспресс-идентификация проводится в медицинском кабинете детской организации, в кабинете врача поликлиники, в больничной палате по месту нахождения обследуемого. Все отрицательные результаты экспресс-тестов подтверждают культуральными методами.

3126. Серодиагностика СГА-инфекции основана на определении антител к экстрацеллюлярным антигенам. Повышение титров антител в динамике болезни, по крайней мере к одному из внеклеточных стрептококковых антигенов (стрептолизину О, дезоксирибонуклеазе В, гиалуронидазе или никотинамидадениндинуклеотидазе), подтверждает этиологический диагноз. Уровень антител к каждому из внеклеточных антигенов определяется с помощью реакции нейтрализации.

3127. В специализированных научных организациях проводится определение эритрогенных А-, В- и С-токсинов. Наилучшим методом типирования СГА является определение emm (М)-типов. Определение emm (М)-типа СГА наряду с типированием по Т-белку и OF-фактору (липопротеиназа, фактор опалесценции) является ключевой фенотипической и молекулярно-биологической характеристикой выделенного штамма.

3128. Молекулярные методы диагностики, в частности, полимеразная цепная реакция может быть использована для идентификации СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов, менингит, пневмонию, инфекции кожи и подкожной клетчатки, синдром токсического шока осуществляются с помощью наборов реагентов, зарегистрированных в Российской Федерации.

### **Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий**

3129. Профилактические мероприятия направлены на раннюю диагностику и этиотропное лечение больных СГА-инфекцией, профилактику распространения СГА-инфекции в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, медицинских организациях, организациях, оказывающих социальные услуги.

3130. Выявление больных стрептококковой инфекцией осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских организаций, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления, организаций, оказывающих социальные услуги, оздоровительных организаций (санатории, дома отдыха, пансионаты).

3131. В дошкольных образовательных организациях, а также при формировании детских организованных групп осуществляется выявление больных ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной СГА-инфекции. Дети с клиническими признаками респираторной инфекции в детские организации (группы) не принимаются.

3132. Бактериологическому обследованию на наличие возбудителя стрептококковой инфекции подлежат:

3133. Больные менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока, ангиной.

3134. Для купирования вспышек респираторного стрептококкоза в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинских организациях и других организациях проводится выявление и лечение больных со всеми формами стрептококковой инфекции.

3135. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, оздоровительных и других организациях проводятся санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на профилактику распространения СГА-инфекции воздушно-капельным путем передачи возбудителя.

### **Мероприятия в очагах СГА-инфекции**

3136. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с локализацией очагов инфекции в верхних дыхательных путях (при скарлатине, ангине).

3137. Первичные противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага стрептококковой инфекции, осуществляются

врачом медицинской организации или медицинским работником, выявившим больного.

3138. В отношении больных СГА-инфекцией проводятся противоэпидемические мероприятия.

3139. Госпитализация больных с СГА-инфекцией проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям (дети из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха детей и их оздоровления и другие, из семей, где имеются дети в возрасте до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной; при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за ними на дому в соответствии с законодательством Российской Федерации; из семей, где имеются лица, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях - при невозможности их изоляции от больного).

3140. Выписка больного скарлатиной из стационара осуществляется после клинического выздоровления.

3141. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые 2 класса общеобразовательной организации, переболевшие скарлатиной, допускаются в эти организации через 12 календарных дней после клинического выздоровления.

3142. Дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием подлежат дополнительной изоляции в течение 12 календарных дней после выписки из стационара в соответствии с законодательством Российской Федерации. Допускается их изоляция в той же организации при наличии для этого условий.

3143. Взрослые, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях и перенесшие скарлатину, после клинического выздоровления переводятся на другую работу на 12 календарных дней.

3144. Больные ангиной из очага скарлатины, выявленные в течение 7 календарных дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускаются в вышеперечисленные организации в течение 22 календарных дней от начала заболевания.

3145. За лицами, переболевшими скарлатиной и ангиной, а также реконвалесцентами после первичной рожи и инвазивных форм СГА-инфекции устанавливается диспансерное наблюдение.

3146. Мероприятия при выявлении случая стрептодермии направлены на изоляцию и необходимое лечение больного, а также на устранение факторов, способствующих распространению СГА-инфекции.

3147. Противоэпидемические мероприятия проводятся в отношении лиц, контактировавших с больным скарлатиной.

3148. При регистрации заболевания скарлатиной в дошкольной образовательной организации проводят следующие мероприятия:

в группе, где выявлен больной, вводятся ограничительные мероприятия сроком на 7 календарных дней с момента изоляции последнего больного;

во время проведения ограничительных мероприятий прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп;

у детей и персонала группы проводится осмотр зева и кожных покровов с термометрией не менее 2 раз в день;

при выявлении в очаге скарлатины у детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр педиатром;

дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в организации, осуществляющие образовательную деятельность, организации отдыха детей и их оздоровления, оздоровительные (санатории, пансионаты, дома отдыха), организации, оказывающие социальные услуги после полного клинического выздоровления с заключением от педиатра. В течение 15 календарных дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции);

всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводится санация;

персонал детской организации не позднее 2 календарных дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами.

3149. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые два класса общеобразовательной организации, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, не допускаются в эти организации в течение 7 календарных дней с момента последнего общения с больным. Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в детскую организацию после 17 календарных дней от начала контакта и обязательного медицинского осмотра (зев, кожные покровы и другие).

3150. Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, работающие в дошкольных образовательных организациях, первых двух классах общеобразовательных организаций, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, допускаются к работе и подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 календарных дней после

изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины.

3151. Дети, ранее болевшие скарлатиной, взрослые, работающие в дошкольных образовательных организациях, первых двух классах общеобразовательной организации, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, общавшиеся с больным в течение всей болезни, допускаются в дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации и на работу. За ними устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 17 календарных дней от начала заболевания.

3152. При регистрации случая скарлатины в общеобразовательной организации ограничительные мероприятия не проводятся.

3153. При регистрации случая скарлатины среди учеников 1-3 классов после изоляции больного ежедневно проводится медицинский осмотр (зев, кожные покровы и других) контактировавших с больными детьми. При выявлении у детей острых респираторных поражений (ангина, фарингит и других) их отстраняют от занятий с уведомлением участкового врача. Детей, переболевших ангиной и фарингитом, ежедневно в течение 15 календарных дней от начала болезни осматривают на наличие шелушения кожных покровов на ладонях для ретроспективного подтверждения скарлатины. Переболевшие дети допускаются в организацию, осуществляющую образовательную деятельность после клинического выздоровления и предоставления заключения от участкового врача. Детям с хроническими тонзиллитами проводится санация.

3154. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

### **Мероприятия в очагах внутрибольничной СГА-инфекции**

3155. В случае выявления нозокомиальной СГА-инфекции устанавливается соответствующий противоэпидемический, санитарно-гигиенический и дезинфекционный режим:

пациент помещается в отдельную палату с санузлом на 24-48 часов параллельно с назначением эффективной антибиотикотерапии и прекращением допуска посетителей;

персонал медицинских организаций, контактирующий с больным СГА-инфекцией, а также осуществляющий уборку палаты, использует хирургические маски и резиновые перчатки;

в палате ежедневно проводится влажная уборка с использованием дезинфекционных средств;

у пациента собирается эпиданамнез с целью определения источника инфицирования СГА-инфекцией (вне- или внутрибольничный);

при заболевании пациента в стационаре проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление продуктов питания, содержащих СГА-инфекцию, выявление и изоляцию больных и

носителей, установление медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больным;

в случае занесения СГА-инфекции в медицинские организации, проводится опрос посетителей и (или) членов семьи пациента в целях выявления среди них лиц с признаками заболевания или носителей СГА-инфекции.

3156. При выявлении таких лиц они информируются о необходимости обращения к врачу по месту жительства для диагностики и возможного лечения.

### **Средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики СГА-инфекции**

3157. Текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению.

3158. Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекций**

3159. В целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

наблюдение за уровнем и динамикой заболеваемости и летальности СГА-инфекции с различными клиническими проявлениями, особенно инвазивных форм;

сбор и анализ данных о типовой структуре СГА, выделяемых от больных и носителей;

использование скрининговых молекулярно-биологических и молекулярно-генетических методов исследования для оценки биологических свойств циркулирующих штаммов СГА и их чувствительности к антибиотикам на основе выборочных репрезентативных обследований различных групп населения;

эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания пациентов и работы медицинского персонала в МО;

оценку эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

прогнозирование эпидемической ситуации.

3516. Врач, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в истории болезни, и информирует лицо, отвечающего за регистрацию случая инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных болезней, а также доводит информацию до заместителя руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителя руководителя по лечебной работе/врача-эпидемиолога в целях своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

3517. Руководитель/заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/врач-эпидемиолог совместно с руководителями структурных подразделений в рамках эпидемиологического надзора организует:

активное выявление ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет преимущественно на основе данных истории болезней по структурным подразделениям, включая данные лабораторно-инструментальных исследований;

проведение эпидемиологического расследования каждого случая ИСМП с определением причин;

проведение микробиологического мониторинга в подразделениях МО;

контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в МО.

3518. Эта работа проводится на основе ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений):

о случаях ИСМП и других инфекционных заболеваний среди пациентов, медицинского персонала;

о результатах микробиологических исследований материала от пациентов (этиологическая расшифровка) и персонала;

о результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды, включая данные по устойчивости эпидемиологических штаммов (штаммов, вызвавших заболевание или занимающих первые два места при ранжировании по частоте выявления) к дезинфицирующим средствам;

о нарушениях санитарно-противоэпидемического режима.

3519. На основе полученных данных, лицо, отвечающее за работу по профилактике ИСМП, устанавливает причины возникновения ИСМП разрабатывает и предлагает руководству МО план противоэпидемических мероприятий для принятия неотложных мер, организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики, а также организует контроль выполнения профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

3520. Оперативный (текущий) и ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии, срокам развития, факторам риска.

3521. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводят оценку текущей эпидемиологической обстановки, выявление рисков, способствующих возникновению ИСМП и решают вопрос о благополучии или осложнении эпидемиологической ситуации, эффективности проводимых мер или необходимости их корректирования.

3522. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, фонового уровня заболеваемости, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи в МО проводят ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, соответствующих конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

3523. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, позволяющий определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ИСМП, предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;

- анализ годового, месячного уровней заболеваемости;

- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

- анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

- анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;

- определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

- анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

3524. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо использовать информацию о количестве проведенных операций и других манипуляций, представляющих собой факторы риска возникновения ИСМП за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП.

3525. Для корректного сравнения показателей частоты различных форм ИСМП их расчет проводится с учетом факторов риска, в том числе типа операции,



количества ИВЛ-дней, катетеро-дней, тяжести состояния пациента.

3526. Помимо интенсивных показателей заболеваемости - заболеваемость на 100 пациентов, 100 операций (кумулятивная инцидентность), рассчитывают плотность инцидентности на 1000 пациенто-дней госпитализации.

Для учета действия факторов риска рассчитывают стратифицированные показатели, позволяющие оценить степень воздействия ряда факторов риска (плотность инцидентности). В целях сравнения заболеваемости в разных отделениях и стационарах с различной длительностью действия фактора риска стратифицированные показатели учитывают длительность действия фактора риска, в том числе частоту инфекций нижних дыхательных путей на 1000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ); инфекций кровотока на 1000 пациенто-дней сосудистых катетеризации у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов; инфекций мочевыводящих путей на 1000 пациенто-дней уринарных катетеризации у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря.

