

А. А. ТИМОШЕВСКИЙ

# ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

## МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ





Государственное бюджетное учреждение города Москвы  
«Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы»

**А. А. ТИМОШЕВСКИЙ**

**ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ  
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,  
ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ  
ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ**

Учебно-методическое пособие для обучающихся  
по направлениям медицинского образования

Научное электронное издание

Москва  
2023

УДК 614.4

ББК 51.1

Рецензенты:

**Гладких Вадим Дмитриевич** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке ФГУП Научно-производственный центр «Фармзащита» ФМБА России;

**Шилов Виктор Васильевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой токсикологии, экстремальной и водолазной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

**Тимошевский, А. А.**

Инфекционная безопасность в медицинской организации. Мероприятия при выявлении инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих: Учебно-методическое пособие для обучающихся по направлениям медицинского образования [Электронный ресурс] / А. А. Тимошевский – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/> – Загл. с экрана. – 62 с.

**ISBN 978-5-907717-62-6**

В учебном пособии изложены вопросы организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больных, подозрительных на заболевание инфекционной болезнью, вызывающей чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Также приведены краткая характеристика инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и мероприятия в медицинских организациях при их выявлении.

Пособие подготовлено в соответствии с программой обучения ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по дисциплине «Обеспечение инфекционной безопасности в медицинской организации».

**УДК 614.4**  
**ББК 51.1**

*Утверждено и рекомендовано к изданию Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

*(Протокол №7 от 19 сентября 2023 г.)*

*Самостоятельное электронное издание сетевого распространения*

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;

скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907717-62-6



© Тимошевский А. А., 2023  
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Список сокращений</b> .....	<b>4</b>
<b>Введение</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Противоэпидемические мероприятия при выявлении больного, подозрительного на заболевание инфекционной болезнью, вызывающей чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения</b> .....	<b>8</b>
1.1. Общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий.....	8
1.2. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в медицинской организации.....	12
<b>2. Организация и проведение мероприятий в медицинских организациях при выявлении инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих</b> .....	<b>18</b>
<b>3. Краткая характеристика других инфекционных заболеваний и проведение мероприятий медицинскими организациями при их выявлении</b> .....	<b>27</b>
Список литературы .....	52
<b>Приложение 1.</b> Схема информации при выявлении больного (трупа) в медицинской организации с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.....	<b>53</b>
<b>Приложение 2.</b> Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, для проведения клинического анализа.....	<b>54</b>
<b>Приложение 3.</b> Меры и средства личной профилактики.....	<b>55</b>
<b>Приложение 4.</b> Рекомендуемый образец журнала учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций .....	<b>57</b>
<b>Приложение 5.</b> Примеры тестовых заданий .....	<b>58</b>

# СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>АИГ</b>	– антирабический иммуноглобулин
<b>ВГВ</b>	– вирусный гепатит В
<b>ВГС</b>	– вирусный гепатит С
<b>ВЗВ</b>	– вирус Варицелла Зостер (Varicella Zoster virus)
<b>ВИЧ</b>	– вирус иммунодефицита человека
<b>ГАЧ</b>	– гранулоцитарный анаплазмоз человека
<b>ГСЭН</b>	– Государственный санитарно-эпидемиологический надзор
<b>ГФМИ</b>	– генерализованная форма менингококковой инфекции
<b>ИКБ</b>	– иксодовый клещевой боррелиоз
<b>КВЭ</b>	– клещевой вирусный энцефалит
<b>КГЛ</b>	– крымская геморрагическая лихорадка
<b>КР</b>	– клещевые риккетсиозы
<b>ЛЗН</b>	– лихорадка Западного Нила
<b>МО</b>	– медицинская организация
<b>МЭЧ</b>	– моноцитарный эрлихиоз человека
<b>ОКИ</b>	– острые кишечные инфекции
<b>ОГЛ</b>	– омская геморрагическая лихорадка
<b>РФ</b>	– Российская Федерация
<b>СПК</b>	– санитарно-противоэпидемическая комиссия
<b>ТОРС</b>	– тяжелый острый респираторный синдром
<b>СанПин</b>	– санитарные нормы и правила
<b>СП</b>	– санитарные правила
<b>ФАП</b>	– фельдшерско-акушерский пункт
<b>ЦАП</b>	– Центр антирабической помощи
<b>FFP 2, 3</b>	– респираторы 2, 3 класса защиты
<b>HBsAg</b>	– поверхностный антиген вирусного гепатита В

# ВВЕДЕНИЕ

С целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения Российской Федерации устанавливаются обязательные требования к комплексу организационных, лечебно-диагностических, санитарно-противоэпидемических (профилактических), лабораторно-диагностических мероприятий.

Медицинская организация является одним из основных общественных мест, где необходимо проведение организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических), инженерно-технических мероприятий, направленных на обеспечение инфекционной безопасности пациентов, медицинских работников, населения в целом, а также защиту окружающей среды от биологических агентов и материалов, способных вызывать развитие патологических процессов в организме человека.

В организациях здравоохранения, а это стационары, родильные дома, диспансеры, амбулатории, поликлиники, женские консультации, медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови, санаторно-курортные организации, центры общественного здоровья, бюро патолого-анатомической и судебно-медицинской экспертизы, лаборатории, центры гигиены и эпидемиологии и др. – проводится большой комплекс мероприятий по организации различных видов медицинской деятельности.

Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинских работников в медицинской организации включает выполнение ряда общих требований, таких как:

- санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасного питания и водоснабжения;
- санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению условий пребывания населения в медицинских организациях;
- выявление, учет и регистрация больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней;
- установление и изучение признаков, характеризующих наличие инфекционных болезней, носительство возбудителей инфекционных болезней;
- организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в эпидемическом очаге;
- санитарно-эпидемиологические требования при введении карантина;
- гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики.

Существует несколько перечней инфекционных заболеваний, классифицирующих их как карантинные, социально значимые, представляющие угрозу для окружающих заболевания, особо опасные инфекции и др.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 (с изм. и доп. от 13.07.2012, 31.01.2020) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» к таким заболеваниям относятся:

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки;
- гельминтозы;
- гепатит В;
- гепатит С;
- дифтерия;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- лепра;
- малярия;
- педикулез, акариаз и другие инфекации;
- сап и мелиоидоз;
- сибирская язва;
- туберкулез;
- холера;
- чума;
- коронавирусная инфекция (2019-nCoV).

В соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.<sup>1</sup>, методическими указаниями МУ 3.4.2552–09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» указан перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, который включает:

- Оспу;
- Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом;
- Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса;
- Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС);
- Холеру;
- Чуму;
- Желтую лихорадку;
- Лихорадку Ласса;
- Болезнь, вызванную вирусом Марбург;

---

<sup>1</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11 мая 2007 г. № 27 «О реализации Международных медико-санитарных правил (2005)».



- Болезнь, вызванную вирусом Эбола;
- Малярию;
- Лихорадку Западного Нила;
- Крымскую геморрагическую лихорадку;
- Лихорадку Денге;
- Менингококковую инфекцию;
- Лихорадку Рифт-Валле.

Мероприятия, проводимые при выявлении инфекционных заболеваний, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в первую очередь носят характер предупреждения распространения инфекции, изоляции больных.

При выявлении в медицинской организации инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, следуя руководящим документам, проводятся: выявление, учет и регистрация заболеваний, диагностика, лечение, мероприятия в отношении источников инфекции в очаге, специфическая и экстренная профилактика, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики.

В учебном пособии последовательно изложены общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больных, подозрительных на заболевание инфекционной болезнью, вызывающей чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Приведены первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в стационаре, поликлинике, фельдшерско-акушерском пункте (ФАП), на дому и в любом учреждении, а также мероприятия бригады эвакуации и бригады дезинфекции.

В разделах «Организация и проведение мероприятий в медицинских организациях при выявлении инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и ряда других инфекционных заболеваний» приведена краткая характеристика: ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, сибирской язвы, чумы, холеры, крымской геморрагической лихорадки, дифтерии, коронавирусной инфекции, туляремии, менингококковой инфекции, бешенства, острых кишечных инфекций и др.

# 1. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО, ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

## 1.1. Общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий

Все первичные противоэпидемические мероприятия проводят при установлении предварительного диагноза, который ставят на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза.

Мероприятия включают:

- временную изоляцию больного с последующей его госпитализацией;
- уточнение диагноза, вызов консультантов;
- информацию о выявленном больном (труп) руководителя учреждения в установленном порядке;
- оказание больному необходимой медицинской помощи;
- забор материала для лабораторного исследования;
- выявление, регистрация лиц, контактировавших с больным или объектами, контаминированными возбудителем болезни;
- временную изоляцию лиц, контактировавших с больным;
- проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Первичные противоэпидемические мероприятия, проводимые в рамках оперативных планов медицинских учреждений, являются составной частью сочетанных мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага в рамках комплексных планов. Объем и характер мероприятий определяются нозологической формой инфекционной болезни и данными эпидемиологического обследования, которое проводят немедленно после выявления больного (трупа).

Противоэпидемические мероприятия проводят органы и учреждения Роспотребнадзора, органы управления здравоохранением и медицинские организации. Противочумные учреждения осуществляют консультативно-методическую и практическую помощь при организации и проведении противоэпидемических мероприятий.

Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага осуществляет межведомственная санитарно-противоэпидемическая комиссия (СПК). Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локализации и ликвидации очага инфекционной болезни, подозрительной на вышеуказанные заболевания, должно быть предусмотрено обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений, органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) по субъектам РФ и по железнодорожному транспорту оперативной бесперебойной связью.

Все лечебно-профилактические учреждения Министерства здравоохранения, других министерств и ведомств должны иметь необходимый запас:

- медикаментов для проведения симптоматической терапии, экстренной профилактики, химиопрофилактики;
- средств личной экстренной профилактики;
- средств индивидуальной защиты;
- дезинфицирующих средств.

Первая информация о выявлении больного (трупа) с подозрением на болезнь доводится до главного врача медицинской организации, который передает ее станции (отделению) скорой медицинской помощи, учреждению дезинфекционного профиля, руководителю органа управления здравоохранением и главного государственного санитарного врача соответствующей территории. Во все перечисленные адреса информация должна поступать не позднее двух часов с момента выявления больного.

Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением решением СПК вводят в действие комплексный план противоэпидемических мероприятий, информируют о случае заболевания соответствующие учреждения и организации, предусмотренные планом, в т.ч. территориальное противочумное учреждение, административные органы территории, не позже 6 ч после выявления больного (Приложение 1).

При установлении предварительного диагноза и проведении противоэпидемических мероприятий необходимо руководствоваться следующими сроками инкубационного периода инфекционных болезней:

- Чума – 6 дней;
- Холера – 5 дней;
- Желтая лихорадка – 6 дней;
- Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) – 14 дней;
- Лихорадки Ласса, болезни, вызванные вирусами Эбола, Марбург, – 21 день;
- Оспа – 22 дня;
- Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, – 21 день;
- Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса, – 7 дней;

- Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) – 10 дней;
- Лихорадка Западного Нила – 8 дней;
- Лихорадка Денге – 14 дней;
- Лихорадка Рифт-Валли – 6 дней;
- Менингококковая инфекция – 10 дней;
- COVID-19 – до 14 дней.

Во всех случаях выявления больного (трупа) немедленная информация в органы и учреждения здравоохранения по подчиненности должна содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество, возраст (год рождения) больного;
- название страны, города, района (территории), откуда прибыл больной, каким видом транспорта прибыл (номер поезда, автомашины, рейс самолета, судна), время и дата прибытия;
- адрес постоянного места жительства, гражданство больного;
- дата заболевания;
- предварительный диагноз, кем поставлен (фамилия врача, его должность, название учреждения), на основании каких данных (клинических, эпидемиологических, патолого-анатомических);
- дата, время, место выявления больного;
- где находится больной в настоящее время (стационар, морг, самолет, поезд, судно и т.д.);
- краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания;
- принимал ли химиотерапевтические препараты, антибиотики, когда, дозы, количество, даты начала и окончания приема;
- получал ли профилактические прививки, сроки прививок;
- меры, принятые по локализации и ликвидации очага заболевания (количество выявленных лиц, контактировавших с больным (трупом), дезинфекционные и другие противоэпидемические мероприятия);
- какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфицирующие средства, транспорт и т.п.;
- подпись под данным сообщением (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность);
- фамилии передавшего и принявшего данное сообщение, дата и час передачи сообщения.

Вопрос о порядке госпитализации и лечения больного, подозрительного на упомянутые инфекции, решается в каждом конкретном случае в зависимости от тяжести заболевания: все транспортные больные немедленно направляются санитарным транспортом с места выявления в предусмотренные для этих случаев стационары; нетранспортабельным больным неотложная помощь оказывается на месте с вызовом оснащенной всем необходимым бригады скорой медицинской помощи для последующей его эвакуации в стационар.

Осмотр больного консультантами является обязательным и должен осуществляться на месте выявления или немедленно после госпитализации.

Забор материала от больных проводится медицинскими работниками стационара, куда госпитализирован больной, под руководством специалистов Центра гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ или противочумных учреждений, вирусологических центров. В случае невозможности быстрого прибытия указанных специалистов забор материала от больного осуществляют два медицинских работника, один из которых должен быть врач-инфекционист или терапевт (хирург), подготовленный по вопросам диагностики особо опасных инфекций, обученный правилам био-

логической безопасности при работе с клиническим материалом, подозрительным на заражение возбудителями инфекционных болезней I–II групп патогенности.

Допускается забор материала от больного, подозрительного на холеру (испражнения, рвотные массы), медицинским работником на месте его выявления (на дому, по месту работы, в медицинском учреждении, в пункте пропуска через государственную границу).

У больного, подозрительного на малярию, забор крови на исследование (тонкий мазок и толстая капля) осуществляется при его выявлении в любой медицинской организации или немедленно при поступлении в стационар, если больной выявлен на дому, в вагоне поезда, на вокзале и других местах, где нет условий для взятия крови на исследование.

Взятый материал должен быть немедленно направлен на исследование в лабораторию, предусмотренную комплексным планом противоэпидемических мероприятий, или сохранен с соблюдением требований действующих санитарных правил по безопасности работы до прибытия специалиста. Материал сохраняют в термоконтейнере в опечатанном виде, за исключением материала на холеру, который должен храниться при комнатной температуре или в термостате.

Материал от больного с подозрением на чуму для проведения клинических исследований необходимо предварительно обеззараживать (Приложение 2).

Списки лиц, контактировавших с больным, составляют по форме:

- фамилия, имя, отчество;
- год рождения;
- место жительства (постоянное, в данной местности, телефон);
- место работы (название предприятия, учреждения, адрес, телефон);
- путь следования (вид транспорта);
- контакт с больным (где, когда, степень и продолжительность контакта);
- наличие прививок (в зависимости от подозреваемого заболевания), когда проводились (со слов);
- дата и час составления списка;
- подпись лица, составившего список (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность).

Медицинский персонал, находившийся вместе с больным чумой, натуральной оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом, ТОРС, КГЛ, а также другие лица, контактировавшие с таким больным, подлежат изоляции на срок, равный инкубационному периоду соответствующей инфекционной болезни.

