**Проект**

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ**

**ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ**

**ПРАВИЛ СП…- 20**

**«САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»**

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21; № 1 (ч. I), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4079; № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. I), ст. 3366, ст. 3377; 2015, № 1 (ч. I), ст. 11; № 27, ст. 3951, № 29 (ч. I), ст. 4339; № 29 (ч. I), ст. 4359; № 48 (ч. I), ст. 6724; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4160; № 27 (ч. II), ст. 4238), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Указом Президента РФ от 11.03.2019 № 97 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу», постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953), Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 39, ст. 3953), Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 322 (ред. от 13.07.2019) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», Постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 № 967 (ред. от 24.12.2014) «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний», Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 327 (ред. от 08.05.2019) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по ветеринарному и фитосанитарному надзору», Постановлением Правительства РФ от 03.03.2018 № 222 (ред. от 21.12.2018) «Об утверждении Правил установления санитарно-защитных зон и использования земельных участков, расположенных в границах санитарно-защитных зон» постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП… - 20 «Санитарные правила по профилактике и управлению рисками инфекционных и паразитарных болезней» (Приложение).

2. Признать утратившими силу Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2003 № 131 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.5.1378-03» (вместе с «СП 3.5.1378-03. 3.5. Дезинфектология. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности. Санитарно-эпидемиологические правила», утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 07.06.2003, зарегистрированные в Минюсте РФ 19.06.2003, регистрационный № 4757), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 16.12.2013 № 65 «Об утверждении СП 3.1/3.2.3146-13» (вместе с «СП 3.1/3.2.3146-13. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 16.04.2014, регистрационный № 32001), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.09.2014 № 58 «Об утверждении СП 3.5.3.3223-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий» (вместе с «СП 3.5.3.3223-14. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 26.02.2015, регистрационный № 36212), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 07.06.2017 № 83 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 3.5.2.3472-17 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий в борьбе с членистоногими, имеющими эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение» (вместе с «СанПиН 3.5.2.3472-17. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...», зарегистрированые в Минюсте России 27.09.2017, регистрационный № 48345), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.11.2013 № 64 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)» (вместе с «СП 1.3.3118-13. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 19.05.2014, регистрационный № 32325), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2008 № 4 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2322-08» (вместе с «СП 1.3.2322-08. Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 21.02.2008, регистрационный № 11197), Санитарно-эпидемиологические правила «СП 1.2.036-95. 1.2. Эпидемиология. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности. Санитарные правила» (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 28.08.1995 № 14), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.08.2007 № 61 «Об утверждении СП 3.1.2260-07» (вместе с «СП 3.1.2260-07. 3.1. Профилактика инфекционных заболеваний. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким полиовирусом. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 17.09.2007, регистрационный № 10149), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.04.2003 № 85 «О введении в действие Санитарно-эпидемиологических правил СП 1.2.1318-03» (вместе с «СП 1.2.1318-03. 1.2. Эпидемиология. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека I - IV групп патогенности (опасности), генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами, ядами биологического происхождения и гельминтами. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 19.05.2003, регистрационный № 4558), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.01.2008 № 3 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.2318-08» (вместе с «СП 3.4.2318-08. Санитарная охрана территории Российской Федерации. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 03.04.2008, регистрационный № 11459), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (вместе с «СП 3.1.5.2826-10. Санитарно-эпидемиологические правила...» зарегистрированные в Минюсте России 24.03.2011, регистрационный № 20263), Санитарно-эпидемиологические правила «СП 3.1.958-00. 3.1. Профилактика инфекционных заболеваний. Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами. Санитарно-эпидемиологические правила» (утв. Минздравом России 01.02.2000), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.02.2008 № 14 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08» (вместе с «СП 3.1.1.2341-08. Профилактика вирусного гепатита B. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 26.03.2008, регистрационный № 11411), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 58 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита C» (вместе с «СП 3.1.3112-13. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 19.03.2014, регистрационный № 31646), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулёза» (вместе с «СП 3.1.2.3114-13...», зарегистрированные в Минюсте России 06.05.2014, регистрационный № 32182), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13.05.2010 № 56 «Об утверждении СП 3.1.7.2629-10» (вместе с «СП 3.1.7.2629-10. Профилактика сибирской язвы. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 17.06.2010, регистрационный № 17577), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2009 № 43 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2521-09» (вместе с «СП 3.1.1.2521-09. Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой на территории Российской Федерации. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 09.07.2009, регистрационный № 14285), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.2017 № 44 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.3465-17 «Профилактика чумы» (вместе с «СП 3.1.7.3465-17. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 16.08.2017, регистрационный № 47817), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 05.05.2010 № 53 «Об утверждении СП 3.1.2.2626-10» (вместе с «СП 3.1.2.2626-10. Профилактика легионеллеза. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 07.06.2010, регистрационный № 17506), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 39 «Об утверждении СП 3.1.7.2613-10» (вместе с «СП 3.1.7.2613-10. Профилактика бруцеллеза. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 02.06.2010, регистрационный № 17435), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.01.2011 № 6 «Об утверждении СП 3.1.7.2835-11 «Профилактика лептоспирозной инфекции у людей» (вместе с «СП 3.1.7.2835-11. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте РФ 17.03.2011, регистрационный № 20168), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 31.05.2010 № 61 «Об утверждении СП 3.1.7.2642-10» (вместе с «СП 3.1.7.2642-10. Профилактика туляремии. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 07.07.2010, регистрационный № 17745), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 № 185 «Об утверждении СП 3.1.7.2815-10 «Профилактика орнитоза» (вместе с «СП 3.1.7.2815-10. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированые в Минюсте РФ 17.03.2011, регистрационный № 20170), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.12.2010 № 181 «Об утверждении СП 3.1.7.2811-10 «Профилактика коксиеллеза (лихорадка Ку)» (вместе с «СП 3.1.7.2811-10. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте РФ 21.03.2011, регистрационный № 20201), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.12.2013 № 67 «Об утверждении СП 3.1.7.3148-13 «Профилактика Крымской геморрагической лихорадки» (вместе с «СП 3.1.7.3148-13. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 17.04.2014 № 32002), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 38 «Об утверждении СП 3.1.7.2614-10» (вместе с «СП 3.1.7.2614-10. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 07.06.2010, регистрационный № 17491), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 07.03.2008 № 19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3.2352-08» (вместе с «СП 3.1.3.2352-08. Профилактика клещевого вирусного энцефалита. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 01.04.2008, регистрационный № 11446), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 06.05.2010 № 54 «Об утверждении СП 3.1.7.2627-10» (вместе с «СП 3.1.7.2627-10. Профилактика бешенства среди людей. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 19.07.2010, регистрационный № 17891), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.10.2013 № 52 «Об утверждении СП 3.1.7.3107-13 «Профилактика лихорадки Западного Нила» (вместе с «СП 3.1.7.3107-13. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 19.05.2014, регистрационный № 32320), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 36 «Об утверждении СП 3.1.7.2616-10» (вместе с «СП 3.1.7.2616-10. Профилактика сальмонеллёза. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 08.06.2010, регистрационный № 17526), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2017 № 84 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.3473-17 «Профилактика брюшного тифа и паратифов» (вместе с «СП 3.1.1.3473-17. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 25.08.2017, регистрационный № 47972), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 № 186 «Об утверждении СП 3.1.7.2817-10 «Профилактика листериоза у людей» (вместе с «СП 3.1.7.2817-10. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте РФ 21.03.2011, регистрационный № 20202), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 37 «Об утверждении СП 3.1.7.2615-10» (вместе с «СП 3.1.7.2615-10. Профилактика иерсиниоза. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 02.06.2010, регистрационный № 17448), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 № 188 «Об утверждении СП 3.1.7.2816-10 «Профилактика кампилобактериоза среди людей» (вместе с «СП 3.1.7.2816-10. Профилактика кампилобактериоза среди людей. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 14.03.2011, регистрационный № 20085), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.12.2010 № 190 «Об утверждении СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита A» (вместе с «СП 3.1.2825-10. Профилактика вирусного гепатита A. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 10.02.2011, регистрационный № 19787), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 107 «Об утверждении СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита» (вместе с «СП 3.1.2951-11. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте РФ 24.11.2011, регистрационный № 22378), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.07.2011 № 106 «Об утверждении СП 3.1.2950-11 «Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции» (вместе с «СП 3.1.2950-11. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте РФ 24.11.2011, регистрационный № 22389), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.11.2013 № 63 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» (вместе с «СП 3.1.2.3117-13...», зарегистрированные в Минюсте России 04.04.2014, регистрационный № 31831), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 108 «Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» (вместе с «СП 3.1.2952-11. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 24.11.2011, регистрационный № 22379), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 05.02.2018 № 12 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3525-18 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая» (вместе с «СП 3.1.3525-18. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 19.04.2018, регистрационный № 50833), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.03.2014 № 9 «Об утверждении СП 3.1.2.3162-14» (вместе с «СП 3.1.2.3162-14. Профилактика коклюша. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 19.06.2014, регистрационный № 32810), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.10.2013 № 54 «Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии» (вместе с «СП 3.1.2.3109-13. 3.1.2. Профилактика инфекционных заболеваний. Инфекции дыхательных путей. Профилактика дифтерии. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 20.05.2014, регистрационный № 32331), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.12.2018 № 52 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3542-18 «Профилактика менингококковой инфекции» (вместе с «СП 3.1.3542-18. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 09.01.2019, регистрационный № 53254), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.11.2013 № 62 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3116-13 «Профилактика внебольничных пневмоний» (вместе с «СП 3.1.2.3116-13...», зарегистрированные в Минюсте России 05.02.2014, регистрационный № 31225), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.12.2013 № 66 «Об утверждении СП 3.1.2.3149-13» (вместе с «СП 3.1.2.3149-13. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 09.04.2014, регистрационный № 31852), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.08.2014 № 50 «Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» (вместе с «СанПиН 3.2.3215-14. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...», зарегистрированные в Минюсте России 12.11.2014, регистрационный № 34659), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 57 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза» (вместе с «СП 3.2.3110-13...», зарегистрированные в Минюсте России 20.01.2014, регистрационный № 31053), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2015 № 20 «Об утверждении СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» (вместе с «СП 3.1.3263-15. Санитарно-эпидемиологические правила...», зарегистрированные в Минюсте России 21.07.2015, регистрационный № 38110), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 59 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3113-13 «Профилактика столбняка» (вместе с «СП 3.1.2.3113-13...», зарегистрированные в Минюсте России 06.06.2014, регистрационный № 32613), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.06.2008 № 34 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2367-08» (вместе с «СП 3.3.2367-08. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 25.06.2008, регистрационный № 11881), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 03.03.2008 № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08» (вместе с «СП 3.3.2342-08. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте РФ 01.04.2008, регистрационный № 11444), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.02.2016 № 19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов», зарегистрированные в Минюсте России 28.04.2016, регистрационный № 41968), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.10.2013 № 53 «Об утверждении СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций» (вместе с «СП 3.1.1.3108-13. 3.1.1. Профилактика инфекционных заболеваний. Кишечные инфекции. Профилактика острых кишечных инфекций. Санитарно-эпидемиологические правила», зарегистрированные в Минюсте России 14.03.2014, регистрационный № 31602), Нормативные показатели безопасности и эффективности дезинфекционных средств, подлежащие контролю при проведении обязательной сертификации № 01-12/75-97 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.11.2015 № 78 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3310-15 «Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами», зарегистрированные в Минюсте России 12.02.2016, регистрационный № 41065), «СП 3.1.084-96. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных. 1. Общие положения. Санитарные правила» (утв. Госкомсанэпиднадзором России 31.05.1996 № 11), Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (вместе с «СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...», зарегистрированные в Минюсте России 09.08.2010, регистрационный № 18094).

А. Ю. Попова

Приложение

Утверждены

постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА**

**«ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»**

**Санитарно-эпидемиологические правила**

**СП ……..<...>-2019**

ОГЛАВЛЕНИЕ

[1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 34](#_Toc33620620)

[2. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ 37](#_Toc33620621)

[I. Общие положения 37](#_Toc33620622)

[II. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению населения безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой 39](#_Toc33620623)

[III. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности населения 39](#_Toc33620624)

[IV. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасного питания населения 40](#_Toc33620625)

[V. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий воспитания и обучения населения 41](#_Toc33620626)

[VI. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению условий пребывания населения в медицинских организациях 41](#_Toc33620627)

[VII. Выявление, учет и регистрация больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней 41](#_Toc33620628)

[VIII. Диагностика инфекционных и паразитарных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней 43](#_Toc33620629)

[IX. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 44](#_Toc33620630)

[X. Профилактические мероприятия 47](#_Toc33620631)

[XI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики 49](#_Toc33620632)

[XII. Подготовка медицинских работников и повышение квалификации по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики инфекционных и паразитарных болезней. 50](#_Toc33620633)

[3. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ, ДЕРАТИЗАЦИОННОЙ И ДЕЗИНСЕКЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 51](#_Toc33620634)

[I. Общие положения 51](#_Toc33620635)

[II. Требования к организации и проведению дезинфекции, стерилизации 54](#_Toc33620636)

[III. Требования к организации и проведению дезинсекции 54](#_Toc33620637)

[IV. Требования к организации и проведению дератизации 56](#_Toc33620638)

[V. Требования к осуществлению дезинфекционной деятельности на отдельных объектах 60](#_Toc33620639)

[VI. Требования к организации и осуществлению деятельности по разработке и испытанию дезинфекционных средств 74](#_Toc33620640)

[4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ 84](#_Toc33620641)

[4.1. Безопасность работы с микроорганизмами I-IV групп патогенности (опасности) 84](#_Toc33620642)

[I. Общие положения 84](#_Toc33620643)

[II. Общие требования к условиям работы с использованием патогенных биологических агентов 85](#_Toc33620644)

[III. Требования к лаборатории базового уровня 1 (лаборатории, осуществляющие работы с ПБА IV группы) 106](#_Toc33620645)

[IV. Требования к лаборатории базового уровня 2 (лаборатории, осуществляющие работы с ПБА III группы) 108](#_Toc33620646)

[V. Требования к изолированной лаборатории 3 уровня 112](#_Toc33620647)

[VI. Требования к максимально изолированной лаборатории уровня 4 117](#_Toc33620648)

[VII. Требования к организации работ с аэрозолями микроорганизмов 120](#_Toc33620649)

[VIII. Требования к организации работы в госпиталях для больных с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I-II групп патогенности, изоляторах и обсерваторах 123](#_Toc33620650)

[IX. Требования к организации работы изолятора для сотрудников специализированных организаций, проводящих работу с ПБА I-II групп 132](#_Toc33620651)

[X. Требования к патологоанатомической работе в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I – II групп патогенности 133](#_Toc33620652)

[XI. Требования к порядку выезда сотрудников организаций, работающих с ПБА 134](#_Toc33620653)

[XII. Требования к порядку отлова, транспортирования и содержания диких позвоночных животных и членистоногих 136](#_Toc33620654)

[4.2. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам 137](#_Toc33620655)

[I. Общие положения 137](#_Toc33620656)

[II. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии/несоответствии условий проведения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам 139](#_Toc33620657)

[III. Санитарно-эпидемиологическая экспертиза 141](#_Toc33620658)

[IV. Порядок регистрации выданных санитарно-эпидемиологических заключений 145](#_Toc33620659)

[4.3. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека и других биологических агентов I-IV групп патогенности (опасности) 147](#_Toc33620660)

[I. Общие положения 147](#_Toc33620661)

[II. Требования к порядку учета ПБА I-IV групп в организациях, осуществляющих деятельность, связанную с использованием ПБА I-IV групп 147](#_Toc33620662)

[III. Требования к порядку хранения ПБА I-IV групп в организациях, осуществляющих деятельность, связанную с использованием ПБА I-IV групп 150](#_Toc33620663)

[IV. Требования к порядку передачи и транспортирования ПБА I-IV групп 152](#_Toc33620664)

[V.Требования к порядку ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации ПБА I-IV групп 162](#_Toc33620665)

[5. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 168](#_Toc33620666)

[I. Общие требования 168](#_Toc33620667)

[II. Информационное обеспечение мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации 170](#_Toc33620668)

[III. Санитарно-эпидемиологические требования в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации 171](#_Toc33620669)

[IV. Требования по предупреждению заноса и распространения болезней 182](#_Toc33620670)

[V. Мероприятия в отношении грузов и товаров 187](#_Toc33620671)

[VI. Требования к проведению мероприятий по предупреждению распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений) на территории Российской Федерации 191](#_Toc33620672)

[6. ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ 194](#_Toc33620673)

[6.1. Профилактика ВИЧ-инфекции 194](#_Toc33620674)

[I. Общие положения 194](#_Toc33620675)

[II. Выявление, учет и регистрация 198](#_Toc33620676)

[III. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции 204](#_Toc33620677)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий при ВИЧ-инфекции. Мероприятия в эпидемическом очаге. 210](#_Toc33620678)

[V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией 214](#_Toc33620679)

[VI. Профилактические мероприятия 216](#_Toc33620680)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции 227](#_Toc33620681)

[6.2. Профилактика вирусных гепатитов В и С 229](#_Toc33620682)

[I. Общие положения 229](#_Toc33620683)

[II. Выявление, учет и регистрация больных гепатитом В и гепатитом С 233](#_Toc33620684)

[III. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов В и С 234](#_Toc33620685)

[IV. Мероприятия в эпидемических очагах вирусных гепатитов В и С 236](#_Toc33620686)

[V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами В и С 243](#_Toc33620687)

[VI. Профилактические мероприятия 245](#_Toc33620688)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики вирусных гепатитов В и С 250](#_Toc33620689)

[6.3. Профилактика туберкулёза 251](#_Toc33620690)

[I. Общие положения 251](#_Toc33620691)

[II. Выявление больных туберкулёзом 253](#_Toc33620692)

[III. Организация раннего выявления туберкулёза у взрослого населения 254](#_Toc33620693)

[IV. Организация раннего выявления туберкулёза у детей до 14 лет включительно 259](#_Toc33620694)

[V. Организация раннего выявления туберкулёза у детей в возрасте с 15 до 18 лет 261](#_Toc33620695)

[VI. Регистрация, учет и государственное статистическое наблюдение случаев туберкулеза 263](#_Toc33620696)

[VII. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза 265](#_Toc33620697)

[VIII. Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулёза 269](#_Toc33620698)

[IX. Мероприятия в медицинских организациях 271](#_Toc33620699)

[X. Профилактические мероприятия 273](#_Toc33620700)

[XI. Организация и проведение иммунизации населения против туберкулёза 273](#_Toc33620701)

[XII. Учет профилактических прививок 276](#_Toc33620702)

[XIII. Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных 277](#_Toc33620703)

[XIV. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулёза 277](#_Toc33620704)

[XV. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики 279](#_Toc33620705)

[7. ПРОФИЛАКТИКА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ И БОЛЕЗНЕЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ 280](#_Toc33620706)

[7.1. Общие требования к профилактике трансмиссивных инфекций 280](#_Toc33620707)

[7.1.1. Профилактика инфекций, передающихся кровососущими комарами 280](#_Toc33620708)

[I. Общие положения 280](#_Toc33620709)

[II. Выявление, учет и регистрация 284](#_Toc33620710)

[III. Лабораторная диагностика инфекций, передающихся кровососущими комарами 285](#_Toc33620711)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 286](#_Toc33620712)

[V. Эпидемиологический надзор за инфекциями, передающимися кровососущими комарами 287](#_Toc33620713)

[VI. Организация профилактических мероприятий 289](#_Toc33620714)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 291](#_Toc33620715)

[7.1.2. Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами 292](#_Toc33620716)

[I. Общие положения 292](#_Toc33620717)

[II. Выявление, учет и регистрация 294](#_Toc33620718)

[III. Лабораторная диагностика 295](#_Toc33620719)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 297](#_Toc33620720)

[V. Эпидемиологический надзор 299](#_Toc33620721)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 300](#_Toc33620722)

[VII. Гигиеническое воспитание населения и обучение граждан по вопросам профилактики 304](#_Toc33620723)

[7.2. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных бактериальной этиологии 306](#_Toc33620724)

[7.2.1. Профилактика сибирской язвы 306](#_Toc33620725)

[I. Общие положения 306](#_Toc33620726)

[II. Выявление, учёт и регистрация случаев заболеваний людей сибирской язвой 310](#_Toc33620727)

[III. Лабораторная диагностика сибирской язвы 311](#_Toc33620728)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев сибирской язвы среди людей. 313](#_Toc33620729)

[V. Эпидемиологический надзор 322](#_Toc33620730)

[VI. Профилактические мероприятия 325](#_Toc33620731)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики сибирской язвы 326](#_Toc33620732)

[7.2.2. Профилактика чумы 327](#_Toc33620733)

[I. Общие положения 327](#_Toc33620734)

[II. Выявление, учет и регистрация 331](#_Toc33620735)

[III. Лабораторная диагностика чумы 331](#_Toc33620736)