3527. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в отделениях и стационарах хирургического профиля и ОРИТ необходимо следующее:

1) о каждом выявленном пациенте с ИСМП лечащий врач отражает в истории болезни следующую информацию (в том числе в электронной форме):

дата рождения;

отделение;

дата поступления;

перенесенную(ые) операцию(ии);

дата(ы) операции(ий);

время начала и окончания операции (ий);

состав хирургической бригады;

номер операционной;

номер палаты до и после операции;

количество койко-дней, проведенных в реанимационном отделении

дата заболевания (выявления) ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

дату регистрации ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

тип операции (плановая, экстренная), степень контаминации раны (чистая, условно-чистая, загрязненная, грязная);

оценка тяжести состояния пациента (легкая, средняя, тяжелая);

диагноз в соответствии с МКБ действующего пересмотра и по видам инфекции (поверхностная инфекция разреза, глубокая инфекция в области хирургического вмешательства, инфекция полости/органа);

количество ИВЛ-дней;

количество катетеро-дней (уринарных и (или) магистральных сосудов);

количество календарных дней парентерального питания;

2) оперативный анализ заболеваемости ИСМП (ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других) должен проводиться с учетом:

сроков возникновения заболевания после операции;

места проведения операции (номер операционной);

длительности операции;

времени, прошедшего с момента поступления до операции;

продолжительности пребывания в стационаре;

места нахождения в послеоперационном периоде (реанимационное, палатное);

профилактического применения антибиотиков (периоперационная профилактика) и последующей антимикробной терапии;

типа операционной раны по степени контаминации (класса раны);

оценки тяжести состояния пациента;

результатов клинических микробиологических исследований пациента;

результаты микробиологических исследований медицинских изделий после использования у пациента (эндотрахеальная трубка, дистальный фрагмент катетера и иные);

данных микробиологического мониторинга в отделении нахождения пациента (реанимационное, палатное);

нарушения противоэпидемического режима (недостаточная обеспеченность одноразовыми медицинскими изделиями, погрешности при обработке медицинского оборудования или медицинских изделий и другие) в период нахождения пациента.

3) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других должен предусматривать:

анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения по отношению к выявленной в течение предыдущих 2-3 лет базовой заболеваемости;

анализ годового, месячного уровня заболеваемости;

сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

анализ по видам оперативных вмешательств;

распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);

анализ данных о формировании госпитальных штаммов;

определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ИСМП;

анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других.

3528. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в акушерских стационарах (отделениях) необходимо следующее:

1) оперативный анализ заболеваемости в акушерских стационарах (отделения) необходимо проводить с учетом:

даты родов;

сроков возникновения заболевания;

локализации патологического процесса;

этиологии;

видам медицинских вмешательств;

перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);

даты выписки или перевода в другой стационар;

длительности пребывания в стационаре;

результатов исследования послеродовых осложнений для прогнозирования развития ИСМП родильниц и новорожденных;

2) групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных, родильниц и персонал (суммарно), возникающих в пределах одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи;

3) группами риска возникновения ИСМП среди родильниц необходимо считать женщин:

с хориоамнионитом в родах;

с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

с иммунодефицитными состояниями;

с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;

с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и другие);

3601. Запрещается повторное использование изделий однократного применения или использование их после истечения срока годности, указанного производителем.

3602. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии - в отделениях МО.

При соблюдении требований к стерильности медицинских изделий и обеспечению эпидемиологической безопасности процессов транспортировки медицинских изделий до и после обработки допускается привлечение для проведения стерилизации медицинских изделий сторонних организаций (аутсорсинг), осуществляющих стерилизацию медицинских изделий в ЦСО с полным циклом обработки медицинских изделий, оборудованном в соответствии с требованиями санитарных правил и имеющем достаточные производственные мощности.

3603. Стерилизацию медицинских изделий осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор необходимого метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

### **Физические методы стерилизации**

Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационной очистки) высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов для стерилизации воздушным методом запрещается.

3604. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, обладающих спороцидной активностью, в том числе применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать иные доступные методы стерилизации. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, обладающих спороцидным действием.

Не применяют для этих целей средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (КПАВ): четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, третичные амины, фенолы и спирты, так как они не обладают спороцидным действием.

3605. Для стерилизации медицинских изделий многократного применения и ДВУ эндоскопов используют рабочие растворы химических средств стерилизации со следующим содержанием ДВ:

глутаровый альдегид - не менее 2,0%;

ортофталевый альдегид - не менее 0,55%;

перекись водорода - не менее 6%;

надуксусная кислота - не менее 0,2%.

Во избежание разбавления рабочих растворов, в том числе используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств, все манипуляции проводят, соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

При стерилизации химическим методом с применением растворов химических стерилизующих средств, отмывые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 календарных дней.

3606. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению средства. Перед стерилизацией газовым методом, после предстерилизационной очистки, с

изделий удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям (руководствам) по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники и других термолабильных изделий пароформалиновых камер и озонных стерилизаторов.

3607. Химическим методом с применением паров перекиси водорода в специально предназначенных, в том числе плазменных, стерилизаторах стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

3608. В стоматологических МО (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Запрещается использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

3609. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

3610. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

3611. При паровом, воздушном, газовом методах, а также при использовании паров перекиси водорода изделия стерилизуют в упакованном виде, используя упаковочные материалы в соответствии с инструкцией по применению (однократно или многократно). Сроки хранения определяется видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

3612. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, а также фильтрами, у которых исчерпан ресурс по допустимой кратности применения или истек срок годности.

3613. Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки; плотность заполнения коробки - 2/3 объема. Стерилизационные коробки с ватой не следует ставить вблизи двери стерилизатора и зоны подачи пара.

3614. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить после их полного остывания. На коробках указывают дату стерилизации.

3615. Для доставки в отделения упаковки со стерильными изделиями необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки),

предотвращающую загрязнение и механическое повреждение при транспортировке. Преимущество следует отдавать закрытым контейнерам.

3616. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок, в том числе стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

3617. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

стерилизации изделий растворами химических средств;

при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, необходимо сразу использовать по назначению, перенос их из кабинета в кабинет запрещается. Не допускается хранение неупакованных простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

3618. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению бактерицидных камерах, оснащенных ультрафиолетовыми бактерицидными лампами в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

3619. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные, перевязочные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время вскрытия.

3620. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий, а также использовать медицинскую мебель со встроенными ультрафиолетовыми лампами.

3621. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, медицинской шапочке, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают не более чем на 6 часов, при этом, все инструменты должны быть полностью покрыты стерильной тканью.

3622. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

3623. Не допускается использование медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

3624. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя. Запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте.

3625. Флаконы с растворами для парентерального введения перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки протирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используют не более 6 часов с момента вскрытия, если иное не предусмотрено инструкцией к препарату.

3626. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

3627. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

3628. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и бактериологическим методами:

физическим - с использованием контрольно-измерительных приборов;

химическим - с использованием химических индикаторов;

бактериологическим - с использованием биологических индикаторов.

3629. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

3630. Эффективность работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах в сочетании с удовлетворительными результатами контроля физическим и химическим методами.

3631. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

3632. Стерильность медицинских изделий оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Критерием эффективности является 100% гибель микроорганизмов всех видов.

3633. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения - не реже 1 раза в полгода. В соответствии с правилами внутреннего распорядка (локальными нормативными актами) или СОП кратность может быть увеличена (1 раз в месяц или 1 раз в квартал).



3634. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах.

3635. Эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высокоинформативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику (эндоскопическое обследование) и лечение (эндоскопическая манипуляция, в том числе эндоскопическое оперативное вмешательство) различных заболеваний.

3636. Эндоскопические вмешательства выполняются с использованием эндоскопического оборудования, в том числе эндоскопов и инструментов к ним самостоятельно или в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем).

3637. Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками и (или) проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств.

3638. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие Собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути).

3639. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, стерильные полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевого пузырь) через естественные пути.

3640. При дезинфекции высокого уровня (далее - ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов проводится ручным способом или механизированным способом в моюще-дезинфицирующей машине (далее - МДМ).

#### **Организация и контроль мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими вмешательствами**

3641. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в структурных подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и (или) проводящих обработку и хранение эндоскопического оборудования, направлены на недопущение передачи возбудителей инфекционных болезней пациентам и персоналу.

3642. В структурных подразделениях медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, локальным актом руководителя организации должны быть определены лица, ответственные за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе за качество

обработки эндоскопического оборудования.

3643. Руководителем эндоскопического отделения или врачом эндоскопического кабинета должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющихся на оснащении структурного подразделения, которая согласовывается с эпидемиологом и утверждается руководителем медицинской организации. Указанная инструкция должна разрабатываться на основании положений настоящих санитарных правил, эксплуатационной документации на эндоскопы и на оборудование, предназначенное для их обработки и хранения, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации.

3644. Стандартные операционные процедуры (далее - СОПы) подготовки медицинских изделий для эндохирургических вмешательств к повторному использованию составляются заведующим (старшей медицинской сестрой) ЦСО и старшей медицинской сестрой операционного блока на основании требований настоящих санитарно-эпидемиологических правил, эксплуатационной документации изготовителя медицинских изделий и технических средств очистки, дезинфекции и стерилизации, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации. СОПы согласовываются с эпидемиологом и утверждаются руководителем МО.

3645. Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры), должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную деятельность, по дополнительным профессиональным программам, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

3646. Мероприятия по контролю за выполнением требований настоящих санитарных правил, в том числе проведение инструментального и лабораторного контроля качества обработки эндоскопического оборудования, включаются в Программу (план) производственного контроля медицинской организации.

3647. Каждому гибкому эндоскопу для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его модели и серийном номере. Идентификационный код эндоскопа должен указываться в протоколе эндоскопического вмешательства или в журнале записи оперативных вмешательств, в графе особые отметки журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.

3648. Каждый цикл обработки эндоскопа должен быть документирован.

3649. В журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств ([приложение 34 к Санитарным правилам](#)) должны указываться:

дата обработки эндоскопа;

идентификационный код (номер) эндоскопа;

результаты теста на герметичность;

наименование средства для окончательной очистки ручным способом;

время начала и окончания процесса окончательной очистки ручным способом;

результаты контроля качества очистки;

способ ДВУ эндоскопа (ручной или механизированный). При ручном способе обработки должны быть указаны: название средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс-контроля уровня содержания в нем действующего вещества (далее - ДВ), время начала/окончания дезинфекционной выдержки). При механизированном способе обработки должны быть указаны: порядковый номер или марка МДМ (при наличии в отделении нескольких единиц техники для обработки эндоскопов), номер используемого режима обработки, наименование средств очистки и ДВУ; концентрация раствора и результаты экспресс-контроля уровня содержания ДВ в средстве ДВУ многократного применения, время завершения цикла обработки в МДМ;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3650. Качество очистки эндоскопов, предназначенных для стерильных вмешательств, а также инструментов для проведения стерильных и нестерильных вмешательств должно отмечаться в журнале учета качества предстерилизационной обработки.