За медицинскими работниками и другими лицами, контактировавшими с больными КГЛ, менингококковой инфекцией, устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубационного периода. В очаге полиомиелита проводят осмотр бывших в контакте с больным детей до 5 лет педиатром и невропатологом и устанавливают за ними медицинское наблюдение в течение 20 дней с двукратной регистрацией результатов наблюдения в медицинской документации.

Лица, имевшие непосредственный контакт с больным (носителем) холерой, могут быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением по указанию специалиста Роспотребнадзора.

При выявлении больного желтой лихорадкой, лихорадками Западного Нила, Денге, Рифт-Валли за всеми лицами, которые находились с больным на одном транспортном средстве, при наличии комаров – специфических переносчиков возбудителей устанавливается медицинское наблюдение.

За лицами, находившимися вместе с больным при выявлении больного малярией, при наличии комаров устанавливается медицинское наблюдение, включая исследование крови на наличие возбудителя.

При установлении диагноза в первую очередь учитывают следующие данные эпидемиологического анамнеза:

- прибытие больного из местности, неблагополучной по этим инфекциям, в течение времени, равного сроку инкубационного периода;
- общение выявленного больного с аналогичными больными в пути следования, по месту жительства или работы;
- пребывание на транспортном средстве, которое следует из местности, неблагополучной по чуме, КГЛ, желтой лихорадке, лихорадкам Западного Нила, Денге, Рифт-Валли или малярии, при наличии на нем грызунов, блох или комаров;
- пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по указанным инфекциям, на энзоотичной или эндемичной территории.

## **1.2. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в медицинской организации**

### **Мероприятия при выявлении больного в стационаре**

Мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях проводят по единой схеме согласно оперативным планам противоэпидемических мероприятий учреждений (Приложение 1).

В каждом лечебно-профилактическом учреждении в кабинетах главного врача (заместителя), врачебных и других кабинетах и на видных местах должны иметься схемы оповещения при выявлении больного (трупа), сведения о местах хранения укладки универсальной для забора материала от людей, дезинфицирующих средств и емкостей для их разведения, емкостей для сбора рвотных и каловых масс от больных холерой, а также перечень функциональных обязанностей для врачей и средних медицинских работников. Укладки должны храниться в местах, доступных для работающего персонала в течение круглых суток. Место хранения упаковок, ключей от комнаты и номер телефона ответственного за их хранение должны быть известны каждому сотруднику медицинского учреждения (под роспись).

Порядок передачи сообщения главному врачу или лицу, его замещающему, устанавливается для каждой организации отдельно в зависимости от конкретных условий.

Информация о выявленном больном в органы и учреждения государственного и негосударственного здравоохранения в порядке подчиненности и внутриотраслевого взаимодействия, органы и учреждения Роспотребнадзора, вызов консультантов в стационар и бригады эвакуации для госпитализации больного, дезинфекционной бригады для проведения заключительной дезинфекции осуществляются в соответствии с действующими нормативными и распорядительными документами руководителя медицинской организации (лицом, его заменяющим), который также решает вопрос (совместно с эпидемиологом) о порядке, местах выставления внутренних и внешних постов.

В случае выявления больного с подозрением на болезнь должны быть проведены первичные противозидемические мероприятия:

- изоляция больного по месту его выявления до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар;
- оказание больному необходимой медицинской помощи;
- госпитализация больного санитарным транспортом в специально выделенные стационары;
- оказание нетранспортабельным больным помощи на месте с вызовом оснащенной всем необходимым бригады скорой медицинской помощи.

Медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной, по телефону или через нарочного, не бывшего в контакте с больным, извещает главного врача учреждения о выявленном больном и его состоянии.

При подозрении на чуму, оспу, КГЛ, человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса, ТОРС медицинский работник должен закрыть нос и рот маской или любой повязкой (полотенцем, косынкой, бинтом и т.д.), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующим средством (хлорамин 1%-й, спирт 70 °-й и т.д.), и оказать помощь больному; дождаться прихода инфекциониста или врача другой специальности и покинуть кабинет.

Прибывший инфекционист (терапевт) заходит в кабинет или палату к больному в защитной одежде, а сопровождающий их сотрудник (медсестра, санитарка) около палаты разводит дезинфицирующий раствор. Врач, выявивший больного, снимает медицинский халат и повязку, защищавшую его дыхательные пути, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором или влагонепроницаемый пакет, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и переходит в соседний кабинет или другое помещение, где проходит полную обработку, переодевается в запасной комплект одежды (личную одежду и обувь помещают в брезентовый или клеенчатый мешок для обеззараживания) и принимает меры экстренной личной профилактики.

При подозрении на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики острых кишечных инфекций: после осмотра больного руки следует обработать дезинфицирующим раствором (1%-й раствор хлорамина, 70 °-й этиловый спирт). При попадании выделений больного на одежду (спецодежду или личную) и обувь их следует заменить запасными, а загрязненные оставить для обеззараживания.

Вопрос об изоляции и экстренной профилактике решается после подтверждения диагноза консультантами.

Прибывший в защитной одежде инфекционист или терапевт осматривает больного, подтверждает подозрение на одно из инфекционных заболеваний, по показаниям продолжает лечение больного. Проводит опрос больного, выясняет анамнез, выявляет лиц, бывших в контакте с больным, среди больных, находившихся в данном учреждении, медицинских и других работников.

В палате, где выявлен больной оспой, КГЛ, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, закрывают двери и окна, отключают вентиляцию или кондиционер, прекращают слив жидкостей в канализацию без предварительного обеззараживания, проводят текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода за больным и т.д.).

Временно запрещают вход в медицинское учреждение и выход из него. Закрывают двери всего учреждения или того отделения (этажа), в котором выявлен больной, при условии полной его изоляции от других помещений. На входных дверях учреждения необходимо вывесить объявление о временном его закрытии. Прекращают сообщение между этажами. Выставляют посты у палаты, где находится больной, у входных дверей больницы (отделения) и на этажах. Запрещают



хождение больных внутри отделения, где выявлен больной, и выход из него. Временно прекращают прием (выписку больных, выдачу трупов, посещение больных родственниками и другими лицами), запрещают вынос вещей из палаты, передачу историй болезни до проведения заключительной дезинфекции. Прием больных по жизненным показаниям проводят в изолированных от общего потока больных помещениях, имеющих отдельный вход.

Лица, контактировавшие с больным оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, КГЛ, подлежат изоляции.

За лицами, контактировавшими с больными менингококковой инфекцией, желтой лихорадкой, лихорадками Денге, Рифт-Валли, малярией, полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, устанавливают медицинское наблюдение.

Лица, имевшие контакт с больным холерой (вибрионосителем), могут быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением.

При выявлении больного, подозрительного на малярию, желтую лихорадку, лихорадки Западного Нила, Денге, Рифт-Валли, принимают меры для его госпитализации в инфекционный стационар. В любом случае у больного с подозрением на малярию необходимо взять кровь на исследование (мазок и толстая капля). Больного помещают в палату или бокс, недоступный для комаров, пробы крови передают в лабораторию.

### **Мероприятия при выявлении больного в поликлинике**

Все мероприятия при выявлении больного на приеме в поликлинике проводят так же, как при выявлении в стационаре. Главный врач поликлиники после получения извещения о выявлении больного направляет в кабинет, где выявлен больной, инфекциониста или опытного терапевта с медсестрой (санитаркой), которая доставляет к кабинету дезинфицирующий раствор.

Инфекционист (терапевт) в защитной одежде входит в кабинет к больному для проведения его осмотра (опроса), подтверждения или снятия подозрения на болезнь.

Медсестра перед кабинетом разводит дезинфицирующий раствор и осуществляет связь инфекциониста (терапевта) с главным врачом.

Главный врач при подтверждении подозрения на болезнь прекращает прием больных в поликлинике, выставляет посты на всех входах и выходах из поликлиники. При выходе переписывают всех посетителей с указанием их места жительства.

Бывших в близком контакте с больным (подозрительным на заболевание) оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, КГЛ, временно изолируют в одном из помещений поликлиники до решения вопроса о необходимости их размещения в изоляторе.

Допускается прекращение работы в одном из отсеков здания, если планировка позволяет полностью изолировать помещения, которые посещал больной.

После эвакуации больного и контактировавших с ним лиц проводят заключительную дезинфекцию во всех помещениях, которые посещал больной, после чего поликлиника может работать в обычном режиме.

### **Мероприятия при выявлении больного в фельдшерско-акушерском пункте (ФАП)**

Фельдшерско-акушерский пункт немедленно закрывается. Вход и выход из него прекращают. Все лица, находившиеся к этому моменту в помещении ФАП, считаются контактными, их берут на учет с последующей изоляцией или медицинским наблюдением. О выявлении больного фельдшер сообщает по телефону или нарочным (лицо, не находящееся в данный момент в по-



мещении ФАП) главному врачу центральной районной или сельской участковой больницы (или лицам, их замещающим).

При тяжелой форме заболевания не дожидаются прибытия врача и оказывают больному необходимую экстренную медицинскую (догоспитальную) помощь. Фельдшер остается с больным до прибытия врачебной бригады.

Соблюдение мер личной профилактики, принципы лечения больного, надевание защитного костюма, выявление контактных, текущая дезинфекция и другие мероприятия проводятся как при выявлении больного в стационаре.

Так как на ФАП медработник в момент выявления больного может быть в единственном числе, то для проведения первичных противоэпидемических мероприятий он может покинуть временно свой кабинет, предварительно сняв контаминированную одежду: медицинский халат, косынку или шапочку поместить в дезинфицирующий раствор, обработать открытые части лица и провести другие виды обработок (Приложение 3), переодеться в чистую защитную одежду.

### **Мероприятия при выявлении больного на дому, в учреждении**

При выявлении больного на дому (в учреждении) врачом поликлиники или станции скорой медицинской помощи принимаются меры для его временной изоляции в отдельной комнате, больному оказывается медицинская помощь, максимально обезопасив себя от заражения. Врач (фельдшер) до получения защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым имеющимся дезинфицирующим средством (спирт, водка, одеколон и т.д.), нос и рот закрывает полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта).

О выявленном больном сообщается главному врачу поликлиники или скорой медицинской помощи.

Врач, выявивший больного, обязан собрать эпидемиологический анамнез, взять на учет всех лиц, контактировавших с больным с начала его заболевания.

После эвакуации больного и приезда бригады дезинфекторов врач снимает рабочую одежду, помещает ее в дезинфицирующий раствор или мешки, обрабатывает обувь, принимает средства личной экстренной профилактики.

При выявлении больного с подозрением на малярию, желтую лихорадку, лихорадки Западного Нила, Денге, Рифт-Валли описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации.

### **Мероприятия бригады эвакуации (эвакобригада)**

При получении информации о случае заболевания, подозрительного на болезнь, для эвакуации больного (трупа) направляется бригада эвакуаторов. Эвакобригада должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар).

Транспортирование двух и более инфекционных больных на одной машине допускается лишь в исключительных случаях при эвакуации из одного очага, например, из детских дошкольных учреждений больных с одинаковым первичным диагнозом. Перевозка контактировавших с больными лиц на одной автомашине не рекомендуется. Выезд персонала для проведения эвакуации и заключительной дезинфекции на одной автомашине не рекомендуется. В отдельных случаях (при недостатке транспорта) на санитарной машине, предназначенной для транспортирования больного в стационар, может быть доставлена дезинфекционная бригада в очаг для проведения заключительной дезинфекции. В этих случаях прибывшая бригада проводит дезинфекцию, а машина отвозит больного в стационар, не ожидая конца обработки. После госпитализации инфек-

ционного больного машина заезжает в очаг за бригадой дезинфекции и забирает вещи для камерной дезинфекции.

Машину скорой медицинской помощи оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, эпидемиологической, реанимационной укладками. Машина скорой медицинской помощи должна быть оснащена гидropультом или ручным распылителем, уборочной ветошью, емкостью с крышкой для приготовления рабочего раствора дезсредства и хранения уборочной ветоши; емкостью для сбора и дезинфекции выделений. Необходимый набор дезинфицирующих средств из расчета на 1 сутки: для выделений; для поверхностей салона; для обработки рук персонала (1–2 упаковки); бактерицидный облучатель.

Расход дезинфицирующих средств, необходимых на 1 смену, рассчитывают в зависимости от того, какое средство имеется в наличии, и возможного числа выездов.

Перед входом в помещение, где выявлен больной, члены бригады надевают защитные костюмы под наблюдением врача.

Для перевозки больного легочной чумой, КГЛ, оспой необходимо использовать специальные санитарные машины, предварительно, по возможности, герметизированные. Шофер бригады должен быть одет в защитную одежду.

Запрещается сопровождение больного родственниками и знакомыми.

После доставки больного в инфекционный стационар бригада проходит на территории больницы полную санитарную обработку с дезинфекцией защитной одежды. Машина, предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции на территории больницы силами самой больницы или бригад учреждения дезинфекционного профиля.

При транспортировании с места выявления трупа человека, умершего от заболевания, подозрительного на чуму, холеру, КГЛ, оспу, члены бригады должны соблюдать те же меры личной профилактики, что и при госпитализации больного.

Труп, тщательно обернутый простыней и клеенкой (во избежание вытекания жидкости), на специально выделенном транспорте в сопровождении эвакуаторов, одетых в защитную одежду, перевозят в морг, предусмотренный комплексным планом по санитарной охране территории. Из морга труп перевозится на кладбище или в крематорий с обязательным сопровождением специалистов по особо опасным инфекциям Роспотребнадзора по субъекту РФ или противочумных учреждений. Заключительную дезинфекцию в очаге проводит бригада дезинфекторов.

### **Мероприятия бригады дезинфекции (дезбригады)**

По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады надевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза. Заключительную дезинфекцию в очаге проводят немедленно после эвакуации больного (трупа). При подозрении на чуму, в случае необходимости, одновременно проводят дезинсекцию и дератизацию. В эпидемических очагах малярии, желтой лихорадки, лихорадок Рифт-Валли, Западного Нила, Денге при наличии комаров проводят обработку помещений инсектицидами.

Для проведения обеззараживания в очаг входят два члена бригады, один дезинфектор остается вне очага. В обязанность последнего входит прием вещей из очага для камерной дезинфекции, приготовление дезинфицирующих растворов, поднос необходимой аппаратуры.

Перед проведением дезинфекции необходимо закрыть окна и двери в помещениях, подлежащих обработке. Проведение заключительной дезинфекции начинают от входной двери здания, последовательно обрабатывая все помещения, включая комнату, где находился больной. В каж-

дом помещения с порога, не входя в комнату, обильно орошают дезинфицирующим раствором пол и воздух. При холере орошение воздуха не проводят.

Дальнейший порядок и методы проведения дезинфекции определены действующими инструктивно-методическими указаниями для каждой нозологической формы.

За членами эпидбригад, эвако- и дезбригад устанавливается медицинское наблюдение на срок, равный инкубационному периоду подозреваемой инфекции. Наблюдение проводят по месту работы или жительства.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

### **ВИЧ-инфекция**

ВИЧ-инфекция представляет собой болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека, являющуюся антропонозным инфекционным хроническим заболеванием. Характеризуется специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), что способствует развитию оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований.

Основными факторами передачи возбудителя являются биологические жидкости человека: кровь, компоненты крови, сперма, вагинальное отделяемое, грудное молоко.