[IV. Организация и проведение санитарно-профилактических мероприятий в природных очагах чумы 334](#_Toc33620737)

[V. Организация и проведение санитарно-профилактических мероприятий вне природных очагов чумы 336](#_Toc33620738)

[VI. Мероприятия в эпидемическом очаге чумы 338](#_Toc33620739)

[VII. Эпидемиологический надзор 341](#_Toc33620740)

[VIII. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 342](#_Toc33620741)

[IX. Гигиеническое воспитание и обучение граждан вопросам профилактики 344](#_Toc33620742)

[7.2.3. Профилактика бруцеллеза 344](#_Toc33620743)

[I. Общие положения 344](#_Toc33620744)

[II. Выявление, учёт и регистрация 348](#_Toc33620745)

[III. Лабораторная диагностика 349](#_Toc33620746)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 351](#_Toc33620747)

[V. Эпидемиологический надзор 355](#_Toc33620748)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 356](#_Toc33620749)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики бруцеллёза 367](#_Toc33620750)

[7.2.4. Профилактика лептоспироза 368](#_Toc33620751)

[I. Общие положения 368](#_Toc33620752)

[II. Выявление, учет и регистрация 371](#_Toc33620753)

[III. Лабораторная диагностика 372](#_Toc33620754)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий 374](#_Toc33620755)

[V. Эпидемиологический надзор 378](#_Toc33620756)

[VI. Профилактические мероприятия 378](#_Toc33620757)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан вопросам профилактики лептоспирозов 381](#_Toc33620758)

[7.2.5. Профилактика туляремии 382](#_Toc33620759)

[I. Общие положения 382](#_Toc33620760)

[II. Выявление больных туляремией, учет и регистрация 384](#_Toc33620761)

[III. Лабораторная диагностика туляремии 386](#_Toc33620762)

[IV.Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 387](#_Toc33620763)

[V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за туляремией 390](#_Toc33620764)

[VI. Специфическая профилактика населения против 392](#_Toc33620765)

[VII. Неспецифическая профилактика (дезинфекционные мероприятия) при туляремии 393](#_Toc33620766)

[VIII. Гигиеническое воспитание населения 394](#_Toc33620767)

[7.2.6. Профилактика орнитоза 395](#_Toc33620768)

[I. Общие положения 395](#_Toc33620769)

[II. Выявление, учет и регистрация 397](#_Toc33620770)

[III. Лабораторная диагностика 398](#_Toc33620771)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 399](#_Toc33620772)

[V. Эпидемиологический надзор 401](#_Toc33620773)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 402](#_Toc33620774)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 404](#_Toc33620775)

[7.2.7. Профилактика коксиеллеза (Лихорадка Ку) 404](#_Toc33620776)

[I. Общие положения 405](#_Toc33620777)

[II. Выявление, учёт и регистрация 406](#_Toc33620778)

[III. Лабораторная диагностика 408](#_Toc33620779)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 410](#_Toc33620780)

[V. Эпидемиологический надзор 415](#_Toc33620781)

[VI. Профилактические мероприятия 416](#_Toc33620782)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики 421](#_Toc33620783)

[7.3. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных вирусной этиологии 422](#_Toc33620784)

[7.3.1. Профилактика крымской геморрагической лихорадки 422](#_Toc33620785)

[I. Общие положения 422](#_Toc33620786)

[II. Выявление, учёт и регистрация 424](#_Toc33620787)

[III. Лабораторная диагностика 425](#_Toc33620788)

[IV. Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 427](#_Toc33620789)

[V. Требования к проведению эпидемиологического надзора 432](#_Toc33620790)

[VI. Профилактические мероприятия 433](#_Toc33620791)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 438](#_Toc33620792)

[7.3.2. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом 438](#_Toc33620793)

[I. Общие положения 438](#_Toc33620794)

[II. Выявление, регистрация и учет больных ГЛПС и лиц с подозрением на заболевание ГЛПС 443](#_Toc33620795)

[III. Лабораторная диагностика ГЛПС 444](#_Toc33620796)

[IV. Требования к проведению эпидемиологического надзора за ГЛПС 446](#_Toc33620797)

[V. Требования к организации профилактических мероприятий в очагах ГЛПС 448](#_Toc33620798)

[VI. Требования к организации и проведению противоэпидемических мероприятий. 452](#_Toc33620799)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 454](#_Toc33620800)

[7.3.3. Профилактика клещевого вирусного энцефалита 455](#_Toc33620801)

[I. Общие положения 455](#_Toc33620802)

[II. Выявление, учет и регистрация 457](#_Toc33620803)

[III. Лабораторная диагностика 459](#_Toc33620804)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий 461](#_Toc33620805)

[V. Эпидемиологический надзор 464](#_Toc33620806)

[VI. Профилактические мероприятия 465](#_Toc33620807)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 470](#_Toc33620808)

[7.3.4. Профилактика лихорадки Зика 470](#_Toc33620809)

[I. Общие положения 470](#_Toc33620810)

[II. Выявление, учет и регистрация больных 472](#_Toc33620811)

[III. Лабораторная диагностика лихорадки Зика 474](#_Toc33620812)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 477](#_Toc33620813)

[V. Эпидемиологический надзор 477](#_Toc33620814)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 478](#_Toc33620815)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики лихорадки Зика 480](#_Toc33620816)

[7.3.5. Профилактика бешенства 482](#_Toc33620817)

[I. Общие положения 482](#_Toc33620818)

[II. Выявление, учет и регистрация 484](#_Toc33620819)

[III. Лабораторная диагностика 486](#_Toc33620820)

[IV. Организация и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий. Мероприятия в очаге 487](#_Toc33620821)

[V. Эпидемиологический надзор 489](#_Toc33620822)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 490](#_Toc33620823)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики бешенства 494](#_Toc33620824)

[7.3.6. Профилактика лихорадки Западного Нила 495](#_Toc33620825)

[I. Общие положения 495](#_Toc33620826)

[II. Выявление, регистрация и учет больных ЛЗН 497](#_Toc33620827)

[III. Организация лабораторной диагностики ЛЗН 498](#_Toc33620828)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 501](#_Toc33620829)

[V. Мероприятия санитарно-эпидемиологического надзора 502](#_Toc33620830)

[VI. Организация профилактических мероприятий по ЛЗН 503](#_Toc33620831)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики 506](#_Toc33620832)

[8. ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ 507](#_Toc33620833)

[8.1. Профилактика острых кишечных инфекций 507](#_Toc33620834)

[I. Общие положения 507](#_Toc33620835)

[II. Выявление, учет и регистрация 508](#_Toc33620836)

[III. Лабораторная диагностика 508](#_Toc33620837)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 511](#_Toc33620838)

[V. Эпидемиологический надзор 520](#_Toc33620839)

[VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика) 521](#_Toc33620840)

[VII. Гигиеническое воспитание 523](#_Toc33620841)

[8.2. Профилактика холеры 524](#_Toc33620842)

[I. Общие положения 524](#_Toc33620843)

[II. Выявление, информирование, учет, регистрация больных холерой и вибриононосителей 527](#_Toc33620844)

[III. Требования к проведению эпидемиологического надзора за холерой 528](#_Toc33620845)

[IV. Требования к проведению профилактических мероприятий при выделении холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп из объектов окружающей среды 531](#_Toc33620846)

[V. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий. Организационные мероприятия в очаге холеры 532](#_Toc33620847)

[VI. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий в зависимости от токсигенности (эпидемической значимости) выделенных холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп 533](#_Toc33620848)

[VII. Мероприятия после ликвидации очага холеры 537](#_Toc33620849)

[8.3. Профилактика сальмонеллёза 539](#_Toc33620850)

[I. Общие положения 539](#_Toc33620851)

[II. Выявление, учет, регистрация случаев заболевания сальмонеллёзов 540](#_Toc33620852)

[III. Лабораторная диагностика 541](#_Toc33620853)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в очаге сальмонеллёза 542](#_Toc33620854)

[V. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за сальмонеллёзами 547](#_Toc33620855)

[VI. Профилактические мероприятия 549](#_Toc33620856)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики сальмонеллёзной инфекции 551](#_Toc33620857)

[8.4. Профилактика брюшного тифа и паратифов 552](#_Toc33620858)

[I. Общие положения 552](#_Toc33620859)

[II. Выявление, учет, регистрация случаев заболеваний брюшным тифом и паратифами 554](#_Toc33620860)

[III. Лабораторная диагностика брюшного тифа и паратифов 554](#_Toc33620861)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге 557](#_Toc33620862)

[V. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами 566](#_Toc33620863)

[VI. Профилактические мероприятия 567](#_Toc33620864)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики брюшного тифа и паратифов 569](#_Toc33620865)

[8.5. Профилактика листериоза 571](#_Toc33620866)

[I. Общие положения 571](#_Toc33620867)

[II. Выявление, учет и регистрация 572](#_Toc33620868)

[III. Лабораторная диагностика листериоза 575](#_Toc33620869)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 576](#_Toc33620870)

[V. Эпидемиологический надзор 580](#_Toc33620871)

[VI. Профилактические мероприятия 580](#_Toc33620872)

[8.6. Профилактика иерсиниоза 587](#_Toc33620873)

[I. Общие положения 587](#_Toc33620874)

[II. Выявление, учет и регистрация больных псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом 594](#_Toc33620875)

[III. Лабораторная диагностика псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза у людей 595](#_Toc33620876)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге иерсиниозной инфекции 598](#_Toc33620877)

[V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами 600](#_Toc33620878)

[VI. Профилактические мероприятия 601](#_Toc33620879)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 603](#_Toc33620880)

[8.7. Профилактика кампилобактериоза 605](#_Toc33620881)

[I. Общие положения 605](#_Toc33620882)

[II. Выявление случаев заболеваний кампилобактериозом среди людей 607](#_Toc33620883)

[III. Лабораторная диагностика кампилобактериоза 608](#_Toc33620884)

[IV. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор 609](#_Toc33620885)

[V. Противоэпидемические мероприятия при выявлении случаев кампилобактериоза среди людей 609](#_Toc33620886)

[VI. Правила выписки переболевших и диспансерное наблюдение 611](#_Toc33620887)

[VII. Профилактические мероприятия 612](#_Toc33620888)

[VIII. Гигиеническое воспитание населения 616](#_Toc33620889)

[8.8. Профилактика вирусного гепатита А и Е 617](#_Toc33620890)

[I. Общие положения 617](#_Toc33620891)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев гепатита А и Е 621](#_Toc33620892)

[III. Лабораторная диагностика 621](#_Toc33620893)

[IV. Организация и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге 622](#_Toc33620894)

[V. Эпидемиологический надзор 630](#_Toc33620895)

[VI. Профилактические мероприятия 630](#_Toc33620896)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики 632](#_Toc33620897)

[8.9. Профилактика полиомиелита 634](#_Toc33620898)

[I. Общие положения 634](#_Toc33620899)

[II. Выявление, регистрация, учет больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича 637](#_Toc33620900)

[III. Организация лабораторных исследований биологического материала от больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича и с подозрением на данные заболевания 638](#_Toc33620901)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий 641](#_Toc33620902)

[V. Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами 646](#_Toc33620903)

[VI. Специфическая профилактика полиомиелита 648](#_Toc33620904)

[VII. Мероприятия по профилактике вакциноассоциированных случаев полиомиелита (ВАПП) 651](#_Toc33620905)

[VIII. Серологический мониторинг популяционного иммунитета к полиомиелиту 653](#_Toc33620906)

[IX. Мероприятия, направленные на выявление завоза, циркуляции ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 653](#_Toc33620907)

[X. Слежение за циркуляцией полиовирусов среди населения с помощью исследования объектов окружающей среды 655](#_Toc33620908)

[XI. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае выявления завоза ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 656](#_Toc33620909)

[XII. Безопасность работы с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными полиовирусом 658](#_Toc33620910)

[XIII. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики полиомиелита 661](#_Toc33620911)

[8.10. Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции 663](#_Toc33620912)

[I. Общие положения 663](#_Toc33620913)

[II. Выявление, регистрация, учет и статистическое наблюдение больных энтеровирусной (неполио) инфекцией и с подозрением на ЭВИ 665](#_Toc33620914)

[III. Лабораторная диагностика ЭВИ 666](#_Toc33620915)

[IV. Мероприятия при выявлении больного ЭВИ (при подозрении на ЭВИ) 667](#_Toc33620916)

[V. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ 668](#_Toc33620917)

[VI. Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах ЭВИ 671](#_Toc33620918)

[VII. Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеровирусной инфекцией. 674](#_Toc33620919)

[VIII. Гигиеническое воспитание населения 677](#_Toc33620920)

[9. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ 677](#_Toc33620921)

[9.1. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций 677](#_Toc33620922)

[I. Общие положения 677](#_Toc33620923)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев заболеваний гриппом и ОРИ 679](#_Toc33620924)

[III. Диагностика гриппа и ОРИ 680](#_Toc33620925)

[IV. Мероприятия в отношении источника инфекции 681](#_Toc33620926)

[V. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ 681](#_Toc33620927)

[VI. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в предэпидемический период 683](#_Toc33620928)

[VII. Организация противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ 683](#_Toc33620929)

[VIII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 686](#_Toc33620930)

[IX. Специфическая профилактика гриппа 687](#_Toc33620931)

[X. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ 689](#_Toc33620932)

[XI. Гигиеническое воспитание населения 690](#_Toc33620933)

[9.2. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита 691](#_Toc33620934)

[I. Общие положения 691](#_Toc33620935)

[II. Выявление, учет и регистрация больных корью,  краснухой и эпидемическим паротитом 693](#_Toc33620936)

[III. Лабораторная диагностика кори, краснухи и  эпидемического паротита 694](#_Toc33620937)

[IV. Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита 695](#_Toc33620938)

[V. Специфическая профилактика кори, краснухи и  эпидемического паротита 699](#_Toc33620939)

[VI. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и  эпидемическим паротитом 700](#_Toc33620940)

[VII. Реализация мероприятий по ликвидации  эндемичной кори, краснухи в Российской Федерации 700](#_Toc33620941)

[9.3. Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая 702](#_Toc33620942)

[I. Общая характеристика ветряной оспы и опоясывающего лишая (этиология, клиника, эпидемиология) 702](#_Toc33620943)

[II. Выявление, учет и регистрация больных ветряной оспой и опоясывающим лишаем 704](#_Toc33620944)

[III. Лабораторная диагностика ветряной оспы и опоясывающего лишая 704](#_Toc33620945)

[IV. Клиническая диагностика и критерии постановки диагнозов ветряной оспы и опоясывающего лишая 705](#_Toc33620946)

[V. Эпидемиологический надзор за заболеваниями, вызываемыми ВЗВ 706](#_Toc33620947)

[VI. Профилактические мероприятия 707](#_Toc33620948)

[VII. Противоэпидемические мероприятия 709](#_Toc33620949)

[9.4. Профилактика коклюша 719](#_Toc33620950)

[I. Общие положения 719](#_Toc33620951)

[II. Выявление, учет и регистрация больных коклюшем и лиц с подозрением на заболевание 721](#_Toc33620952)

[III. Лабораторная диагностика коклюша 721](#_Toc33620953)

[IV. Мероприятия в отношении источника инфекции 723](#_Toc33620954)

[V. Мероприятия в очаге инфекции 724](#_Toc33620955)

[VI. Специфическая профилактика коклюша 726](#_Toc33620956)

[VII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 728](#_Toc33620957)

[VIII. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики коклюша 728](#_Toc33620958)

[9.5. Профилактика дифтерии 729](#_Toc33620959)

[I. Общие положения 729](#_Toc33620960)

[II. Выявление, учет и регистрация дифтерии 730](#_Toc33620961)

[III. Диагностика дифтерии 730](#_Toc33620962)

[IV. Организация лабораторной диагностики дифтерии 732](#_Toc33620963)

[V. Мероприятия в отношении источников инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии) 732](#_Toc33620964)

[VI. Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции 734](#_Toc33620965)

[VII. Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии 736](#_Toc33620966)

[VIII. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией 736](#_Toc33620967)

[IX. Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом 737](#_Toc33620968)

[X. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 738](#_Toc33620969)

[XI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики дифтерии 739](#_Toc33620970)

[9.6. Профилактика менингококковой инфекции 740](#_Toc33620971)

[I. Общие положения 740](#_Toc33620972)

[II. Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом 742](#_Toc33620973)

[III. Лабораторная диагностика ГФМИ 743](#_Toc33620974)

[IV. Мероприятия в очаге ГФМИ 745](#_Toc33620975)

[V. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией 747](#_Toc33620976)

[VI. Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции в межэпидемический период и при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией 748](#_Toc33620977)

[VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции 750](#_Toc33620978)

[9.7. Профилактика внебольничных пневмоний 751](#_Toc33620979)

[I. Общие положения 751](#_Toc33620980)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев ВП 752](#_Toc33620981)

[III. Лабораторная диагностика ВП 753](#_Toc33620982)

[IV. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 756](#_Toc33620983)

[V. Противоэпидемические мероприятия в очагах ВП 757](#_Toc33620984)

[VI. Профилактические мероприятия 763](#_Toc33620985)

[VII. Гигиеническое воспитание населения 763](#_Toc33620986)

[9.8. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции 765](#_Toc33620987)

[I. Общие положения 765](#_Toc33620988)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев СГА-инфекции 766](#_Toc33620989)

[III. Лабораторная диагностика СГА-инфекции 767](#_Toc33620990)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий 768](#_Toc33620991)

[V. Мероприятия в очагах СГА-инфекции 769](#_Toc33620992)

[VI. Мероприятия в очагах внутрибольничной СГА-инфекции 772](#_Toc33620993)

[VII. Средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики СГА-инфекции 772](#_Toc33620994)

[VIII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 773](#_Toc33620995)

[IX. Гигиеническое воспитание и обучение 773](#_Toc33620996)

[9.9. Профилактика легионеллеза 774](#_Toc33620997)

[I. Общие положения 774](#_Toc33620998)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев легионеллеза 776](#_Toc33620999)

[III. Лабораторная диагностика 778](#_Toc33621000)

[IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге. 780](#_Toc33621001)

[V. Эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией 782](#_Toc33621002)

[VI. Профилактические мероприятия 783](#_Toc33621003)

[VII. Гигиеническое воспитание населения и обучение граждан по вопросам профилактики 790](#_Toc33621004)

[10. ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 791](#_Toc33621005)

[10.1. Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации 791](#_Toc33621006)

[I. Общие положения 791](#_Toc33621007)

[II. Выявление, регистрация и учет паразитарных болезней 791](#_Toc33621008)

[III. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора 793](#_Toc33621009)

[IV. Требования к мероприятиям по профилактике отдельных групп паразитарных болезней 795](#_Toc33621010)

[V. Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через мясо и мясные продукты 798](#_Toc33621011)

[VI. Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки 802](#_Toc33621012)

[VII. Мероприятия по профилактике эхинококкозов 804](#_Toc33621013)

[VIII. Мероприятия по профилактике дирофиляриоза 807](#_Toc33621014)

[IX. Мероприятия по профилактике геогельминтозов (аскаридоз, трихоцефалез, токсокароз) 808](#_Toc33621015)

[X. Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза 810](#_Toc33621016)

[XI. Мероприятия по профилактике кишечных протозоозов (лямблиоз, амебиаз, криптоспоридиоз, балантидиаз, бластоцистоз и другие) 813](#_Toc33621017)

[XII. Требования к мероприятиям по профилактике заболеваний человека, вызванных членистоногими 815](#_Toc33621018)

[XIII. Мероприятия по профилактике демодекоза 817](#_Toc33621019)

[XIV. Мероприятия по профилактике паразитарных болезней, передающихся через укусы насекомых и клещей 818](#_Toc33621020)

[XV. Требования к мероприятиям по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитарных болезней 819](#_Toc33621021)

[XVI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики паразитарных болезней 823](#_Toc33621022)

[11. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 824](#_Toc33621023)

[11.1. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи 824](#_Toc33621024)

[I. Общие положения 824](#_Toc33621025)

[II. Выявление, учет и регистрация случаев ИСМП 827](#_Toc33621026)

[III. Лабораторная диагностика 829](#_Toc33621027)

[IV. Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях осуществляющих медицинскую деятельность 830](#_Toc33621028)

[V. Эпидемиологический надзор за ИСМП 848](#_Toc33621029)

[VI. Микробиологический мониторинг в медицинских организациях 857](#_Toc33621030)

[VII. Организация дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях 860](#_Toc33621031)

[VIII. Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах 876](#_Toc33621032)

[IX. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) хирургического профиля 901](#_Toc33621033)

[X. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) акушерского профиля 914](#_Toc33621034)

[XI. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) инфекционного профиля 927](#_Toc33621035)

[XII. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях (подразделениях) стоматологического профиля 936](#_Toc33621036)

[XIII. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в прочих медицинских организациях и ФАП 939](#_Toc33621037)