3651. В журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом ([приложение 37 к Санитарным правилам](#)), который заполняется в стерилизационном помещении операционного блока или профильного хирургического отделения, должны указываться:

дата и время начала обработки;

наименование и количество всех стерилизуемых изделий, в том числе оптического прибора, головки видеокамеры, световода;

номер медицинской карты стационарного больного или медицинской карты пациента, получающего медпомощь в амбулаторных условиях, для которого эти медицинские изделия использовались;

наименование стерилизующего средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс-контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве многократного применения, время стерилизационной выдержки);

время завершения стерилизации и упаковки стерилизованных изделий;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3652. При проведении стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств в стерилизационном помещении операционного блока или в централизованном стерилизационном отделении (далее - ЦСО) с использованием стерилизационного оборудования параметры стерилизации регистрируются в журнале контроля работы стерилизатора.

3653. При стерилизации инструментов для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств ручным способом в дезинфекционно-стерилизационном или стерилизационном помещении эндоскопического отделения данные о процессе стерилизации фиксируются в журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом ([приложение 37 к Санитарным правилам](#)) за исключением указания номера медицинской карты пациента.

3654. Транспортировка эндоскопов для нестерильных вмешательств по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и за его пределами должна осуществляться в закрытом виде в жестких контейнерах или на лотках, которые подлежат дезинфекции после каждого использования.

3655. Транспортировка жесткого эндоскопа для эндохирургических вмешательств в ЦСО должна осуществляться отдельно от инструментов в специальной решетчатой корзине (сетчатом лотке, контейнере) с эластичными креплениями для его надежной фиксации и обеспечения сохранности оптики.

### **Требования к циклу обработки эндоскопов и инструментов к ним**

3656. Эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

окончательной очистке или окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

дезинфекции высокого уровня;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3657. Эндоскопическое оборудование, в том числе эндоскопы для стерильных эндоскопических вмешательств, все инструменты многоразового использования для стерильных и нестерильных вмешательств непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

стерилизации;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3658. Цикл обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств нельзя прерывать. После каждого использования в полном объеме должны быть выполнены все процессы обработки эндоскопа, в том числе подвергнуты обработке все каналы независимо от того были они использованы при проведении вмешательства или нет. При оказании медицинской помощи эндоскопическим методом за пределами базовой МО и отсутствии условий для проведения окончательной очистки и ДВУ эндоскопа выполнение этих процессов может быть отсрочено до возвращения эндоскопа в МО.

3659. Процесс стерилизации эндоскопов и инструментов к ним разрешается перенести на следующую рабочую смену при условии проведения их эффективной предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, и тщательной сушки.

**Требования к планировке, оборудованию и санитарному содержанию помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих нестерильные эндоскопические вмешательства**

3660. Эндоскопическое отделение (кабинет) должно иметь следующие помещения:

Кабинет(ы) врача(ей);

Раздельные эндоскопические манипуляционные (в зависимости от видов проводимых вмешательств) для проведения:

бронхоскопии,

исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта,

исследований нижних отделов желудочно-кишечного тракта;

вспомогательные помещения.

3661. Сочетанное исследование верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта под седацией допускается проводить в одной манипуляционной. Выход пациента из седации должен осуществляться под медицинским контролем.

3662. Моечно-дезинфекционные помещения или моечно-дезинфекционный блок: моечная, дезинфекционно-стерилизационная и помещение (зона) для хранения чистых эндоскопов.

3663. Ретроградная холангиопанкреатография проводится в эндоскопической манипуляционной или в рентгенооперационной, соответствующей требованиям норм радиационной безопасности.

3664. При манипуляционной для проведения исследований нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается наличие санитарного узла.

3665. Манипуляционная для проведения бронхоскопии (класс чистоты "Б") оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95%.

3666. Помещение, в котором проводятся эндоскопические вмешательства, должно быть оборудовано раковиной для мытья рук медицинских работников. Использование раковины для других целей недопустимо.

3667. Предварительная очистка использованных эндоскопов и инструментов к ним выполняется в том же помещении, где проводилось вмешательство.

3668. Окончательная очистка или окончательная очистка при совмещении с дезинфекцией, а также дезинфекция высокого уровня эндоскопов проводятся в специально оборудованном моечно-дезинфекционном помещении (помещение для обработки эндоскопов) или моечно-дезинфекционном блоке (блок для обработки эндоскопов).

3669. Предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией инструментов проводится в ЦСО или в зоне очистки моечно-дезинфекционного помещения отдельно от эндоскопов ручным способом или с использованием ультразвуковых очистителей.

3670. Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн.

3671. Для обеспечения эффективности ДВУ и сохранности эндоскопа в моечно-дезинфекционном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении устанавливаются дополнительные средства очистки водопроводной воды, в том числе антибактериальные фильтры в МДМ и (или) при подаче воды в моечную ванну для финального ополаскивания эндоскопов после ДВУ.

3672. Расположение технологического оборудования в моечно-дезинфекционном помещении должно обеспечивать поточность выполнения всех этапов обработки эндоскопов в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил. Во вновь проектируемых медицинских организациях предусматриваются планировочные решения, исключающие перекрест потоков чистых и грязных эндоскопов.

3673. Помещение для обработки эндоскопов функционально разделяется на условно грязную зону, предназначенную для проведения окончательной очистки как самостоятельного процесса или при совмещении с дезинфекцией, и условно чистую зону, где проводится дезинфекция высокого уровня, сушка и хранение эндоскопов. В крупных эндоскопических отделениях при централизации обработки эндоскопов выделяют моечно-дезинфекционный блок с отдельными помещениями для проведения окончательной очистки эндоскопов и предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов многоразового использования; ДВУ эндоскопов и, при необходимости, стерилизации

инструментов ручным способом; хранения эндоскопов.

3674. В помещении для обработки эндоскопов устанавливается раковина для мытья рук медицинского персонала. Не допускается использовать ее для других целей.

3675. Зона окончательной очистки эндоскопов (или помещение для окончательной очистки эндоскопов) должна оборудоваться:

столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами;

моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и водоснабжению;

количество моечных ванн определяется исходя из принятого алгоритма обработки и максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении (кабинете);

столом для проведения теста на качество окончательной очистки;

стеллажами (шкафами) для хранения нестерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, моющие и дезинфицирующие средства).

3676. Зона ДВУ и хранения эндоскопов (помещения для ДВУ и хранения эндоскопов) должна оборудоваться и оснащаться:

емкостями для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ;

моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований;

емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды - стерильными, в других случаях - продезинфицированными);

столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов;

шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;

стеллажами (шкафами) для хранения стерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, чехлы для эндоскопов).

3677. Все виды шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже 1 раза в неделю, если иное не предусмотрено инструкциями по их эксплуатации.

3678. Стерилизация инструментов к эндоскопам, загубников, щеток многоразового использования и иных медицинских изделий ручным или механизированным способом должна проводиться в стерилизационном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении эндоскопического отделения,

которое соответствует классу чистоты Б, или в ЦСО.

3679. Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или 2 раз в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств по бактерицидному режиму проводится 1 раз в неделю.

**Требования к помещениям, предназначенным для проведения стерильных эндоскопических вмешательств, обработки использованных при данном виде вмешательств эндоскопов и инструментов**

3680. Стерильные эндоскопические вмешательства должны проводиться в операционных, малых операционных медицинских организаций или в эндоскопических манипуляционных (класс чистоты Б) профильных хирургических отделений.

3681. Предварительная очистка эндоскопического оборудования (оптический прибор, головка видеокамеры, световод, инструменты, комплект силиконовых трубок) в операционном блоке или малой операционной должна осуществляться после завершения оперативного вмешательства в зоне, в которой проводится предварительная очистка хирургического инструментария.

3682. Предварительная очистка гибких и жестких эндоскопов, а также инструментов к ним, использованных для проведения стерильных вмешательств с диагностической и (или) лечебной целью, должна проводиться в эндоскопической манипуляционной профильных хирургических отделений сразу после завершения исследований.

3683. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, эндоскопов для стерильных вмешательств и инструментов должна проводиться в помещении разборки и мытья инструментов операционного блока, в моечно-дезинфекционном помещении хирургического отделения, в ЦСО. Транспортировка эндоскопов (оптический прибор, головка видеокамеры, световод) к месту выполнения обработки осуществляется отдельно от инструментов и должна исключать возможность их механического повреждения.

3684. Стерилизация эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических вмешательств и инструментов проводится:

ручным способом в стерилизационном помещении (класс чистоты "Б") операционного блока, хирургического отделения;

механизированным способом с использованием стерилизационного оборудования в стерилизационном помещении (класс чистоты "Б") операционного блока, хирургического отделения, ЦСО.

3685. Эндоскопы и инструменты, подвергнутые стерилизации, хранят в асептических условиях.



3686. Текущая уборка и дезинфекция в помещениях, где осуществляются стерильные эндоскопические вмешательства, должна проводиться после каждого вмешательства. Генеральная уборка - 1 раз в неделю.

### **Требования к оборудованию, средствам и материалам для обработки эндоскопического оборудования**

3687. При обработке эндоскопов и прочих медицинских изделий в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем), а также инструментов к эндоскопам должны использоваться изделия медицинской техники (стерилизаторы, моющие машины, МДМ, ультразвуковые очистители и другие), моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению для этих целей в Российской Федерации.

3688. Моюще-дезинфицирующие машины (МДМ) для обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств допускается использовать с валидованными и указанными в эксплуатационной документации на МДМ химическими средствами очистки и дезинфекции. Средства ДВУ многократного применения должны быть обеспечены химическими индикаторами или другими средствами контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве. Внесение производителем МДМ в эксплуатационную документацию дополнительных средств очистки и ДВУ возможно после проведения испытаний в испытательно-лабораторном центре, аккредитованном на данный вид исследований.

3689. При выборе средств очистки, дезинфекции (в том числе ДВУ) для ручного способа обработки, а также средств и методов стерилизации должны учитываться рекомендации изготовителей эндоскопов и инструментов, касающиеся воздействия конкретного средства (стерилизующего агента) на материалы этих медицинских изделий. Не допускается использовать методы и режимы стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, не указанные в эксплуатационной документации на конкретные медицинские изделия, т.к. это ведет к выходу их из строя (поломке).

3690. Не допускается применение для очистки или дезинфекции, совмещенной с дезинфекцией, дезинфицирующих средств, которые в рекомендованных режимах оказывают фиксирующее действие на органические загрязнения, в том числе содержащих в своем составе спирты и альдегиды.

4102. Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривают наличие трапа в полу секционной.

4103. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключая туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяют защитные костюмы. В секционных залах должны быть установлены средства обеззараживания воздуха непрерывного

действия.

4104. Все работы в комнате хранения вещей умерших и вещественных доказательств проводят в спецодежде с обязательным использованием средств индивидуальной защиты (перчатки, маски, фартуки).

4105. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы хранят в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий или обезвреживают как отходы класса Г.

Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) проводят в вытяжном шкафу. Скорость движения воздуха в проемах вытяжных шкафов должна быть не менее 0,2-0,5 м/сек.

### **Лабораторные подразделения**

4106. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории размещают в изолированных непроходных отсеках зданий.

4107. Помещение для взятия материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

4108. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения), клинико-диагностической лаборатории, проводящей исследования с патогенными биологическими агентами (далее ПБА) III-IV групп определяют с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней.