Инфицирование ВИЧ является пожизненным, зараженный человек является потенциальным источником ВИЧ на всех стадиях заболевания, однако разные клинические периоды заболевания имеют разное эпидемиологическое значение: изменяются контагиозность больного и его активность в качестве источника вируса, вероятность возникновения и распространения сопутствующих инфекций.

Контактными при ВИЧ-инфекции считаются лица, имевшие возможность инфицироваться исходя из известных механизмов, путей и факторов передачи возбудителя инфекции. Установление максимально полного круга лиц, имевших контакты с ВИЧ-инфицированным, позволяет информировать о методах и способах защиты от заражения ВИЧ в ходе дотестового, послетестового консультирования и обследования на ВИЧ-инфекцию и осуществить противоэпидемические мероприятия. Обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ-инфекцией является основной мерой профилактики ВИЧ-инфекции среди контактных лиц и населения.

Основой профилактики инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

Каждый пациент должен считаться потенциальным источником гемоконтактных инфекций. В целях профилактики передачи ВИЧ при оказании медицинской помощи необходимо обеспечить:

- соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации медицинских изделий, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО;
- оснащение медицинским и санитарно-техническим оборудованием, одноразовым инструментарием, расходными материалами, эндоскопическим оборудованием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты;
- с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов и медицинских работников необходимо поддержание режима индивидуального применения таких медицинских изделий, как глюкометры, автоматические шприц-ручки, ланцеты, портативные экспресс-анализаторы;
- соблюдение медицинским персоналом требований к безопасности парентеральных манипуляций, включая правила катетеризации центральных и периферических вен, ухода за катетером, инъекций, инфузий, забора капиллярной и венозной крови.

В случае подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией при оказании медицинской помощи, в том числе при выявлении случаев ВИЧ-инфекции у детей и у лиц старшего возраста, не имеющих других факторов риска заражения, проводится комплекс профилактических мероприятий.

Внеплановое эпидемиологическое расследование проводится с целью выявления источника, факторов передачи, установления круга контактных лиц как среди персонала, так и среди пациентов, находившихся в равных условиях с учетом риска возможного инфицирования, и реализации комплекса мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях МО, в том числе включающего обследование контактных лиц на гемоконтактные инфекции.

С целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей проводятся:

- мероприятия по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ;
- учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм работниками МО, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

В случае выявления факта заболевания, возникшего во взаимосвязи с аварийной ситуацией, повлекшей 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 мероприятия по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией:

- 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;
- 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.

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 проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца крови для стандартного тестирования на ВИЧ в центр СПИД субъекта РФ.

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)<sup>2</sup>.

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.

Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций (Приложение 4).

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, но с таким расчетом, чтобы обследование и прием антиретровирусных препаратов могли быть организованы 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.

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.

## **Вирусные гепатиты В и С**

Вирусный гепатит В (ВГВ) и вирусный гепатит С (ВГС) представляют собой инфекционные болезни человека вирусной этиологии с преимущественным поражением печени с возможным исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному у лиц с хронической формой инфекции. Окончательный диагноз острого и хронического ВГВ и ВГС устанавливается при комплексном учете эпидемиологических, клинических, биохимических, иммунохимических и молекулярно-биологических данных. Больные ВГВ могут быть инфицированы вирусом гепатита D. Перенесенный ВГВ оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

Основными источниками ВГВ являются больные хроническими формами инфекции, заражение ВГВ от больных в острой стадии имеет место лишь в 4–6% случаях. При ВГС основное эпидемиологическое значение имеют невыявленные лица с бессимптомным течением острой или хронической формы инфекции.

Инкубационный период (период от момента заражения до выработки антител или появления клинической симптоматики) при ВГВ в среднем составляет от 45 до 180 календарных дней, при ВГС колеблется от 14 до 180 календарных дней, чаще составляя 6–8 недель. Основными факторами передачи ВГВ являются кровь и другие биологические жидкости организма (сперма, ва-

---

2 Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых»

гинальное отделяемое, слюна), основным фактором передачи ВГС является кровь или ее компоненты, в меньшей степени – другие биологические жидкости человека.

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

Передача ВГВ и ВГС от инфицированной матери ребенку возможна во время беременности и родов. 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.

К группам риска по гепатиту В и гепатиту С относятся:

- медицинские работники, контактирующие с кровью (ее компонентами);
- потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;
- лица, занимающиеся проституцией, и их половые партнеры;
- лица, практикующие гомосексуальные половые контакты;
- лица с несколькими половыми партнерами;
- лица, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы.

Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-НВs, дальнейшему обследованию на ВГВ не подлежат. Результаты медицинского наблюдения вносятся в амбулаторную карту больного.

Мероприятия по ликвидации очага ВГВ и ВГС в МО осуществляются под руководством врача-эпидемиолога и руководителя медицинской организации, при контроле со стороны территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор (ГСЭН).

Случаи заражения ВГВ или ВГС могут быть признаны связанными с оказанием медицинской помощи при наличии одного из следующих условий:

- установление эпидемиологической связи между источником инфекции (пациентом или персоналом) и заразившимся от него, при условии одновременного пребывания в МО, получения одноименных медицинских манипуляций, обслуживании одним медицинским персоналом в отделении, операционной, процедурной, перевязочной, диагностическом кабинете и другие;
- выявление у пациента НВsAg и (или) ДНК ВГВ не ранее чем через 14 календарных дней с момента обращения в МО, если данный маркер (маркеры) отсутствовал при обращении; выявление у пациента anti-HCV не ранее чем через 14 календарных дней, если данный маркер отсутствовал при обращении, или выявление у пациента РНК ВГС не ранее чем через 4 календарных дня с момента обращения в МО, если данный маркер отсутствовал при обращении;



- возникновение групповых (2 и более случаев) заболеваний или случаев массового выявления маркеров инфицирования ВГВ или ВГС у пациентов, ранее одновременно находившихся в одной МО и получавших одинаковые медицинские манипуляции и имевших предшествующий отрицательный результат при обследовании на маркеры инфицирования ВГВ или ВГС, даже при отсутствии установленного источника инфекции;
- установление эпидемиологической связи между случаями заболевания ВГВ или ВГС с помощью молекулярно-биологических методов исследования (генотипирование, секвенирование переменных областей генома ВГВ или ВГС) образцов сыворотки (плазмы) крови заболевшего и лиц, подозреваемых в качестве источника инфекции, при обязательном наличии группы сравнения.

Выявление нарушений санитарно-противоэпидемического режима в МО, включая нарушение режимов дезинфекции, очистки, стерилизации медицинских изделий, аппаратуры, обеспечения расходными материалами и средствами индивидуальной защиты персонала, обращения с медицинскими отходами, гигиенической обработки рук медицинских работников в период предполагаемого заражения является косвенным признаком инфицирования ВГВ или ВГС при оказании медицинской помощи.

При получении организацией, осуществляющей заготовку, хранение или клиническое использование донорской крови и ее компонентов или других донорских материалов, информации о возможном заражении ВГВ или ВГС реципиента, устанавливается донор, от которого могло произойти заражение, проводится анализ предыдущих случаев донаций этого донора за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донации, и принимаются меры для предотвращения использования донорской крови или ее компонентов или других донорских материалов, полученных от этого донора.

При получении положительного результата исследования на ВГВ или ВГС у донора крови, иных органов и тканей организация, осуществляющая заготовку, переработку, использование донорских материалов, оперативно проводит анализ предыдущих случаев донаций за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донации, и выбраковывает донорскую кровь и ее компоненты, иные органы и ткани, полученные от этого донора.

О каждом случае подозрения на инфицирование ВГВ или ВГС при переливании крови (ее компонентов), пересадке органов (тканей) или искусственном оплодотворении информация незамедлительно передается в органы, осуществляющие федеральный ГСЭН, для проведения эпидемиологического расследования.

Основой профилактики инфицирования ВГВ и ВГС при оказании медицинской помощи является соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима в МО.

Контроль и оценка состояния санитарно-противоэпидемического режима в МО проводятся специалистами органов, осуществляющих ГСЭН, и врачом-эпидемиологом МО. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в МО обеспечивает руководитель данной организации.

Меры, направленные на предотвращение инфицирования ВГВ и ВГС при оказании медицинской помощи, включают:

- соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной обработке и стерилизации медицинских изделий, а также требований к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО;
- обеспечение МО медицинскими изделиями однократного применения, необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современными медицинскими инструментами, средствами дезинфекции (в том числе кожными антисептиками), стерилизации и индивидуальной защиты;



- обследование медицинского персонала и поступающих в стационар пациентов на наличие в сыворотке крови маркеров инфицирования ВГВ и ВГС;
- сбор эпидемиологического анамнеза при поступлении больных, особенно в отделения риска (трансплантации, гемодиализа, гематологии, хирургии и другие).
- С целью профилактики профессиональных заражений ВГВ и ВГС проводится:
- выявление лиц, инфицированных ВГВ и ВГС, среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров;
- ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-HBs;
- вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-HBs менее 10 мМЕ/мл;
- учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки;
- экстренная профилактика ВГВ.

## Туберкулез

Туберкулез представляет собой инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое группой микобактерий туберкулезного комплекса – *Mycobacterium tuberculosis complex*. У людей в качестве этиологического агента преобладает *Mycobacterium tuberculosis* (человеческий вид).

Источником инфекции являются больные активной формой туберкулеза. Наиболее опасными источниками инфекции являются больные туберкулезом легких с наличием бактериовыделения и с деструктивными процессами в легких. Ведущий путь распространения туберкулеза – воздушно-капельный, возможны также воздушно-пылевой, контактный, алиментарный пути передачи, не исключается трансплацентарный путь передачи инфекции. Основным фактором передачи возбудителя туберкулезной инфекции является воздушная среда. Факторами передачи инфекции могут также являться инфицированные материалы от больных, контаминированные возбудителем объекты внешней среды.

Отсутствие вакцинации против туберкулеза повышает риск развития заболевания при первичном инфицировании.

При подозрении на туберкулез в МО проводится обследование заболевшего в целях уточнения диагноза.

При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки окончательного диагноза он направляется в медицинскую противотуберкулезную организацию.

Медицинский работник, оформляющий направление в медицинскую противотуберкулезную организацию, информирует пациента об обязанности явиться на обследование в противотуберкулезную медицинскую организацию в течение 10 рабочих дней с момента получения направления и делает отметку в медицинской документации пациента о его информировании, которая заверяется подписью пациента.

Противотуберкулезная медицинская организация осуществляет контроль за своевременностью и полнотой обследования пациентов с подозрением на заболевание туберкулезом.

По завершении обследования пациента медицинская противотуберкулезная организация в течение 3 рабочих дней информирует медицинскую организацию, направившую больного на обследование, о результатах обследования и окончательном диагнозе.

В случае подтверждения диагноза «туберкулез» медицинская противотуберкулезная организация, установившая диагноз, информирует об этом органы, осуществляющие федеральный ГСЭН.

Медицинские противотуберкулезные организации ежегодно предоставляют списки лиц, больных туберкулезом, в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь по месту жительства.

Руководителями медицинских организаций ежемесячно организуется анализ работы функциональных подразделений медицинской организации в части выявления туберкулеза в различных возрастных и социально-профессиональных группах, а также проводимой профилактической работы в данных подразделениях.

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.

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

В медицинских противотуберкулезных организациях обеспечивается разделение потоков больных (впервые выявленные больные активным туберкулезом, больные с хроническими формами туберкулеза, больные активным туберкулезом, устойчивым к противотуберкулезным препаратам, больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией), раздельное питание этих групп больных.

Заключительная дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится специализированными учреждениями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология», с последующим косметическим ремонтом, а также не менее 1 раза в год и перед сносом или перепрофилированием здания.

Текущая дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится персоналом этих учреждений. Отходы, относящиеся к медицинским отходам класса Б и В, обеззараживаются и удаляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

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 туберкулеза в окружающую среду.

Сотрудники медицинских противотуберкулезных 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.

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

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

Руководителями МО осуществляется:

- проведение мероприятий по профилактике возникновения и распространения внутрибольничных случаев туберкулеза;
- проведение противоэпидемических (профилактических) мероприятий при регистрации случая туберкулеза в медицинской организации;
- организация своевременного проведения плановых и периодических медицинских осмотров сотрудников на туберкулез.

Специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц.

Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ-инфицированным лицам вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата реакции Манту при уверенном исключении активного туберкулеза.

### **Сибирская язва**

Сибирская язва представляет собой особо опасную зоонозную бактериальную инфекционную болезнь, возбудитель которой относится ко II группе патогенности.

Возбудитель сибирской язвы – *Bacillus anthracis*, существует в бациллярной (вегетативной капсульной и бескапсульной) и споровой формах. Споровая форма чрезвычайно устойчива к внешним воздействиям, что способствует сохранению жизнеспособности и вирулентности возбудителя в течение нескольких десятилетий.

Основными источниками возбудителя сибирской язвы для человека являются сельскохозяйственные животные (крупный и мелкий рогатый скот, лошади, верблюды, свиньи, олени), больные сибирской язвой. Резервуаром возбудителя сибирской язвы служит почва.

Механизм передачи возбудителя зависит от условий заражения и реализуется преимущественно контактным, а также пищевым и воздушно-пылевым путем.

Сибирская язва у людей носит профессиональный или профессионально-бытовой характер. Контингентами высокого риска заражения являются сельскохозяйственные рабочие, работники животноводческих ферм, специалисты в области ветеринарии. Сибирская язва имеет преимущественно летне-осеннюю сезонность.

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

Клиническими данными являются:

- случай с типичной клинической картиной одной из форм сибирской язвы;
- случай любых проявлений инфекционного заболевания с наличием в анамнезе контакта с животным с подтвержденным диагнозом сибирской язвы;
- случай заболевания с характерной клинической картиной одной из форм сибирской язвы у лиц, профессионально связанных с животноводством, переработкой сырья животного происхождения.

Инкубационный период заболевания может быть от нескольких часов до 8 календарных дней, чаще он составляет 2–3 календарных дня.

В зависимости от путей заражения у человека развиваются кожная (карбункулезная, эдематозная, буллезная, эризипелоидная разновидности), легочная, орофарингеальная, гастроинтестинальная, инъекционная, первичная септическая формы сибирской язвы. Любая форма может осложниться генерализацией инфекции с развитием вторичного сибиреязвенного сепсиса, инфекционно-токсического шока и сибиреязвенного менингита. Описаны редкие случаи первичного сибиреязвенного менингита. Желудочно-кишечная и легочная формы болезни могут быть как первичные, так и вторичные при гематогенном распространении инфекции.

Течение инфекционного процесса при кожной форме сибирской язвы может быть легким, средней степени тяжести и тяжелым, для остальных форм характерно преимущественно тяжелое и крайне тяжелое течение.

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.

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.

Лица, контактировавшие с больными (подозрительными на заболевание) людьми или животными (трусами животных), а также обсемененными спорами возбудителя сибирской язвы объектами внешней среды, могут быть госпитализированы в провизорное отделение (отделение с койками, развернутыми для провизорной госпитализации), развернутое на базе терапевтического стационара.

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

При поступлении больных сибирской язвой в МО работа клинико-диагностических лабораторий проводится по утвержденному плану мероприятий в условиях поступления больных с особо опасными инфекционными болезнями.

Ответственными за разработку и утверждение плана перепрофилирования, в том числе перевода на строгий противоэпидемический режим, являются органы исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. Указанные планы согласовываются с территориальными органами, осуществляющими федеральный ГСЭН.