[XIV. Санитарно-эпидемиологические особенности подразделений различного профиля 941](#_Toc33621038)

[12. ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ 953](#_Toc33621039)

[Профилактика столбняка 953](#_Toc33621040)

[I. Общие положения 953](#_Toc33621041)

[II. Выявление, регистрация и учет больных столбняком 955](#_Toc33621042)

[III. Мероприятия в очаге столбняка 956](#_Toc33621043)

[IV. Организация и проведение эпидемиологического обследования в очаге столбняка 956](#_Toc33621044)

[V. Профилактические мероприятия при столбняке 957](#_Toc33621045)

[VI. Мероприятия при появлении реакции на введение препаратов, применяемых при экстренной профилактике столбняка 958](#_Toc33621046)

[VII. Учет проведенной иммунопрофилактики столбняка 959](#_Toc33621047)

[VIII. Слежение за иммунологической структурой населения к столбняку 960](#_Toc33621048)

[IX. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за заболеваемостью столбняком 960](#_Toc33621049)

[X. Гигиеническое воспитание и обучение населения по вопросам профилактики столбняка 960](#_Toc33621050)

[13. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ 962](#_Toc33621051)

[13.1. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней 962](#_Toc33621052)

[I. Общие положения 962](#_Toc33621053)

[II. Материально-техническое обеспечение организации, осуществляющей профилактические прививки, набор и требования к помещениям для организации иммунопрофилактики инфекционных болезней 964](#_Toc33621054)

[III. Учетно-отчетная документация 965](#_Toc33621055)

[IV. Планирование профилактических прививок 968](#_Toc33621056)

[V. Составление заявок на иммунобиологические лекарственные препараты и обеспечение ими организаций здравоохранения 972](#_Toc33621057)

[VI. Требования к кадровому обеспечению организации 975](#_Toc33621058)

[VII. Оценка качества работы медицинской организации по иммунопрофилактике 976](#_Toc33621059)

[13.2. Обеспечение безопасности иммунизации 979](#_Toc33621060)

[I. Общие положения 979](#_Toc33621061)

[II. Обеспечение безопасности пациента при проведении иммунизации 980](#_Toc33621062)

[III. Обеспечение безопасности медицинского работника при проведении иммунизации 986](#_Toc33621063)

[IV.Обеспечение безопасности населения, проживающего на территории, прилегающей к организации, где проводится иммунизация 988](#_Toc33621064)

[13.3. Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов 989](#_Toc33621065)

[I. Общие требования 989](#_Toc33621066)

[II. Требования к температурному режиму транспортирования 990](#_Toc33621067)

[III. Требования к оборудованию для «холодовой цепи» 991](#_Toc33621068)

[IV. Требования к оборудованию для транспортирования ИЛП 992](#_Toc33621069)

[V. Требования к оборудованию для хранения ИЛП 995](#_Toc33621070)

[VI. Требования к оборудованию для контроля температурного 1001](#_Toc33621071)

[VII. Общие требования к организации транспортирования 1006](#_Toc33621072)

[VIII. Общие требования к организации экстренных мероприятий 1008](#_Toc33621073)

[ПРИЛОЖЕНИЯ К СП «САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ» 1010](#_Toc33621074)

[4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ 1010](#_Toc33621075)

[4.1. Безопасность работы с микроорганизмами I-IV групп патогенности (опасности) 1010](#_Toc33621076)

[Приложение 1 1010](#_Toc33621077)

[Приложение 2 1029](#_Toc33621078)

[Приложение 3 1115](#_Toc33621084)

[Приложение 4 1130](#_Toc33621086)

[Приложение 5 1143](#_Toc33621087)

[Приложение 6 1146](#_Toc33621088)

[Приложение 7 1146](#_Toc33621089)

[Приложение 8 1147](#_Toc33621090)

[Приложение 9 1148](#_Toc33621091)

[Приложение 10 1170](#_Toc33621092)

[Приложение 11 1194](#_Toc33621093)

[Приложение 12 1195](#_Toc33621094)

[Приложение 13 1198](#_Toc33621095)

[Приложение 14 1199](#_Toc33621096)

[4.2. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам 1202](#_Toc33621097)

[Приложение 15 1202](#_Toc33621098)

[Приложение 16 1205](#_Toc33621099)

[Приложение 17 1207](#_Toc33621100)

[Приложение 18 1207](#_Toc33621101)

[Приложение 19 1209](#_Toc33621102)

[Приложение 20 1210](#_Toc33621103)

[Приложение 21 1213](#_Toc33621104)

[4.3. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека и других биологических агентов I-IV групп патогенности (опасности) 1214](#_Toc33621105)

[Приложение 22 1214](#_Toc33621106)

[Таблица 22.1 1214](#_Toc33621107)

[Таблица 22.2 1215](#_Toc33621108)

[Таблица 22.3 1216](#_Toc33621109)

[Таблица 22.4 1217](#_Toc33621110)

[Таблица 22.5 1219](#_Toc33621111)

[Таблица 22.6 1220](#_Toc33621112)

[Таблица 22.7 1221](#_Toc33621113)

[Таблица 22.8 1222](#_Toc33621114)

[Таблица 22.9 1223](#_Toc33621115)

[Таблица 22.10 1224](#_Toc33621116)

[Таблица 22.11 1226](#_Toc33621117)

[Таблица 22.12 1227](#_Toc33621118)

[Таблица 22.13 1228](#_Toc33621119)

[Таблица 22.14 1229](#_Toc33621120)

[Таблица 22.15 1230](#_Toc33621121)

[Таблица 22.16 1231](#_Toc33621122)

[Таблица 22.17 1232](#_Toc33621123)

[Таблица 22.18 1233](#_Toc33621124)

[Приложение 23 1235](#_Toc33621125)

[Приложение 24 1243](#_Toc33621126)

[Приложение 25 1265](#_Toc33621127)

[Приложение 26 1265](#_Toc33621128)

[5. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 1268](#_Toc33621129)

[Приложение 27 1268](#_Toc33621130)

[Приложение 28 1270](#_Toc33621131)

[6. ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ 1280](#_Toc33621132)

[6.1. Профилактика ВИЧ-инфекции 1280](#_Toc33621133)

[Приложение 29 1280](#_Toc33621134)

[Приложение 30 1288](#_Toc33621135)

[Приложение 31 1289](#_Toc33621136)

[Приложение 32 1291](#_Toc33621137)

[Приложение 33 1292](#_Toc33621138)

[6.2. Профилактика вирусных гепатитов В и С 1295](#_Toc33621139)

[Приложение 34 1295](#_Toc33621140)

[Приложение 35 1297](#_Toc33621141)

[Приложение 36 1299](#_Toc33621142)

[7. ПРОФИЛАКТИКА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ И БОЛЕЗНЕЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ 1300](#_Toc33621143)

[7.1. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных бактериальной этиологии 1300](#_Toc33621144)

[7.1.2. Профилактика чумы 1300](#_Toc33621145)

[Приложение 37 1300](#_Toc33621146)

[Приложение 38 1303](#_Toc33621147)

[7.2. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных вирусной этиологии 1308](#_Toc33621148)

[7.2.7. Профилактика инфекций, передающихся кровососущими комарами 1308](#_Toc33621149)

[Приложение 39 1308](#_Toc33621150)

[8. ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ 1310](#_Toc33621151)

[8.2. Профилактика холеры 1310](#_Toc33621152)

[Приложение 40 1310](#_Toc33621153)

[Приложение 41 1313](#_Toc33621154)

[8.9. Профилактика полиомиелита 1315](#_Toc33621155)

[Приложение 42 1315](#_Toc33621156)

[Приложение 43 1317](#_Toc33621157)

[Приложение 44 1323](#_Toc33621165)

[Приложение 45 1324](#_Toc33621166)

[Приложение 46 1327](#_Toc33621167)

[Приложение 47 1329](#_Toc33621168)

[Приложение 48 1330](#_Toc33621169)

[Приложение 49 1331](#_Toc33621170)

[9. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ 1332](#_Toc33621171)

[9.2. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита 1332](#_Toc33621172)

[Приложение 50 1332](#_Toc33621173)

[Приложение 51 1335](#_Toc33621174)

[Приложение 52 1338](#_Toc33621175)

[9.4. Профилактика коклюша 1339](#_Toc33621176)

[Приложение 53 1339](#_Toc33621177)

[Приложение 54 1343](#_Toc33621178)

[Приложение 55 1345](#_Toc33621179)

[9.5. Профилактика дифтерии 1349](#_Toc33621180)

[Приложение 56 1349](#_Toc33621181)

[Приложение 57 1353](#_Toc33621182)

[Приложение 58 1356](#_Toc33621183)

[9.6. Профилактика менингококковой инфекции 1359](#_Toc33621184)

[Приложение 59 1359](#_Toc33621185)

[9.7. Профилактика внебольничных пневмоний 1360](#_Toc33621186)

[Приложение 60 1360](#_Toc33621187)

[9.9. Профилактика легионелеза 1365](#_Toc33621188)

[Приложение 61 (справочное) 1365](#_Toc33621189)

[Приложение 62 (справочное) 1366](#_Toc33621190)

[10. ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 1367](#_Toc33621191)

[10.2. Профилактика энтеробиоза 1367](#_Toc33621192)

[Приложение 63 1367](#_Toc33621193)

[Приложение 64 1368](#_Toc33621194)

[11. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 1382](#_Toc33621195)

[11.2. Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах 1382](#_Toc33621196)

[Приложение 65 1382](#_Toc33621197)

[Приложение 66 1383](#_Toc33621198)

[13. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСТНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ 1384](#_Toc33621199)

[13.3. Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов 1384](#_Toc33621200)

[Приложение 67 1384](#_Toc33621201)

[Приложение 68 1385](#_Toc33621202)

[Приложение 69 1386](#_Toc33621203)

[Приложение 70 1387](#_Toc33621204)

[Приложение 71 1388](#_Toc33621205)

[Приложение 72 1389](#_Toc33621206)

[Приложение 73 1403](#_Toc33621207)

1. **ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - Санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации с целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней среди населения Российской Федерации.

1.2. Санитарные правила устанавливают обязательные требования:

- к комплексу организационных, профилактических, в том числе лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, лабораторно-диагностических мероприятий, направленных на обеспечение раннего выявления, предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней среди населения Российской Федерации;

- к организационным, санитарно-противоэпидемическим (профилактическим), инженерно-техническим мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с патогенными биологическими агентами (далее - ПБА) I - IV групп: патогенными для человека микроорганизмами (бактерии, вирусы, риккетсии, хламидии, грибы, прионы), в том числе генно-инженерно-модифицированными; возбудителями паразитарных болезней; ядами биологического происхождения (токсинами); любыми объектами и материалами, содержащими или подозрительными на содержание перечисленных агентов, включая объекты окружающей среды, зоолого-паразитологический, клинический, секционный материалы;

- к организации и порядку выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии/несоответствии условий выполнения работ с использованием биологических веществ, биологических и микробиологических организмов и их токсинов, включая патогенные биологические агенты I-IV групп патогенности (опасности);

- к порядку учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека: микроорганизмов (бактерий, в том числе риккетсий и хламидий, вирусов, простейших, грибов), как существующих в природе, так и модифицированных методами биоинженерии или полученных синтетическим путем, инфекционных агентов, таких как прионы, ядов биологического происхождения (токсинов), а также объектов и материалов биотического и абиотического происхождения, содержащих или подозрительных на содержание ПБА (за исключением медицинских отходов).

1.3. Действие настоящих санитарных правил распространяется на проведение следующих видов работ с использованием ПБА, а также с использованием объектов и материалов, содержащих ПБА или подозрительных на содержание ПБА:

1) Диагностические исследования объектов биотической и абиотической природы:

- с целью выявления маркеров ПБА (индикация ПБА), в том числе: установление биологической природы агента, детекция нуклеиновых кислот, обнаружение антигенов или антител к патогенному агенту, нуклеиновых кислот и других маркеров;

- с целью выделения и идентификации ПБА.

2) Экспериментальные работы, включая манипуляции на молекулярном, клеточном уровнях для создания модифицированных, в том числе генно-инженерно-модифицированных, вариантов ПБА, с использованием микроорганизмов и продуктов их микробиологического синтеза, прионов, токсинов и ядов биологического происхождения:

- микробиологические (вирусологические) исследования (в том числе с использованием животных);

- аэробиологические исследования;

- исследования в области биотехнологии, в том числе генно-инженерная деятельность.

3) Производственные работы (работы по производству иммунобиологических препаратов: вакцин, сывороток, иммуноглобулинов, диагностических тест-систем, и другой продукции с использованием микроорганизмов и продуктов их микробиологического синтеза).

4) Обеззараживание материала, содержащего или подозрительного на содержание ПБА (участки/секторы/отделы/организации, осуществляющие централизованное обеззараживание объектов, содержащих или подозрительных на содержание ПБА, химическими и/или физическими методами).

5) Зоолого-энтомологические работы, включая сбор зоолого-паразитологического материала, объектов окружающей среды на эндемичных по природно-очаговым инфекциям территориях и его транспортирование; содержание диких позвоночных животных и членистоногих.

6) Работы с ПБА в очагах инфекционных заболеваний, в инфекционных больницах (отделениях), изоляторах и обсерваторах.

7) Оказание специализированной медицинской помощи в больницах (госпиталях), изоляторах и обсерваторах.

8) Эвакуация больных особо опасными инфекционными болезнями.

9) Работы, связанные с забором клинического, секционного или любого иного биологического материала людей и животных, содержащего или подозрительного на содержание ПБА, в том числе при патологоанатомическом исследовании трупов людей и павших животных, для проведения исследований по обнаружению и идентификации ПБА.

10) Работы по хранению, передаче, транспортированию ПБА I - IV групп патогенности (коллекционная деятельность).

11) Образовательная деятельность с использованием ПБА.

12) Другие виды работ с использованием ПБА или с использованием объектов и материалов, содержащих ПБА или подозрительных на содержание ПБА (за исключением медицинских отходов).

1.4. Соблюдение санитарных правил является обязательным для государственных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, должностных лиц государственных органов, должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации, должностных лиц органов местного самоуправления, граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность, связанную с использованием ПБА, должны иметь лицензию на деятельность в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-IV групп санитарным правилам. (Ссылки под номером 2: Статья 26 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

1.5. Контроль за выполнением Санитарных правил обеспечивают органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**2. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ   
И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

### I. Общие положения

1.1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарно-эпидемиологическими правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению санитарной охраны территории Российской Федерации, введению ограничительных мероприятий (карантина), осуществлению производственного контроля, принятию мер в отношении больных инфекционными болезнями, прерыванию путей передачи (дезинфекционные мероприятия), проведению медицинских осмотров, организации иммунопрофилактики населения, гигиенического воспитания и обучения граждан.

1.2. Организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в условиях чрезвычайных ситуаций с ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки или при угрозе ее возникновения обеспечивают органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При необходимости в проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по решению руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в установленном порядке могут быть задействованы специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ), функционирующие на базе противочумных учреждений или мобильные вирусологические группы, функционирующие на базе научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора.

1.3. Для оперативного руководства и координации деятельности по предупреждению возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней, а также их ликвидации органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований создают межведомственные санитарно-противоэпидемические комиссии (СПЭК). Заседания СПЭК в плановом порядке проводятся не реже одного раза в квартал, а также в оперативном порядке при возникновении или угрозе возникновения чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера.

1.4. В целях обеспечения противоэпидемической готовности к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации, медицинским организациям необходимо иметь оперативный план проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (умершего), подозрительного на эти заболевания.

1.5. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подлежат включению в разрабатываемые федеральные, региональные, муниципальные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также в региональные, муниципальные комплексные планы по профилактике инфекционных и паразитарных болезней.

1.6. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся в обязательном порядке органами государственной власти, органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья, органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, медицинскими организациями, гражданами, в том числе индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в соответствии с осуществляемой ими деятельностью.

1.7. В случае опасности распространения инфекционных болезней в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации на территории Российской Федерации и отдельных субъектов Российской Федерации, в городских и сельских населенных пунктах, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности вводятся меры, предусматривающие особые условия и режимы хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных (карантин).

1.8. Решение о введении (снятии) карантина принимается Правительством Российской Федерации по предложению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по предписанию главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации. Контроль за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территориях (объектах) с введенным режимом карантина проводят органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### II. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению населения безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой

2.1. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемиологическом отношении.

2.2. Население должно обеспечиваться безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой в количествах, достаточных для удовлетворения физиологических и бытовых потребностей человека.

2.3. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, владельцы и лица, осуществляющие эксплуатацию централизованных, нецентрализованных, домовых распределительных, автономных систем питьевого водоснабжения населения, в том числе используемых в лечебных целях, и систем питьевого водоснабжения на транспортных средствах обязаны обеспечить соответствие качества питьевой воды установленным требованиям.

2.4. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие деятельность по обеспечению водой населения, обязаны организовывать и проводить производственный контроль ее качества и биологической безопасности в соответствии с установленными требованиями.

2.5. Производственный контроль качества и биологической безопасности питьевой воды, подаваемой населению, проводится в соответствии с программой производственного контроля, которая разрабатывается индивидуальными предпринимателями или юридическими лицами.

2.6. В целях предупреждения биологического и химического загрязнения источников водопользования устанавливаются зоны санитарной охраны.

2.7. Разрешение на использование водного объекта допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии водного объекта действующим санитарно-эпидемиологическим требованиям и условиям безопасного для здоровья населения использования водного объекта.

### III. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности населения

3.1. Условия проживания в жилых зданиях и помещениях должны соответствовать требованиям санитарного законодательства Российской Федерации.

3.2. Содержание жилых зданий и помещений должно отвечать требованиям санитарного законодательства Российской Федерации.

3.3. При эксплуатации производственных, общественных зданий, сооружений и оборудования должны обеспечиваться безопасные в эпидемиологическом отношении условия труда, быта и отдыха и осуществляться мероприятия по охране окружающей среды, направленные на предупреждение возникновения и распространения инфекционных болезней, в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими требованиями.

### IV. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасного питания населения

4.1. Пищевая продукция, находящаяся в обращении, в течение установленного срока годности при использовании по назначению должна быть безопасна. В ней не допускается превышение нормируемых показателей содержания микроорганизмов, а также наличие возбудителей инфекционных, паразитарных болезней, их токсинов, представляющих опасность для здоровья человека.

4.2. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие деятельность по производству (изготовлению) и обороту пищевых продуктов, материалов и изделий, контактирующих с ними, обязаны организовывать и проводить контроль за соблюдением требований нормативных и технических документов к условиям изготовления и оборота пищевых продуктов, таких материалов и изделий.

4.3. При организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению, для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней должны выполняться действующие санитарно-эпидемиологические требования.

4.4. Пищевая продукция, не соответствующая требованиям технических регламентов, в том числе с истекшим сроком годности, подлежит изъятию из обращения участником хозяйственной деятельности (владельцем пищевой продукции) самостоятельно либо по предписанию уполномоченного органа государственного контроля (надзора).

### V. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий воспитания и обучения населения

5.1. В образовательных и оздоровительных организациях, осуществляющих воспитание и обучение детей и подростков, должны обеспечиваться условия, предупреждающие возникновение и распространение инфекционных болезней, в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими требованиями.

### VI. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению условий пребывания населения в медицинских организациях

6.1. Планировка, комплексное благоустройство медицинских организаций должны предусматривать предупреждение возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.

6.2. В медицинских организациях должны обеспечиваться безопасные условия труда медицинских работников, соблюдаться санитарно-противоэпидемический режим, осуществляться мероприятия по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

### VII. Выявление, учет и регистрация больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней

7.1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники медицинских организаций, образовательных и оздоровительных организаций, осуществляющих воспитание и обучение детей и подростков, а также других организаций, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, обязаны выявлять больных инфекционными и паразитарными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней.

7.2. Выявление больных и носителей осуществляется при оказании всех видов оказания медицинской помощи, а также при проведении периодических и предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров; медицинских осмотров в период реконвалесценции или диспансеризации; медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больным или носителем; подворных (поквартирных) обходов; медицинских осмотров отдельных групп населения по эпидемическим показаниям; лабораторных исследований биологических материалов от людей.

7.3. Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания, лабораторных данных.

7.4. О каждом случае инфекционной (паразитарной) болезни, носительства возбудителей инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на инфекционную (паразитарную) болезнь, а также в случае смерти от инфекционной (паразитарной) болезни медицинские работники медицинских, образовательных, оздоровительных и других организаций, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи) представить экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного (независимо от места его нахождения).

7.5. Ответственными за полноту, достоверность и своевременность учета инфекционных и паразитарных заболеваний, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, руководители медицинских, оздоровительных, образовательных и других организаций, выявившие больного.