4109. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу. Летучие химические вещества хранят в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранят в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания, кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10-20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

### **Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)**

4110. Создание ЦСО при больницах мощностью более 100 коек является обязательным, при больницах мощностью до 100 коек - при наличии хирургических и акушерских стационаров. ЦСО размещают с учетом удобных связей с операционным блоком, отделением реанимации, родовым блоком, обеспечиваемых в том числе вертикальными коммуникациями.

4111. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны - "грязная", "чистая" и "стерильная". К "грязной" зоне относят помещения приема и очистки медицинских изделий, к "чистой" зоне - помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы, к "стерильной" зоне - стерильная половина стерилизационной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход в помещения "стерильной" зоны осуществляют через шлюз, который оборудуют раковиной для мытья рук и вешалкой/шкафом для специальной одежды. С учетом мощности ЦСО предпочтение следует отдавать установке стерилизационного оборудования проходного типа, которое размещают между "чистой" и "стерильной" зоной.

4112. В крупных ЦСО следует предусматривать помещение для центрального компьютера, предназначенного для автоматизации производственных процессов и контроля качества стерилизации.

4113. В организациях мощностью менее 25 коек и 50 посещений в смену для обработки изделий медицинского назначения многократного применения допускается оборудование ЦСО с сокращенным набором помещений. При наличии одного помещения расстановку оборудования осуществляют с учетом последовательности технологических процессов, выделяя "грязную" и "чистую" зоны. Прием и выдачу медицинских изделий осуществляют в разные двери (или дверь и передаточное окно). При маленькой мощности и площади помещения (меньше 10 м<sup>2</sup>) прием использованных и выдача стерильных изделий может осуществляться по графику.

### **Дезинфекционное отделение**

4114. Дезинфекционное отделение (далее - дезотделение) предназначены для:

централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств;

камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря;

дезинфекционной обработки кроватей (для вновь строящихся зданий по заданию на проектирование);

комплектования уборочных тележек;

стирки mopов.

Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: "грязную", где ведутся работы с инфицированными и потенциально инфицированными вещами и больничным текстилем, и "чистую", где работают с обеззараженными вещами и больничным текстилем, и иметь два самостоятельных входа - один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой - для приема инфицированных вещей. Дезотделения размещают в нижних этажах, в том числе подземных.

Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке

производственного контроля.

Станции обработки кроватей предусматривают для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, мойка и дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производят в "грязной" зоне отделения. В "чистой" зоне производят комплектацию чистой кровати чистыми постельными принадлежностями и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Станцию обработки кроватей размещают в нижних этажах (в том числе подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с палатными отделениями.

В составе дезинфекционного отделения располагают помещения или зоны для обработки (стирки и дезинфекции) и подготовки к работе уборочного текстиля (моющих насадок/мопов) и салфеток), хранения и приготовления растворов моющих и дезинфицирующих средств, комплектации уборочных тележек.

### **Больничные прачечные**

4115. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию больничных прачечных устанавливаются в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу прачечных, а также технических регламентов.

4116. Производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на койку в день и 0,4 кг сухого белья на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

4117. Стирка белья из отделений инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

4118. Все белье из инфекционных отделений, а также белье, загрязненное биологическими жидкостями и выделениями больных из соматических отделений дезинфицируют и стирают в прачечных. Для этого используют стиральные машины барьерного проходного типа, имеющих 2 окна - загрузочное ("грязное") и разгрузочное ("чистое"). Слабозагрязненный больничный текстиль, в том числе уборочный текстильный инвентарь можно стирать в машинах непроходного типа.

4119. Стирка белья из отделений неинфекционного профиля осуществляется в собственных (больничных) прачечных или прачечных бытового обслуживания, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинской организации. В случае стирки белья в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья медицинской организации выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

4120. Планировка прачечной должна предусматривать последовательность (поточность) технологического процесса. Не допускается пересечение потоков

чистого и грязного белья. Доставка чистого белья и транспортировка грязного проводится разными лифтами. Поступление грязного и выдача чистого белья осуществляется через разные входы и помещения.

4121. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенца, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений и собирают в непромокаемые мешки. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств (ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе обработки белья в медицинских организациях. Стирку больничного белья осуществляют по режимам термической или термохимической дезинфекции в соответствии с инструкциями к дезинфицирующим средствам и стиральному оборудованию. Используются барьерные стиральные машины проходного типа.

4122. Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года в прачечной организуют отдельный технологический поток и используют специальные моющие средства, разрешенные для этих целей.

4123. Для стирки спецодежды персонала или небольшого количества белья (салфетки, полотенца для персонала) в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа, включая дневные стационары, допускается устройство мини-прачечных, состоящих из двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

4124. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота. Микробиологическая чистота белья определяется отсутствием санитарно-показательной микрофлоры (бактерии группы кишечной палочки - БГКП, золотистый стафилококк) в смывах с чистого белья, проводимых в рамках производственного контроля не реже 2 раз в год, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

4125. В МО должен быть предусмотрен обменный фонд больничного белья и постельных принадлежностей в соответствии с обязательными требованиями.

## **XLV. Профилактика столбняка**

4126. Столбняк представляет собой зооантропонозную бактериальную инфекционную болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующуюся поражением центральной нервной системы с тоническим напряжением скелетной мускулатуры, периодическими генерализованными судорогами и высокой летальностью.

4127. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни и эпидемиологического анамнеза. Лабораторная диагностика столбняка имеет второстепенное значение.

4128. Возбудитель столбняка - *Clostridium tetani* (C. tetani), спорообразующий анаэроб, продуцирующий один из самых сильных биологических токсинов -

тетаноспазм (летальная доза для человека - 2,5 нг/кг веса), обуславливающий поражение центральной нервной системы и основной судорожный синдром в клинике заболевания.

4129. *C. tetani* - тонкие, грамположительные, строго анаэробные спорообразующие палочки. Вегетативные формы микроорганизма чувствительны к нагреванию и кислороду. Споры *C. tetani*, благодаря устойчивости к различным внешним воздействиям, десятки лет могут не только сохраняться в почве, но и при благоприятных условиях вегетировать, создавая стойкие природные эндемичные очаги заражения. Они выдерживают автоклавирование при 121°C в течение 10-15 минут. Споры также относительно устойчивы к фенолу и другим химическим агентам.

4130. Возбудители столбняка встречаются в почвах всего мира, но наиболее часто в плотно населенных областях с теплым, влажным климатом и с почвой, богатой органическими веществами.

4131. Эпидемиологически значимым природным резервуаром и источником *C. tetani* является почва, особенно загрязненная фекалиями человека и животных.

4132. Возбудитель столбняка не передается от человека к человеку.

4133. Заболеваемость столбняком регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемических очагов столбняка нет.

4134. Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики.

4135. В Российской Федерации ежегодно регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно не привитых. Столбняк новорожденных не регистрируется. Пик заболеваемости обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры.

4136. Во время военных действий столбняк часто осложняет осколочные ранения.

4137. Механизм и пути передачи возбудителя - контактный - через:

поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) в результате чего возникает посттравматический столбняк;

проникающие повреждения желудочно-кишечного тракта при экстренных операциях - постоперационный столбняк;

пуповину при самостоятельных родах (без медицинской помощи) - столбняк новорожденных (пупочный столбняк).

4138. Каждая из этих форм характеризуется особенностями симптоматики, клинического течения и исхода.

4139. Посттравматический столбняк чаще имеет средний инкубационный период 6-14 дней, развивается по классической схеме: тянущие боли по ходу поврежденной части тела, последовательное развитие спазма мимической мускулатуры с появлением страдальческой улыбки (*resussardonicus*), спазма жевательной мускулатуры с нарушением глотания (*trismus*), спастическое сокращение мышц затылка, груди, плеч, спины, бедер, что вызывает выгибание позвоночника (*opisthotonus*). Характерной особенностью является сохранение гипертонуса мышц после приступа. Наблюдается повышение температуры, потливость, тахикардия, нарушение мочеиспускания и дефекации при сохранении сознания. Далее развиваются тонические и клонические судороги, которые захватывают дыхательные мышцы, диафрагму и могут привести к летальному исходу. Летальность при этой форме составляет до 50%.

4140. Постоперационный и постабортальный столбняк может развиваться через 6-24 часа, максимум - 3 календарных дня, клиническая картина развивается быстро, часто отсутствуют спазмы мимической и жевательной мускулатуры, сразу появляются судороги всего тела. Летальность при таких формах столбняка достигает 70%.

4141. Пупочный столбняк (наиболее тяжелая форма), которая имеет короткий инкубационный период (от 1 до 3 календарных дней), инициальные симптомы: постоянный крик ребенка, полный отказ от груди, судороги тела с запрокидыванием головы и поджатием рук и ног (поза лягушонка). Летальность - 80-90%.

### **Выявление, регистрация и учет больных столбняком**

4142. При подозрении на столбняк больные подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии (реанимации) в связи с возможностью нарушения жизненно важных функций организма или в хирургические отделения. Пациенты должны быть размещены в отдельных палатах, максимально изолированных от внешних раздражителей, способных спровоцировать судороги.

4143. В направлении на госпитализацию больных столбняком или лиц с подозрением на это заболевание указывают сведения о больном, в том числе: первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках, наличие травм, ран и другие.

4144. При госпитализации больных или лиц с подозрением на заболевание столбняком необходимо соблюдать преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи - от момента обращения до госпитализации в стационар.

4145. Выписку больного столбняком проводят после полного клинического выздоровления.

4146. За переболевшим столбняком устанавливается диспансерное наблюдение.

4147. Сбор отчетности о заболеваниях столбняком составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

### **Мероприятия в очаге столбняка**

4148. Противоэпидемические мероприятия в очаге выявленного больного столбняком не проводятся, разобщение контактных лиц не требуется.

4149. Дезинфекция в очаге не проводится.

### **Организация и проведение эпидемиологического обследования в очаге столбняка**

4150. При получении экстренного извещения специалист органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции с уточнением следующих данных:

наличие в анамнезе больного травмы (ожог, обморожение, внебольничный аборт, хирургические операции, роды на дому, укусы диких и домашних животных, хронические язвы наружных покровов, ранения и другие);

даты, места и обстоятельства получения травмы, ожога (число, месяц, год);

вид травмы (бытовая, производственная, дорожно-транспортная, спортивная);

локализации травмы (нижние, верхние конечности, голова, шея, корпус);

характеристики раны (колотая, резаная, рваная, ушибленная, огнестрельная);

места и даты обращения за медицинской помощью по поводу травмы;

полное наименование медицинской организации;

проведение хирургической обработки раны;

проведение специфической профилактики;

введение противостолбнячной сыворотки (количество МЕ), дата;

введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

введение противостолбнячной сыворотки (количество МЕ), дата,  
дополнительно введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

введение противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (количество МЕ), дата;



наличие прививок против столбняка до развития заболевания - даты их проведения, название препаратов с указанием дозы, серии, контрольного номера;

состояние здоровья (перенесенные заболевания) в сроки (1-3 месяца) до иммунизации, в момент ее проведения и после нее;

причины отсутствия прививок против столбняка (медицинские противопоказания, отказ);

организация работы по профилактике столбняка на территории.

4151. По завершении эпидемиологического расследования сведения о больном вносятся в эпидемиологическую карту обследования очага.