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. При проведении клинико-диагностических исследований допускается использование тест-полосок. По окончании работ проводится заключительная дезинфекция.

Специфическая профилактика сибирской язвы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Вакцинации в плановом порядке подлежат лица, по роду деятельности подвергающиеся риску заражения в процессе манипуляций с материалами, подозрительными на обсемененность возбудителем, или при работе с культурами возбудителя. Решение о проведении и объеме профилактической вакцинации людей против сибирской язвы принимается органами, уполномоченными осуществлять федеральный ГСЭН, с учетом эпизоотических и эпидемических показаний.

## Чума

Чума является зоонозной природно-очаговой особо опасной бактериальной инфекционной болезнью с преимущественно трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, который относится к I группе патогенности.

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

Источники инфекции – больные животные и больной человек. Естественная инфицированность чумой выявлена у почти 250 видов животных. Основными носителями в природных очагах чумы являются: сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи, крысы, луговые собачки, морские свинки. Помимо диких грызунов, в эпизоотический процесс включаются синантропные грызуны (крысы, мышевидные). Основными переносчиками чумы являются блохи (более 70 видов) и клещи. Люди заболевают чумой преимущественно в природных очагах.

В случае возникновения эпидемического очага чумы общее руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага и массовых случаев заболевания населения чумой осуществляется межведомственной СПК.

В эпидемическом очаге чумы мероприятия по предупреждению распространения инфекционной болезни организуют и проводят органы и учреждения Роспотребнадзора во взаимодействии с органами исполнительной власти субъектов РФ, медицинскими организациями, органом исполнительной власти субъектов РФ в области ветеринарии, юридическими лицами при консультативно-методической и практической помощи противочумных учреждений.

Органы исполнительной власти по субъекту РФ в сфере охраны здоровья обеспечивают:

- выявление больных с симптомами чумы;
- развертывание госпитальной базы в эпидемическом очаге чумы в соответствии с комплексным планом по санитарной охране территории;
- организацию транспортирования больных, их госпитализацию, клиническое и эпидемиологическое обследование, лечение, а также проведение дезинфекции по месту выявления больных;
- провизорную госпитализацию всех больных с сигнальными признаками чумы (больные с лихорадкой, лимфаденитами, пневмонией);
- изоляцию контактировавших с больным на срок инкубационного периода с проведением медицинского наблюдения и экстренной профилактики заболевания чумой в соответствии с законодательством РФ;
- наблюдение за лицами, находящимися в обсерваторе (при наложении карантина);
- патолого-анатомическое вскрытие в случаях невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти.

В случае возникновения необходимости осуществления по жизненным показаниям хирургического вмешательства у больного с подозрением на чуму такое вмешательство проводится в соответствии с требованиями данных Санитарных правил в части безопасности работы с ПБА I–II групп патогенности. По окончании операции проводится заключительная дезинфекция.

Гражданам, временно или постоянно находящимся на территории природного очага, при осложнении эпизоотической и эпидемиологической обстановки проводится специфическая профилактика чумы.

Сроки проведения вакцинации, а также категории граждан, подлежащие иммунопрофилактике в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, определяются постановлением Главного государственного санитарного врача по субъекту РФ по рекомендации противочумных учреждений.

Контроль сроков, полноты охвата вакцинацией населения, в том числе категорий граждан с высоким риском заражения, обеспечивают Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ, органы исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья с участием противочумных станций.

Неспецифическая профилактика чумы предусматривает дифференциацию энзоотичной территории по уровню эпидемиологической опасности с оценкой факторов, времени, территорий и контингентов риска заболеваний населения. При планировании и проведении мероприятий используют результаты эпидемиологического районирования очагов чумы.

Неспецифическая профилактика заболеваний населения чумой включает режимно-ограничительные, санитарно-гигиенические, санитарно-технические, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия, подготовку специалистов медицинских организаций и ветеринарной службы, информационно-разъяснительную работу с населением.

## **Холера**

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

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 РФ.

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 РФ.

Органы исполнительной власти субъекта РФ 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 Роспотребнадзора, противочумных учреждений;
- организацию и проведение тренировочных учений (занятий) с вводом условного больного холерой в медицинских организациях совместно с органами и учреждениями Роспотребнадзора;



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

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, принимает специалист органа, осуществляющего ГСЭН.

Медицинские организации (независимо от ведомственной подчиненности) обеспечивают активное выявление больных с симптомами холеры:

- при подворных обходах, на этапах оказания медицинской помощи (при поступлении в стационары любого профиля, в том числе психоневрологические стационары и диспансеры, посещения поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов);
- среди поступающих в приемники-распределители и другие специальные учреждения, центры социальной реабилитации;
- при медицинском освидетельствовании иностранных граждан и лиц без гражданства.

Территориальные органы, осуществляющие ГСЭН, по результатам эпидемиологического обследования и анализа данных эпидемиологического надзора за холерой определяют группы населения, в том числе декретированные, подлежащие бактериологическому обследованию на холеру, с целью выявления вибрионосителей.

Очаг холеры считают локализованным через 10 календарных дней после госпитализации последнего больного (вибрионосителя).

Инфекционные госпитали и учреждения, выполняющие функцию провизорного госпиталя, изоляторы и бактериологические лаборатории продолжают работу до выписки последнего больного, перенесшего холеру (вибрионосительство). Выписка производится после их выздоровления, завершения лечения и получения трех отрицательных результатов бактериологического обследования.

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

### **Крымская геморрагическая лихорадка**

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) представляет собой арбовирусную трансмиссивную природно-очаговую инфекционную болезнь, возбудитель которой передается иксодовыми клещами и характеризуется преимущественно острым течением с геморрагическим синдромом (или без него).

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

Эпидемиологическими критериями являются:

- проживание больного в эпидемиологически неблагополучном регионе или пребывание на энзоотической территории;
- наличие в анамнезе у больного присасывания клеща или контакта с ним (снятие, раздавливание) на энзоотической территории в течение 14 дней, предшествующих заболеванию;
- сезонность (с апреля по сентябрь);

- контакт с биологическим материалом (кровь, выделения) больного с подозрением на КГЛ во время ухода за ним или при проведении медицинских инструментальных манипуляций и лабораторных исследований;
- контакт с биологическим материалом (кровь, выделения) сельскохозяйственных животных при убое, разделке туш или уходе за ними на энзоотичных территориях.

Основным резервуаром и переносчиком вируса КГЛ на территории РФ являются иксодовые клещи *Hyalomma marginatum*, сохраняющие вирус пожизненно. Распространение КГЛ совпадает с ареалом обитания клещей данного вида (степные, полупустынные и лесостепные ландшафты Южного и Северо-Кавказского федеральных округов).

Ведущий механизм передачи вируса КГЛ – трансмиссивный с реализацией инокуляционного (при укусе зараженными клещами) или контаминационного (при раздавливании клеща) путей передачи возбудителя. Характерны весенне-летняя сезонность (апрель – август) и преимущественный социально-профессиональный состав больных – пастухи, доярки, скотники, владельцы индивидуального поголовья, лица, занятые в забое скота, в полеводческих и других сельскохозяйственных работах, жители эндемичных сельских районов, медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь больным с КГЛ.

Болезнь характеризуется острым началом, интоксикационным, болевым и геморрагическим синдромами (локальным и генерализованным), отсутствием продромальных явлений, двухволновой лихорадкой, лейкопенией и тромбоцитопенией. Инкубационный период составляет от 1 до 14 календарных дней. Преимущественно 2–9 календарных дней.

Больных КГЛ госпитализируют в отдельные боксы инфекционного стационара с соблюдением требований биологической безопасности и обеспечением противоэпидемического режима на всех этапах оказания медицинской помощи для предупреждения внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала. Госпитализация больных должна осуществляться санитарным транспортом. Соблюдение требований биологической безопасности на этапах транспортировки и оказания медицинской помощи обеспечивает руководитель соответствующей медицинской организации. Каждый случай обращения за медицинской помощью в связи с присасыванием клеща подлежит регистрации и учету в медицинской документации МО, в которую обратился пациент, независимо от его места жительства.

При обращении человека за медицинской помощью по поводу присасывания клеща на энзоотичных по КГЛ территориях медицинские работники осуществляют медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней с ежедневным контролем температуры тела. При подъеме температуры у наблюдаемого лица необходимо организовать медицинскую помощь в соответствии с клиническими проявлениями.

Ежегодно до начала эпидемического сезона КГЛ в медицинских организациях энзоотичных территорий проводят занятия с медицинскими работниками всех специальностей по вопросам клиники, диагностики КГЛ и предупреждения профессионального заражения медицинских работников при оказании помощи больным КГЛ, с последующим контролем знаний с использованием тестового контроля или экзаменационного опроса. Работники, не показавшие в ходе контроля достаточного уровня знаний, должны пройти повторное обучение с контролем знаний.

Оказание медицинской помощи больным с подозрением на КГЛ медицинские работники проводят в защитной одежде с обязательным соблюдением требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности.

При госпитализации больного с подозрением на КГЛ в многопрофильный стационар больной, минуя приемный покой, должен быть помещен в бокс инфекционного отделения.



В эпидемический сезон КГЛ на энзоотичных территориях каждый больной с присасыванием клеща (контактом с клещом) в анамнезе и наличием лихорадки должен рассматриваться как больной с подозрением на КГЛ.

Все медицинские работники, участвующие в оказании медицинской помощи больным КГЛ, включая лаборантов клинико-диагностической лаборатории, должны пройти инструктаж о соблюдении требований биологической безопасности под подпись, который проводит уполномоченное лицо МО.

При оказании медицинской помощи больному с подозрением на КГЛ отбор проб крови для лабораторных исследований и все медицинские манипуляции проводят в боксе медицинские работники, одетые в защитные костюмы (типа противочумных костюмов I типа или их аналоги).

Для предотвращения аспирационного заражения не допускается проведение больным КГЛ медицинских процедур с использованием ингалятора-небулайзера.

Обеззараживание медицинских изделий, использованных при проведении медицинских манипуляций больному, проводят в боксе. Не допускается вынос необеззараженных отходов за пределы бокса.

При возникновении в ходе оказания медицинской помощи больному КГЛ биологической аварии, присутствующий при этом второй медицинский работник организует мероприятия по ликвидации аварии. За пострадавшими медицинскими работниками устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней с ежедневной термометрией и фиксацией результатов в листе наблюдений.

В случае попадания крови больного КГЛ на слизистые оболочки и незащищенные кожные покровы медицинского работника с целью экстренной профилактики должны преимущественно назначаться противовирусные препараты.

При ухудшении состояния медицинского работника, повышении температуры необходима немедленная провизорная госпитализация в инфекционный стационар в соответствии с законодательством РФ.

Должностные лица органа, осуществляющего федеральный ГСЭН, в ходе эпидемиологического расследования случая заболевания КГЛ оценивают соблюдение противозидемического режима в инфекционном стационаре для предупреждения формирования внутрибольничного очага с применением мер административного воздействия при выявлении нарушений.

Неспецифическая профилактика при КГЛ включает противоклещевые обработки природных биотопов и сельскохозяйственных животных, меры индивидуальной противоклещевой защиты и гигиеническое воспитание населения. Специфическая иммунопрофилактика людей не разработана.

## **Дифтерия**

Дифтерия характеризуется фибринозным воспалением в месте входных ворот и интоксикацией организма с преимущественным поражением сердца, почек, нервной системы и представляет собой острое антропонозное инфекционное заболевание (токсикоинфекция). Возбудителем дифтерии являются коринебактерии дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), продуцирующие дифтерийный токсин (экзотоксин).

Источником инфекции является больной или носитель. Основные пути передачи – воздушно-капельный и контактно-бытовой. Инкубационный период составляет 2–10 календарных дней.

Окончательный диагноз дифтерии устанавливается на основе клинической картины, результатов лабораторных исследований и эпидемиологической связи с лабораторно подтвержденным случаем.

Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии подлежат госпитализации в специализированные отделения инфекционных больниц. Больные тонзиллитом, острым фарингитом, ларингитом с патологическими наложениями, ретрофарингеальным абсцессом, перитонзиллярным абсцессом, стенозирующим ларинготрахеитом из организаций с круглосуточным пребыванием, общежитий, семейных очагов заболеваний подлежат госпитализации в первый день обращения.

Больным дифтерией в день поступления в стационар и затем в течение 2 календарных дней подряд, независимо от назначения антибиотиков, проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии.

Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и 2-кратного бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии с отрицательными результатами. Больного обследуют не ранее 3-х календарных дней после отмены антибиотиков с интервалом 1–2 календарных дня.

Носителям токсигенных коринебактерий дифтерии в день поступления в стационар и затем в течение 2 календарных дней подряд до назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии. В случае положительного результата бактериологического обследования носителю токсигенных коринебактерий дифтерии назначают курс антибиотиков. Для выявления и лечения хронической патологии ротоглотки и носа обязателен осмотр отоларинголога. Носителя токсигенных коринебактерий дифтерии выписывают при получении 2-х отрицательных результатов бактериологического обследования с интервалом 1–2 календарных дня.

После выписки из стационара реконвалесценты дифтерии и носители токсигенных коринебактерий дифтерии после их эффективной санации сразу допускаются в организацию.

Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, сразу после выявления больного или при подозрении на дифтерию.

При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих ГСЭН, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое обследование очага инфекции:

- определяют границы очага по месту проживания, работы, обучения заболевшего;
- определяют круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении дифтерии;
- осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

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

Комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага дифтерии включает:

- установление круга лиц, подвергшихся риску заражения;
- активное выявление больных методом опроса, осмотра; подворных (поквартирных) обходов;

- медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения;
- взятие материала от больных, лиц, подозрительных на заболевание, и лиц, общавшихся с больным дифтерией, для проведения бактериологического исследования.

В течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерии (или подозрения на это заболевание, или носительство) проводится бактериологическое обследование лиц, бывших с ними в контакте. В случае выявления токсигенных коринебактерий дифтерии у контактных лиц бактериологическое обследование повторяют до прекращения выявления возбудителя дифтерии в этом очаге.

В очаге дифтерии необходимо проведение профилактических прививок. Профилактическим прививкам подлежат:

- не привитые против дифтерии лица;
- дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- взрослые лица, у которых согласно медицинской документации с момента последней прививки прошло 10 и более лет;
- лица, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры противодифтерийных антител в сыворотке крови.

В организациях воспитания и обучения, отдыха детей и их оздоровления при полной изоляции помещения, занимаемого группой, где выявлен случай заболевания дифтерией, заключительную дезинфекцию проводят только в этом помещении. В случае неполной изоляции помещения – заключительной дезинфекции подлежат все места общего пользования, а в помещениях другой группы – по эпидемиологическим показаниям.

В медицинских организациях при проведении заключительной дезинфекции после выписки (убытия) больного дифтерией постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции. В случае выявления больного дифтерией на амбулаторно-поликлиническом приеме после изоляции больного кабинет и помещения, где находился больной, проветривают и проводят заключительную дезинфекцию.

Специфическая профилактика дифтерии проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Охват прививками против дифтерии должен составлять:

- законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев – не менее 95%;
- первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяца – не менее 95%;
- взрослых в каждой возрастной группе – не менее 95%.

Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков расценивается как первая вакцинация, у получивших до заболевания одну прививку – как вторая вакцинация. Дальнейшие прививки проводятся согласно национальному календарю профилактических прививок.