7.6. Каждый случай инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных (паразитарных) болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы по месту их выявления в медицинских, образовательных, оздоровительных и других организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.7. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на пациента с инфекционным (паразитарным) заболеванием в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления заболевания, с указанием измененного (уточненного) диагноза, даты его установления, первоначального диагноза, результата лабораторного исследования.

7.8. Территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе ставит в известность медицинскую организацию по месту выявления больного, приславшую первоначальное экстренное извещение.

7.9. Учет зарегистрированных случаев инфекционных болезней осуществляется на территориальном, региональном и федеральном уровнях в формах федерального государственного статистического наблюдения.

7.10. Перечень инфекционных болезней, подлежащих обязательной регистрации, учету и статистическому наблюдению, а также порядок проведения определяются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### VIII. Диагностика инфекционных и паразитарных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней

8.1. Диагностика инфекционных и паразитарных болезней включает комплекс медицинских манипуляций, осуществляемый посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, в том числе эпидемиологического, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях установления диагноза.

8.2. Эпидемиологический анамнез собирается медицинским работником (лечащим врачом), который несет ответственность за его полноту и качество.

При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают (с указанием места и времени) наличие контакта с больным инфекционным заболеванием или носителем, с больным животным или сырьем животного происхождения; факта употребления сырой воды, подозрительных продуктов питания; укусов насекомых, членистоногих, нахождения в природных условиях, получения травм, ожогов, ран, проведения медицинских манипуляций (инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических вмешательств и другие); других условий, при которых могло произойти заражение конкретной нозологической формой инфекционной или паразитарной болезни; сведения об иммунизации. Данные эпидемиологического анамнеза вносятся в медицинские документы больного (карта стационарного больного, амбулаторная карта и другие).

8.3. Для постановки диагноза инфекционного или паразитарного заболевания больной с подозрением на заболевание должен быть обследован лабораторно в целях определения возбудителя, вызвавшего заболевание, любым из доступных методов диагностики.

В очагах инфекционных и паразитарных болезней с определенным возбудителем диагноз может быть установлен на основании клинико-эпидемиологических данных без лабораторного подтверждения.

8.4. Забор биологических материалов проводится в первый день обращения больного за медицинской помощью (выявления), в последующем исследования повторяются в определенные для каждой нозологической формы сроки.

8.5. При доставке материала для исследования учитываются сроки забора и хранения материала.

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

9.1. Меры в отношении больных инфекционными болезнями:

9.1.1. Больные инфекционными и паразитарными болезнями, лица с подозрением на инфекционные и паразитарные болезни, лица, общавшиеся с больными инфекционными болезнями, лица, подвергшиеся нападению и укусам кровососущих членистоногих, укусам и ослюнению дикими и домашними животными, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию на наличие возбудителей инфекционных и паразитарных болезней и медицинскому наблюдению или лечению (экстренной профилактике), и в случае если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9.1.2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, если они могут явиться источниками их распространения в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работы, временно переводятся для выполнения работ, не связанных с риском распространения инфекционных болезней, или отстраняются от работы на время проведения санации.

9.2. Изоляция и эвакуация больных инфекционными и паразитарными болезнями, лиц с подозрением на инфекционные и паразитарные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней:

9.2.1. Больные инфекционными и паразитарными болезнями по эпидемическим показаниям могут подлежать временной изоляции по месту выявления, а также изоляции в специализированных инфекционных стационарах (отделениях).

9.2.2. Эвакуация (транспортирование) больных в инфекционные стационары (отделения) осуществляется специальным санитарным транспортом в сопровождении медицинского работника.

9.2.3. Перечень инфекционных и паразитарных болезней, а также эпидемиологические показания, при которых обязательна изоляция больных в инфекционных стационарах (отделениях), порядок такой изоляции и эвакуации (транспортирование) определяются законодательством Российской Федерации.

9.2.4. Санитарный транспорт после эвакуации инфекционных больных подлежит обязательной дезинфекции в специально оборудованном месте для санитарной обработки транспорта (бокс, крытая площадка), имеющем сток в яму, с использованием разрешенных к применению и зарегистрированных в установленном порядке дезинфицирующих средств и методов.

9.3. Лечение больных инфекционными и паразитарными болезнями, носителей возбудителей инфекционных болезней, порядок их выписки и допуска к работе, диспансеризация реконвалесцентов:

9.3.1. Больные инфекционными и паразитарными болезнями подлежат обязательному лечению в амбулаторных или стационарных условиях на основании их информированного добровольного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, допускаются медицинское вмешательство и изоляционные меры[[1]](#footnote-1).

9.3.2. Порядок лечения больных в стационарных и амбулаторных условиях, методы лечения, порядок выписки и допуска к работе определяются законодательством Российской Федерации.

9.3.3. Реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению, порядок и объем которого определяются законодательством Российской Федерации.

9.4. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больными инфекционными и паразитарными болезнями:

9.4.1. За лицами, общавшиеся с больным по месту жительства, учебы, воспитания, работы, в оздоровительной организации, по эпидемическим показаниям устанавливают медицинское наблюдение, проводят их лабораторное обследование и экстренную профилактику. Результаты медицинского наблюдения, лабораторного обследования вносятся в первичную медицинскую документацию.

9.4.2. Перечень инфекционных болезней, эпидемические показания, при которых обязательным является медицинское наблюдение, лабораторное обследование и экстренная профилактика лиц, общавшихся с больным (в том числе в эпидемических очагах), объем и порядок их проведения определяются законодательством Российской Федерации.

9.5. Разобщение лиц, общавшихся с больными инфекционными и паразитарными болезнями:

9.5.1. При некоторых инфекционных болезнях в отношении лиц, общавшихся с больным, применяется изоляция и медицинское наблюдение.

9.5.2. Перечень инфекционных болезней, порядок проведения мероприятий и эпидемические показания, при которых в отношении лиц, находившихся с больным в очагах, применяется изоляция и медицинское наблюдение, определяются законодательством Российской Федерации.

9.6. Дезинфекционные мероприятия в очагах инфекционных и паразитарных болезней

9.6.1. В целях предупреждения распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) с их выделениями и через объекты внешней среды, имевших контакт с больными (носителями), в эпидемических очагах проводятся дезинфекционные мероприятия, обеспечивающие прерывание механизма передачи инфекционного агента и прекращение развития эпидемического процесса.

9.6.2. В эпидемических очагах проводятся текущая и заключительная дезинфекция, дезинвазия, дезинсекция и дератизация.

9.6.3. Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевшего и до его выздоровления или госпитализации. Выполняют текущую дезинфекцию лица, осуществляющие уход за больным, члены семьи после проведения инструктажа медицинским работником.

В медицинских организациях текущая дезинфекция объектов внешней среды проводится с момента госпитализации больного и до его выписки сотрудниками медицинских организаций.

9.6.4. Заключительная дезинфекция проводится после изоляции (госпитализации), смерти или выздоровления больного на дому, в медицинских организациях, по месту работы или учебы, на траспортных средствах и в других учреждениях.

9.6.5. Перечень инфекционных болезней, эпидемические показания, при которых обязательным является проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также порядок, виды, методы и объемы мероприятий определяются законодательством Российской Федерации.

9.6.6. Для проведения дезинфекции, дезинсекции, дератизации и дезинвазии используют средства, разрешенные к применению и зарегистрированные в установленном порядке.

### X. Профилактические мероприятия

10.1. Медицинские осмотры:

10.1.1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры (далее - медицинские осмотры).

10.1.2. В случае ухудшения эпидемиологической обстановки по инфекционным болезням, возникновения угрозы распространения инфекционных и паразитарных болезней среди населения, в том числе связанной с формированием эпидемических очагов с групповой заболеваемостью, внеочередные медицинские осмотры проводятся на основании предписаний органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

10.1.3. Работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации.

10.1.4. Работники, не прошедшие обязательный медицинский осмотр, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, а также при наличии медицинских противопоказаний не допускаются руководителем юридического лица и индивидуальным предпринимателем к исполнению ими трудовых обязанностей.

Ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр, возлагается на юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

10.1.5. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности работник может быть признан временно или постоянно непригодным к выполнению отдельных видов работ по состоянию здоровья.

10.1.6. Данные о прохождении медицинских осмотров, наряду с информацией об обязательных прививках для профессиональных и/или возрастных групп населения подлежат внесению в медицинскую документацию, сертификаты профилактических прививок, личные медицинские книжки и учету в медицинских организациях, осуществляющих медицинское обслуживание работников, а также в органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

10.1.7. В случае выявления у работника при проведении предварительного или периодического медицинских осмотров острого инфекционного заболевания данный работник не допускается к работе до выздоровления. Основанием для допуска к работе служит справка врача о выздоровлении, выданная в соответствии с действующими методическими документами в зависимости от перенесенного заболевания. В случае выявления у работника хронического инфекционного заболевания или носительства возбудителя инфекционного заболевания вопрос об отстранении от работы решается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.2. Иммунопрофилактика инфекционных болезней:

10.2.1. Профилактические прививки проводятся гражданам для предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.2.2. Профилактические прививки населению проводятся медицинскими организациями, лицензированными для соответствующих видов деятельности.

10.2.3. Перечень инфекционных болезней, иммунопрофилактика которых предусмотрена [национальным календарем](consultantplus://offline/ref=739C7940C294658D9FDAC248E5FBF0E6C85947C3C7BA521B5AB4238C40951B0EC6BC398542D9C52BDF4CBF33DA3F3F603491CB9FECC8C33BT2cEI) профилактических прививок и [календарем](consultantplus://offline/ref=739C7940C294658D9FDAC248E5FBF0E6C85947C3C7BA521B5AB4238C40951B0EC6BC398542D9C523D94CBF33DA3F3F603491CB9FECC8C33BT2cEI) профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утверждается в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении иммунизации населения в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации совместно с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан с учетом действующих нормативных правовых и методических документов и складывающейся эпидемиологической ситуации.

Внеплановая иммунизация граждан при эпидемическом неблагополучии, возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, в очагах инфекционных болезней проводится на основании постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, при возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, в очагах инфекционных болезней на территориальном, объектовом уровне - на основании постановлений главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации.

10.2.4. Для иммунопрофилактики используются иммунобиологические лекарственные препараты, разрешенные к применению в Российской Федерации.

10.2.5. Хранение и транспортирование иммунобиологических лекарственных препаратов, предназначенных для иммунизации населения, на всех этапах должно осуществляться с соблюдением температурных режимов хранения и транспортирования.

10.2.6. Профилактические прививки, а также случаи необычных реакций и осложнений после введения иммунобиологических лекарсивенных препаратов подлежат обязательной регистрации и учету по месту их проведения в медицинских организациях и в органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Порядок регистрации, учета и статистического наблюдения за количеством привитых лиц определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.2.7. В медицинских организациях, осуществляющих иммунопрофилактику, должен быть обеспечен учет населения, подлежащего профилактическим прививкам.

10.2.8. Факт проведения профилактической прививки или отказа от нее в письменном виде должен быть зафиксирован в медицинских документах постоянного хранения.

10.2.9. Иммунизация должна осуществляться в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями.

10.2.10. Организация мероприятий по иммунопрофилактике инфекционных болезней среди населения определяется нормативными документами.

### XI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики

11.1. В целях повышения санитарной культуры населения, профилактики инфекционных болезней, пропаганды здорового образа жизни должно проводиться гигиеническое воспитание и обучение граждан.

11.2. Гигиеническое воспитание и обучение осуществляется в процессе воспитания и обучения в образовательных и оздоровительных организациях, а также при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

11.3. Вопросы профилактики инфекционных болезней должны включаться в программы обучения и воспитания, квалификационные требования при проведении аттестации работников.

11.4. Организацию и проведение гигиенического воспитания и обучения граждан проводят органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, образования, органы местного самоуправления, медицинские, оздоровительные и образовательные организации, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и другие заинтересованные структуры.

### XII. Подготовка медицинских работников и повышение квалификации по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики инфекционных и паразитарных болезней.

12.1. Медицинские работники должны проходить подготовку и повышение квалификации по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии, профилактики инфекционных и паразитарных болезней, организации и проведения дезинфекционных мероприятий.

12.2. Подготовка медицинских работников по этим вопросам проводится в период обучения в образовательных организациях.

12.3. Вопросы клиники, диагностики, эпидемиологии, профилактики инфекционных и паразитарных болезней, организации и проведения дезинфекционных мероприятий включаются в образовательные программы, а также в квалификационные требования при проведении аттестации медицинских работников.

**3. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К   
ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ,   
ДЕРАТИЗАЦИОННОЙ И ДЕЗИНСЕКЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

I. Общие положения

* 1. Дезинфекционная деятельность предусматривает организацию и осуществление работ и услуг, включающих борьбу с патогенными микроорганизмами, грызунами и их эктопаразитами, насекомыми и кровососущими членистоногими, разработку, испытание, производство, хранение, транспортирование, реализацию, применение, уничтожение и утилизацию средств, оборудования, материалов для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции, дератизации, отпугивания (далее — дезинфекционная деятельность), а также контроль за этими работами и услугами.
  2. В ходе организации и осуществления дезинфекционной деятельности выполняются работы и услуги по проведению профилактической дезинфекции (дезинфекция, дезинсекция, дератизация), очаговой дезинфекции (текущая и заключительная дезинфекция, дезинсекция, дератизация), а также по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских изделий, контролю эффективности и безопасности проводимых мероприятий.
  3. Деятельность, связанная с использованием дезинфекционных средств, включает: приготовление, хранение, транспортировку, реализацию, применение средств, оборудования и материалов для дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации, уничтожение дезинфекционных средств, контроль за эффективностью дезинфекционных средств и безопасным их применением, а также за проведением дезинфекционных мероприятий и их эффективностью.
  4. Юридические и физические лица при осуществлении дезинфекционной деятельности обеспечивают:

- безопасные для человека и окружающей среды условия выполнения работ и оказания услуг;

- подготовку персонала по вопросам, связанным с выполнением отдельных видов работ и услуг;

- оценку эффективности дезинфекционной деятельности;

- организацию и осуществление производственного контроля за соблюдением санитарных правил и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- своевременное информирование органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов государственной власти, местного самоуправления, населения об аварийных ситуациях, остановках производства, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, а также о мерах безопасности при использовании помещений и территорий, на которых осуществляется дезинфекционная деятельность.

* 1. Средства, оборудование, материалы для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции, дератизации (далее – дезинфекционные средства) должны быть эффективны в отношении целевых объектов и безопасны для человека и окружающей природной среды.

К использованию допускаются дезинфекционные средства, имеющие свидетельство о государственной регистрации, выдаваемое в порядке и на условиях, установленных Евразийской экономической комиссией.

* 1. При проектировании, строительстве, вводе в эксплуатацию, реконструкции, техническом перевооружении, расширении, эксплуатации, консервации и ликвидации организаций, осуществляющих дезинфекционную деятельность, должны соблюдаться требования технических регламентов, санитарных правил, строительных норм и правил, предъявляемые к производству, хранению, применению химических веществ соответствующего класса опасности.
  2. Дезинфекционные средства хранят в таре (упаковке) поставщика (производителя) с этикеткой, в условиях, регламентированных документами на каждое средство, в специально предназначенных помещениях (складах).
  3. Розничную реализацию дезинфекционных средств осуществляют организации торговли в зоне непродовольственных товаров, отдельно от пищевых продуктов, парфюмерно-косметических средств, средств гигиены, товаров для детей, товаров для животных. Торговые организации должны иметь отдельные склады для хранения дезинфекционных средств.
  4. Юридические и физические лица, осуществляющие оптовую и розничную торговлю дезинфекционными средствами обязаны обеспечить:

- наличие оформленных в установленном порядке свидетельств о государственной регистрации, деклараций о соответствии на дезинфекционные средства или их официально заверенныхкопий.

- отпуск потребителям препаратов только в таре изготовителя, в невскрытой упаковке, с этикеткой, содержащей данные о названии препарата, его назначение, даты изготовления, порядке использования, мерах предосторожности при транспортировании и использовании, реквизиты изготовителя;

-соблюдение требований безопасности, предъявляемых к транспортированию и хранению дезинфекционных средств.

1.10. Транспортирование дезинфекционных средств должно осуществляться в крытых транспортных средствах, в тарной упаковке изготовителя, в условиях, обеспечивающих сохранность средства и упаковки.

1.11. Дезинфекционные средства, расфасованные из тары изготовителя в мелкую упаковку, должны иметь соответствующие официально утвержденные этикетки и транспортироваться в специальной промаркированной таре.

1.12. Утилизация не использованных дезинфекционных средств осуществляется в соответствии с требованиями законодательства об отходах производства и потребления.

1.13. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, юридические лица и индивидуальные предприниматели- несут ответственность за организацию и осуществление дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней на эксплуатируемых объектах, транспортных средствах, территориях (прилегающих к объектам, населенного пункта, природного очага), находящихся в зоне ответственности, в том числе посредством привлечения специализированных организаций, осуществляющих дезинфекционную деятельность, обеспечивают организацию проведения:

- профилактических (организационных, инженерно-технических, санитарно-гигиенических) мероприятий, предупреждающих заселение объектов грызунами и членистоногими;

- обследований с целью определения технического и гигиенического состояния объекта и прилегающей к нему территории, учета численности и определения заселенности объектов и территории грызунами и членистоногими;

- истребительных мероприятий против грызунов и членистоногих;

- профилактической и очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции по эпидемиологическим показаниям;

- контроля за проведением дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных мероприятий и их эффективностью.

1.14. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия на объектах, транспортных средствах, рекреационных территориях населенных пунктов проводятся персоналом организаций дезинфекционного профиля, имеющим соответствующую подготовку.

1. Требования к организации и проведению дезинфекции, стерилизации
   1. Дезинфекция включает работы по полному или частичному уничтожению (удалению) микроорганизмов— возбудителей инфекционных и паразитарных болезней — на (в) объектах.
   2. Не допускается применение дезинфицирующих средств, обладающих только бактериостатическим действием.
   3. Требования к порядку проведения дезинфекции с целью профилактики отдельных инфекционных и паразитарных болезней устанавливаются в соответствии с требованиями по профилактике соответствующего инфекционного заболевания.
   4. Стерилизации подлежат все медицинские и другие изделия, инструменты многократного применения, при работе с которыми возможно повреждение целостности кожных покровов и слизистых.
   5. В результате стерилизации на/в обрабатываемом изделии не должно быть жизнеспособных микроорганизмов всех видов (в том числе в споровой форме).
   6. Стерилизации должна предшествовать предстерилизационная очистка с применением средств, обладающих моющими свойствами

III. Требования к организации и проведению дезинсекции

* 1. Дезинсекция включает в себя организационные, санитарно-технические, санитарно-гигиенические и истребительные мероприятия, направленные на уничтожение членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение.
  2. Дезинсекционные мероприятия включают организацию и проведение:

определения видовой принадлежности членистоногих**;** учета численности, определения заселенности членистоногими объектов и территории;

истребительных мероприятий с использованием механических, химических и биологических методов;

контроля эффективности истребительных мероприятий своими силами или силами исполнителей дезинсекционных работ или сторонних организаций. При отсутствии эффективности проверяют качество препарата, а дезинсекционные обработки повторяют, используя инсектициды из других групп химических веществ.

* 1. В лесопарковой зоне, на территории участков природных очагов, на которых расположены объекты, имеющие особое эпидемиологическое значение (медицинские организации, организации отдыха и оздоровления детей, санатории, базы отдыха), а также на территории населенных пунктов дезинсекция, включая акарицидные и ларвицидные обработки проводится в весенний, летний, при необходимости - в осенний периоды;
  2. Кратность плановых обследований по определению заселенности членистоногими объектов, имеющих особое эпидемиологическое значение должна составлять не реже 1 раз в месяц, анофелогенных водоемов (в весенне-летний период) – не реже 1 раз в неделю, открытых территорий - 1 раз в месяц.
  3. Перед проведением дезинсекции, руководители организаций, в которых проводится дезинсекция, должны информировать сотрудников о дате, времени проведения и мерах предосторожности и провести подготовку помещений к истребительным мероприятиям.
  4. Дезинсекция в помещениях проводится при закрытых форточках и окнах. После окончания работы помещения проветривают в соответствии с инструкцией по применению дезинсекционного средства.
  5. Дезинсекционные приманки для синантропных членистоногих раскладывается в местах, недоступных для людей и домашних животных. Для раскладки приманок не допускается использовать пищевую посуду.
  6. При проведении дезинсекции, пищевая продукция должна быть помещена в герметично закрывающуюся тару. В случае попадания дезинсекционных средств на пищевую продукцию, эта продукция подлежит уничтожению.
  7. Граждане могут самостоятельно осуществлять дезинсекцию собственных жилых помещений, в том числе загородных строений, надворных построек, дворовых территорий, предназначенными для этих целей средствами, разрешенными для применения населением в быту.
  8. Дезинсекционные средства I класса опасности (чрезвычайно опасные) запрещается использовать для медицинской дезинсекции.
  9. Дезинсекционные средства II класса опасности (высокоопасные) допускается использовать только для обработки подвалов и других нежилых помещений обученным персоналом, в средствах защиты, в отсутствие людей, с последующим обязательным проветриванием и уборкой помещений. Их использование не допускается в медицинских, образовательных организациях для детей и подростков, организациях отдыха и оздоровления детей, в организациях общественного питания, объектах коммунально-бытового обслуживания.
  10. Дезинсекционные средства III класса допускается использовать обученным персоналом в помещениях любого типа в соответствии с инструкцией по применению. Населением в быту разрешено использовать средства в аэрозольной упаковке, не более 1 упаковки в сутки, в соответствии с инструкцией по применению средства.
  11. Дезинсекционные средства IV класса (малоопасные) разрешается использовать без ограничений в соответствии с инструкцией по применению.
  12. После проведения дезинсекционных мероприятий на всех объектах проводится влажная уборка с применением моющих средств.
  13. Показателем эффективности дезинсекционных мероприятий является снижение численности синантропных членистоногих, выраженное в процентах.