### **Профилактические мероприятия при столбняке**

4152. С целью предупреждения возникновения заболеваний столбняком проводят неспецифическую и специфическую профилактику.

4153. Неспецифическая профилактика направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, исключение возможности заражения операционных, пупочных и других ран, раннюю и тщательную хирургическую обработку ран.

4154. Специфическая профилактика (иммунопрофилактика) проводится в виде плановой активной иммунизации детей и взрослых и экстренной иммунопрофилактики по поводу травм в медицинских организациях различного профиля.

4155. Плановую специфическую профилактику против столбняка проводят иммунобиологическими лекарственными препаратами, разрешенными к применению, содержащими очищенный адсорбированный столбнячный анатоксин в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

4156. Экстренную профилактику столбняка проводят при любых травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах (термических, химических, радиационных) второй, третьей и четвертой степеней, проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта, прободениях (при хирургических операциях на желудочно-кишечном тракте в стационарах экстренная профилактика не проводится), проникающих травмах ротовой полости, глаза, внебольничных абортах, родах вне медицинских организаций, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах, остеомиелитах, укусах животными.

4157. Экстренную профилактику столбняка проводят до 20 календарного дня с момента получения травмы.

4158. Экстренную профилактику столбняка (препараты и схемы их применения) осуществляют в соответствии с нормативными документами. Назначение препаратов для экстренной иммунопрофилактики столбняка проводится дифференцированно в зависимости от наличия документального подтверждения о проведении профилактической прививки или данных

иммунологического контроля напряженности противостолбнячного иммунитета, а также с учетом характера травмы.

4159. Экстренную иммунопрофилактику столбняка проводят в виде:

пассивной иммунизации или серопротекции противостолбнячным человеческим иммуноглобулином (ПСЧИ), а при его отсутствии - противостолбнячной сывороткой (ПСС);

активно-пассивной профилактики, состоящей из одновременного введения в разные участки тела противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (а при его отсутствии - ПСС) и столбнячного анатоксина (АС)/

4160. экстренной ревакцинации столбнячным анатоксином (или дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов - АДС-м) для стимуляции иммунитета у ранее привитых людей.

4161. Своевременность и полноту проведения экстренной профилактики столбняка обеспечивает медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь при травме.

#### **Мероприятия при появлении реакции на введение препаратов, применяемых при экстренной профилактике столбняка**

4162. За каждым привитым устанавливают медицинское наблюдение в течение часа после проведения прививки.

4163. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность учета случаев осложнений, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации.

#### **Учет проведенной иммунопрофилактики столбняка**

4164. Сведения о пациенте и проведенной ему экстренной профилактике, а также об осложнении, в случае его развития после введения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка, вносят в медицинские документы.

#### **Слежение за иммунологической структурой населения к столбняку**

4165. С целью контроля за иммунитетом к столбняку среди населения проводят серологический мониторинг.

#### **Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения столбняка**

4166. В целях предупреждения возникновения и распространения столбняка органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости населения (по территориям, возрастным и социальным группам населения, профессиональным факторам риска);

оценка эффективности проводимых мероприятий и прогнозирование.

### **Гигиеническое воспитание и обучение населения по вопросам профилактики столбняка**

4167. Работу по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

4168. В целях пропаганды профилактики столбняка используются культурно-просветительные учреждения, каналы и средства массовой информации (местная печать, радио, телевидение) в сотрудничестве с общественными организациями.

### **XLVI. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней**

4169. Профилактические прививки проводятся гражданам медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы при наличии у таких организаций лицензий на соответствующую медицинскую деятельность .

---

[Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 38, ст.4736; 2020, N 50, ст.8074).

4170. Руководитель медицинской организации является ответственным за организацию иммунопрофилактики.

4171. В медицинской организации руководителем назначаются лица, ответственные за все разделы работы по организации иммунопрофилактики, в том числе: за подготовку и повышение квалификации медицинских кадров в области иммунопрофилактики; за прием, учет, хранение и выдачу иммунобиологических лекарственных препаратов и мероприятия по обеспечению "холодовой цепи"; за сбор, обеззараживание, хранение и удаление медицинских отходов, образующихся при иммунизации.

4172. Руководитель медицинской организации утверждает планы мероприятий по обеспечению "холодовой цепи"; сбору, обеззараживанию, хранению и удалению медицинских отходов, а также повышению квалификации по иммунопрофилактике.

4173. Не допускается проведение иммунизации на дому, за исключением проведения массовых профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок по социальным показаниям (инвалидам, детям и взрослым в асоциальных семьях, в труднодоступных группах населения - мигранты, кочующее

население).

### **Учетно-отчетная документация**

4174. Для проведения иммунопрофилактики в медицинской организации должны быть документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде), обеспечивающие полноту, достоверность и своевременность учета групп населения, подлежащих вакцинации, а также выполненных прививок.

4175. В медицинской организации, обслуживающей детское население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде):

переписи детей по домам и годам рождения - по каждому участку медицинской организации;

сводные переписи детей по участкам, отделениям и в целом по медицинской организации;

списки детей, посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации (по группам или классам);

картотека учетных прививочных форм на неорганизованных (по участкам) и организованных (по организациям) детей, а также на организованных детей, проживающих на территории обслуживания медицинской организации и посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации на территории других медицинских организаций (по участкам);

журнал миграции населения;

журнал учета новорожденных;

журнал работы иммунологической комиссии;

журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам, отделениям и организациям);

списки детей, родители которых отказались от профилактических прививок детям (по участкам, отделениям и организациям);

журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

4176. В медицинской организации, обслуживающей взрослое население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде):

перечень объектов, где организуются профилактические прививки, расположенных на территории обслуживания медицинской организации (по участкам, отделениям);

списки работающих по каждому объекту со сведениями о профилактических прививках (картотека учетных прививочных форм) и медицинских отводах

(отказах) от прививок;

картотека учетных прививочных форм на неработающее население (по участкам, отделениям);

журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам и организациям);

списки лиц, отказавшихся от профилактических прививок (по участкам и организациям);

журнал работы иммунологической комиссии;

журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

4177. Во всех медицинских организациях, проводящих прививки, должны быть следующие документы:

журнал учета профилактических прививок;

журналы поступления и расходования ИЛП;

копии отчетов о расходовании ИЛП;

журналы контроля температурного режима работы холодильников для хранения ИЛП;

журнал учета выданных сертификатов профилактических прививок;

журнал регистрации и учета сильных (необычных) реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;

форма экстренного извещения об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, поствакцинальном осложнении.

4178. Сведения о профилактических прививках должны заноситься в следующие индивидуальные учетные формы:

история развития ребенка;

медицинская карта ребенка для дошкольных образовательных организаций, общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций и организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

медицинская карта амбулаторного больного;

медицинская карта стационарного больного;

учетная форма профилактических прививок;

история развития новорожденного,

сертификат профилактических прививок.

4179. В медицинской организации, осуществляющей прививки должны быть в наличии следующие отчетные формы:

ежемесячные отчеты о выполненных профилактических прививках в организациях на территории обслуживания поликлиники;

ежемесячных отчеты о расходовании ИЛП;

#### IV группа

1. <i>Aerobacter aerogenes</i>	- энтерита
2. <i>Bacillus cereus</i>	- пищевой токсикоинфекции
3. <i>Bacteroides spp.</i>	- сепсиса, гнойных инфекций головы и шеи, гнойных инфекций ЦНС, стоматоинфекций, гнойных плевритов, гнойных инфекций мягких тканей, параректальных абсцессов, декубитальных язв, язв стопы, остеомиелитов, внутриабдоминальных инфекций
4. <i>Borrelia spp</i>	- клещевого спирохетоза
5. <i>Bordetella bronchiseptica</i>	- бронхосептикоза
<i>Bordetella parapertussis</i>	- паракклюша
6. <i>Branchamella catarrhalis</i>	- воспалительных заболеваний нижних и верхних дыхательных путей, хронических бронхитов, уретритов, эндокардитов, менингитов
7. <i>Burkholderia cepacia</i>	- местных воспалительных процессов и сепсиса
8. <i>Burkholderia thailandensis</i>	- местных воспалительных процессов
9. <i>Campylobacter spp.</i>	- гастроэнтерита, гингивита, периодонтита
10. <i>Citrobacter spp.</i>	- местных воспалительных процессов, пищевой токсикоинфекции
11. <i>Clostridium perfringens</i>	
<i>Clostridium novyi</i>	
<i>Clostridium septicum</i>	- газовой гангрены
<i>Clostridium histolyticum</i>	
<i>Clostridium bifermentans</i>	
12. <i>Eikinella corrodens</i>	- перитонзиллярных абсцессов, абсцессов мозга
13. <i>Escherichia coli</i>	- энтерита
14. <i>Eubacterium endocarditidis</i>	- септического эндокардита
15. <i>Eubacterium lentum</i>	- вторичных септицемий,
<i>Eubacterium ventricosum</i>	- абсцессов
16. <i>Enterococcus faecalis</i>	- эндокардитов хронических

<i>Enterococcus faecium</i>	- обструктивных бронхитов, раневых инфекций, септицемий
17. <i>Flavobacterium meningosepticum</i>	- менингита, септицемий
18. <i>Haemophilus influenza</i>	- менингита, пневмонии, ларингита
19. <i>Hafnia alvei</i>	- холецистита, цистита
20. <i>Klebsiella ozaenae</i>	- озы
21. <i>Klebsiella pneumonia</i>	- пневмонии
22. <i>Klebsiella rhinoscleromatis</i>	- риносклеромы
23. <i>Mycobacterium spp.</i> <i>Photochromogens</i> <i>Scotochromogens</i> <i>Nonphotochromogens</i> <i>Rapid growers</i>	- микобактериозов
24. <i>Mycoplasma genitalium</i>	- воспалительных процессов уrogenитального тракта, осложнения беременности
<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Mycoplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	- воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии
25. <i>Propionibacterium avidum</i>	- сепсиса, абсцессов
26. <i>Proteus spp.</i>	- пищевой токсикоинфекции, сепсиса, местных воспалительных процессов
27. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	- местных воспалительных процессов, сепсиса
28. <i>Salmonella spp.</i>	- сальмонеллёзов
29. <i>Serratia marcescens</i>	- местных воспалительных процессов, сепсиса
30. <i>Staphylococcus spp.</i>	- пищевой токсикоинфекции, септицемии, пневмонии
31. <i>Streptococcus spp.</i>	- сепсиса, тонзиллита, пневмонии, менингита, гломерулонефрита, эндокардита, ревматизма, гнойных инфекций челюстно-некротизирующих фасцитов, миозитов, синдрома токсического шока, скарлатины, зубного кариеса, импетиго, рожистых воспалений
32. <i>Vibrio spp.</i> <i>Vibrio parahaemolyticus</i> <i>Vibrio mimicus</i> <i>Vibrio fluvialis</i> <i>Vibrio vulnificus</i> <i>Vibrio alginolyticus</i>	- диарей, пищевых токсикоинфекций, раневых инфекций, септицемий и другие
33. <i>Yersinia enterocolitica</i>	- энтерита, экстраинтестинального иерсиниоза
34. <i>Actinomyces albus</i>	- актиномикоза