Взрослые, переболевшие локализованной или распространенной формой дифтерии, не подлежат дополнительной прививке против дифтерии. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

Лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится серологическое обследование с целью определения у них состояния противодифтерийного и противостолбнячного антитоксического иммунитета с использованием наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории РФ. При невозможности проведения серологического обследования или отказе от него детям и взрослым проводится двукратная вакцинация с последующей ревакцинацией.

## Коронавирусная инфекция (2019-nCoV)

Госпитализация пациентов с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на это заболевание осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям (проживание в общежитии, многоквартирной квартире, отсутствие возможности самоизоляции при наличии в окружении лиц контингентов риска – старше 65 лет, лиц с хроническими заболеваниями). Госпитализация осуществляется в инфекционный стационар или в медицинскую организацию (структурное подразделение), перепрофилированную для оказания медицинской помощи данному контингенту и функционирующую в режиме инфекционного стационара.

Доставка больных COVID-19 в стационар осуществляется на специально выделенном санитарном транспорте. При необходимости вывоза из одного очага нескольких пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 такие пациенты могут транспортироваться совместно. Одновременная госпитализация одним транспортом больных ОРВИ и внебольничными пневмониями из разных очагов не рекомендуется.

Пациентов при перевозке обеспечивают медицинской маской или респиратором класса защиты FFP2 без клапана выдоха, предлагают обработать руки спиртосодержащим кожным антисептиком. Персонал, сопровождающий пациента, включая водителей, должен использовать средства индивидуальной защиты.

После завершения транспортировки каждого пациента на специально выделенной площадке стационара с твердым покрытием проводится дезинфекция транспорта способом протирания, орошения или аэрозольной дезинфекции. Персонал бригады с соблюдением установленного порядка снимает защитную одежду, упаковывает ее в пластиковые пакеты или в емкости с крышками и закрывает их для последующей дезинфекции и удаления в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами или стирки, проводит гигиеническую обработку рук и, при наличии условий, санитарную обработку.

Прием пациентов следует организовать в приемно-смотровых боксах, либо выделить отдельные помещения для приема пациентов с подтвержденным диагнозом, с подозрением на заболевание. Санитарную обработку поступающих пациентов проводят в санитарном пропускнике приемного отделения или в палатах. Верхнюю одежду больного, при наличии согласия, обрабатывают в дезинфекционной камере, хранят в кладовой в индивидуальных мешках. В приемном отделении проводят текущую (после приема каждого пациента) и заключительную дезинфекцию (в конце рабочей смены).

Медицинский и обслуживающий персонал должен быть обеспечен рабочей одеждой (не менее 3-х комплектов) и использовать при оказании медицинской помощи средства индивидуальной защиты. При ограниченных ресурсах СИЗ могут использоваться в течение рабочей смены с продолжительностью их использования не более 4 часов. В помещениях «чистой» зоны персонал должен находиться в медицинских масках.

В учреждении организуется ежедневная термометрия и опрос сотрудников перед началом рабочей смены. Персонал с проявлениями острых респираторных инфекций к работе не допускается, направляется для лечения с учетом схемы маршрутизации пациентов. Персонал из числа лиц, находившихся в тесном контакте с больными COVID-19 по месту жительства, направляется под медицинское наблюдение в режиме самоизоляции.

В медицинских организациях (отделениях) выделяют «чистую» и «заразную» зоны с самостоятельными входами для пациентов и персонала и организацией на границе зон санитарного пропускника или, при отсутствии такой возможности, помещений, оснащенных раковинами и бактерицидными облучателями открытого типа, для надевания, а также для снятия и дезинфекции защитной одежды. Место для надевания СИЗ оборудуют шкафом (тумбочкой, этажеркой или др.) для хранения чистых СИЗ и зеркалом для самоконтроля правильности надевания. Помещение

для снятия и обеззараживания СИЗ необходимо оснастить контейнерами для снятых СИЗ, стол/тумбой для размещения необходимого количества емкостей с дезраствором для текущей дезинфекции. Для снижения контаминации защитной одежды перед ее снятием возможно использование дезинфекционных шлюзов (рамок).

Госпитализацию больных острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом, пневмониями неустановленной этиологии (лиц с подозрением на заболевание) рекомендуется осуществлять в боксы, боксированные палаты или, при их отсутствии, в палаты со шлюзом и санузлом с соблюдением принципа одномоментности (цикличности) заполнения палат и с учетом тяжести состояния больных. Лиц с подозрением на заболевание рекомендуется размещать в палатах на 1–2 койки. Больные с подтвержденным диагнозом могут быть размещены в палатах большей вместимости при соблюдении гигиенических требований к площади палат на 1 койку в стационарах инфекционного профиля (не менее 8 кв. м) и размещении коек на расстоянии не менее 1,5 м друг от друга. Пациенты в присутствии персонала или других пациентов должны находиться в медицинских масках и соблюдать гигиену рук. Выход пациентов за пределы палат (боксов) не допускается. Разрешается использование средств мобильной связи (в отделениях реанимации с учетом клинического состояния) с проведением их дезинфекции спиртосодержащими средствами.

Ведение историй болезни в «заразных» зонах рекомендуется в электронном виде с выводом на печать за пределами зоны. Клавиатура компьютеров подлежит дезинфекции до и после окончания работы на компьютере.

Необходимое количество устройств обеззараживания воздуха рассчитывается в соответствии с инструкцией по их применению с учетом объема помещения, в котором они будут установлены. При проведении заключительной дезинфекции в палатах, а также для обеззараживания воздуха в помещениях в отсутствие людей могут использоваться монохромные ультрафиолетовые бактерицидные облучатели открытого типа, импульсные ксеноновые бактерицидные облучатели сплошного спектра, установки аэрозольной дезинфекции.

Оказание медицинской помощи организуется с выполнением максимально возможного числа процедур и использованием переносного оборудования (УЗИ, рентген, ЭКГ и др.) в палатах. Пульсоксиметры, фонендоскопы, термометры, портативные глюкометры, аппараты для измерения давления, оксигенаторы, аппараты УЗИ, ЭКГ и другое оборудование при последовательном его использовании у нескольких пациентов подвергаются обработке дезинфицирующими средствами после каждого пациента (рекомендуется использование дезинфицирующих средств, не требующих длительной экспозиции, например, спиртосодержащих). Диагностические кабинеты с крупногабаритным оборудованием (КТ и др.) используют по графику с разделением потоков больных с подтвержденным диагнозом и подозрением на COVID-19 и проведением текущей дезинфекции.

В инфекционном стационаре, где находятся пациенты с COVID-19, устанавливается противоэпидемический режим, предусмотренный для инфекций с аэрозольным механизмом передачи, обеспечивается проведение текущей и заключительной дезинфекции. В помещениях инфекционного стационара ежедневно проводится текущая дезинфекция, после освобождения помещений – заключительная дезинфекция.

Руководство медицинских организаций обеспечивает проведение обучения персонала, в том числе с использованием образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, вводных и текущих инструктажей для сотрудников по вопросам предупреждения распространения COVID-19, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), гигиены рук, проведения противоэпидемических мероприятий, использования СИЗ и мерах личной профилактики с принятием зачетов, а также систематический контроль соблюдения санитарно-противоэпи-

демического режима, правил гигиены рук и использования СИЗ в рамках производственного контроля.

Органам исполнительной власти рекомендуется разработать график закрытия медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях больным COVID-19, ОРВИ, гриппом и внебольничными пневмониями, для проведения плановой профилактической мойки и дезинфекции помещений, оборудования, вентиляционных систем.

### 3. КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЯДА ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПРИ ИХ ВЫЯВЛЕНИИ

#### Туляремия

Туляремия – природно-очаговое зоонозное инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и клиническими проявлениями в зависимости от механизма заражения (поражение кожи, глаз, слизистой ротоглотки, легких, кишечника, лимфатических узлов).

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

Природные очаги туляремии распространены в различных климатических зонах на территории РФ. Возбудитель туляремии обладает высокой патогенностью для человека: инокуляция или ингаляция 10–50 бактерий приводит к развитию инфекционного процесса, относится к II группе патогенности.

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.

Для туляремии характерно множество механизмов заражения и путей передачи: трансмиссивный, контактный, алиментарный, аспирационный и практически 100%-ная восприимчивость к ней людей, отсутствие передачи инфекции от человека к человеку. Заражение людей происходит в природных (или во вторичных синантропных) очагах этой инфекции. Инкубационный период составляет от 1 до 21 календарного дня, в среднем 3–7 календарных дней.

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.



Лицам с клиническими признаками туляремии, выявленными в эпидемиологически установленных очагах туляремии, диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза. Медицинские работники, выявившие лиц, подозрительных на заболевание туляремией, обязаны собрать эпидемиологический анамнез, незамедлительно сообщить о них в органы, осуществляющие ГСЭН и ветеринарный надзор.

В случае подозрения на профессиональное заболевание туляремией медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный ГСЭН.

Каждый случай профессионального заболевания туляремией подлежит специальному комиссионному расследованию. По результатам расследования заполняется карта эпидемиологического обследования, составляется акт о случае профессионального заболевания. Карта эпидемиологического обследования заполняется в пяти экземплярах для медицинской организации, установившей диагноз инфекционного или паразитарного заболевания, органа, уполномоченного осуществлять федеральный ГСЭН, центра профессиональной патологии, работодателя и работника.

К специфической профилактике туляремии относится иммунизация. Вакцинация против туляремии проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям населению, проживающему на неблагополучных (энзоотичных) по туляремии территориях, а также контингентам, подвергающимся риску заражения этой инфекцией (полевые и лесные работы, обработка меха, лабораторная работа с животными и материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем туляремии, и другие).

Определение контингентов, подлежащих вакцинации, проводят территориальные органы, осуществляющие ГСЭН, с учетом степени эпизоотической активности.

Вакцинацию (и ревакцинацию) против туляремии проводят в соответствии с инструкцией по применению в любое время года. Вакцинацию (плановую и по эпидемиологическим показателям) осуществляют медицинские работники МО. Контроль за своевременностью и эффективностью вакцинации, транспортировкой и хранением вакцины, за состоянием иммунитета проводят органы, осуществляющие федеральный ГСЭН.

Иммунную структуру населения определяют путем выборочной проверки взрослого работоспособного населения через 5 лет после вакцинации, а в дальнейшем через каждые 2 года. При выявлении уровня иммунной прослойки ниже 70% в луго-полевых очагах и ниже 90% в пойменно-болотных очагах проводится ревакцинация.

Неспецифическая профилактика при туляремии включает комплекс мероприятий по дератизации (борьба с грызунами – источниками возбудителя) и дезинсекции (борьба с членистоногими – переносчиками возбудителя).

Дератизационные мероприятия включают комплекс профилактических и истребительных мер, направленных на снижение численности мелких млекопитающих на территории очагов туляремии. Дератизационные истребительные мероприятия при туляремии проводят с использованием физических и химических средств борьбы с грызунами.

### **Ветряная оспа и опоясывающий лишай**

Ветряная оспа представляет собой острое вирусное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи, умеренно выраженной лихорадкой и симптомами общей интоксикации, преимущественно доброкачественным течением. Опоясывающий лишай развивается у 10–20% пациентов, ранее перенесших ветряную оспу; представляет собой заболевание, возникающее в результате активации в организме возбудителя ветряной оспы, проявляющееся воспалением



задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев, а также лихорадкой, общей интоксикацией и везикулезной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

Возбудитель ветряной оспы, опоясывающего лишая – вирус Варицелла Зостер (*Varicella Zoster virus*) (ВЗВ), вирус герпеса человека третьего типа (*Human herpesvirus 3*), неустойчивый во внешней среде (погибает через несколько минут), но длительно сохраняется при низких температурах (минус 65 °С и ниже).

Резервуаром и источником ВЗВ при ветряной оспе и опоясывающем лишае является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Период, в течение которого источник ВЗВ (больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем) может заразить окружающих его лиц, длится с конца инкубационного периода и до истечения 5 календарных дней с момента появления последних элементов сыпи (макул).

Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 календарного дня (в среднем 13–17 календарных дней).

Механизм передачи ВЗВ преимущественно аспирационный (аэрогенный), реализуется воздушно-капельным и контактным путями. Возможна трансплацентарная передача ВЗВ – от больной матери к плоду.

При опоясывающем лишае вирус может персистировать (сохраняться) в организме многие годы. Распространенность болезни имеет повсеместный характер.

Основным профилактическим мероприятием, направленным на защиту населения от ветряной оспы, является вакцинопрофилактика, которая обеспечивает создание иммунитета (невосприимчивости) к этой инфекции.

Иммунизация населения против ветряной оспы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также в рамках региональных календарей профилактических прививок.

Вакцинация против ветряной оспы в плановом порядке в первую очередь показана ранее не болевшим, не привитым или не имеющим завершеного курса иммунизации (привитым однократно) против ветряной оспы детям и взрослым, относящимся к группе высокого риска тяжелого клинического течения и осложнений этой инфекции:

- лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, метаболическими, эндокринными расстройствами, нервно-мышечными расстройствами, муковисцидозом;
- больным острым лейкозом;
- лицам, получающим иммунодепрессанты;
- лицам, длительно получающим системные стероиды;
- лицам, которым планируется проводить лучевую терапию;
- пациентам, которым планируется провести трансплантацию.

Иммунизация таких лиц проводится при отсутствии симптомов, указывающих на недостаточность клеточного иммунитета, и с учетом полной гематологической ремиссии (по результатам анализа крови), при уровне лимфоцитов не менее 1200/мм<sup>3</sup>. При необходимости вакцинации в острой фазе лейкоза терапию следует отменить на неделю до и после прививки.

Вакцинация лиц, которым предстоит трансплантация органов, проводится за несколько недель до начала проведения терапии иммунодепрессантами.

К группам детей и взрослых высокого риска заболевания ветряной оспой относятся не болевшие, не привитые ранее или не получившие завершённый курс вакцинации, которым также рекомендована вакцинация:

- пациенты и воспитанники учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);
- женщины, планирующие беременность (не менее чем за 3 месяца);
- призывники;
- медицинский персонал;
- работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, прежде всего с круглосуточным пребыванием обслуживаемых лиц.

Для профилактики вакцино-ассоциированных заболеваний принимают меры по исключению (ограничению) контакта не иммунных к инфекции, вызванной ВЗВ, беременных женщин и лиц с иммунодефицитными состояниями с лицами, вакцинированными против ветряной оспы в течение второй и третьей недели с момента получения прививки.

Изоляция заболевшего ветряной оспой или опоясывающим лишаем завершается по истечении 5 календарных дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи.

Больные с легким течением заболевания изолируются на дому при наличии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства. Госпитализация в МО, оказывающие медицинскую помощь пациентам с инфекционными заболеваниями в стационарных условиях, осуществляется по клиническим (тяжелые и среднетяжелые формы заболевания) и эпидемиологическим показаниям.

Эпидемиологическими показаниями для госпитализации являются: невозможность обеспечения изоляции на дому и организации соответствующего противоэпидемического режима; выявление больных в учреждениях с постоянным (круглосуточным) пребыванием детей и взрослых (в том числе в медицинских организациях); выявление больных, проживающих в общежитиях; выявление больных, имеющих неблагоприятные бытовые условия проживания.