Объект считают освобожденным, если членистоногие отсутствуют во всех его помещениях после дезинсекции в течение 1 месяца.

IV. Требования к организации и проведению дератизации

* 1. Дератизация мероприятия включает в себя организационные, санитарно-технические, санитарно-гигиенические и истребительные мероприятия, направленные на уничтожение грызунов, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение Дератизационные мероприятия на объектах включают организацию и проведение:

- обследования с целью определения видового состава и численности грызунов, заселенности ими объектов и территорий, их санитарно-гигиенического состояния, эффективности дератизационных мероприятий;

- определения объемов истребительных и профилактических дератизационных мероприятий (физическая площадь строения и территории, необходимая кратность обработок);

- определения содержания, сроков и условий проведения истребительных или профилактических работ;

* 1. Объект и территория считаются заселенными грызунами при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

а) наличие отловленного грызуна;

б) обнаружение следов грызунов на контрольно-пылевых (следовых) площадках;

в) открытое перемещение грызунов по объекту или территории;

г) наличие жилых нор, свежего помета, повреждение продуктов, тары и других предметов;

д) поедание грызунами разложенной приманки.

Объект считается свободным от грызунов, если отсутствуют все вышеперечисленные признаки.

Объектами, имеющими особое эпидемиологическое значение, являются:

- предприятия пищевой промышленности, общественного питания и организации торговли продовольственными товарами;

- жилые здания, предназначенные для постоянного проживания или временного пребывания людей, в том числе гостиницы, общежития;

- медицинские организации;

- санаторно-курортные организации, дома отдыха, пансионаты и другие;

- образовательные организации;

- организации, осуществляющие горячее водоснабжение, организации осуществляющие холодное водоснабжение и (или) водоотведение;

- объекты коммунально-бытового назначения;

- объекты и территории организаций, занимающихся утилизацией бытовых отходов, кладбища, очистные сооружения;

- объекты и территории организаций, занимающихся внешним благоустройством: санитарной очисткой, уборкой и озеленением населенных пунктов;

- рекреационные объекты и территории (садоводческие, огороднические и дачные объединения граждан, пляжи, места массового отдыха, туризма, рыбалки, охоты и другие);

- таможенные терминалы;

- пункты пропуска через государственную границу Российской Федерации;

- железнодорожные вокзалы, морские (речные, озерные) вокзалы и порты, автовокзалы, аэропорты;

- суда морские, речные, воздушные;

- железнодорожный транспорт, в том числе метрополитен;

- специализированный автотранспорт;

- территории активных природно-антропургических очагов инфекционных болезней.

4.3. На объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение, 1 раз месяц проводится обследование, по результатам которого, при обнаружении следов жизнедеятельности грызунов, проводятся профилактические дератизационные мероприятия химическими или механическими методами дератизации.

4.4. В природных очагах (зоны рекреации, лесопарковые территории прилегающие к населенным пунктам) истребительные мероприятия проводят до снижения численности грызунов до 7%, в антропоургических очагах (населенные места) - до 3% попадания грызунов в выставленные ловушки в течение суток.

4.5. В природных и антропоургических очагах зоонозных инфекций, при наличии эпидемиологических и санитарно-гигиенических показаний (численность грызунов выше критерия низкой численности 7% или 3% соответственно типу очага), проводят экстренные очаговые дератизационные мероприятия.

4.6. Контроль эффективности истребительных мероприятий осуществляют на основании учетов численности грызунов методами ловушко-суток или пылевыми площадками на объектах или на территории до начала дератизационных мероприятий и через 1-2 дня (если использовали приманки на основе острых родентицидов) и 10 - 30 дней (если использовали приманки на антикоагулянтах) после их окончания.

* 1. Основными показателями эффективности истребительных работ являются:

- в зданиях и строениях – удельный вес площади, освобожденной от грызунов в данном месяце, в процентах;

- на незастроенных территориях населенного пункта - снижение численности грызунов в результате обработок на 80% и более.

* 1. Эффективными считаются дератизационные мероприятия, обеспечивающие:

- отсутствие грызунов на объекте в течение не менее трех месяцев со дня проведения дератизации, при условии выполнения на объекте защитных санитарно-технических и санитарно-гигиенических мероприятий;

- снижение численности грызунов на территории населенного пункта до 3%, а в природных очагах инфекций или рекреационных лесных массивах по границе населенного пункта до 7% попаданий грызунов в течение суток в установленные ловушки.

* 1. При барьерных, сплошных и очаговых дератизационных мероприятиях используют родентициды острого действия или антикоагулянты второго поколения, а также физические средства дератизации.
  2. Родентициды острого действия применяют только организации занимающиеся дезинфекционной деятельностью, при наличии эпидемиологических и санитарно-гигиенических показаний (численность выше критерия низкой численности 3% в населенных местах и 7% в природных очагах инфекций).
  3. Родентицидные средства кумулятивного действия, на основе антикоагулянтов первого и второго поколений, следует применять только в местах, недоступных детям и домашним животным, отдельно от пищевых продуктов и фуража. Они помещаются на специальные подложки в закрывающиеся пронумерованные одноразовые или многоразовые контейнеры, бумажные пакетики, другие емкости и средства, обеспечивающие безопасность людей и домашних животных.
  4. При изготовлении приманок для грызунов используют родентициды, прошедшие государственную регистрацию и имеющие декларацию о соответствии.
  5. Места раскладки родентицидных средств контролируются в течение всего периода проведения дератизационных мероприятий. Контроль прекращается, если они повсеместно остаются нетронутыми более двух недель, что указывает на исчезновение грызунов. Родентицидные средства оставляют на объекте в качестве профилактического средства или собирают и утилизируют.
  6. Юридические лица или индивидуальные предприниматели осуществляющие дератизационные мероприятия обязаны иметь профессиональную подготовку и повышать квалификацию не реже одного раза в пять лет.
  7. Не допускается выдача (передача) родентицидов лицам, не прошедшим соответствующую профессиональную подготовку.
  8. На территории антропоургических или природно-антропоургических очагов зоонозных болезней родентицидные средства раскладывают в наиболее подходящих для этого местах (с учетом безопасности для человека) используя естественные укрытия, подложки, пакетики или в специальные одноразовые или многоразовые контейнеры.

Трупы отловленных животных утилизируются в соответствии с Ветеринарно-санитарными правилами сбора, утилизации и уничтожения биологических отходов.

V. Требования к осуществлению дезинфекционной деятельности на отдельных объектах

* 1. В медицинских организациях.
     1. Дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию в медицинских организациях проводит специально подготовленный персонал организации, а дезинсекцию и дератизацию – специалисты организаций дезинфекционного профиля, или специально подготовленный персонал организации.
     2. В медицинских организациях для текущей дезинфекции не допускается применение дезинфицирующих средств I-III класса опасности при ингаляционном пути поступления. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного действия (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода *Candida*).
     3. При проведении текущей дезинфекции в присутствии пациентов и персонала не допускается применять способ орошения поверхностей дезинфицирующими растворами, а при способе протирания в присутствии пациентов и персонала применять средства, обладающие раздражающим действием, вызывающие аллергические реакции. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов при соблюдении персоналом мер предосторожности с использованием средств индивидуальной защиты.
     4. Приготовление дезинфицирующих растворов, их хранение, обеззараживание белья, медицинских изделий и других объектов проводят в специально выделенных и оборудованных помещениях.
     5. В медицинских организациях применяют инсектициды только IV класса опасности, исключение составляют средства в аэрозольных упаковках. В присутствии больных не допускается проводить дезинсекцию методами орошения и опыливания.
     6. В медицинских организациях не допускается применять дератизационные средства, содержащие яды острого действия, порошковидные формы родентицидов.
     7. При дератизации помещений для приема пищи и палат предпочтительнее применять механические методы. В случае применения отравленных приманок их раскладывают в специальные, доступные только для грызунов емкости (контейнеры), исключающие разнос родентицидов грызунами и их попадание на пищевые продукты, медикаменты и т.д. Емкости с приманкой нумеруют, расставляют и сдают под расписку представителю администрации. По окончании дератизационных работ емкости с остатками приманки собирают и утилизируют.
     8. В медицинских организациях медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.
     9. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.
     10. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.
     11. Отделения медицинской организации должны быть обеспечены медицинской техникой и медицинскими изделиями в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.
     12. Медицинские изделия однократного и многократного применения после использования подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования. Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.
     13. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза); в микологических стационарах (кабинетах) - по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.
     14. Дезинфекцию медицинских изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способом.
     15. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

* + 1. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.
    2. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств медицинские изделия погружают в рабочий раствор средства (далее - раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.
    3. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения медицинских изделий в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.
    4. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.
    5. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.
    6. Предстерилизационную очистку медицинских изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

Предстерилизационную очистку медицинских изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

* + 1. Качество предстерилизационной очистки медицинских изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточного количества крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточного количества щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.
    2. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.
    3. Стерилизации подвергают все медицинские изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

* + 1. Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

* + 1. Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионно-стойких металлов, стекла, белье, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.
    2. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.
    3. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

* + 1. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных, материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.
    2. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.
    3. В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.
    4. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.
    5. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

* + 1. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.
    2. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:  
       - при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химических средств;  
       - при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

* + 1. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.
    2. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

* + 1. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.
    2. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.
    3. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.
    4. Не допускается использование простерилизованных медицинских изделий назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.
    5. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.
    6. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.
    7. Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами. Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.
    8. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.
    9. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2. В образовательных организациях для детей и подростков.

5.2.1. В образовательных организациях для детей и подростков проводят профилактическую и текущую дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию

По эпидемиологическим показаниям проводят заключительную дезинфекцию в соответствии с требованиями по профилактике конкретных инфекционных заболеваний.

5.2.2. Профилактическую и текущую дезинфекцию проводит специально подготовленный персонал учреждения дезинфицирующими средствами IV класса опасности. Заключительную дезинфекцию, камерную дезинфекцию, профилактическую, очаговую дезинсекцию, дератизацию проводят организации, осуществляющие дезинфекционную деятельность.

5.2.3. В образовательных организациях для детей и подростков применяют инсектициды только IV класса опасности. Не допускается применение дератизационных средств, содержащих яды острого действия, порошковидных форм родентицидов, дезинфицирующих средств I-III классов опасности при ингаляционном пути поступления.

5.2.4. Дезинсекцию, дератизацию проводят в отсутствие детей и работников образовательной организации, после окончания работы, в санитарные или в выходные дни. До начала эксплуатации в обработанных помещениях проводят влажную уборку, в ходе которой удаляют препараты с обработанных поверхностей, с которыми могут контактировать люди, а также проветривание. При проведении дератизации в помещениях для детей (классы, спальни, игровые и т.д.) применяют механические методы и средства, разрешенные для этих целей, в отсутствии детей.

5.2.5. Приманки размещают в местах, исключающих доступ для детей, раскладывают в специальные, доступные только для грызунов емкости (контейнеры), исключающие разнос родентицидов грызунами и их попадание на пищевые продукты, медикаменты, предметы обихода. Емкости с приманкой нумеруют, расставляют и сдают под расписку представителю администрации детского учреждения; по окончании работ с остатки приманки собирают и уничтожают.

5.3. В жилых домах, гостиницах, общежитиях.

5.3.1. В жилых домах профилактическую дезинсекцию, дератизацию мест общего пользования (лестничных клеток, лифтов, мусорокамер, мусоросборников) проводят с периодичностью, обеспечивающей отсутствие членистоногих и грызунов, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение.

5.3.2. В душевых, ванных, санитарных узлах общежитий и гостиниц профилактическую дезинфекцию проводят ежедневно.

5.3.3. Очаговую дезинфекцию в квартирах жилых домов, а также в гостиницах, общежитиях осуществляют по эпидемиологическим показаниям. В присутствии больного проводят текущую дезинфекцию, а после его эвакуации – заключительную.

5.3.4. Для текущей дезинфекции не допускается применение дезинфицирующих средств I – III классов опасности при ингаляционном пути поступления.

5.3.5. Заключительную дезинфекцию в квартире, жилой комнате, номере гостиницы проводят специалисты организаций, осуществляющих дезинфекционную деятельность.

5.3.6. Профилактическую дезинфекцию осуществляет персонал организации, либо персонал организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность, имеющий соответствующую подготовку.

5.3.7. Выборочную дезинсекцию проводят в отдельных жилых комнатах (номерах гостиниц) и других помещениях, где выявлены насекомые и клещи, в отсутствии людей, после обработки проводят влажную уборку помещений и проветривание.

5.3.8. При дератизации в гостиницах или общежитиях не допускается применение дератизационных средств, содержащих яды острого действия и порошковидных форм родентицидов.

5.4. В организациях продовольственной торговли, общественного питания, пищевой промышленности.

5.4.1. Дезинфекционные, дезинсекционные, дератизационные мероприятия проводят в соответствии с требованиями санитарных правил для соответствующих организаций. Не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение в организациях продовольственной торговли, общественного питания, пищевой промышленности.

5.4.2. Мероприятия по дезинфекции осуществляет обученный персонал организации, либо персонал организации осуществляющей дезинфекционную деятельность.

5.5. В организациях непродовольственной торговли.

5.5.1. Профилактические дезинфекционные мероприятия осуществляются ежедневно (в комнатах приема пищи персонала, санитарных узлах для персонала и посетителей). В период эпидемиологического неблагополучия - в соответствии с действующими санитарными правилами.

5.5.2. Не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение в организациях непродовольственной торговли.

5.5.3. Профилактическую дезинфекцию осуществляет обученный персонал организации, либо персонал организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность.

5.6. В местах массового скопления людей.

5.6.1. В местах массового скопления людей (культурно-просветительные, культурно-развлекательные, зрелищные учреждения), профилактическая дезинфекция в санитарных узлах для персонала и посетителей осуществляется ежедневно.

5.6.2. Дезинфекционные мероприятия в период эпидемиологического неблагополучия проводятся в соответствии с требованиями по профилактике соответствующих инфекционных заболеваний.

5.6.3. Не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение в культурно-просветительных, культурно-развлекательных, зрелищных учреждениях.

5.6.4. Профилактическую дезинфекцию осуществляет обученный персонал организации, дезинсекцию и дератизацию – обученный персонал организации, либо персонал организации осуществляющей дезинфекционную деятельность.

5.7. На транспорте и объектах транспортной инфраструктуры.

5.7.1. Профилактической дезинфекции подвергаются пассажирский, железнодорожный, автомобильный, воздушный, водный транспорт, метрополитен, а также транспорт, предназначенный для перевозки инфекционных больных, пищевых продуктов.

5.7.2. Для дезинфекции транспорта и объектов транспортной инфраструктуры используются дезинфицирующие средства III-IV класса опасности, разрешенные к использованию для обработки транспортных средств, в соответствии с инструкциями по применению

5.7.3. Профилактическая дезинфекция транспортных средств осуществляется:

- автомобильного пассажирского транспорта - по режиму бактериальных инфекций в конце смены;

- транспорта для перевозок пищевых продуктов - с кратностью в соответствии с действующими санитарными правилами;

- транспорта предназначенного для перевозки больных - в порядке, установленном санитарными правилами для организаций, осуществляющих медицинскую деятельность;

- морского и речного транспорта - в порядке, установленном санитарными правилами для морских, речных судов;

- транспортных средств, обеспечивающих междугородние железнодорожные пассажирские перевозки - после каждого прибытия в пункт формирования и оборота;

- электропоездов - в пункте технического осмотра перед началом технического обслуживания и ремонта.

- вагонов метрополитена - один раз в сутки.

5.7.4. По эпидемиологическим показаниям кратность обработок и выбор режима дезинфекции определяются решением органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.7.5. Профилактическая дезинфекция помещений, связанных с обслуживанием пассажиров, проводится не реже 1 раза в месяц, при проведении генеральной уборки, а в санитарно-бытовых помещениях – ежедневно.

5.7.6. Мероприятия по дезинфекции, дезинсекции, дератизации транспорта осуществляет специально подготовленный персонал организации, или организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность.

5.7.7. Санитарный транспорт, предназначенный для перевозки больных инфекционными болезнями, обрабатывается в санитарном шлюзе или на специально оборудованной площадке, имеющей сток для смывных вод.

5.7.8. Не допускается наличие грызунов и членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение, на транспорте и объектах транспортной инфраструктуры.

5.7.9. Дезинсекция на транспортных объектах (в пути следования и на стоянках) проводится с использованием дезинсекционных средств, разрешенных для этой цели, в соответствии с инструкцией по применению дезинсекционного средства и с соблюдением требований техники безопасности.

5.7.10. Уполномоченными должностными лицами результаты проведения дезинсекции на морских судах внутреннего плавания вносятся в санитарный журнал; на судах, осуществляющих международные перевозки - в свидетельство о прохождении судном санитарного контроля или в свидетельство об освобождении судна от санитарного контроля; на железнодорожном транспорте - в санитарный журнал; на воздушных судах оформляется сертификат дезинсекции с последействием.

5.8. На воздушных судах.

5.8.1. Дезинфекционные мероприятия на воздушных судах проводятся в виде профилактической дезинфекции и заключительной дезинфекции по эпидемиологическим показаниям.

5.8.2. Профилактическая дезинфекция проводится после выполнения полетного задания во время основной уборки по прибытии в конечный или базовый аэропорт, а также, при необходимости, во время транзитных уборок воздушных судов в промежуточных аэропортах.

5.8.3. Профилактической дезинфекции подлежат: кухни воздушных судов, буфетно-кухонное оборудование, откидные столики и туалеты.

5.8.4. Профилактическую дезинфекцию в ходе подготовки воздушных судов к полетному заданию проводят уборочные бригады авиационного предприятия или организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность, а в период выполнения рейса - члены экипажа.

5.8.5. После каждого использования по окончании полета обеззараживают с использованием дезинфицирующих средств кислородные маски, спасательные жилеты, съемные переговорные устройства, наушники. Мягкий инвентарь воздушного судна (пледы, подушки и др.) после каждого использования подлежат стирке и/или химчистке, а по эпидемиологическим показаниям - обработке в дезинфекционных камерах.

5.8.6. Профилактическая дезинфекция систем водоснабжения воздушного судна осуществляется средствами, разрешенными для использования в системах хозяйственно-питьевого водоснабжения и с кратностью, определенной производителем и указанной в технической документации на каждый тип воздушного судна. Эффективность профилактической дезинфекции систем водоснабжения подтверждается результатами лабораторных исследований питьевой воды, проводимых после каждой обработки.

5.8.7. Водозаправочные машины, иная специальная техника, вспомогательное оборудование, используемые для заправки питьевой водой систем водоснабжения воздушных судов, подвергаются профилактической дезинфекции с кратностью не реже 2 раза в месяц. Эффективность профилактической дезинфекции подтверждается результатами лабораторных исследований питьевой воды, проводимых после каждой обработки.

5.8.8. Все операции по заправке, очистке, дезинфекции санузлов и отработанных фекально-смывных вод воздушного судна проводятся в соответствии с действующими руководствами и регламентами технического обслуживания. Слив обеззараженных фекально-смывных вод санузлов воздушного судна осуществляется в цистерны специального автотранспорта.

5.8.9. При наличии на прибывающем воздушном судне больного с симптомами инфекционного заболевания, подозрительного на заболевание проводятся дезинфекционные мероприятия по эпидемиологическим показаниям. Необходимый объем обработки предметов и частей транспортного средства, включая багаж, принимает должностное лицо органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.8.10. Дезинфекционные мероприятия по эпидемиологическим показаниям проводятся организацией осуществляющей дезинфекционную деятельность, дезинфекционными средствами, разрешенными к применению на воздушном судне. Обеззараживание проводится по режиму соответствующему инфекции, выявленной в процессе досмотра воздушного судна.

5.8.11. Эксплуатация воздушных судов, на которых обнаружены насекомые запрещается. При выявлении насекомых проводятся истребительные дезинсекционные мероприятия, в том числе методом дезинсекции воздушных судов «обработка с последействием», подтверждением проведения которого является «Сертификат дезинсекции с последействием».