## Риккетсии

## II группа

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. <i>Rickettsia prowazekii</i>  | - эпидемического сыпного тифа, болезни Брилла (Брилла-Цинссера) |
| 2. <i>Rickettsia typhi</i>       | - крысиного сыпного тифа  |
| 3. <i>Rickettsia rickettsii</i>  | - пятнистой лихорадки Скалистых гор                             |
| 4. <i>Orientia tsutsugamushi</i> | - лихорадки цуцугамуши  |

### III группа

- |   |   |
|---|---|
| 1. <i>Rickettsia sibirica</i>                   | - сибирского клещевого тифа или клещевого сыпного тифа Северной Азии        |
| 2. <i>Rickettsia conorii subsp. conorii</i>     | - средиземноморской пятнистой лихорадки или марсельской пятнистой лихорадки |
| 3. <i>Rickettsia conorii subsp. indica</i>      | - индийского клещевого тифа   |
| 4. <i>Rickettsia conorii subsp. caspia</i>      | - астраханской пятнистой лихорадки  |
| 5. <i>Rickettsia conorii subsp. israelensis</i> | - израильской пятнистой лихорадки   |
| 6. <i>Rickettsia akari</i>                      | - везикулезного или осповидного риккетсиоза                                 |
| 7. <i>Rickettsia australis</i>                  | - квинслендского клещевого тифа   |
| 8. <i>Rickettsia japonica</i>                   | - японской пятнистой лихорадки  |
| 9. <i>Rickettsia africae</i>                    | - африканской клещевой лихорадки  |
| 10. <i>Rickettsia honei</i>                     | - пятнистой лихорадки острова Флиндерс                                      |
| 11. <i>Rickettsia aeschlimannii</i>             | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia aeschlimannii</i>                  |
| 12. <i>Rickettsia felis</i>                     | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia felis</i>                          |
| 13. <i>Rickettsia heilongjiangensis</i>         | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia heilongjiangensis</i>              |
| 14. <i>Rickettsia helvetica</i>                 | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia helvetica</i>                      |
| 15. <i>Rickettsia massiliae</i>                 | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia massiliae</i>                      |
| 16. <i>Rickettsia parkeri</i>                   | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia parkeri</i>                        |
| 17. <i>Rickettsia raoultii</i>                  | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia raoultii</i>                       |
| 18. <i>Rickettsia slovaca</i>                   | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia slovaca</i>                        |
| 19. <i>Rickettsia tamurae</i>                   | - риккетсиоза, вызываемого <i>Rickettsia tamurae</i>                        |

### Анаплазмы

(семейство *Anaplasmataceae*, порядок *Rickettsiales*)

### III группа

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. <i>Anaplasma phagocytophilum</i> | - гранулоцитарного анаплазмоза человека |
| 2. <i>Ehrlichia muris</i>           | - моноцитарного эрлихиоза человека      |
| 3. <i>Neorickettsia sennetsu</i>    | - лихорадки сеннетсу                    |



## Вирусы

(В связи с отсутствием биномиальной номенклатуры для вирусов обозначения даются в русской транскрипции)

18. Независимо от предполагаемой температуры перевозки, первичная емкость и вторичная тара должны выдерживать, не допуская утечки, внутреннее давление, превышающее не менее чем на 95 кПа внешнее давление, и температуры в диапазоне от -40°C до +55°C.

19. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам. В каждую первичную емкость, содержащую инфекционные вещества, может помещаться 30 мл или менее опасных грузов, включенных в классы 3 (легковоспламеняющиеся жидкости), 8 (коррозионные вещества) или 9 (прочие опасные вещества и изделия, включая вещества, опасные для окружающей среды).

Любая первичная емкость объемом более 50 мл должна быть расположена в наружной таре таким образом, чтобы крышки находились сверху. На двух противоположных поверхностях наружной тары в этом случае должны быть наклеены ориентирующие наклейки с двумя стрелками, направленными вверх, для указания правильного положения крышек первичных емкостей.

20. До возвращения порожней тары грузоотправителю или до ее отправки в другое место она должна быть продезинфицирована или стерилизована для исключения любой опасности, а любые нанесенные на нее этикетки или любая маркировка, свидетельствующие о том, что в ней находились инфекционные материалы, должны быть удалены или скрыты.

21. Маркировка упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории А, соответствуют требованиям главы 5.2. и в разделе 4.1.8 . Маркировка содержит:

---

Рекомендации по перевозке опасных грузов.

наименования и адреса грузополучателя и грузоотправителя, пункты назначения и отправления груза;

знак опасности (этикетку) для инфекционного вещества;

№ ООН 2814 и надлежащее отгрузочное наименование "Инфекционное вещество, опасное для людей";

требование по хранению при определенном температурном режиме (если требуется);

маркировку, указывающую, что тара прошла испытания в соответствии с требованиями [пункта 12 настоящего приложения к Санитарным правилам](#) и сертифицирована компетентным органом;

вес груза нетто и брутто;

манипуляционные знаки, указывающие на способы обращения с грузом (в том числе ориентирующая наклейка для указания правильного положения крышек первичных емкостей с двумя стрелками, направленными вверх);

- при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента -

знак опасности (этикетку), для сухого льда или для жидкого азота и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов "В качестве хладагента";

- надписи транспортных организаций;

- фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе (в соответствии с национальными и международными правилами перевозок опасных грузов по воздуху, автомобильным и морским транспортом);

- надпись "Не вскрывать. Опасно".

22. Документация для транспортировки инфекционных веществ категории А, N ООН 2814. Каждый предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционное вещество Категории А, должен иметь сопроводительную документацию, вкладываемую в упаковку (сопроводительное письмо и акт упаковки) и транспортную документацию.

23. Сопроводительную документацию (сопроводительное письмо и акт упаковки) оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, указывают наименование инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А N ООН 2814, то в сопроводительном письме указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации.

В акте упаковки указывают дату упаковки, общее количество первичных емкостей, конкретный тип и вид первичных емкостей (в том числе пластмассовый флакон или стеклянная ампула) и вторичной тары, способ их герметизации (в том

числе термосваривание, притертые пробки, завинчивающиеся крышки с запорными устройствами), указывают также, в соответствии с какими национальными и международными правилами или инструкциями упакован груз, и фамилия, имя отчество (последнее при наличии) лица, производившего упаковку. Акт упаковки подписывает лицо, производившее упаковку.

Организация, получившая упаковку с инфекционным веществом категории А, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение, направить его в организацию, отправившую ПБА.

24. Транспортный документ на опасные грузы Категории А N ООН 2814 должен содержать информацию с перечисленными в пункте 3.4.3.3 обязательными элементами. Форму транспортного документа определяет перевозчик в соответствии с правилами в отношении данного вида транспорта: при перевозке воздушным транспортом грузоотправитель оформляет декларацию грузоотправителя опасных грузов и авианакладную, для перевозок другими видами транспорта оформляются эквивалентные по содержанию документы.

25. Информация об опасном грузе включает следующие обязательные элементы:

названия и адреса грузоотправителя и грузополучателя опасного груза;

фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе;

описание опасного груза, состоящее из: N ООН 2814; надлежащего отгрузочного наименования "Инфекционное вещество, опасное для людей" с заключенным в скобки наименованием инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке (если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А и номеру ООН "N ООН 2814", то указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А); указания класса, подкласса опасности;

общее количество каждого другого опасного груза, имеющего отдельный номер ООН, надлежащее отгрузочное наименование для каждого опасного груза, в том числе для сухого льда или жидкого азота, если используются;

количество и описание упаковки;

номера знаков опасности;

декларацию, подписанную грузоотправителем с указанием даты заполнения, составленную по следующей форме: "Настоящим заявляю, что содержимое данной партии груза полностью и точно описано выше (или ниже) надлежащим отгрузочным наименованием и что содержимое классифицировано, упаковано, маркировано, снабжено знаками опасности и во всех отношениях находится в должном состоянии для перевозки в соответствии с применимыми международными и национальными государственными правилами";

указания о действиях, которые должен предпринять перевозчик в отношении погрузки, укладки, ограничений в отношении вида транспорта или маршрута (если таковые есть), а также, по требованию перевозчика, мероприятия на случай аварии или инцидента, связанного с нарушением целостности упаковки, разлива или просыпания содержимого.

### **Упаковка, маркировка, оформление документации для транспортировки инфекционных веществ Категории В N ООН 3373**

27. Действует принцип тройной упаковки, изложенный в настоящем приложении к Санитарным правилам.

28. Необходимости в сертификации тары для упаковки инфекционных веществ Категории В N ООН 3373 компетентным органом и в маркировке тары в соответствии с требованиями спецификации ООН, указывающей, что упаковка прошла испытания в соответствии с главой 6.3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, нет.

Можно воспользоваться доступными источниками упаковочных материалов при условии, что как производитель тары, так и грузоотправитель могут полностью выполнить требования в отношении тары и упаковки, изложенные в настоящем приложении к Санитарным правилам.

29. Правила упаковки инфекционных материалов Категории В N ООН 3373 действуют при перевозке любым наземным видом транспорта и соответствуют Инструкции по упаковке Р650 для инфекционных веществ Категории В N ООН 3373, приведенной в разделе 4.1.4 Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

Для перевозок инфекционных материалов Категории В N ООН 3373 другими видами транспорта действуют дополнительные требования по упаковке, определенные международными соглашениями по соответствующим видам транспорта. В отношении упаковки опасных грузов для авиаперевозок действуют требования технических инструкций по безопасной перевозке опасных грузов по воздуху Международной организации гражданской авиации (далее - Doc 9284 AN /905 ИКАО).

30. При упаковке инфекционных веществ Категории В N ООН 3373 тара должна быть доброкачественной и достаточно прочной, чтобы выдерживать удары и нагрузки, обычно возникающие в ходе перевозки, в том числе при перегрузке между грузовыми транспортными единицами и между грузовыми транспортными единицами и складами, а также при любом перемещении с поддона или изъятии из пакета с целью последующей ручной или механической обработки. Тара должна быть сконструирована и закрыта таким образом, чтобы не допускалась какая-либо потеря содержимого, которая может произойти в обычных условиях перевозки в результате вибрации, изменения температуры, влажности или давления.

Тара должна состоять, как минимум, из трех компонентов:

а) первичной емкости;

б) вторичной тары;

в) наружной тары,

при этом либо вторичная, либо наружная тара должна быть жесткой.

31. Первичные емкости должны укладываться во вторичную тару таким образом, чтобы при обычных условиях перевозки исключить возможность их разрушения, пробоя или протечки их содержимого во вторичную тару. Вторичная тара должна укладываться в наружную тару с использованием подходящего прокладочного материала. Любая протечка содержимого не должна существенно ухудшать защитные свойства прокладочного материала или наружной тары.

32. По крайней мере одна из поверхностей наружной тары должна иметь минимальный размер 100 мм x 100 мм.

33. Готовая упаковка должна быть в состоянии выдержать испытание на падение, описанное в пунктах 6.3.5.3 и 6.3.5.2 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, с высоты 1,2 метра.

34. Для жидких материалов:

а) первичная емкость (емкости) должна быть герметичной;

б) вторичная тара должна быть герметичной;

в) если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) между первичной(ыми) емкостью(ями) и вторичной тарой должен быть помещен абсорбирующий материал. Абсорбирующий материал должен использоваться в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого первичной(ых) емкости(ей), так чтобы любая утечка жидкости не ухудшала существенно защитные свойства прокладочного материала или наружной тары;

д) первичная емкость или вторичная тара должны быть в состоянии выдержать без протечек внутреннее давление 95 кПа (0,95 бар).