В направлениях на госпитализацию больных ветряной оспой (или лиц с подозрением на это заболевание) дополнительно указываются первоначальные симптомы, сведения о профилактических прививках и проведенном лечении, а также сведения о контактах заболевшего с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Выписка из стационара пациента с ветряной оспой или опоясывающим лишаем проводится после его клинического выздоровления. В случае выписки пациента ранее шестого дня со времени появления последнего свежего элемента сыпи он изолируется на дому при соблюдении противоэпидемического режима по месту жительства. В случае госпитализации по эпидемиологическим показаниям выписка переболевшего (реконвалесцента) проводится не ранее шестого дня со времени появления последнего свежего элемента сыпи.

При регистрации случая заболевания ветряной оспой в квартирных очагах врач (фельдшер) осуществляет оценку общего состояния контактных лиц – осмотр зева, кожных покровов (для выявления элементов высыпаний), измерение температуры тела – в целях выявления среди них больных; осуществляет сбор эпидемиологического анамнеза о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или опоясывающим лишаем, о наличии подобных заболеваний по месту работы, по месту учебы; дает рекомендации по организации проведения профилактических мероприятий в течение всего времени лечения пациента на дому (регулярное проветривание, влажная уборка с моющими средствами помещений, мебели, игрушек).

В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях с круглосуточным пребыванием детей в возрасте до 7 лет, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, на протяжении 21 календарного дня с момента изоляции последнего заболевшего с диагнозом ветряной оспы администрацией и персоналом организуются и проводятся режимно-ограничительные и дезинфекционные мероприятия:

Госпитализация в МО неинфекционного профиля лиц, контактировавших с заболевшим инфекцией, вызванной ВЗВ, не болевших ветряной оспой и не привитых против нее, в период медицинского наблюдения за ними осуществляется по жизненным показаниям в отдельную палату или изолятор.

При выявлении больного ветряной оспой, опоясывающим лишаем в стационаре, учреждениях стационарного социального обслуживания для взрослых в очаге администрация таких организаций организует и проводит профилактические и противоэпидемические мероприятия, в том числе:

- организует изоляцию и дальнейшее лечение заболевшего в условиях инфекционного стационара или направляет на амбулаторное лечение;
- организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшим;
- организует среди пациентов, контактных с заболевшим, а также медицинского персонала отделений, в которых находился заболевший, выявление лиц, не болевших ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), не привитых или имеющих незавершенный курс вакцинации;
- контактных лиц, не болевших и не привитых – отстраняет от работы с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим; из числа пациентов – изолирует на период с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим;
- прием новых пациентов в отделение в течение 21 календарного дня с момента изоляции заболевшего (в плановом порядке осуществляется только при наличии у этих пациентов данных о защитном уровне иммунитета к ветряной оспе или документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой, или завершеном курсе вакцинации (при наличии двух прививок) против ветряной оспы.

### **Менингококковая инфекция**

Менингококковая инфекция представляет собой острое инфекционное заболевание, антропоноз, с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм (ГФМИ) в виде общей интоксикации (менингококкемия) и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

Менингококковой инфекции свойственна периодичность. Периодические подъемы заболеваемости в среднем возникают через длительные межэпидемические периоды от 10 до 30 лет. Эпидемии, охватывающие одновременно несколько десятков стран мира, были обусловлены менингококком серогруппы А, а локальные эпидемические подъемы в границах одной страны – менингококком серогрупп В и С.

В РФ показатель заболеваемости за последнее десятилетие не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15%. При спорадическом уровне заболеваемости в очагах регистрируется по 1 случаю ГФМИ (в исключительных случаях – по 2 случая ГФМИ и более). Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек.

Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку воздушно-капельным путем, через предметы обихода. Уровень носительства менингококка в популяции людей

при активном выявлении в среднем составляет 4–10%. Длительность носительства менингококка составляет в среднем 2–3 недели (у 2–3% лиц оно может продолжаться до 6 и более недель).

Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией отмечается в период формирования коллективов образовательных организаций, в том числе после летних каникул.

Группами риска инфицирования и заболевания менингококковой инфекцией являются:

- организованные коллективы;
- лица, выезжающие в эндемичные по менингококковой инфекции районы;
- медицинские работники структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;
- медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающих с живой культурой менингококка;
- детские дошкольные и школьные коллективы;
- лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированные.

Инкубационный период при менингококковой инфекции составляет от 1 до 10 календарных дней, в среднем 4 календарных дня.

В очаге ГФМИ медицинский работник проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита. При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию инфекционного профиля.

О результатах лабораторного исследования биологического материала от больного ГФМИ по этиологической расшифровке этого заболевания и о результатах серогруппирования менингококка медицинская организация информирует территориальный орган Роспотребнадзора по месту выявления больного (независимо от места проживания больного).

Выявленные лица с признаками острого назофарингита госпитализируются по эпидемическим показаниям.

После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ в очаге организуют карантин сроком на 10 календарных дней. На период карантина медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова.

Лицам, общавшимся с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний.

В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка, экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами. Иммунизация контактных лиц проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины. Проведение химиопрофилактики не является противопоказанием для иммунизации.

В период эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией в очагах ГФМИ экстренная иммунопрофилактика проводится без установления серогруппы возбудителя многокомпонентными вакцинами.

В очаге ГФМИ после госпитализации больного или подозрительного на ГФМИ заключительная дезинфекция не проводится. В помещениях, в которых находятся лица из числа контактных с больным, дважды в день проводят влажную уборку помещений с применением моющих средств; исключают из обихода мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моют горячей водой с моющим средством, проводится проветривание (по 8–10 минут не менее четырех раз в день).

Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность, проводят после полного клинического выздоровления.

## **Бешенство**

Бешенство (синонимы – гидрофобия, лиссавирусный энцефалит) представляет собой остро протекающую зоонозную особо опасную вирусную инфекцию, передающуюся главным образом через укусы теплокровных животных со слюной и проявляющуюся тяжелым поражением центральной нервной системы в форме острого энцефаломиелита, в том числе приводящего к смерти в течение 10 календарных дней после появления клинических симптомов болезни.

Диагноз бешенства устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Клинический критерий: острый прогрессирующий энцефаломиелит, в том числе приводящий к смерти в течение 10 календарных дней (около 80% случаев) после появления клинических симптомов болезни; в типичных случаях – водобоязнь (светобоязнь) на фоне выраженной неврологической симптоматики.

Эпидемиологический критерий: наличие в анамнезе укуса (ослюнения) диким или домашним млекопитающим, преимущественно из отрядов хищных и рукокрылых.

Подтвержденным случаем бешенства у человека считается:

- любой подозрительный случай после лабораторного подтверждения диагноза;
- случай с летальным исходом на фоне типичной клинической картины, даже при отсутствии в анамнезе контакта с животными (по клиническим признакам).

Механизм передачи возбудителя – контактный, укусы и царапины животных, при ослюнении поврежденных кожных покровов.

Инфекция у человека проявляется в форме острого энцефаломиелита, в том числе приводящего к смерти в течение 10 календарных дней после появления клинических симптомов болезни.

Специфическое лечение больных бешенством не разработано, симптоматическая терапия проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Выявление случаев заболевания людей бешенством и регистрация зоонозного очага с вовлечением людей квалифицируется как чрезвычайная ситуация эпидемиологического характера. Каждый случай подлежит незамедлительному расследованию специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный ГСЭН, с направлением внеочередного донесения в Роспотребнадзор в течение 10 календарных дней, в котором излагаются все обстоятельства инцидента.

Медицинские работники, обслуживающие больного бешенством, должны работать в защитной одежде (халаты, очки, маски и перчатки), особенно при проведении таких процедур, как интубирование, отсасывание жидкостей, уход за больным, уборка палаты и другие.

Медицинские отходы и инструменты после использования должны подвергаться дезинфекции. После смерти больного в палате проводится заключительная дезинфекция.

Специфическая профилактика проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Оказание квалифицированной медицинской (антирабической) помощи лицам, подвергшимся риску заражения, служит основным мерой для предупреждения заболеваний людей бешенством. Постэкспозиционная профилактика бешенства (лечебно-профилактические прививки) оказывается по жизненным показаниям. Помощь должна быть оказана немедленно после обращения больного, в кратчайшие сроки после контакта с подозрительным на бешенство животным и независимо от места жительства пострадавшего. Постэкспозиционная профилактика бешенства включает в себя местную обработку раны и проведение курса иммунизации с использованием антирабического иммуноглобулина и антирабической вакцины, согласно инструкциям по их применению.

Проведение постэкспозиционной профилактики бешенства возложено на врачей-травматологов (хирургов) поликлиник и МО. Врачи и средний медицинский персонал, ответственные за проведение этой работы, должны раз в 5 лет проходить курсы повышения квалификации по вопросам профилактики бешенства и иметь сертификаты.

Для организации и проведения постэкспозиционной профилактики бешенства у людей в каждом субъекте РФ должны быть созданы Центры антирабической помощи (ЦАП), которые оказывают организационно-методическую помощь по вопросам профилактики бешенства специалистам медицинских организаций субъекта РФ. В муниципальных образованиях на базе медицинских организаций, имеющих в своем составе травматологический пункт или травматологическое отделение, создаются кабинеты антирабической помощи. В сельских поселениях в центральных районных больницах приказом главного врача назначается ответственный за проведение постэкспозиционной профилактики бешенства.

Укушенные раны не подлежат иссечению и ушиванию в течение первых трех дней, за исключением случаев, когда необходимо остановить кровотечение или предупредить формирование косметических дефектов. Местная обработка раны не исключает необходимость проведения прививок против бешенства.

В зависимости от обстоятельств контакта с подозрительным на бешенство животным назначают либо комбинированный курс иммунизации антирабическим иммуноглобулином (АИГ) и вакциной, либо только антирабическую вакцину. Для иммунизации людей используют лошадиный АИГ и инактивированную культуральную антирабическую концентрированную вакцину из штамма «Внуково-32» (КОКАВ) отечественного производства; разрешено использование лицензированных импортных препаратов, в том числе человеческого АИГ, из сыворотки крови доноров.

Иммунизацию назначают и проводят в соответствии с инструкцией, которая прилагается к антирабическим препаратам. Она может быть проведена амбулаторно или в стационаре. Решение об этом принимает врач, ответственный за назначение иммунизации, на основании данных о пациенте. При позднем выявлении пострадавшего иммунизацию проводят независимо от срока давности контакта.

Комбинированный курс иммунизации иммуноглобулином и вакциной назначают во всех случаях, когда есть угроза возникновения заболевания с коротким инкубационным периодом: при повреждениях опасной локализации, множественных и обширных укусах, повреждениях,



нанесенных дикими и домашними хищными животными с подтвержденным или неизвестным диагнозом, а также при укусах летучими мышами. Сначала вводят иммуноглобулин, затем в этот же день начинают вводить вакцину. Полный курс вакцинации состоит из 6 инъекций на 0, 3, 7, 14, 30 и 90-й дни. Условный курс состоит из 3 инъекций на 0, 3, 7-й дни и применяется, если за животным установлено наблюдение в течение 10 календарных дней. Прививки на 14-й календарный и последующие дни отменяют, если животное в эти сроки не заболело, не погибло и не убежало.

Лицам, закончившим курс антирабических прививок, выдается сертификат с указанием полученного курса прививок, наименований и серий антирабических препаратов.

При обращении человека за медицинской помощью по поводу повреждений, нанесенных животными, специалисты центров (кабинетов) антирабической помощи обязаны проинформировать пострадавшего под подпись о возможных последствиях при отказе, самовольном прекращении или нарушении курса прививок. Случаи отказа пациента от антирабических прививок должны быть зафиксированы.

Для профилактической иммунизации используются культуральные концентрированные антирабические вакцины, разрешенные к применению в РФ. Иммунизация проводится трехкратно с ревакцинацией через год.

### **Острые кишечные инфекции**

Для острых кишечных инфекций (ОКИ) преимущественным механизмом передачи является фекально-оральный, реализуемый бытовым (контактно-бытовым), пищевым или водным путями передачи возбудителя. Для отдельных заболеваний (вирусные инфекции) возможна реализация аэрозольного механизма передачи инфекции.

По формам течения инфекционного процесса различают манифестные циклические формы течения заболеваний (в которых различают инкубационный период, острую фазу заболевания и период реконвалесценции) и субманифестные (бессимптомные) формы. Выделение возбудителя может наблюдаться в острую фазу заболевания (наиболее активное), в период реконвалесценции после перенесенного заболевания, при бессимптомных формах инфекции и в случаях формирования хронического выделения патогена (при ограниченном спектре нозологий).

Эпидемический процесс ОКИ проявляется вспышечной и спорадической заболеваемостью. В зависимости от вида возбудителя наблюдаются сезонные и эпидемические подъемы заболеваемости на отдельных территориях или в климатических зонах.

На всех этапах выявления случаев ОКИ должна проводиться дифференциальная диагностика с патологией, сопровождающейся высокими прогностическими рисками для пострадавших (пневмонии, острая хирургическая и гинекологическая патология, ИБС, фульминантные формы инфекционных заболеваний, энтеральные интоксикации не микробной этиологии и иные). Обоснованные сомнения при дифференциальной диагностике должны трактоваться в пользу нозологий, сопровождающихся более высокими прогностическими рисками для пациента.

Медицинская организация, выявившая больного или носителя возбудителей ОКИ (установление или изменение диагноза), обязана направить экстренное извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный ГСЭН, который проводит эпидемиологическое расследование с целью установления границ, выявления возбудителя ОКИ и его источника, определения путей и факторов передачи возбудителя, условий, способствовавших возникновению очага, а также принятию мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.

Лица с симптомами ОКИ подлежат изоляции в соответствии с законодательством РФ. Оказание медпомощи в стационарных условиях у выявленных больных (лиц с подозрением на ОКИ) и носителей возбудителей ОКИ осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям.



Лабораторному исследованию на ОКИ в эпидемическом очаге подлежит клинический материал от пострадавших, отвечающих критериям типового случая заболевания (по синдромальному, временному, территориальному или групповому признаку) лиц, подвергшиеся риску инфицирования, и лиц – предполагаемых источников инфицирования.

Перечень и объемы лабораторных исследований в эпидемическом очаге или при эпидемическом подъеме заболеваемости определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

Осмотр и выявление больных в эпидемических очагах осуществляют врачи клинических специальностей (инфекционисты, терапевты, педиатры и другие).

Активно выявленных лиц, с наличием клинической симптоматики заболевания и (или) выделения патогена, включают в общее число пострадавших в очаге. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах (контактные лица), проводят медицинские работники по месту жительства или по месту работы контактного лица.

За контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту, детьми, посещающими учебные заведения, детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации, медицинское наблюдение осуществляют не только по месту жительства, но и по месту работы (учебы, отдыха).

Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка, в стационарах – в историях болезни (при регистрации очага в стационаре).

Длительность медицинского наблюдения составляет 7 календарных дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

Лицам, подвергшимся риску заражения, может проводиться экстренная профилактика с назначением бактериофагов и антибактериальных средств в соответствии с инструкцией по применению препаратов.

При наличии вакцин против возбудителя инфекции может проводиться иммунизация лиц, подвергшихся риску заражения, или определенных контингентов из числа декретированных групп.