5.8.12. Воздушные суда, выполняющие международные полеты в регионы, которые, по данным Всемирной организации здравоохранения, являются неблагополучными по трансмиссивным заболеваниям подлежат дезинсекции:

- на стоянках в аэропорту региона, являющегося неблагополучным по трансмиссивным заболеваниям - инсектицидами, обладающими остаточным действием против нелетающих и летающих насекомых;

- при подготовке воздушного судна к рейсу в регион, являющийся неблагополучным по трансмиссивным заболеваниям - инсектицидами, обладающими остаточным действием против нелетающих и летающих насекомых;

- в период выполнения рейса из региона, являющегося неблагополучным по трансмиссивным заболеваниям, или по требованию санитарных органов страны аэропорта прибытия - перед рулением или за 10 - 15 минут перед посадкой самолета - инсектицидами в аэрозольной упаковке,

5.8.13. Дезинсекцию в ходе подготовки воздушных судов к полетному заданию проводят бригады авиационного предприятия или организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность, в период выполнения рейса - члены экипажа.

5.8.14. Воздушные суда, выполняющие международные полеты в эпидемически неблагополучные по трансмиссивным заболеваниям регионы, должны быть обеспечены инсектицидными средствами в аэрозольных упаковках, разрешенными Всемирной организацией здравоохранения к применению на воздушных судах, имеющими свидетельство о государственной регистрации. Для индивидуальной защиты пассажиров и членов экипажа от кровососущих насекомых могут быть рекомендованы репелленты.

5.8.15. Истребительные дератизационные мероприятия проводятся при выявлении грызунов на воздушном судне.

5.8.16. Профилактические дератизационные мероприятия проводятся не реже 1 раза в месяц.

5.8.17. Средства, применяемые для дератизации, должны иметь разрешение для применения на воздушных судах.

5.8.18. Эксплуатация воздушных судов, на которых обнаружены грызуны, запрещается.

5.9. Централизованные системы кондиционирования и увлажнения воздуха.

5.9.1. В медицинских организациях, гостиницах, образовательных, офисных и производственных учреждениях, предприятиях торговли, на транспорте централизованные системы кондиционирования и увлажнения воздуха подлежат дезинфекции. Микробиологическое исследование этих систем на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год.

5.9.2. Профилактическая дезинфекция централизованных систем вентиляции и кондиционирования воздуха осуществляется не реже 1 раза в год. Дезинфекция централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха должна проводиться дезинфицирующими средствами, с широким спектром антимикробного действия, обладающих способностью разрушать и предотвращать образование биологических пленок.

5.10. Системы мусороудаления.

5.10.1. Системы мусороудаления, включая мусоросборные камеры, обследуют не реже 1 раза в месяц с целью проверки наличия синантропных членистоногих и грызунов, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение. При обнаружении синантропных членистоногих, грызунов или следов их жизнедеятельности незамедлительно осуществляют истребительные мероприятия.

5.10.2. Для проведения дезинсекционных работ применяют инсектициды III-IV класса опасности.

VI. Требования к организации и осуществлению деятельности по разработке и испытанию дезинфекционных средств

* 1. При разработке химических дезинфекционных средств не допускается применение сырья и материалов, токсикологические характеристики которых не установлены, а также обладающих отдаленными последствиями (мутагенным, канцерогенным, эмбриототропным, гонадотропным и тератогенным действием).
  2. При разработке средств для дератизации допускается применение действующих веществ 1 класса опасности.
  3. При разработке биологических дезинфекционных средств не допускается использование патогенных, условно патогенных для человека микроорганизмов (вирусов, бактерий, простейших).
  4. Для оценки активности и эффективности дезинфекционных средств, при их испытании проводятся исследования химического состава, активности входящих в него действующих веществ, а также эффективности и безопасности дезинфекционных средств в заявленных производителем (поставщиком) режимах применения.
  5. При оценке дезинфекционных средств, их эффективность оценивается с использованием коллекционных культур тест-микроорганизмов, а также членистоногих, грызунов, соответствующих целевому назначению дезинфекционного средства из лабораторных коллекций, либо в природных стациях. В необходимых случаях испытание дезинфекционных средств проводится на добровольцах.
  6. Инструкция по применению дезинфекционного средства должна содержать описание дезинфекционного средства, информацию о его назначении, составе, наличии вспомогательных компонентов, указания по приготовлению рабочих растворов (готовых к применению рецептур), мерах предосторожности, другую информацию.
  7. К применению допускаются дезинфекционные средства, показатели эффективности которых, в установленных режимах применения, не ниже нормативных значений, приведенных в таблице:

Критерии эффективности дезинфекционных средств:

| Вид активности (назначение) дезинфекционного средства | Критерий эффективности |
| --- | --- |
| Дезинфицирующие средства | |
| Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, белья, посуды, стоматологических оттисков, выделений, питьевой воды и воды плавательных бассейнов | Гибель 100% тест-бактерий *(Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa)* |
| Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания поверхностей. | Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli, Staphylococcus aureus)* |
| Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания воздуха в зависимости от чистоты помещения. | Гибель тест-бактерий *(Staphylococcus aureus):*  помещения Класса А – 99,9 %;  помещения Класса Б – 99,0 %;  помещения Класса В – 95,0 %;  помещения Класса Г – 90,0 % |
| Бактерицидная и спороцидная активность средств, предназначенных для дезинфекции при особо опасных инфекциях (чума, холера, туляремия, сибирская язва) | Гибель на всех объектах 100,0% тест-бактерий (*Escherichia coli, Staphylococcus aureus,* споры *B.cereus*) или соответствующих возбудителей (*Yersinia pestis, Vibrio cholerae, Francisella tularensis, Bacillus anthracis*) |
| Туберкулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, посуды, игрушек, белья, одежды, спецодежды и других изделий из ткани, воздуха, выделений, рук в перчатках | Гибель 100% тест-бактерий *(Mycobacterium terraе)* |
| Туберкулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания поверхностей | Гибель 99,99 % тест-бактерий (*Mycobacterium terraе)* |
| Фунгицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, стоматологических оттисков, белья, посуды, предметов ухода за больными | Гибель 100% тест-грибов *(C.albicans T.mentagrophites, F.Brasiliensis)* |
| Фунгицидная активность средств, предназначенны для обеззараживания выделений | Гибель 100 % тест-грибов (*Candida albicans*) |
| Вирулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, в том числе эндоскопов, стоматологических оттисков, предметов ухода за больными, посуды, игрушек, одежды, белья, спецодежды и других изделий из тканей | Гибель 99,99% тест-вирусов *(Poliovirus I типа (вакцинный штамм Sabin LSc 2a), Adenovirus 5-го типа)* |
| Вирулицидная активность – средства, предназначенные для обеззараживания поверхностей | Гибель 99,99 % тест-вирусов*(Poliovirus I типа (вакцинный штамм Sabin LSc 2a), Adenovirus 5-го типа)* |
| Вирулицидная активность антимикробных тканей, лакокрасочных материалов | Снижение титра вируса не менее чем на 4 log10 |
| Антимикробная активность лакокрасочных покрытий | Снижение числа микроорганизмов не менее чем на 90% через 24 часа.  Сохранение антимикробного действия не менее 6 месяцев |
| Антимикробная активность тканей | Размер зоны задержки роста тест-микроорганизмов не менее 4 мм (метод агаровых пластин) |
| Антимикробная активность кожных антисептиков | Гибель 100% тест-бактерий (кроме *Mycobacterium terraе*) и тест-грибов не более чем за 2 мин  Гибель 100% тест-микобактерий (*Mycobacterium terraе*) и тест-вирусов не более чем за 5 мин |
| Спороцидная активность средства, предназначенного для обеззараживания всех объектов, контаминированных спорами тест-микроорганизмов | Гибель 100% спор тест-микроорганизмов *(Bacillus cereus, Bacillus subtilis, Bacillus anthracis)* |
| Кожный антисептик для гигиенической обработки кожных покровов | Снижение общей микробной обсемененности кожи не менее чем на 95%. Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)* |
| Кожный антисептик для обработки рук хирургов | Снижение общей микробной обсемененности кожи рук на 100% |
| Кожный антисептик для обработки кожи операционного поля и локтевых сгибов доноров | Снижение общей микробной обсемененности кожи на 100%  Гибель 100% тест-бактерий *(Escherichia coli)* |
| Кожный антисептик для обработки инъекционного поля | Снижение общей микробной обсемененности кожи не менее чем на 95%. Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)* |
| Кожный антисептик для санитарной обработки кожных покровов | Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)* |
| Инсектицидные средства | |
| Клейкие (липкие) ловушки | |
| Клейкие ловушки для борьбы с тараканами | Уловистость на 7 сутки, рыжие тараканы, % - не менее 90 |
| Клейкие ловушки для борьбы с летающими насекомыми | Уловистость в камере объемом 1 м3 на 2 сутки, комнатные мухи, % - не менее 95 |
| Клейкие ловушки для отлова бабочек огневок (пищевая моль) и платяной моли | Уловистость в садке на 2 сутки, бабочки целевого вида, % - не менее 70 |
| Клей для приготовления липких листов для отлова синантропных насекомых | Уловистость на 7 сутки, рыжие тараканы, % - не менее 90  Уловистость в камере объемом 1 м3 на 2 сутки, комнатные мухи, % - не менее 95  Уловистость на 2 сутки, блохи, % - не менее 90 |
| Кристаллические порошки | |
| Средства на основе кристаллических порошков природного происхождения для борьбы с нелетающими синантропными членистоногими | Острое действие:  Гибель постельных клопов и блох через 24 часа, % - не менее 50  Гибель рыжих тараканов:  а) при наличии поилки с водой на 5 сутки, % - не менее 50  б) при отсутствии поилки с водой на 2 сутки, % - не менее 80 |
| Пищевые приманки для борьбы синантропными насекомыми | |
| Средства для борьбы с тараканами и муравьями на основе:  а) фенилпиразола (фипронил), фосфорорганических соединений, карбаматов, пиретроидов  б) авермектины, неоникотиноиды, борная кислота, бура, гидраметилнон, сульфторамиды | Острое действие:  Гибель рыжих тараканов (муравьев) на 2 сутки, % - не менее 70  Острое действие:  Гибель рыжих тараканов (муравьев) на 5 сутки, % - не менее 70 |
| Средства для борьбы с мухами: | Острое действие:  Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80 |
| Средства в аэрозольных упаковках и беспропеллентных упаковках | |
| Средства в аэрозольных упаковках с пропеллентами для борьбы с летающими насекомыми | Острое действие на комнатных мух:  С15, мг/м3 - не более 15  Q15, мг/м3  не более 1000  КТ50, минуты - не более 10 |
| Средства в аэрозольных и беспропеллентных упаковках для борьбы с нелетающими насекомыми и обработки мест посадки мух | Острое действие:  Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100  Гибель комнатных мух при свободном контакте с обработанными местами посадки через 48 часов, % - не менее 90 |
| Фумигационные и пиротехнические средства | |
| Средства в виде пластин, матов, таблеток, жидкостей для электрофумигаторов для борьбы с комарами | КТ50 для комаров, минуты  В камере объемом 0,5 м3  - пластины маты, жидкости - не более 5  - таблетки - не более 7  В камере объемом 1,0 м3  - пластины маты, жидкости - не более 7  - таблетки - не более 10 |
| Средства в виде пластин, жидкостей для электрофумигаторов для борьбы с мухами | В помещении 25 м3 при размещении в садках из фатина КТ50 для комнатных мух, минуты - не более 60 |
| Средства в виде спиралей, стержней, свечей, средств с фен-системой на батарейках (попелаторов) и т. п. для борьбы с комарами | КТ50 для комаров, минуты  - в камере объемом 0,5 м3 - не более 5  - в камере объемом 1,0 м3 - не более 7 |
| Средства в виде пластин для фонаря со свечой, инсектицидные пиротехнические бумаги и т. п. для борьбы с комарами | В лабораторном помещении 25 м3 при размещении в садках из фатина:  КТ50 для комаров, минуты - не более 30 |
| Материалы или устройства на основе метофлутрина для борьбы с комарами и другими мелкими летающими насекомыми в помещениях | Время нокдауна 95% комнатных мух в объеме 10 л, часы - не более 6  Гибель комнатных мух при учете через 24 часа, % - не менее 80 |
| Средства в аэрозольной упаковке без запирающего клапана, термовозгоночные, пиротехнические шашки и др. аналогичные  а) для борьбы с летающими насекомыми  б) для борьбы с нелетающими насекомыми | Острое действие:  а) В лабораторном помещении 150 м3 при размещении в садках из фатина поражение комнатных мух (комаров) через 2 часа после активации средства, % - 100  б) В лабораторном помещении 150 м3 при учете через 2 часа после активации средства: поражение рыжих тараканов, % - 100  гибель блох, % - 100  гибель рыжих тараканов при 6-24-часовой экспозиции в задымленном помещении при учете через 1-3 суток, % - не менее 90 |
| Средства для обработки мест дневок комаров в природе | |
| Средства, применяемые способом опрыскивания растительности | Острое действие:  гибель комаров при учете через 3 часа - 100 |
| Инсектицидные средства контактного действия | |
| Средства в форме дустов, карандашей, мелков, брусков и др. для борьбы с нелетающими синантропными членистоногими | Острое действие:  Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100 |
| Средства в форме концентратов эмульсий, суспензий, суспоэмульсий; смачивающихся, водорастворимых, диспергируемых порошков, гранул и таблеток; микрокапсулированные, флоу и др. для борьбы с синантропными членистоногими | Острое действие:  Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100  Гибель комнатных мух при свободном контакте с обработанными местами посадки через 48 часов, % - не менее 90 |
| Средства для борьбы с чесоточными клещами в помещениях | Острое действие:  Гибель модельного объекта *Psoroptes cuniculi* (ушной чесоточный кроличий клещ) через 24 часа, % - 100 |
| Средства для борьбы с клещами домашней пыли | Острое действие:  Гибель клещей домашней пыли при учете через 24-48 часов, % - 100 |
| Средства для борьбы с личинками комаров и мух: | |
| а) микробиологические для борьбы с комарами | СК50, мг/л, не более норматива ТУ |
| б) на основе ФОС, пиретроидов и др. инсектицидов | Гибель личинок комаров через 24 часа, % - 100  Отсутствие вылета имаго комнатных мух через 14 суток, % - 100 |
| Педикулицидные средства | |
| Для всех препаративных форм педикулицидов | Гибель имаго и личинок вшей при указанной в НД экспозиции при учете через 24 часа, % - 100 |
| Средства для импрегнации белья с целью предупреждения заражения людей платяным педикулезом | Гибель имаго и личинок вшей при экспозиции 60 минут на импрегнированной ткани (учет через 24 часа), % - 100  Время прекращения двигательной активности 100% имаго и личинок вшей при контакте с импрегнированной тканью, минуты - не более 180 |
| Средства борьбы с молью и кожеедами | |
| Неспецифические средства контактного действия | Острое действие на комнатных мух: С15, мг/м3 - не более 15  Q15, мг/м3 - не более 1000  КТ50, минуты - не более 10  Гибель личинок кожеедов (бабочек моли) через 24 часа - 100 |
| Специфические средства контактного действия | Острое действие: Гибель гусениц моли или личинок кожеедов через 72 часа, % - 100 |
| Средства фумигационного действия | Острое действие: Гибель имаго моли в объеме до 100 л через 48 часов, % - 100  Время нокдауна 95% комнатных мух в объеме 10 л, часы - не более 6  Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80 |
| Средства репеллентного действия | КОД для бабочек моли, % - не менее 75 |
| Средства борьбы с осами | |
| Средства в аэрозольных упаковках для распыления в воздух | Острое действие на комнатных мух:  С15, мг/м3 - не более 15  Q15, мг/м3 - не более 1000  КТ50, минуты - не более 10 |
| Средства различных форм для обработки гнезд | Гибель рыжих тараканов при подсадке на впитывающую поверхность при учете через 24 часа, % - не менее 80 |
| Инсектицидные пищевые приманки | Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80 |
| Ловушки для механического отлова | Уловистость через 2 суток, мухи, % - не менее 90  Вылов ос в натурных условиях, есть/нет - вылов есть |
| Инсектицидные средства на основе регуляторов развития насекомых (РРН): | |
| При внесении РРН (АЮГ и ИСХ) в среду обитания преимагинальных стадий насекомых | Вылет нормально сформированных имаго комнатных мух или комаров, % - не более 10  Выход нормально сформированных имаго блох, % - не более 10 |
| Пищевые приманки с РРН для борьбы с тараканами и муравьями | Суммарное количество личинок с морфологическими нарушениями и погибших рыжих тараканов (муравьев), при учете через 14 суток, % - не менее 50 |
| Диски-фумигаторы с АЮГ (гидропрен) для тараканов | Формирование имаго рыжих тараканов без видимых морфологических нарушений при учете через 14 суток, % - не более 50 |
| Инсекто-родентицидные средства | |
| Приманки инсекто-родентицидные для одновременного уничтожения блох, кровососущих гамазовых клещей и грызунов | Гибель блох и крысиных клещей при кормлении на мышах на 3 сутки при учете через 24 часа, % - не менее 80  Поедаемость грызунами отравленной приманки, % - не менее 80 |
| Репеллентные средства и изделия для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих | |
| Для нанесения на кожу | Острое действие (после нанесения средства):  КОД для комаров, % - 100  КОД для муравьев, % - не менее 95  Длительность действия:  ДРД для комаров, часы (по категориям эффективности):  высшая категория - 4 и более  1 категория - 3 и более до 4  2 категория - 2 и более до 3  3 категория - 1 и более до 2  4 категория - не менее 1 (при низкой численности комаров) |
| Для нанесения на одежду и на изделия из ткани | Острое действие (в день обработки):  КОД, %  для комаров - 100  для блох - не менее 95  для иксодовых клещей - не менее 95  для гамазовых клещей - не менее 95  для муравьев - не менее 95  Длительность действия:  ДРД, сутки (по категориям эффективности) для комаров:  высшая категория - 20 и более  1 категория - 10 и более до 20  2 категория - 5 и более до 10  3 категория - 3 и более до 5 |
| Изделия, содержащие репелленты (браслеты, наклейки и т. п.) для защиты людей от нападения комаров | КЗД для комаров, % - не менее 30 |
| Репеллентные средства и изделия для уменьшения численности комаров на открытом воздухе и в помещениях | Уменьшение влета и увеличение вылета комаров - в 2 раза и более |
| Акарицидные (инсектоакарицидные) средства для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих при нанесении на одежду и изделия из ткани; ткани, содержащие инсектоакарициды | |
| Для защиты людей от иксодовых клещей, блох и комаров | Острое действие:  Для иксодовых клещей  КТср, минуты - не более 5  МВср, см - не более 50  ИСП - не более 1,1  Для блох  КБ5ср, особей - не более 3  МВср, см - не более 20  Для комаров  КЗД, % - не менее 95 |
| Акарицидно-репеллентные (инсектоакарицидно-репеллентные) средства для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих | |
| Для защиты от иксодовых клещей, блох и летающих кровососущих насекомых (нанесение на одежду и на изделия из ткани) | Для иксодовых клещей:  КТср, минуты не более 5  МВср, см - не более 50  ИСП - не более 1,1  Для блох:  КБ5ср, особей - не более 3  МВср, см - не более 20  Для комаров:  Острое действие:  КОД, % - 100  Длительность действия:  ДРД, сутки (по категориям эффективности):  высшая категория - 20 и более  1 категория - 10 и более до 20  2 категория - 5 и более до 10  3 категория - 3 и более до 5 |
| Одежда для защиты людей от нападения членистоногих | |
| Для защиты людей от иксодовых клещей, блох и гнуса (летающих кровососущих насекомых) | Для иксодовых клещей:  КЗДклещи, % - не менее 98  Для гнуса:  КЗДгнус, % - не менее 90  Для блох:  КЗДблохи, % - не менее 98 |
| Акарицидные (инсектоакарицидные) средства для борьбы с иксодовыми клещами | |
| Для борьбы с иксодовыми клещами в природных биотопах | Острое действие:  Эффективность на 3 сутки, % - не менее 95  Длительность действия (при сохранении эффективности не менее 95%), сутки - не менее 30 |
| Родентицидные средства | |
| Средства острого действия | Гибель мышей и крыс в присутствии альтернативного корма - не менее 80%  Время гибели - не более 3 суток  Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма мышами и крысами - не менее 10% от суточного рациона |
| Средства кумулятивного действия на основе антикоагулянтов I поколения | Гибель в присутствии альтернативного корма мышей и крыс - не менее 80%  Время гибели - не более 14 суток  Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма (кроме приманок для мышей на основе этилфенацина, зоокумарина, куматетралила) мышами и крысами - не менее 15% от суточного рациона  Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки на основе этилфенацина, зоокумарина, куматетралила в присутствии альтернативного корма мышами - не менее 20% от суточного рациона |
| Средства кумулятивного действия на основе антикоагулянтов II поколения | Гибель в присутствии альтернативного корма мышей и крыс - не менее 90%  Время гибели - не более 10 суток  Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма мышами и крысами - не менее 15% от суточного рациона |
| Средства смешанного действия на основе витаминов D2 (эргокальциферол) и D3(холекальциферол) | Гибель мышей - не менее 80%  Время гибели - не более 7 суток  Поедаемость готовой формы в присутствии альтернативного корма - не менее 10% от суточного рациона |

# 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

**4.1. Безопасность работы с микроорганизмами I-IV групп патогенности (опасности)**

I. Общие положения

1.1. Деятельность юридических лиц, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, и индивидуальных предпринимателей, связанная с использованием ПБА I-IV групп и возбудителями паразитарных болезней, должна осуществляться в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности»  [от 04.05.2011 № 99-ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113658/) (с изм. от 26.07.2019 г.) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 33 (ч. I), ст. 3430; 2002, № 11, ст. 1020; 2002, № 50, ст. 4925; 2003, № 2, ст. 169; 2003, № 9, ст. 805; 2003, № 11, ст. 956; 2003, № 13, ст. 1178; 2003, № 52 (ч. I), ст. 5037; 2004, № 45, ст. 4377; 2005, № 13, ст. 1078; 2005, № 27, ст. 2719; 2006, № 1, ст. 11; 2006, № 31 (ч I.), ст. 3455; 2006, № 50, ст. 5279; 2007, № 1 (ч. I), ст. 7; 2007, № 1 (ч. I), ст. 15; 2007, № 7, ст. 834; 2007, № 30, ст. 3748; 2007, № 30, ст. 3749; 2007, № 30, ст. 3750; 2007, № 45, ст. 5427; 2007, № 46, ст. 5554; 2007, № 49, ст. 6079; 2007, № 50, ст. 6247; 2008, № 18, ст. 1944; 2008, № 29 (ч. I), ст. 3413; 2008, № 30 (ч. I, ст. 3604; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616; 2008, № 52, (ч. I), ст. 6227; 2009, № 1, ст. 15).