35. Для твердых материалов:

а) первичная емкость (емкости) должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

б) вторичная тара должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

в) если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) если есть сомнения по поводу того, что в первичной емкости во время перевозки может присутствовать остаточная жидкость, то в этом случае должна

использоваться тара, подходящая для жидкостей, с абсорбирующими материалами.

36. Охлажденные или замороженные образцы (лед, сухой лед, жидкий азот):

а) если в качестве хладагента используется сухой лед или жидкий азот, применяются требования раздела 5.5.3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов. Когда используется лед, его необходимо помещать за пределами вторичной тары или в транспортный пакет. Вторичная тара должна быть закреплена с помощью распорок так, чтобы она не изменяла своего первоначального положения. Если используется лед, наружная тара или транспортный пакет должны быть влагонепроницаемыми;

б) первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре используемого хладагента, а также при температурах и давлениях, которые могли бы возникнуть в случае потери хладагента.

37. Если упаковки помещаются в транспортный пакет, то маркировочные надписи на упаковках должны быть либо четко видны, либо воспроизведены на наружной поверхности транспортного пакета.

38. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам.

39. В целях маркировки упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории В N ООН 3373, на упаковки, подготовленные к перевозке, наносят:

транспортную маркировку, включающую сведения о грузополучателе, где, кроме наименования грузополучателя и пункта назначения, указывают его адрес и номер телефона;

надпись с надлежащим отгрузочным наименованием "Биологический препарат, категория В" маркировочный знак (этикетку) в форме повернутого на 45 градусов квадрата (ромба) с длиной стороны не менее 50 мм; ширина окантовки должна составлять не менее 2 мм, а высота букв и цифр - не менее 6 мм.

если требуется, указывают температурный режим хранения;

при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента наносят знак опасности (этикетку), код ООН и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов "В качестве хладагента", с указанием нетто количества сухого льда в килограммах.

40. Упакованный и предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционные вещества Категории В N ООН 3373, должен иметь сопроводительное письмо, вложенное в упаковку, а также транспортную документацию (авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом

транспорта).

41. Сопроводительное письмо оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, в скобках указывают наименование инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации-грузоотправителя.

Организация, получившая упаковку с инфекционным материалом Категории В, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение инфекционного материала, направить его в организацию, отправившую инфекционный материал.

42. Грузоотправитель готовит транспортный документ - авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом транспорта. При этом транспортная документация на опасный груз в форме декларации грузоотправителя на опасный груз не требуется.

43. Для перевозки инфекционных материалов Категории А N ООН 2814 и Категории В N ООН 3373 различными видами транспорта (гражданским воздушным транспортом, автомобильным, морским) применяются положения соответствующих международных правовых актов в указанной области.

**Направление на лабораторное (вирусологическое) исследование проб фекалий от больного полиомиелитом, острым вялым параличом**

Раздел 1 заполняется лицом, отправляющим материалы			
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) больного		ЭПИД N	
Адрес			
Район		Субъект	
	День	Месяц	Год
Дата рождения*			
Дата начала паралича			

Дата взятия первого образца фекалий			
Дата взятия второго образца фекалий			
Дата отправки первого образца фекалий			
Дата отправки второго образца фекалий**			
<b>Сведения о прививках:</b>			
Количество прививок (ИПВ или ОПВ, полученных при плановой иммунизации) указать даты, серии:			
Дата последней прививки:			
Предварительный клинический диагноз:			
Образцы направлены:			
Название учреждения, отправившего образцы			
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) должность лица, отправившего материал			
Телефон			
Факс			
E-mail			
По адресу			
Тел. N			
* Если неизвестна, укажите возраст в месяцах.			
** Если образцы отправляются в разные дни, заполните форму на каждый образец отдельно.			
<p align="center"><b>Раздел 2.</b> Заполняется вирусологом в лаборатории.</p> <p align="center">Заполненную форму необходимо направить должностному лицу, ответственному за полиомиелит на территории и отправителю материала.</p>			
	День/Месяц/Год		
Дата поступления в лабораторию первого образца			
Дата поступления в лабораторию второго образца			
Состояние первого образца при поступлении в лабораторию	Хорошее*	Плохое	
Состояние второго образца при поступлении в лабораторию	Хорошее*	Плохое	
Результаты исследования первого образца	День/Месяц/Год		
Результаты исследования второго образца	День/Месяц/Год		
Подпись вирусолога			
* Критерии "хорошего" состояния образцов: достаточный объем, не протекают и не высохшие, индикатор или наличие льда указывают на то, что обратная имеется "холодовая цепь".			

Врач  
вирусолог

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), наименование организации)



Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий лабораторией  
(отделом) \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя,  
отчество (последнее  
при наличии))*

### АКТ УНИЧТОЖЕНИЯ

материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким, вакцинным и  
вакцинородственным полиовирусом

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Мы, нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии),  
должность)

согласно разрешению

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии),  
должность давшего разрешение, номер и дата разрешения)

уничтожили

\_\_\_\_\_  
(наименование материала, номера штаммов, количество объектов и  
иные характеристики)

автоклавированием

\_\_\_\_\_ или погружением  
(режим автоклавирования)

в

\_\_\_\_\_  
(название дезраствора, его концентрация, время обеззараживания)

Дата уничтожения материалов

\_\_\_\_\_  
*(фамилии, имена, отчества (последние  
при наличии), и подписи лиц,  
уничтоживших материалы)*

Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий лабораторией  
(отделом) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя,  
отчество (последнее  
при наличии))

## АКТ

передачи материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким,  
вакцинным и вакцинородственным полиовирусом, за пределы организации

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Мы,  
нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии),  
должность передающего материал)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность передающего материал,  
наименование организации)

составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению руководителя организации  
произведена передача:

\_\_\_\_\_  
(наименование вида, номера штаммов, количество объектов, вид упаковки и иные  
характеристики)

Дата передачи

Передал:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее  
при наличии), подпись)

Принял:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при  
наличии), подпись)

Приложение 31  
к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

### Сведения о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в разных возрастных группах

(заполняется 1 раз в месяц)

в \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года  
(субъект Российской Федерации) (месяц)

С в е д е н и я о	Возраст

[illegible]

а																									
н																									
Б																									
о																									
л																									
е																									
л																									
к																									
о																									
р																									
ь																									
ю																									
р																									
а																									
н																									
е																									
е																									
А																									
н																									
а																									
м																									
н																									
е																									
з																									
н																									
е																									
и																									
з																									
в																									
е																									
с																									
т																									
е																									
н																									
В																									
с																									
е																									
г																									
о																									
Ч																									
и																									
с																									
л																									
о																									
з																									
а																									
б																									
о																									
л																									
е																									
в																									
ш																									

[illegible]

[illegible]



3. Препараты на основе поверхностно-активных веществ (полигуанидин, четвертичное аммониевое соединение).

4. Электролитическая ионизация воды ионами серебра и меди.

5. Применение специальных защитных фильтров на точках выхода системы водоснабжения (при внутрибольничном легионеллезе).

6. При возникновении микробной контаминации сети в результате разгерметизации и локальных аварий на отдельных ее участках, проводятся технические мероприятия по замене сетей, гиперхлорирование сетей (дозами хлора до 50 мг/л при экспозиции 3 ч) с последующей их промывкой и проведением бактериологического анализа. В целях повышения эффективности дезинфекционных мероприятий преимущественно предусматривается комплексное применение перечисленных групп препаратов и методов в зависимости от конкретной эпидемической ситуации.

**Приложение 33**  
**к СП 3.3686-21**

#### **Концентрации *Legionella pneumophila* в отдельных объектах**

N	Объект	Концентрация, КОЕ/л
1	Система охлаждения промышленных предприятий и кондиционирования воздуха в зданиях общественного назначения	10
2	Системы водоснабжения	10
3	Бассейны и аквапарки с "барботированием" типа "Джакузи"	Отсутствие
4	Системы горячего водоснабжения медицинских организаций в отделениях групп риска (трансплантации, онкологии, хирургии реанимации, интенсивной терапии и других) и организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов*.	Отсутствие
* для данных групп риска необходимо полностью исключить возможность контакта с водой, содержащей <i>Legionella spp.</i>		

**Приложение 34**  
**к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств**





### Дезинвазия объектов окружающей среды в очаге энтеробиоза

№ п/п	Объекты	Способ и режим дезинвазии
1.	Поверхности помещений, объектов окружающей среды, жесткая мебель в помещениях	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой дезинфекционно-дезинвазионными средствами
2.	Мягкая мебель, мягкие игрушки, ковры	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании дезинвазионных средств. После дезинвазии необходимо убрать на 3 календарных дня в кладовые ковры и мягкие игрушки.
3.	Белье, спецодежда, предметы обихода и уборочный инвентарь	Кипячение в течение 1-2 мин. в 2% водном растворе кальцинированной соды, 2% мыльно-содовом растворе, или в течение 15 мин в 0,5% растворе любого моющего средства. Мытье с моющими средствами и обработка горячим (60-80°C) 2% водным раствором кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором.
4.	Твердые и резиновые игрушки, посуда	Мытье с моющими средствами и обработка горячим раствором (60-80°C) 2% водного раствора кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором
5.	Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрасы)	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли дезинвазионными средствами либо камерная дезинфекция объектов
6.	Санитарно-техническое оборудование	Обработка дезинфекционно-дезинвазионными средствами
7.	Кал в горшках	Обеззараживание перед сбросом в канализацию дезинфекционно-дезинвазионными средствами

**Приложение 36**  
**к СП 3.3686-21**

### Санитарно-паразитологические исследования объектов внешней среды

№ п/п	Объект	Исследуемый материал		Объем проб (л, кг)	Число отбираемых проб	Кратность отбора проб в рамках			Определяемые показатели
		Наименование	Место отбора			контрольно-надзор	производственно	социально-гигиенический	

						рных мероприятий** *	контроля	ни- ческ ого мониторинга	ли ***
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Очистные сооружения канализации	1. Сточная вода	В местах до проведения очистки (при необходимости расчета эффективности дегельминтизации и дезинвазии)	10,0	2	+	2 раза в год	1 раз в год	1, 2, 3
		2. Сточная вода	В местах после проведения очистки	10,0	2		2 раза в год	1 раз в год	
		3. Осадок сточных вод	В местах нахождения жидкого осадка (при необходимости оценки эффективности дезинвазии)	0,2 (200 миллилитров)	2		2 раза в год	1 раз в год	
		4. Осадок сточных вод	В местах нахождения подсушенного осадка	0,2 (200 грамм)	2 с карты		Перед использованием его полезных	1 раз в год	1, 2, 3, 4

			перед использ ование м его полезн ых свойств, в том числе для удобрен ия путем внесени я в почву, произво дства продук ции, использ ования в качеств е компон ентов техниче ских грунтов или биотопл ива, реализу емого третьим лицам				свойст в, в том числе для удобр ения путем внесен ия в почву, для произ водств а проду кции, испол ьзован ия в качест ве компо ненто в техни ческих грунто в или биото плива, реализ уемого третьи м лицам			
2 .	Поля орошения		Почв а	до и после орошен ия	0,2 (200 грам м)	2-4	-	2 раза в год с апреля по октябр ь	-	1, 2, 3, 4
3 .	Биологичес кие пруды		Сток и	на входе и выходе	Не менее 10 литро в	4-8	-	2 раза в год с апреля по октябр ь		1, 2, 3
4 .	Вод а при	Пов ерх- нос	1. Вода **	в месте сброса сточны	25,0	3	+	2 раза в год	1 раз в	1, 2, 3