На период проведения лабораторных обследований лица, подвергшиеся риску заражения и не относящиеся к декретированному контингенту, не отстраняются от работы и посещения организации при отсутствии клинических симптомов заболевания, если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены санитарным законодательством.

Допуск к работе лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, из числа декретированных категорий осуществляется после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом. При неустановленной этиологии ОКИ пациенты, относящиеся к данной категории, выписываются из стационара при клиническом выздоровлении и допускаются к работе не ранее 3 календарных дней со дня прекращения клинических проявлений острой фазы заболевания (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты).

Лица, перенесшие ОКИ и не относящиеся к декретированным контингентам, выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их лабораторного обследования перед выпиской определяется лечащим врачом с учетом особенностей клинического течения болезни и процесса выздоровления.

В случае положительного результата лабораторных обследований на наличие патогенов бактериальной природы, декретированное лицо самостоятельно определяет выбор активной (с проведением скорректированных повторных циклов антибактериальной терапии) или пассивной (ожидание естественного прекращения бактериовыделения) тактики для получения допуска

к работе. При положительных результатах лабораторного обследования, проведенного после повторного курса лечения лиц из числа декретированного контингента, за ними устанавливается медицинское наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с эпидемиологическим риском.

Лица с постоянным и персистирующим выделением возбудителей ОКИ не допускаются к работе, связанной с приготовлением, производством, транспортировкой, хранением, реализацией продуктов питания и обслуживанием водопроводных сооружений. Лица из числа декретированных категорий, являющиеся носителями возбудителей ОКИ, при их согласии, временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения ОКИ. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы.

При ОКИ проводят профилактическую и очаговую (текущую и заключительную) дезинфекцию. Дезинфекции подлежат все предметы, имеющие контакт с больным и являющиеся потенциальными факторами передачи ОКИ – выделения больного (фекалии, моча, рвотные массы), посуда из-под выделений, санитарно-техническое оборудование, поверхности в помещениях, столовая посуда и приборы, остатки пищи, предметы ухода за больными, игрушки, белье (нательное, постельное, полотенца и иное). Необходимо следить за своевременным проведением профилактической дезинфекции, направленной на борьбу с насекомыми, являющимися механическими переносчиками возбудителей ОКИ.

При групповой заболеваемости ОКИ в одном или нескольких отделениях медицинской организации:

- проводят изоляцию заболевших или их перевод в инфекционное отделение;
- прекращают плановый прием пациентов в отделение, где зарегистрирована групповая заболеваемость,
- проводят обследование персонала с применением лабораторных методов исследования для выявления возможного источника инфекции;
- при наличии эпидемиологических оснований проводят экстренную профилактику;
- минимизируют перемещения пациентов из палаты в палату, за исключением мероприятий по изоляции пострадавших;
- закрытие отделений проводят по предписанию органа, осуществляющего федеральный ГСЭН.

Открытие отделения проводится после проведения комплекса противоэпидемиологических мероприятий, обеспечивающих устранение источников и факторов передачи возбудителей.

### **Инфекции, передающиеся кровососущими комарами**

На территории России обитают более 100 видов и подвидов комаров, эпидемиологическое значение имеют представители родов *Anopheles*, *Culiseta*, *Aedes* (подроды *Aedimorphus*, *Ochlerotatus*, *Stegomyia*, *Aedes*, *Hulecoeteomyia*, *Tanakius*), *Culex* и *Coquillettidia*.

Основной механизм передачи инфекций – трансмиссивный. Комары, в организме которых возбудитель проходит определенные стадии жизненного цикла, являются специфическими переносчиками. Комары, в организме которых не происходит размножение возбудителя инфекции, являются неспецифическими переносчиками.

Комары являются неспецифическими переносчиками возбудителей туляремии и потенциально сибирской язвы и специфическими переносчиками малярийного плазмодия, арбовирусов, а также нематод, вызывающих дирофиляриозы и лимфатические филяриозы.

Эндемичные для РФ инфекции, передаваемые кровососущими комарами: туляремия, дирофиляриозы, лихорадка Западного Нила (ЛЗН), лихорадки, вызываемые вирусами группы Калифорнийского энцефалита (лихорадка Инко, лихорадка Тягиня, лихорадка Хатанга), лихорадка Батаи, лихорадка Синдбис, Карельская лихорадка, лихорадка Леса Семлики.

Организация и проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении очага инфекций, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории, проводятся в соответствии с мероприятиями комплексного плана по санитарной охране территории, утвержденного исполнительной властью территории субъекта.

При получении внеочередного донесения из медицинской организации о выявлении случая заболевания, органы, осуществляющие федеральный ГСЭН, организуют проведение эпидемиологического расследования с привлечением, при необходимости, специалистов других заинтересованных служб и ведомств с целью установления причин и выявления условий возникновения и распространения инфекционного заболевания.

В эпидемиологический сезон при выявлении больного эндемичной инфекцией в антропоургическом очаге<sup>3</sup> проводится эпизоотологическое (энтомологическое) обследование с лабораторным исследованием потенциальных носителей и переносчиков инфекции.

По месту проживания больного эндемичной инфекцией в антропоургическом очаге проводятся дезинсекционные мероприятия.

Для оценки активности эпидемического процесса в очаге эндемичной инфекции проводятся лабораторные обследования населения (или отдельных групп). Лица, имеющие аналогичный с заболевшим риск заражения инфекцией, подлежат медицинскому наблюдению в течение максимального инкубационного периода. В случае повышения температуры у лиц, находящихся под медицинским наблюдением, независимо от первоначального диагноза, проводится лабораторное исследование на выявление маркеров инфекции.

Переболевшие инфекцией подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с медицинскими требованиями для каждой нозологической формы.

Специфическая профилактика инфекций (вакцинация) разработана против туляремии, желтой лихорадки, лихорадки Денге и японского энцефалита.

Неспецифические профилактические мероприятия осуществляют посредством комплексных мероприятий по снижению численности популяции кровососущих комаров и применения средств (способов) индивидуальной защиты.

Комплексные мероприятия по снижению численности популяции кровососущих комаров предусматривают:

- проведение инсектицидных обработок эпидемиологически значимых участков в природных или урбанизированных биотопах на территориях регистрации эндемичных инфекций в течение эпидемического сезона, с учетом биологических особенностей специфических переносчиков, с использованием инсектицидных средств (преимущественно ларвицидов);
- контроль эффективности проведенных инсектицидных мероприятий;
- проведение гидротехнических мероприятий, ликвидация мест выплода комаров;

---

3 Антропоургический (от антропос – человек, ургис – деятельность) очаг – очаг, в котором миграция возбудителя инфекции происходит естественным путем из дикой природы в ближайшее окружение человека.

- содержание подвальных помещений многоквартирных домов в соответствии с СП 2.1.3684-21<sup>4</sup> и проведение борьбы с подвальными (городскими) популяциями комаров;
- благоустройство территорий населенных пунктов, парков, скверов, мест массового отдыха и пребывания населения;
- гигиеническое обучение населения.

Объемы и сроки проведения мероприятий по снижению численности переносчиков определяются органами, осуществляющими федеральный ГСЭН.

В нежилых помещениях для борьбы с окрыленными комарами, кроме средств, разрешенных для обработки жилых помещений, возможно использование инсектицидных шашек, таблеток, спиралей.

В качестве средств индивидуальной защиты от нападения комаров используются репеллентные средства и инсектицидно-репеллентные средства в соответствии с инструкцией производителя.

На территории субъектов РФ, где регистрируются случаи заболевания людей эндемичными инфекциями, а также в зонах умеренного и устойчивого риска передачи малярии разрабатываются комплексные планы по санитарной охране территории субъекта, в которые входят разделы по профилактике инфекций, передающихся кровососущими комарами.

### **Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами**

К инфекциям, передающимся иксодовыми клещами, кроме КГЛ, относятся клещевой вирусный энцефалит (КВЭ), омская геморрагическая лихорадка (ОГЛ), иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ), туляремия, клещевые риккетсиозы (КР), в частности, североазиатский клещевой риккетсиоз (сибирский клещевой тиф) и другие риккетсиозы группы клещевой пятнистой лихорадки, гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ), моноцитарный эрлихиоз человека (МЭЧ), лихорадка Ку и другие инфекции.

Природные очаги лихорадки Ку, КВЭ, ИКБ, КР, МЭЧ и ГАЧ широко распространены в умеренной климатической зоне Евразийского континента. Наиболее активные очаги КВЭ и ИКБ связаны с зоной широколиственных, смешанно-широколиственных, южно- и среднетаежных лесов, а также лесостепей. Природные очаги КР расположены преимущественно в лесостепных, равнинно-степных и горностепных ландшафтах.

Ведущим механизмом передачи возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами, является трансмиссивный с реализацией инокуляционного (при присасывании зараженных клещей) пути передачи возбудителя.

Для инфекций, передающихся иксодовыми клещами, характерна весенне-осенняя сезонность с апреля по октябрь. Среди профессиональных групп наибольшему риску заражения инфекциями, передающимися клещами, подвержены лица, занятые в сельскохозяйственной, гидро-мелиоративной, строительной, заготовительной, промысловой, геологической, изыскательской, экспедиционной, дератизационной, дезинсекционной, озеленительной, лесозаготовительной, лесоустроительной деятельности, а также работники лабораторий, осуществляющие диагностические или научные исследования в отношении инфекций, передающихся клещами.

При обращении за медицинской помощью человека с клиническими симптомами инфекции, передающейся иксодовыми клещами, медицинские работники обязаны собрать эпидемиологиче-

---

<sup>4</sup> СанПин 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»

ский анамнез (нахождение на эндемичной территории, профессиональная деятельность, наличие факта присасывания клеща и дата присасывания), прививочный анамнез (в отношении КВЭ, туляремии, лихорадки Ку) и принять меры по его госпитализации в неврологическое или инфекционное отделение по клиническим показаниям (за исключением подозрения на КГЛ).

При обращении за медицинской помощью по поводу присасывания клеща медицинские работники собирают эпидемиологический анамнез, прививочный анамнез (в отношении КВЭ, туляремии, лихорадки Ку), информируют о необходимости направления клеща в лабораторию для выявления возбудителей инфекционных болезней, передающихся иксодовыми клещами, свойственных территории, с соблюдением требований биологической безопасности. В случае обнаружения маркеров возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами, в исследуемом образце медицинские работники должны проинформировать пострадавшего о необходимости проведения экстренной профилактики. Экстренную специфическую профилактику инфекций, передающихся иксодовыми клещами, необходимо проводить в течение 72 часов после присасывания под наблюдением медицинских работников.

При обращении по поводу присасывания клеща на эндемичной по КГЛ территории за пострадавшим дополнительно устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней с ежедневной двукратной термометрией.

В случае если присасывание клеща произошло на территории летнего оздоровительного учреждения, медицинские работники обязаны удалить клеща, направить его на исследование, по результатам анализа провести соответствующие профилактические мероприятия, а также решить вопрос о направлении пациента в течение 24 часов в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь. В течение 24 часов после выявления случая присасывания клещей необходимо проинформировать территориальный орган, осуществляющий ГСЭН на территории, где выявлен случай.

Каждый случай обращения за медицинской помощью по поводу заболевания инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, подлежит регистрации и учету в медицинских организациях.

Каждый случай обращения за медицинской помощью по поводу присасывания клеща должен фиксироваться в формах первичной медицинской документации медицинской организации, куда обратился пациент, независимо от его места жительства.

В случае заболевания инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, а также обращения по поводу присасывания клеща, территориальным органом, осуществляющим федеральный ГСЭН, осуществляется регистрация, учет и статистическое наблюдение.

При получении экстренного извещения о случае заболевания инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, или подозрения на заболевание, специалистами осуществляющими ГСЭН, проводится эпидемиологическое расследование и разработка комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

По результатам эпидемиологического расследования очагов со случаями заболевания составляется карта эпидемиологического расследования очага инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

В случае регистрации присасываний клещей, заболеваний (летальных исходов) инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, населения из групп «профессионального риска», специалистами территориального органа, осуществляющего ГСЭН, проводится эпидемиологическое расследование, по результатам которого составляется акт с указанием эпидемиологического диагноза, причин и условий, приведших к заболеванию (летальному исходу) инфекциями, передающимися клещами, при выполнении профессиональных обязанностей.

В комплекс профилактических мероприятий против инфекций, передающихся иксодовыми клещами, входят мероприятия по специфической профилактике (вакцинопрофилактика КВЭ, туляремии, лихорадки Ку или экстренная профилактика иммуноглобулином КВЭ), экстренной антибиотикопрофилактике и неспецифической профилактике.

Вакцинопрофилактика КВЭ, туляремии, Ку лихорадки и экстренная профилактика иммуноглобулином КВЭ проводятся в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

Экстренная антибиотикопрофилактика ИКБ, КР, МЭЧ и ГАЧ проводится по медицинским показаниям медицинскими организациями при обращении человека за медицинской помощью в связи с присасыванием клеща, в том числе с учетом результатов лабораторных исследований.

Неспецифическая профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами, включает следующие мероприятия:

- противоклещевые мероприятия;
- меры индивидуальной противоклещевой защиты;
- информационно-разъяснительная работа с населением.

Противоклещевые мероприятия включают санитарно-экологическое преобразование окружающей среды; дератизационные мероприятия; обработку акарицидными (инсектоакарицидными) средствами участков территорий природных и антропогенных очагов. Мероприятия по уничтожению клещей и грызунов проводятся в соответствии с общими требованиями к проведению дезинсекционных и дератизационных мероприятий.

Мероприятия по борьбе с иксодовыми клещами проводятся в соответствии с общими требованиями к проведению дезинсекционных мероприятий в природных очагах инфекционных заболеваний. Допускается использование средств, разрешенных к применению с этой целью, в соответствии с инструкцией по применению. Эффективность нанесения средств обеспечивается использованием соответствующего оборудования.

Юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, гражданами обеспечивается:

- уход и удовлетворительное санитарное содержание территории организации, включающее стрижку газонов, уборку листвы и сухой травы, сухостоя, хозяйственного и бытового мусора.
- расчистка прилегающих территорий от мусора, валежника, сухостоя в радиусе 50–100 м вокруг принадлежащего им участка;
- ограждение территории организации забором, полосой зеленых насаждений или другим естественным способом по периметру. Озеленение деревьями и кустарниками проводится с учетом климатических условий;
- организация и проведение акарицидных обработок на принадлежащей им территории за 7 календарных дней до открытия (заезда людей);
- проведение профилактических прививок против инфекций, передающихся иксодовыми клещами, и обеспечение средствами индивидуальной защиты работников, по виду деятельности или роду занятий связанных с пребыванием в природных биотопах.

Мероприятия по индивидуальной противоклещевой защите людей от нападения клещей включают в себя соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории, применение специальных химических средств для обработки верхней одежды и использование специальной защитной одежды.