1.2. Учреждения, подразделения которых выполняют работы с ПБА, должны иметь лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов, осуществляемую в замкнутых системах.

Если работы с ПБА осуществляется в медицинских целях – лицензию на осуществление медицинской деятельности, с указанием выполняемых в подразделениях видов работ (услуг), связанных с использованием ПБА.

1.3. Каждое структурное подразделение, выполняющее работу с ПБА I-IV групп, должно иметь cанитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) требованиям санитарно-эпидемиологических правил.

II. Общие требования к условиям работы  
с использованием патогенных биологических агентов

2.1. Требования к организации работ с использованием патогенных биологических агентов

2.1.1. Биологическую опасность деятельности с использованием патогенных биологических агентов (ПБА) определяют в соответствии с группой патогенности (опасности) патогенного биологического агента, с которым проводят работу (Приложение 1), видом осуществляемых работ и потенциальными рисками.

2.1.2. Работа с рекомбинантными молекулами ДНК микроорганизмов регламентируется законодательством Российской Федерации, нормативными актами и документами по безопасности работы с рекомбинантными молекулами ДНК, настоящими санитарно-эпидемиологическими правилами.

2.1.3. Производство иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) и медицинских изделий (МИ) с использованием ПБА, продуктов на основе микроорганизмов и производственный контроль продукции регулируются требованиями законодательства Российской Федерации, настоящими санитарными правилами, правилами надлежащей производственной практики.

2.1.4. Исследования по детекции нуклеиновых кислот ПБА проводят в соответствии с требованиями по организации работы лабораторий, использующих методы амплификации нуклеиновых кислот при работе с материалом, содержащим микроорганизмы I - IV групп патогенности.

2.1.5. Учет, хранение, передачу и транспортирование ПБА осуществляют в соответствии с разделом 4.3 настоящих санитарно-эпидемиологических правил.

Не допускается передача ПБА: в организации, не имеющие лицензии на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных соответствующих групп патогенности (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях); в организации, не имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности на соответствующие работы (услуги), связанные с использованием ПБА; и в подразделения, не имеющие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с ПБА санитарно-эпидемиологическим правилам.

Хранение ПБА I-IV групп осуществляют в специально определенном помещении «заразной» зоны. На этапах транспортирования ПБА I-IV групп из одного учреждения в другое допускается их хранение в «чистой» зоне в упаковке, соответствующей категории опасности ПБА.

2.1.6. Особенности деятельности с использованием ПБА в лабораториях (подразделениях) предусматривает их классификацию по уровню биобезопасности: базовые – уровень биобезопасности (УББ) 1 (осуществление работ с ПБА IV группы), уровень биобезопасности (УББ) 2 (осуществление работ с ПБА III группы), изолированные – УББ 3 (осуществление работ с ПБА I-II группы и индикация вирусов I группы), максимально изолированные – УББ 4.

**2.2. Организация и контроль выполнения требований биологической безопасности при осуществлении деятельности с использованием патогенных биологических агентов**

2.2.1. Организацию и выполнение комплекса мероприятий по биологической безопасности в организации в целом обеспечивает ее руководитель, в подразделениях – руководители подразделений.

2.2.2. В учреждении создают комиссию по контролю соблюдения требований биологической безопасности (КББ) (Приложение 5). Состав Комиссии утверждает руководитель организации на срок не более 5 лет.

2.2.3. Для подразделения должен быть разработан документ, определяющий режим безопасной работы в конкретных условиях, с учетом характера работ, особенностей технологии, свойств микроорганизма и продуктов его жизнедеятельности. При этом требования безопасности не должны быть ниже требований, регламентируемых настоящими санитарными правилами. Документ утверждает руководитель организации после согласования с КББ. При разработке и/или внедрении новых методов и методических приемов, требующих усиления мер безопасности, в документ вносят соответствующие дополнения, утверждаемые в установленном порядке.

2.2.4. Во всех подразделениях разрабатывают план ликвидации аварий при работе с ПБА. Не реже одного раза в год проводят плановые тренировочные занятия по ликвидации аварий при работе с ПБА, информацию о которых заносят в журнал регистрации проведения тренировочный занятий. Оформляют отчет о проведенном занятии утверждаемый КББ.

2.2.5. В организации разрабатывают инструкции и планы мероприятий по действиям в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, утверждаемые руководителем организации.

2.2.6. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил обеспечивают в соответствии с законодательством Российской Федерации органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти по вопросам обороны, внутренних дел, безопасности, юстиции, деятельности войск национальной гвардии Российской Федерации, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор соответственно в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях, на объектах обороны и оборонного производства, безопасности и иного специального назначения.

2.2.7. По поручению органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, к проведению контрольно-надзорных мероприятий по вопросам биологической безопасности организаций и учреждений, осуществляющих работу с ПБА I–IV групп, привлекают специалистов экспертных организаций, имеющих соответствующую область аккредитации в национальной системе аккредитации.

**2.3. Требования к персоналу**

2.3.1. Работу с ПБА выполняют специалисты не моложе 18 лет, не имеющие медицинских противопоказаний к работе с опасным и вредными производственными факторами. С момента введения в действие данных СП на работы, связанные с патогенными микроорганизмами, принимаются лица, имеющие высшее или среднее медицинское, биологическое или ветеринарное профессиональное образование и дополнительную подготовку по специальности "бактериология", "вирусология", "паразитология" или "микробиология", отвечающую требованиям и характеру заявленных работ.

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

2.3.2. Допуск персонала к работе с ПБА, инженерно-технического персонала, работающего в организации, к обслуживанию оборудования подразделений осуществляют на основании приказа руководителя организации, издаваемого один раз в два года.

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

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

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

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

Инструктаж сотрудников подразделений, а также прикомандированных лиц по вопросам биологической безопасности проводит заведующий подразделением с отметкой в журнале инструктажей или личной карточке сотрудника (Приложение 8).

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

2.3.9. Персонал, осуществляющий деятельность с использованием ПБА, проходит предварительный и периодические медицинские осмотры с целью выявления медицинских противопоказаний к допуску к работе с опасными и вредными производственными факторами, вакцинопрофилактике, применению препаратов для специфического лечения и использованию средств индивидуальной защиты. Объем и порядок проведения медицинского осмотра определяются действующими нормативными документами.

2.3.10. Специалистов, выполняющих работы с ПБА, вакцинируют в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. При выявлении у работающего специалиста медицинских противопоказаний, допуск к работе осуществляют на основании личного заявления работника и отдельного приказа руководителя организации. К работе в аэрозольных лабораториях и с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителем лихорадки Ку, а также к работе с ПБА, в отношении которых не разработаны методы специфического лечения, эта категория сотрудников не допускается.

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

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

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

**2.4. Требования к помещениям и оборудованию**

2.4.1. Лаборатории (организации/подразделения), осуществляющие деятельность с использованием ПБА, размещают в отдельно стоящем здании. Допускается размещение в изолированной части здания (часть объема здания или сооружения, имеющая определенное назначение и ограниченная строительными конструкциями, имеющая отдельный вход, и не используемая для доступа в иное помещение, автономную систему приточно-вытяжной вентиляции). Лаборатория (организация/подразделение) должна иметь отдельный вход в «чистую» зону. На входной двери обозначают название (номер) и знак «Биологическая опасность» (Приложение 7).

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

2.4.2. Объемно-планировочные решения и размещение оборудования должны обеспечивать поточность движения ПБА, персонала, отходов и разделение помещений лаборатории на «чистую» и «заразную» зоны. Направления потоков и размещение помещений «чистой» и «заразной» зон отражают на схеме, утвержденной руководителем подразделения.

Зона «заразная» – часть подразделения, где осуществляют манипуляции с ПБА и их хранение.

Зона «чистая» – часть подразделения, где не проводят работы с ПБА.

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

2.4.3. Для безопасного проведения работ с ПБА площадь помещения должна соответствовать действующим гигиеническим и санитарным нормам и правилам техники безопасности.

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

2.4.5. На территории «заразной» зоны не допускается наличие системы водоснабжения, не защищенной техническими средствами для предотвращения обратного тока воды.

2.4.6. Помещения, где проводят работы с ПБА, должны иметь естественное и искусственное освещение в соответствии с требованиями действующих нормативных документов, за исключением помещений, к которым предъявляют особые требования.

В помещениях необходимо предусмотреть защиту рабочих мест от попадания прямых солнечных лучей. Для этих целей используют солнцезащитные средства и оборудование, обеспечивающие возможность проведения их дезинфекции.

2.4.7. Все вакуумные линии, линии сжатого воздуха и газов в «заразной» зоне производственных и экспериментальных помещений должны быть обеспечены фильтрами очистки воздуха (ФОВ), проверяемыми на защитную эффективность в соответствии с Приложениями 4 и 9.

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

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

2.4.10. Помещения «заразной» зоны, где проводится непосредственная работа с ПБА, оборудуют бактерицидными облучателями открытого типа для обеззараживания воздуха и поверхностей.

2.4.11. Окна и двери помещений «заразной» зоны должны быть плотно закрывающимися, без щелей, иметь запирающие устройства. Двери в помещениях для работы с инфицированными животными оборудуют высокими порогами (не менее 30 см), недоступными для проникновения грызунов.

2.4.12. Окна цокольного и первого этажей независимо от наличия охранной сигнализации оснащают металлическими решетками или иными техническими устройствами, препятствующими несанкционированному проникновению в помещения, не нарушающими правила пожарной безопасности.

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

2.4.14. Полы должны быть не скользкими, иметь гидроизоляцию. Сопряжение стен и полов выполняют герметично, с закруглением для обеспечения качественной уборки и дезинфекции.

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

2.4.16. В помещении «заразной» зоны не допускают устройство подпольных каналов.

2.4.17. Электрические розетки в помещениях «заразной» зоны должны быть с пылевлагозащитными крышками, светильники – герметичны.

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

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

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

2.4.21. Приборы, оборудование и средства измерений, используемые в работе лаборатории, должны быть аттестованы, технически исправны, иметь технический паспорт и рабочую инструкцию по эксплуатации с учетом требований биологической безопасности. Средства измерения подвергают метрологическому контролю в установленные сроки.

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

2.4.23. На оборудовании, используемом для хранения, культивирования и транспортирования ПБА, обозначают знак «Биологическая опасность».

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

- после монтажа и подготовки к использованию;

- не реже одного раза в год;

- после перемещения, замены фильтров или ремонта БМБ.

2.4.25. Защитная эффективность БМБ определяется на основании результатов проверки эксплуатационных характеристик. Защитная эффективность БМБ не подтверждается, если при проверке его эксплуатационных характеристик хотя бы один показатель имеет отклонение от значений показателей, приведенных в Приложении 10 настоящих санитарных правил. Результаты проверки эксплуатационных характеристик и подтверждение/не подтверждение защитной эффективности фиксируют в протоколе проверки защитной эффективности.

Перечень эксплуатационных характеристик БМБ и требования к ним, объем обязательных дополнительных испытаний, порядок проверки и формы протоколов проверки БМБ приведены в Приложении 10 настоящих санитарных правил.

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

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

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

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

2.4.30. Установка оконных кондиционеров в подразделениях не допускается.

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

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

Не допускается установка кондиционеров в помещениях для содержания зараженных животных. Поддержание нормируемых параметров микроклимата в комнатах для содержания животных обеспечивают с помощью оборудования для подогрева/охлаждения воздуха в составе установки на приточной вентиляции.

**2.5. Требования к проведению работ**

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

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

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

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

2.5.3. Не допускается проведение экспериментальных работ с антибиотико-устойчивыми вирулентными штаммами, если в организации отсутствуют лекарственные препараты, к которым используемые штаммы чувствительны (не менее двух препаратов). Работу со штаммами, устойчивыми к любым видам антибактериальных препаратов, проводят в максимально изолированных лабораториях.

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

2.5.5. Обеспечивают соблюдение принципа парности при выполнении всех видов работ с ПБА I-II групп и заражение лабораторных животных при работе с ПБА III-IV групп.

2.5.6. Время непрерывной работы с ПБА ограничивают 4 часами, после которых устанавливают не менее чем 30-минутный перерыв.

2.5.7. По окончании работы все объекты, содержащие ПБА, убирают в хранилища (холодильники, термостаты, шкафы и т.д., которые опечатываются); в обязательном порядке проводят текущую дезинфекцию рабочих поверхностей и используемого оборудования. Не допускается слив необеззараженных жидкостей в канализационную сеть и вынос из «заразной» зоны необеззараженных отходов.

2.5.8. По окончании работы с ПБА, руки в перчатках обрабатывают дезраствором, снимают СИЗ, перчатки, руки обрабатывают 70% раствором этилового спирта (или используют кожные антисептики в соответствии с инструкциями по применению производителя) и моют с мылом.

2.5.9. Вынос из подразделения оборудования, лабораторной или хозяйственной посуды, реактивов, инструментов и др. производят только после их дезинфекции и с разрешения его руководителя, за пределы организации – руководителя организации.

2.5.10. Опечатывание и снятие печатей помещений подразделения, осуществляющего деятельность с использованием ПБА, производят сотрудники, имеющие соответствующее разрешение руководителя подразделения, личными печатями или печатью подразделения (допускается использование опечатывающих устройств).

2.5.11. Прием посетителей, хранение пищевых продуктов, прием пищи разрешены в специально отведенных местах в «чистой» зоне лаборатории.

2.5.12. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, работающие с ПБА, независимо от организационно-правовых форм, обеспечивают проведение производственного контроля инженерно-технических систем биобезопасности и удаления отходов. Результаты контроля оформляют протоколом. Протоколы хранят в Комиссии или подразделении, определенном приказом руководителя организации.

**2.6. Требования к обеззараживанию материала и уборке помещений**

Отходы, образующиеся в результате деятельности с использованием ПБА, относятся к медицинским отходам.

2.6.1. Дезинфекцию различных объектов с ПБА осуществляют физическим (кипячение, водяной насыщенный пар под избыточным давлением, сухой горячий воздух, УФ-облучение, СВЧ-излучение) и химическим (использование растворов дезинфицирующих средств) методами.

2.6.2. Для дезинфекции допускается использование дезинфицирующих средств и оборудования, разрешенных в установленном порядке к применению в Российской Федерации.

2.6.3. Методы и средства обеззараживания определяют в каждом отдельном случае в зависимости от используемых ПБА и вида обеззараживаемого материала.

2.6.4. При проведении обеззараживания различных объектов с ПБА предпочтение следует отдавать физическому методу вследствие его надежности и безопасности для персонала и окружающей среды.

2.6.5. Перечень объектов, подлежащих обеззараживанию, методы и режимы обеззараживания определены в Приложении 2 к настоящим Санитарным правилам.

2.6.6. Допускается одновременное обеззараживание и утилизация медицинских отходов с использованием установок, разрешенных к применению в установленном порядке.

2.6.7. Обеззараживание медицинских отходов класса В перед утилизацией осуществляют в местах их образования способом погружения в растворы дезинфицирующих средств соответствующих концентраций рабочих растворов согласно инструкции по применению.

2.6.8. Непосредственно в подразделениях хранят запас дезинфицирующих средств для непрерывного обеспечения текущей работы.

2.6.9. Вновь поступающие на склад партии дезинфицирующих средств должны иметь документацию, подтверждающую содержание действующего вещества. Поступающие на склад партии дезинфицирующих средств должны иметь разрешительную документацию: свидетельство о государственной регистрации, инструкцию по применению производителя.

Требования к контролю качества мертиолята натрия и формалина изложены в Приложении 12.

2.6.10. Приготовление дезинфицирующих растворов, их хранение, обеззараживание белья, изделий медицинского назначения и других объектов проводят в специально выделенных и оборудованных помещениях (п.5.1.4 раздела 3 настоящих санитарных правил) с использованием лабораторной посуды, отвечающей требованиям профильного стандарта. На емкости с дезинфицирующим рабочим раствором должны быть указаны его название, концентрация и дата приготовления.

2.6.11. Контроль приготовления рабочих растворов дезинфицирующих средств осуществляют назначенные руководителем подразделения сотрудники перед началом проведения работ с ПБА с использованием тестов экспресс-контроля концентрации рабочих растворов на соответствующее дезинфицирующее средство. Результаты фиксируют в журнале учета и контроля приготовления рабочих растворов дезинфицирующих средств.

2.6.12. Запрещается совместное использование в одном помещении для проведения работ с ПБА, хранение, слив с накоплением в одной емкости перекись- и хлорсодержащих дезинфицирующих растворов.

2.6.13. Обеззараживание инфицированного материала путем автоклавирования проводит персонал, имеющий свидетельство об окончании специальных курсов по работе с сосудами под высоким давлением.

2.6.14. Контроль работы паровых и воздушных стерилизаторов, используемых для обеззараживания материалов, осуществляют с применением физических, химических и биологических методов.

2.6.15. Бактериологический контроль работы стерилизаторов проводят после монтажа и ремонта аппаратуры, а также в процессе его эксплуатации (плановый – 2 раза в год с интервалом в 6 месяцев и повторный при получении неудовлетворительных результатов контроля).

2.6.16. Транспортирование материала для обеззараживания внутри подразделения осуществляют в плотно закрывающихся, опечатываемых, промаркированных контейнерах (в биксах). В контейнерах для автоклавирования по верхнему краю боковых стенок должны быть отверстия, обеспечивающие свободную циркуляцию пара.

2.6.17. После окончания работ с ПБА проводят текущую дезинфекцию и обеззараживание воздуха и поверхностей бактерицидными лампами.

Текущую уборку помещений «заразной» зоны проводят ежедневно влажным способом перед началом работ, после завершения которой включают бактерицидные лампы.

Еженедельно в помещениях «заразной» зоны проводят генеральную уборку с примененением дезинфицирующих средств путем протирания поверхности мебели, приборов, оборудования, а также стен на высоту не менее 2 м. Допускается проведение аэрозольного метода дезинфекции.

График и результаты проведения генеральных уборок фиксируют в журнале.

2.6.18. Эксплуатацию бактерицидных облучателей осуществляют в соответствии с нормативными документами по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях. Стеклянные поверхности бактерицидных ламп протирают в выключенном положении салфеткой, смоченной 70% раствором этилового спирта, не реже 1 раза в неделю.

2.6.19. Уборочный инвентарь маркируют в соответствии с назначением и хранят раздельно: для помещений «заразной» зоны – в «заразной» зоне, для помещений «чистой» зоны – в «чистой зоне». Использование уборочного инвентаря не по назначению не допускается.

**2.7. Требования к порядку использования средств индивидуальной защиты**

2.7.1. Сотрудники лабораторий, выполняющие работы с ПБА, медицинские работники инфекционных стационаров обеспечиваются для работы в «заразной» зоне - рабочей одеждой и обувью, средствами индивидуальной защиты (СИЗ) в зависимости от характера выполняемых работ и в соответствии с действующими нормами. Рабочая одежда и обувь, СИЗ подбираю в соответствии с размерами и хранят отдельно от личной одежды.

К рабочей одежде относятся: медицинские халаты, пижамы (комбинезоны), носки, сменная обувь.