	род ных биот опов	тны е вод оем ы		х вод (литры)					квар тал	
			2. Вода **	выше выпуска сточны х вод на 1 километ р	25,0	3		2 раза в год		
			3. Донн ые отло жени я	-	0,2 (200 грам м)	3		-		
		При бре ж- ные вод ы мор ей	1. Вода **	в местах располо жения морски х водозаб орных сооруж ений хозяйст венно- питьево го водосна бжения **	50,0	3	+	Не менее 2-х раз в кварта л	1 раз в квар тал	6
				в местах выпуска сточны х вод - непосре дственн о у места сброса и в радиусе не более 500 м от	25,0	3	+	не реже 4 раз в год, посезо нно		1,2, 3

				места сброса						
		Рекреационные зоны (водопляжей)	1. Почва, песок	в береговой зоне	0,2 (200 грамм)	2	+	2 раза за сезон	1 раз в год	1, 2, 3, 4
			2. Вода	в береговой зоне	25,0	3	+	1 раз - до начала сезона, ежемесячно - в период сезона		1, 2, 3
5.	Водоочистные станции хозяйственно-питьевого водоснабжения	1. Вода**	перед подачей в распределительную сеть		50,0	3	+	Не менее 2-х раз в квартал	1 раз в квартал	6
		2. Осадки, образующиеся в процессе водочистки	В местах нахождения подсушенного осадка перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продук		0,2 (200 грамм)	2-4	-	Перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, для производства продук	-	1, 2, 3

			ции, использ ования в качеств е компон ентов техниче ских грунтов или биотопл ива, реализу емого третьим лицам				ия в качест ве компо ненто в техни ческих грунто в или биото плива, реализ уемого третьи м лицам		
6 .	Бассейны, как самостояте льное учреждени е, так и в составе других организац ий	1. Смы вы*	с поручне й ванны бассейн а; скамеек в раздева лках, пола в душево й, ручек двери в туалетн ых комната х, из раздева лки в душеву ю: детских игруше к (мячей, кругов); предмет ов спортив ного инвента ря		20	+	1 раз в кварта л	-	1, 2, 3

		2. Вода бассе йна* *	из чаши бассейн а	50,0	3	+	1 раз в кварта л	-	1, 2, 3
7 .	Аквапарки	1. Смы вы*	с поручне й ванны бассейн а, скамеек в раздева льных, пола в душево й, ручек двери санузло в, инвента ря аквапар ка - лежаков , кругов, матов		20	+	2 раза в год	-	1, 2, 3
		2. Вода бассе йна* *	из чаши бассейн а	50,0	3	+	1 раз в кварта л	-	1, 2, 3
8 .	Дошкольн ые образовате льные организаци и	1. Смы вы*	в пищебл оках: с раздело чных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверны х ручек, рук персона ла; в столовы х: с		20	+	+	-	1, 2, 3



			посуды, клеенок , скатерт ей, столов						
		2. Смы вы	в игровы х уголках : с игруше к, мебели, ковров и дороже к; в спальня х: постель ное белье, с пола, батарей, подоко нников, штор; в туалетн ых комната х: ручки дверей, кранов, наружн ые поверхн ости горшко в, стульча ков		10	+	+	-	1, 2, 3
		3. Ово щи Зеле нь	на пищев ые, овоще х ранили ще	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+	-	-	6
						(объе ди- ненна я проба из 3- х точек от			

						парти и)			
		4. Почва	на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов	0,2 (200 грамм)	2-4	+	-	1 раз в год	1, 2, 3
		5. Песок	в песочниках	0,2 (200 грамм)	2-4	+	не реже 1 раза в квартал		1, 2, 3
9 .	Общеобразовательные организации (школы)	1. Смывы*	в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатерт		20	+	+	-	1, 2, 3

			ей, столов						
		2. Смы вы*	в начальн ых классах: мебели, парт, с батарей, подоко нников, штор; в туалетн ых комната х: ручки дверей, кранов, наружн ые поверхн ости стульча ков		20	+	+	-	1, 2, 3
		3. Ово щи Зеле нь	в пищевл оке, овощех ранили ще	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+(объе ди- ненна я проба из 3- х точек от парти и)	-	-	6
		4. Почв а	на игровы х площад ках, около входа и вокруг помеще ний, вдоль забора	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3
1 0	Школы- интернаты, детские	1. Смы вы*	в пищевл оках: с раздело		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3

	дома, дома ребенка		чных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов						
		2. Смыслы*	в начальных классах: с мебели, парт; в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях: постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3

			х: ручки дверей, кранов, наружн ые поверхн ости горшко в, стульча ков						
		3. Ово щи Зеле нь	на пищебл оке, овощех ранили ще	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+	1 раз в год	-	6
		4. Почв а	на игровы х площад ках, около входа и вокруг помеще ний, вдоль забора, у веранд, в домика х, вокруг наружн ых санузло в	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3
1 1	Летние оздоровите льные учреждени я	1. Смы вы*	в пищебл оке: с рук персона ла, раздело		20	+	-	-	1, 2, 3

			чных досок, столов, клеенок , скатерт ей, прилавк ов раздачи , оборудо вания, инвента ря, санитар ных комнат; в туалете: ручки дверей, водопр водные краны, ручки смывны х бачков						
		2. Ово щи Зеле нь	в пищев ой, овощ ах ис поль зуют ся	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+	-	-	6
		3. Почв а	на игров ых площ ад ках, около входа и около помещ ений, вдоль	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3, 4

			забора, у веранд, около летних пищебл оков, вокруг наружн ых санузло в						
		4. Песок	в песочницах	0,2 (200 грамм)	2	+	не реже 1 раза в квартал	-	1, 2, 3
1 2	Организации, осуществляющие медицинскую деятельность	1. Смывы*	в пищеблоках, раздаточных		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3
		2. Смывы*	в кабинетах инфекционных заболеваний, в клиниках, диагностических лабораториях, в палатах, туалетных комнатах		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3
1 3	Тепличные хозяйства	1. Выращиваемая растительная	в теплицах	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	По 2 пробы от каждого вида выр	+	перед сбором готовой продукции	-	6

		продукция: Овощи, Зелень			аши-ваемой продукции				
		2. Почва	в теплицах	0,2 (200 грамм)	4	+	вновь завозимая, в период выращивания	-	1, 2, 3, 4
		3. Вода поливная **	емкости	50,0	3	-	ежемесячно в период выращивания растительной продукции	-	2, 3
1 4	Объекты общественного питания	1. Смывы*	в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат		20	+	-	-	1, 2, 3
		2. Овощи	на пищеблоке,	Не менее 0,5 (500	4	+ объединен	-	-	6



		Зеле нь	овощех ранили ще	грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)		ная проба из 3- х точек до разде лки			
		3. Соки и соко вая прод укци я из фрук тов и овощ ей	на пищебл оке	Не менее 0,1 (100, миллил итров)	1 от каждо го наиме нова ния	+	-	-	6
1 5	Бани, парикмахер ские, косметолог ические кабинеты	Смы вы*	с рук персона ла, инстру ментов, столов, кресел		20	+	-	-	1, 2, 3, 5
1 6	Железнодорожный, автобусный, водный транспорт	1. Смы вы*	с рук и спецоде жды проводни ков, полок, постель ных принадл ежностей (до раздачи пассажи рам)		20	+	-	-	1, 2
		2. Вода питье вая*	в точках водораз бора	50,0	6	+			6
1 7	Дома инвалидов и престарелы х	Смы вы*	на пищебл оке, в палатах, туалетн ых		20	+	-	-	1, 2, 3

			комната х, с рук персона ла						
1 8	Приемники - распреди тели (дома ночного пребывани я)	Смы вы*	в санпроп ускника х, жилых ячейках , помеще ниях общест венного питания , туалета х		20	+	-	-	1, 2, 3

" + " - проводится.

" - " - не проводится.

\* Пробы берутся отдельно по 10 для исследования на наличие яиц гельминтов и цист простейших.

\*\* Пробы берутся отдельно по 1 для исследования на наличие яиц гельминтов, цист, ооцист простейших.

\*\*\* Кратность контрольно-надзорных мероприятий определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

\*\*\*\* Определяемые показатели (вид возбудителя, жизнеспособность):

1 - жизнеспособные яйца гельминтов.

2 - цисты патогенных кишечных простейших.

3 - ооцисты криптоспоридий.

4 - личинки синантропных мух.

5 - демодекоидные клещи.

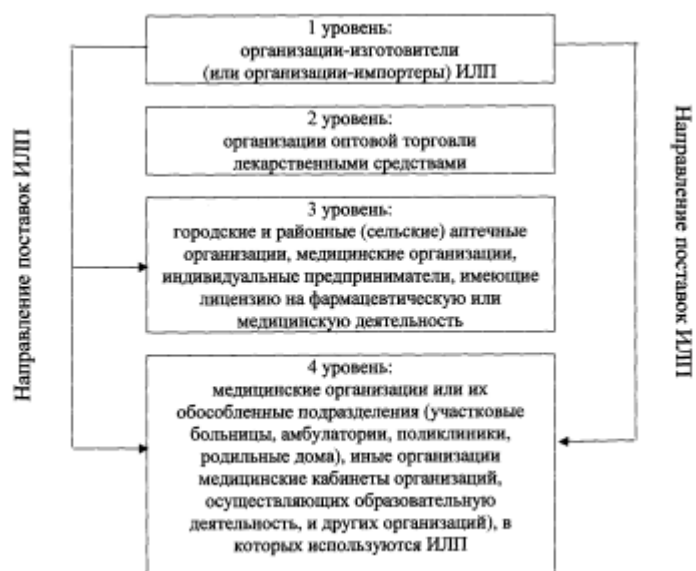
6 - не допускается наличие яиц гельминтов и цист (ооцист) патогенных кишечных простейших.

## Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом

Дата и время	Наименование стерилизуемых изделий	Номер медицинской карты станции наркологического	Наименование стерилизующего средства	Режим стерилизации			Время завершения стерилизации и упаковки эндоскопа	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора
				Температура раствора	Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем	Экспозиция		

**Приложение 38**  
**к СП 3.3686-21**

### Схема уровней "Холодовой цепи"



### Приложение 39 к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

### Журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании

Дата	Время	Показания термометров		Показания термоиндикаторов			
		N 1	N 2	N 1		N 2	
				Идентификационный номер	Показание	Идентификационный номер	Показание
	9.00	+ 5	+ 5		Норма		Норма
	17.00	+ 5	+ 5		Норма		Норма
	9.00	+ 5	+ 5		Норма		Норма
	17.00	+ 5	+ 5		Норма		Норма

### Приложение 40 к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

## Журнал учета движения ИЛП

Приход									Расход					
Дата подписания	Назначение ИЛП	Проект договора	Получен ИЛП	Серия	Срок договора	Код договора	Тип договора	Показатель индикатора	Дата отпуска	Код отпуска	Код отпуска	Остаток (до зачета со счета)	Тип отпуска	Показатель индикатора

Редакция документа с учетом  
изменений и дополнений подготовлена  
АО "Кодекс"