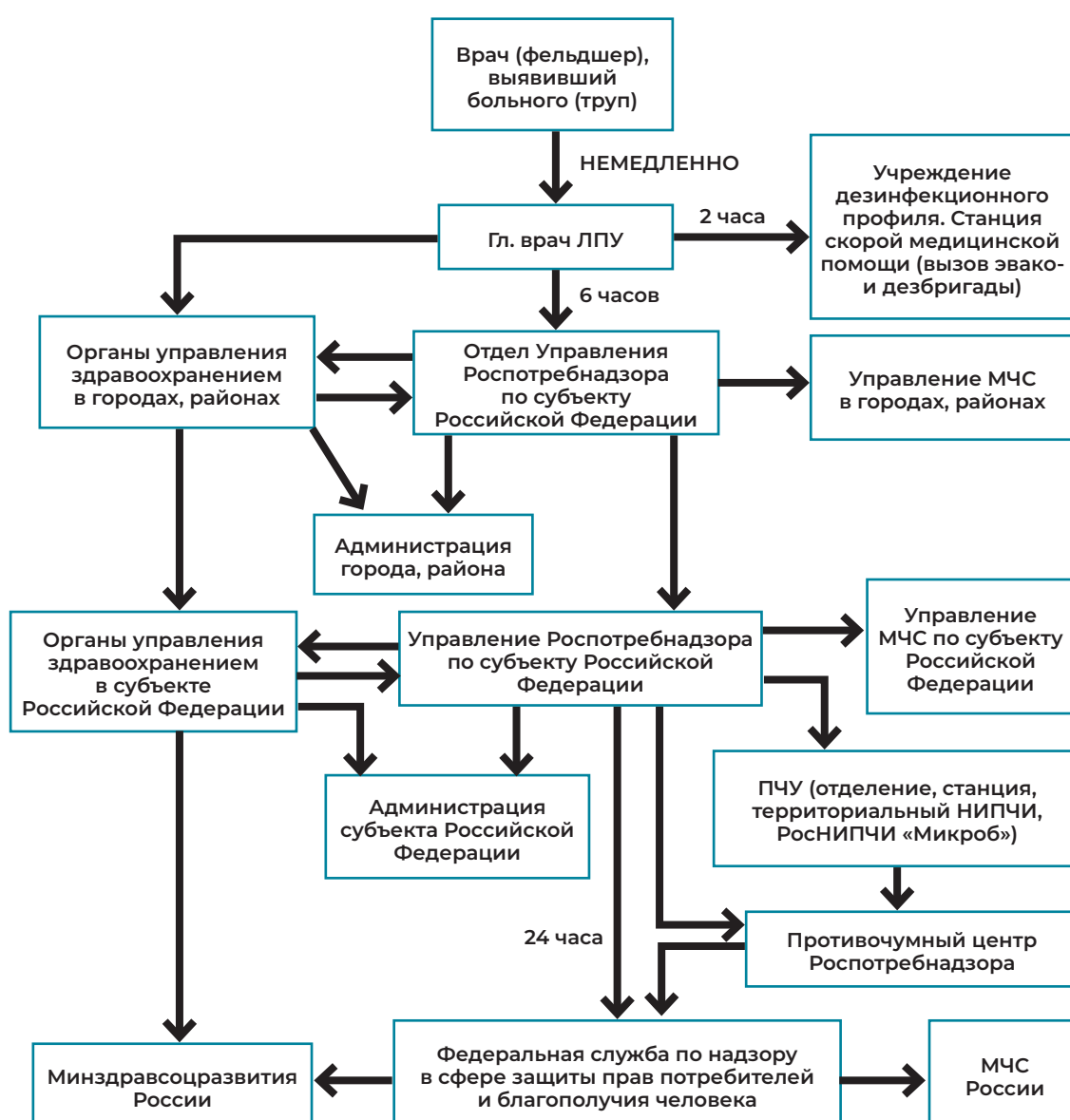
# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
2. Санитарные правила СП 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 года № 4.
3. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2021 года № 866н (с изм. на 18 июля 2022 г.) «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. № 529н (в ред. от 19.02.2020 № 106н) «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
6. Методические указания МУ 3.4.2552—09. «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
7. Методические рекомендации МР 3.1.0229-21 «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях».



# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Схема информации при выявлении больного (трупа) в медицинской организации, с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения



# ПРИЛОЖЕНИЕ 2

## **Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, для проведения клинического анализа**

**1. Обеззараживание крови.** Проведение клинического анализа в обычной лаборатории возможно только после обеззараживания материала. Для подсчета числа эритроцитов используют с целью обеззараживания крови разводящую жидкость (0,75 г мертиолята натрия, 1 г хлористого и 3,62 г сернокислого натрия на 100 мл дистиллированной воды). В центрифужную пробирку вносят 4 мл этой жидкости на один анализ. Разводящая жидкость для подсчета числа лейкоцитов – 25 % ацетона, 4,9 % уксусной кислоты. Для приготовления этого раствора 1 мл химически чистого ацетона смешивают с 3 мл 6,5 %-го раствора уксусной кислоты, который получают путем разведения 1 мл ледяной уксусной кислоты в 14,4 мл дистиллированной воды. Для проверки пригодности ацетона в пробирку наливают 2–3 мл и вносят несколько капель дистиллированной воды. Если при добавлении воды образуется легкая муть, ацетон считается непригодным. Для одного анализа необходимо 0,4 мл разводящей жидкости. Раствор следует хранить при температуре 4 °С не более 10–14 сут. Для определения количества гемоглобина крови на одно исследование в градуированную пипетку гемометра Сали набирают 0,2 мл 1 %-го раствора соляной кислоты. После 30 мин экспозиции в разводящей жидкости работа с кровью проводится как с незаразным материалом в чистом помещении. Определение группы крови и резус-фактора проводят по жизненным показаниям у постели больного с необеззараженной кровью в противочумном костюме I типа.

**2. Обеззараживание мочи.** Изучение физических свойств мочи (количество, цвет, прозрачность, реакция, удельный вес) проводят без обеззараживания, с соблюдением правил безопасности работы. Определение белка в моче (качественным и количественным методами), глюкозы методом Гайнеса, билирубина методом Розина, а также микроскопическое исследование осадка мочи проводят с обеззараженной мочой. Для обеззараживания в колбу объемом 500 мл наливают 100 мл мочи, добавляют 2,5 мл хлороформа, колбу плотно закрывают резиновой пробкой и встряхивают легкими движениями, не замачивая пробки, в течение 10 мин до появления однородного помутнения, после чего с мочой можно работать как с незаразным материалом.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

## Меры и средства личной профилактики

**1. Экстренная личная профилактика чумы.** При контакте с больным открытые части тела обрабатывают дезраствором (1 %-м раствором хлорамина) или 70°-м этиловым спиртом. Рот и горло прополаскивают 70°-м этиловым спиртом, в нос закапывают 1 %-й раствор протаргола. В глаза и нос закапывают раствор одного из антибиотиков.

### 2. Схема местной экстренной профилактики чумы

Наименование препаратов	Способ приготовления глазных капель	Концентрация, мг/мл	Способ и кратность применения
Стрептомицина сульфат	Содержимое флакона (0,5 г) растворить в 20 мл дистиллированной воды	25	Закапывать в глаза сразу, затем 3 раза в день в течение 3 суток
Гентамицина сульфат	Содержимое флакона (0,08 г) растворить в 20 мл дис. воды или содержимое ампулы (1 мл = 0,04 г) растворить в 10,0 мл дистиллированной воды	4	«
Амикацина сульфат	Содержимое флакона (2 мл = 0,5 г мг) растворить в 125 мл дистиллированной воды	4	«
Ампициллина натриевая соль	Содержимое флакона (500 мг) растворить в 33,2 мл дистиллированной воды.	15	«
Тетрациклин	0,5 % раствор		«
Левомецитина сукцинат натрия	0,25 % раствор		«
Готовые лекарственные формы			

Наименование препаратов	Способ приготовления глазных капель	Концентрация, мг/мл	Способ и кратность применения
Ципромед (Ципрофлоксацин)		0,3 %	«
Тобрекс	состав: тобрамицин+ консервант	0,3 %	«
Софрадекс	состав: фрамецитин сульфат-5 мг граммицидин-0,05 мг дексаметазон-0,5 мг		«
Макситрол	состав: неомицина сульфат 3500 ед полимиксина В сульфат 6000 ед дексаметазон 0,1% (1 мг)		«
Сульфацил натрий* (альбуцид)	20 % раствор		«
Азотнокислое серебро*	1 % раствор		«
Борная кислота*	1 % раствор		«
* - растворы применяются при отсутствии антибиотиков как глазные капли. Рот и горло промывают 70° этиловым спиртом			

**3. Экстренная личная профилактика КВГЛ.** При контакте с больным КВГЛ слизистые оболочки рта, носа обрабатывают слабым раствором (0,05 %) марганцовокислого калия, глаза промывают 1 %-м раствором борной кислоты или струей воды. Рот и горло дополнительно прополаскивают 70°-м этиловым спиртом или 0,05 %-м раствором марганцовокислого калия, 1 %-м раствором борной кислоты.

**4. Экстренная личная профилактика инфекционного заболевания неизвестной этиологии.** Если авария произошла при работе с неизвестным возбудителем, применяют сочетание антибиотиков группы аминогликозидов (стрептомицин, канамицин, мономицин в концентрации 200 мкг/мл) с тетрациклиновой группой (хлортетрациклин, окситетрациклин, тетрациклин в концентрации 100–200 мг/мл).

**5. Экстренная личная профилактика оспы, ТОРС.** Обрабатывают 70°-м этиловым спиртом открытые части тела, волосы; рот и горло прополаскивают 70°-м этиловым спиртом, в нос и глаза закапывают растворы антибиотиков или 1%-й раствор борной кислоты.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

## Рекомендуемый образец Журнала учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций в медицинской организации

\_\_\_\_\_

(наименование отделения, организации)

№ п/п	ФИО пострадавшего медицинского работника	Место работы, должность	Возраст	Дата и время аварии	Обстоятельства и характер аварии	Наличие СИЗ	ФИО больного, адрес, № истории болезни, дата и результат обследования на ВИЧ, ВГВ, ВГС, стадия ВИЧ-инфекции, АРТ	Объемы оказываемой помощи пострадавшим	ФИО руководителя, которого проинформировали об аварии

Начат: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Окончен: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5

## Примеры тестовых заданий

Выберите ОДИН правильный ответ

### 1. Инфекционное заболевание, требующее проведения мероприятий по санитарной охране территории

- 1) туляремия
- 2) дифтерия
- 3) корь
- 4) тяжелый острый респираторный синдром
- 5) туберкулез

### 2. Инфекционное заболевание из списка представляющих опасность для окружающих

- 1) бешенство
- 2) ветряная оспа и опоясывающий лишай
- 3) корь
- 4) лихорадка Денге
- 5) туберкулез

### 3. Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага осуществляет

- 1) местные органы управления здравоохранением
- 2) противочумные учреждения
- 3) Роспотребнадзор
- 4) медицинская организация, в которой выявлен заболевший
- 5) межведомственная санитарно-противоэпидемическая комиссия

### 4. Первая информация о выявлении больного с подозрением на болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, доводится до

- 1) главного врача медицинской организации
- 2) станции (отделения) скорой медицинской помощи
- 3) учреждения дезинфекционного профиля
- 4) руководителя органа управления здравоохранением
- 5) главного государственного санитарного врача соответствующей территории

**5. Органы управления здравоохранением вводят в действие комплексный план противоэпидемических мероприятий после выявления больного, не позднее**

- 1) 12 ч
- 2) 6 ч
- 3) 3 ч
- 4) 24 ч
- 5) 48 ч

**6. При выявлении больного чумой для проведения противоэпидемических мероприятий установлен срок инкубационного периода**

- 1) 12 дней
- 2) 8 дней
- 3) 7 дней
- 4) 6 дней
- 5) 14 дней

**7. При выявлении больного оспой для проведения противоэпидемических мероприятий установлен срок инкубационного периода**

- 1) 7 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней
- 4) 21 день
- 5) 22 дня

**8. При выявлении больного Крымской геморрагической лихорадкой для проведения противоэпидемических мероприятий установлен срок инкубационного периода**

- 1) 7 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней
- 4) 21 день
- 5) 22 дня

**9. Допускается забор материала от больного медицинским работником на месте его выявления при подозрении на**

- 1) чуму
- 2) холеру
- 3) оспу
- 4) желтую лихорадку
- 5) менингококковую инфекцию

**10. Забор крови на исследование (тонкий мазок и толстая капля) осуществляется у больного, подозрительного на**

- 1) чуму
- 2) холеру
- 3) оспу
- 4) желтую лихорадку
- 5) малярию



**11. В очаге полиомиелита за бывшими в контакте с больным детьми устанавливают медицинское наблюдение в течение**

- 1) 3 дней
- 2) 7 дней
- 3) 14 дней
- 4) 20 дней
- 5) 30 дней

**12. О выявлении лиц с подозрением на болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта сообщает**

- 1) в Роспотребнадзор
- 2) на станцию (отделение) скорой медицинской помощи
- 3) главному врачу центральной районной или сельской участковой больницы
- 4) дежурному территориального органа управления здравоохранением
- 5) органам местного самоуправления

**13. На дому врачу (фельдшеру) не требуется применять средства личной экстренной профилактики при выявлении больного**

- 1) малярией
- 2) чумой
- 3) оспой
- 4) холерой
- 5) Крымской геморрагической лихорадкой

**14. Бригада эвакуации при выявлении лиц с подозрением на болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, должна состоять из**

- 1) двух санитаров
- 2) двух фельдшеров
- 3) врача и двух помощников (фельдшер, санитар)
- 4) двух фельдшеров и двух санитаров
- 5) трех санитаров

**15. Бригада дезинфекции при выявлении лиц с подозрением на болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, должна состоять из**

- 1) 2 дезинфекторов
- 2) 3 дезинфекторов
- 3) 4 дезинфекторов
- 4) фельдшера и 2 дезинфекторов
- 5) фельдшера и 3 дезинфекторов

**16. При выявлении больного тяжелым острым респираторным синдромом для проведения противоэпидемических мероприятий установлен срок инкубационного периода**

- 1) 7 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней
- 4) 21 день
- 5) 22 дня

**17. При выявлении больного желтой лихорадкой для проведения противоэпидемических мероприятий установлен срок инкубационного периода**

- 1) 6 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней
- 4) 21 день
- 5) 22 дня

**18. Инкубационный период при вирусном гепатите В в среднем составляет**

- 1) 45–180 календарных дней
- 2) 14–180 календарных дней
- 3) 180–200 календарных дней
- 4) 6–8 недель
- 5) 2–3 недели

**19. Руководителями медицинских организаций организуется анализ работы функциональных подразделений в части выявления туберкулеза**

- 1) еженедельно
- 2) ежемесячно
- 3) ежеквартально
- 4) 2 раза в год
- 5) 1 раз в год

**20. Инкубационный период при сибирской язве в среднем составляет**

- 1) 15–20 календарных дней
- 2) 7–14 календарных дней
- 3) 2–8 календарных дней
- 4) 3–4 недели
- 5) 5–6 недель

**Ответы на тестовые задания**

1	г	11	г
2	д	12	в
3	д	13	а
4	а	14	в
5	б	15	б
6	г	16	б
7	д	17	а
8	в	18	а
9	б	19	б
10	д	20	в

## Информация об авторе:

**Тимошевский Александр Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Научное электронное издание

**Тимошевский** Александр Анатольевич

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ  
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,  
ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ  
ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

Учебно-методическое пособие для обучающихся  
по направлениям медицинского образования

*Корректор И. Д. Баринская  
Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов*

Объем данных 1,0 МБ

Дата подписания к использованию: 25.10.2023.

URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,  
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9  
Тел.: +7 (495) 530-12-89  
Электронная почта: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru)



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА  
2 0 2 3