2.7.2. Средства индивидуальной защиты используют специалисты при выполнении работ с ПБА в «заразной» зоне (Приложение 3). Соответствующие СИЗ надевают поверх рабочей одежды.

2.7.3. Смену рабочей и защитной одежды проводят по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю.

2.7.4. Перед сдачей в стирку защитную одежду многократного применения, используемую при работе с ПБА I-IV групп, обеззараживают (Приложение 2). Стирку рабочей и обеззараженной защитной одежды допускается проводить в помещении препараторской.

2.7.5. Работников, проводящих отлов грызунов, сбор членистоногих, а также другие полевые работы с дикими позвоночными животными и членистоногими, обеспечивают соответствующей сезону рабочей, а также защитной одеждой.

**2.8. Требования к проведению работ с инфицированными животными**

2.8.1. Устройство, оборудование и содержание экспериментально-биологических клиник (вивариев) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

2.8.1. Работы по заражению, вскрытию и содержанию биопробных животных, другие манипуляции с инфицированными животными и членистоногими, первичную обработку проб зоолого-паразитологического и секционного материала выполняют в блоке для работы с инфицированными животными.

2.8.2. Операции по заражению и вскрытию лабораторных животных проводят сотрудники прошедшие инструктаж по мерам безопасности и имеющие навыки работы с животными. К работе с приматами допускаются сотрудники, обученные навыкам работы с данным видом животных.

2.8.3. К работе по уходу за инфицированными животными и уборке помещения блока для работы с инфицированными животными допускают сотрудников в соответствии с должностными обязанностями.

2.8.4. Посещение блока для работы с инфицированными животными регистрируют в журнале с указанием времени пребывания и характера выполненных работ.

2.8.5. Вход персонала в блок для работы с инфицированными животными осуществляют через помещение для надевания средств индивидуальной защиты, а выход - через помещение для снятия и обеззараживания средств индивидуальной защиты.

Схема принципиальных планировок комнат блока для работы с инфицированными животными приведена в Приложении 13.

2.8.6. При работе в блоке для инфицированных животных не допускается в одной и той же комнате надевать СИЗ и снимать их после работы с ПБА.

2.8.7. Зараженных мелких и средних животных и эктопаразитов содержат в помещениях блока для работы с инфицированными животными с соблюдением следующих правил:

- мелких лабораторных животных (мыши, крысы, хомячки, морские свинки) – в специальных вентилируемых системах для содержания инфицированных животных или клетках с HEPA-фильтрами, банках или металлических ящиках;

- средних (кролики и др.) – в специальных вентилируемых системах для содержания инфицированных животных, в металлических ящиках;

- допускается содержание зараженных лабораторных животных в специальных вентилируемых шкафах, присоединенных к вытяжной вентиляции;

- банки и металлические ящики с животными размещают на металлических стеллажах;

- емкости, клетки для размещения животных заранее проверяют на целостность, маркируют, используют приспособления, предупреждающие беспрепятственный выход животных;

- животные, зараженные разными видами микроорганизмов, подлежат раздельному содержанию;

- при накоплении в емкостях большого количества подстилочного материала животных пересаживают в чистые емкости, клетки, а использованные обеззараживают;

- эктопаразитов помещают в банки и флаконы, плотно завязанные мелкосетчатым материалом, а также в пробирки, закрытые ватно-марлевой или корковой пробкой;

Сосуды с эктопаразитами помещают в вентилируемые шкафы, холодильники или термостаты.

2.8.8. Транспортирование зараженных лабораторных животных в пределах блока осуществляют в закрывающихся металлических (пластмассовых) емкостях, накрытых тканевой салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором или в клетках с HEPA-фильтрами.

2.8.9. При работе с лабораторными животными соблюдают меры предосторожности, не допуская укусов животных, уколов, царапин, разрывов одежды, перчаток.

2.8.10. Перед проведением манипуляций с лабораторными животными, их надежно фиксируют. Заражение, взятие проб крови и вскрытие мелких лабораторных животных при работе с ПБА I-II групп проводят в боксе микробиологической безопасности (или защитном боксирующем устройстве).

2.8.11. Во время работы с лабораторными животными в помещениях «заразной» зоны запрещается:

- проводить любые манипуляции с животным, не убедившись в его надежной фиксации;

- чистить банки и ящики с сухими (не смоченными дезинфицирующим раствором) отходами;

- брать павших мелких и средних животных руками без корнцанга.

2.8.12. Крупных лабораторных животных (лошадей, баранов и др.) размещают в денниках. Двери денников закрывают снаружи на запоры.

2.8.13. Для утилизации обеззараженных твердых отходов и тушек лабораторных животных используют специальные установки для сжигания и обеззараживания отходов, разрешенные к применению, или закапывают в специально выделенном месте захоронения.

2.8.14. Перед проведением животным внутриполостных операций используют фармацевтические средства, разрешенные для этих целей.

2.8.15. Животных, предназначенных для вскрытия, предварительно умерщвляют.

2.8.16. Запрещается захоронение животных, павших от сибирской язвы (подозрительных на заболевание сибирской язвой). Трупы павших от сибирской язвы (подозрительных на заболевание сибирской язвой) животных, все продукты, полученные при вынужденном убое больных сибирской язвой животных, подлежат сжиганию (раздел 7.1.1 настоящих санитарных правил).

2.8.17. Трупы павших или вынужденно забитых верблюдов на энзоотичных по чуме территориях подлежат вскрытию. Труп животного затем сжигают или закапывают. Захоронение трупов верблюдов производят в ямах глубиной 2 м. Труп и верхний слой земли обильно посыпают гипохлоритом кальция или хлорамином.

Места изоляции больных верблюдов, порядок уничтожения трупов и дезинфекции определяет ветеринарная служба. Захоронение трупов верблюдов осуществляют работники ветеринарных организаций под контролем специалистов территориальных органов Роспотребнадзора.

**2.9. Требования к порядку ликвидации аварий при работе с ПБА**

2.9.1. На случай аварии, при которой создается реальная или потенциальная возможность выделения патогенного биологического агента в воздух производственной зоны, среду обитания человека и заражения персонала, в подразделениях, где ведут работы с ПБА, запас дезинфицирующих средств, активных в отношении возбудителей, с которыми проводят исследования, с учетом вида микроорганизма (Приложение 2), особенностей работы и объемов помещений, запас воды.

2.9.2. Для проведения мероприятий по ликвидации последствий аварии в подразделении, проводящем работу с ПБА, в специально отведенном месте хранят аварийную аптечку, комплекты рабочей (для переодевания пострадавших) одежды, комплекты защитной одежды для аварийной бригады, гидропульт, аварийный запас дезинфицирующего средства.

В состав аварийной аптечки входят: спирт этиловый 70% (два флакона по 100 мл), 5% настойка йода, нашатырный спирт, ножницы с закругленными браншами, перевязочные средства (вата, бинт марлевый медицинский стерильный, лейкопластырь, салфетка марлевая медицинская стерильная № 10 и пр.) и жгут кровоостанавливающий, бумага и ручка для фиксации времени наложения жгута.

В вирусологической лаборатории должны быть в наличии интерферон или индуктор интерферона.

В аптечке лаборатории, проводящей работу с ботулиническим токсином, должны быть гомологичные ботулинические антитоксические сыворотки.

Ответственным за комплектование аварийной аптечки является руководитель подразделения.

2.9.4. Объем мероприятий по ликвидации аварии зависит от характера выполняемой работы, вида и свойств возбудителя, масштабов аварии:

- авария с разбрызгиванием ПБА (с образованием аэрозоля) – бой пробирок, флаконов или колб с жидкой культурой; бой чашек и пробирок с культурами на агаре с конденсатом; разбрызгивание бактериальной суспензии из пипетки или шприца; разбрызгивание тканевой жидкости при вскрытии трупов зараженных животных или больных людей; аварии на вакуумной установке в процессе сушки вирулентных культур, аварии при работе на центрифуге, а также другие аварии, ведущие к контаминации воздуха или окружающих предметов, например, авария при транспортировании ПБА в автоклавную и между подразделениями;

- авария без разбрызгивания ПБА – трещина на чашке Петри, пробирке, флаконе с биологическим материалом, падение на стол твердой частицы при обжигании петли после посева, касание поверхности посева на твердой питательной среде;

- авария, связанная с нарушением целостности кожных покровов;

- авария, связанная с нарушением целости средств индивидуальной защиты, изолирующего костюма.

2.9.5. Порядок действий сотрудников при аварии

2.9.5.1. При аварии с разбрызгиванием ПБА:

- все находящиеся в помещении лица немедленно прекращают работу и, задержав дыхание, выходят из заразного помещения в предбокс, плотно закрывают дверь, включают аварийную сигнализацию и сообщают о случившемся руководителю подразделения;

- обрабатывают руки в перчатках в емкости с дезсредством, если использовались две пары медицинских перчаток - снимают верхнюю пару и помещают в пакет для автоклавирования;

- проводят обработку открытых, не защищенных СИЗ, участков тела (кожных покровов) 70% этиловым спиртом, при попадании на открытые участки кожи ботулинического токсина его смывают большим количеством воды с мылом;

- места защитного костюма, на которые мог попасть инфекционный материал, обрабатывают салфеткой, пропитанной дезраствором, снимают СИЗ и рабочую одежду, замачивают в емкости с дезраствором или помещают в пакет для автоклавирования;

- обрабатывают руки в перчатках в емкости с дезсредством, снимают перчатки и помещают их в пакет для автоклавирования;

- руки обрабатывают дезинфицирующим раствором или 70% раствором этилового спирта;

- если слизистые глаз, носа и рта не были защищены СИЗ, их тщательно промывают проточной водой, рот и горло прополаскивают 70% раствором этилового спирта. При аварии с вирусами затем закапывают интерферон или индуктор интерферона;

- при аварии с ботулиническим токсином глаза и рот промывают водой и разведенной до 10 МЕ/мл антитоксической сывороткой;

- принимают гигиенический душ;

- надевают чистую рабочую одежду.

Порядок проведения дезинфекционных мероприятий:

- сотрудники, участвующие в ликвидации аварии, должны использовать средства индивидуальной защиты в соответствии со степенью опасности ПБА;

- при проведении дезинфекции способом орошения используют СИЗ органов дыхания (СИЗОД) с патроном, обеспечивающим класс защиты от аэрозолей Р3 и универсальной противогазовой защитой;

- для обработки используют дезинфицирующий раствор, эффективный в отношении соответствующего инфекционного агента;

- дезинфекцию помещения проводят, разбрызгивая из гидропульта дезинфицирующий раствор от входной двери в помещение, где произошла авария, и далее, продвигаясь по обработанной территории и орошая перед собой все предметы (пол, стены, потолок) и воздушную среду. На остатки разбитой посуды с ПБА накладывают обильно смоченную дезинфицирующим раствором салфетку;

- через 2 часа после первичной обработки собирают тампонами, смоченными дезинфицирующим раствором или с использованием пинцета /корнцанга, осколки разбитой посуды, погружая их в твердотельную емкость с дезинфицирующим раствором; лабораторную посуду с посевами, находившуюся в момент аварии на рабочих поверхностях, погружают в емкость с дезинфицирующим раствором или обтирают салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором, и помещают в емкость для автоклавирования;

- протирают место падения салфеткой, смоченной в дезрастворе;

- по окончании дезинфекции воздух и поверхности в помещении обеззараживают бактерицидными лампами по режимам согласно нормативным документам;

- сотрудник, проводивший дезинфекционную обработку, выходит в предбокс, снимает защитную одежду, погружая ее в дезинфицирующий раствор;

- спустя два часа проводят уборку помещения, после чего работа может быть возобновлена.

2.9.5.2. При аварии без разбрызгивания ПБА:

- не выходя из помещения, накладывают тампон с дезинфицирующим раствором на место контаминации ПБА поверхности объекта;

- включают аварийную сигнализацию, сообщают руководителю подразделения или лицу, его замещающее, и продолжают дезинфекционную обработку места аварии;

- после окончания дезинфекционной обработки сотрудник выходит из помещения, где произошла авария, снимает и погружает в дезинфицирующий раствор защитную одежду;

- открытые части тела обрабатывают дезинфицирующим раствором или 70% спиртом.

2.9.5.3. При аварии, связанной с нарушением целостности кожных покровов:

- работу прекращают;

- опускают руки в перчатках в чистый дезинфицирующий раствор в помещении, где произошла авария;

- включают аварийную сигнализацию;

- выходят в предбокс руки обрабатывают дезинфицирующим раствором, снимают перчатку;

- на место ранения накладывают тампон, смоченный 70% раствором этилового спирта;

- при работе с вирусами обрабатывают ранку 5% настойкой йода без применения дезинфицирующего раствора.

2.9.5.4. При аварии, связанной с нарушением целостности изолирующего или пневмокостюма во время работы, необходимо:

- устранить повреждение подручными средствами (пластырь, салфетка с дезинфектантом, корнцанг);

- провести дезинфекцию наружной поверхности пневмокостюма и, по возможности, не отключаясь от системы воздухоснабжения, следовать в санитарный пропускник, при этом операции по переключению между воздухораздаточными постами системы воздухоснабжения пневмокостюма осуществляет напарник.

В случае разрыва перчатки поверх нее надевают запасную, а во время обеззараживания поверхности костюма снимают запасную и порванные перчатки и обрабатывают их изнутри и снаружи дезинфицирующим раствором.

Если работающий в «заразной» зоне сотрудник лаборатории, одетый в пневмокостюм, потерял сознание, помощь ему оказывает напарник. Он проверяет наличие доступа воздуха в пневмокостюм потерявшего сознание сотрудника лаборатории, при необходимости осуществляет подключение к воздухораздаточному посту системы воздухоснабжения, а затем принимает меры к его эвакуации из зоны.

Руководитель подразделения организует доставку пострадавшего санитарным транспортом с сопровождающим в специальное лечебное учреждение, информирует о случившемся руководителя организации, а также принимает меры по локализации и ликвидации аварии силами аварийной бригады.

2.9.5.5. При аварии во время работы на центрифуге центрифугу выключают, обесточивают, через 30-40 мин. (после оседания аэрозоля) медленно открывают крышку. Центрифужные стаканы и разбитое стекло помещают в дезинфицирующий раствор, поверхность крышки, внутренние части центрифуги, ее наружную поверхность дезинфицируют.

2.9.5.6. Ликвидацию аварий при работе в БМБ осуществляют согласно разработанным в подразделении инструкциям и планам ликвидации аварий с учетом алгоритмов, регламентированных в данном разделе.

2.9.6. По сигналу «авария» любой сотрудник, принявший сигнал, немедленно извещает руководителя подразделения или замещающего его специалиста о случившемся.

2.9.7. Руководитель подразделения сообщает об аварии комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности и руководителю организации.

2.9.8. Руководитель подразделения и представитель комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности оценивают ситуацию, определяют объем мероприятий по локализации и ликвидации последствий аварии и докладывают руководителю организации, организуют и контролируют действия сотрудников, участвующих в ликвидации аварии.

2.9.9. Руководитель подразделения и пострадавшие при аварии представляют письменные объяснения руководителю организации, в которых отражают время и место аварии, характер выполняемой работы, обстоятельства аварии, вид микроорганизма, группу патогенности, вирулентность и чувствительность к антибактериальным препаратам, были ли нарушения требований биологической безопасности при работе, принятые меры.

2.9.10. Председатель Комиссии подает докладную записку на имя руководителя организации, в которой подробно излагает следующие сведения: дату и время аварии, фамилии, должности пострадавших, характер аварии, дает детальную характеристику возбудителя, сведения о вакцинации пострадавших, излагает ход эксперимента, предлагает объем мероприятий по ликвидации последствий, делает запись в журнале учета аварий и происшествий.

2.9.11. Руководитель организации на основании докладной записки определяет дальнейшие действия по ликвидации последствий аварии в соответствии с имеющимся планом мероприятий по ликвидации аварий.

2.9.12. После ликвидации аварии, а при необходимости и проведения профилактического лечения либо изоляции сотрудника лаборатории, председатель Комиссии составляет заключение в журнале регистрации аварий.

2.9.13. Обо всех несчастных случаях и ошибках, происшедших при работе с ПБА, сотрудники лаборатории в обязательном порядке ставят в известность руководителя подразделения или представителя Комиссии.

2.9.14. После ликвидации аварии руководитель организации совместно с членами Комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности оценивают объем и качество, в том числе с использованием лабораторных методов исследований, проведенных мероприятий по локализации или ликвидации аварии и принимают решение о возобновлении работ с микроорганизмами.

2.9.15. Обо всех случаях аварий во время работы с ПБА I - II групп, требующих профилактического лечения пострадавшего, необходимо передавать информацию в ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора.

2.9.16. Обо всех случаях заболевания сотрудников в результате аварии или лабораторного заражения во время работы с ПБА руководитель организации обязан немедленно информировать территориальные органы Роспотребнадзора и здравоохранения и в ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора.

2.9.17. Лиц, допустивших нарушения настоящих санитарных правил руководитель подразделения может временно (до принятия решения руководителем организации) отстранить от работы с биологическим материалом.

2.9.18. Лица, систематически нарушающие настоящие санитарные правила, могут быть отстранены от работы с ПБА распоряжением руководителя организации.

2.9.19. О каждом пожаре (возгорании), принятых мерах и последствиях немедленно докладывают руководителю учреждения, информируют заведующих подразделениями, КББ. В случае возникновения пожара (возгорания) в рабочее время сотрудники действуют согласно локальному нормативному документу.

III. Требования к лаборатории базового уровня 1 (лаборатории, осуществляющие работы с ПБА IV группы)

3.1. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА IV группы в лабораториях базового уровня 1 выполняют требования п. 2 настоящего раздела санитарных правил.

3.2. Лаборатории, выполняющие работы с ПБА IV группы, должны иметь санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий проведения работ с ПБА IV группы санитарным правилам.

3.3. Работу выполняют сотрудники, допущенные к работе с ПБА III-IV групп, обученные на курсах профессиональной подготовки с освоением методов безопасной работы с ПБА.

3.4. Персонал проходит инструктаж по биологической безопасности один раз в год.

3.5. В лабораториях, осуществляющих диагностические исследования, разграничивают потоки движения персонала, поступления материала на исследование, отходов. Разграничение потоков отражают на схеме, утвержденной руководителем подразделения. Передача материала осуществляется через дверь с тамбуром. Допускается передача через передаточное окно. Материал поступает в плотно закрытых промаркированных контейнерах, биксах, сумках холодильниках.

3.6. Допускается размещение производственных лабораторий, работающих с ПБА IV группы, в изолированном блоке производственного или административного корпуса.

3.7. Обеспечивают наличие санитарно-бытовых помещений для переодевания и раздельного хранения личной и рабочей одежды, душевой, санузлов.

3.8. В лабораториях, проводящих исследования с ПБА IV группы, осуществляют зонирование территории для работ с ПБА и подготовительных работ.

Для проведения работ с ПБА выделяют отдельные помещения – «заразная» зона: для разбора проб, посева на питательные среды, проведения бактериологических (вирусологических), паразитологических и зооэнтомологических исследований, исследований по детекции нуклеиновых кислот, для работы с лабораторными животными (заражение, вскрытие), для содержания инфицированных лабораторных животных, обеззараживания инфицированного материала.

Для проведения подготовительных работ выделяют отдельные помещения – «чистая» зона: для мойки лабораторной посуды, препараторской, стерилизации питательных сред и лабораторной посуды, приготовления и розлива питательных сред, для приготовления и хранения дезрастворов работы с документами, для хранения материальных средств.

Набор помещений может варьировать в зависимости от целей и задач лаборатории.

В подразделении необходимо наличие помещения для приготовления и хранения дезинфицирующих средств.

3.9. Допускается проведение диагностических работ с ПБА IV группы в микробиологической комнате за лабораторным столом: исследования по контролю объектов окружающей среды и качества продукции на наличие санитарно-показательных микроорганизмов, паразитологические исследования бактериоскопия.

3.10. Работы с накоплением ПБА IV группы (диагностические – идентификация культур возбудителя инфекции; экспериментальные и производственные работы) выполняют в боксированном помещении или в микробиологической комнате в боксе микробиологической безопасности не ниже II класса.

3.11. Диагностические и экспериментальные работы с вирусами IV группы патогенности проводят в боксированных помещениях в БМБ не ниже II класса.

3.12. Раковину для мытья рук располагают за пределами микробиологической комнаты или в предбоксе.

3.13. Работы выполняют с соблюдением требований биологической безопасности, общей лабораторной безопасности и надлежащей техники выполнения микробиологических работ (НТВМР).

3.14. До начала работы необходима замена личной одежды и обуви на рабочие. При проведении манипуляций с ПБА используют хирургический или противочумный халат, шапочку, медицинские перчатки. При приготовлении суспензий органов, при заражении животных и при работе с кровью и возбудителями инфекционных болезней с аэрогенным механизмом передачи дополнительно используют противоаэрозольный респиратор не ниже FFP2 класса защиты, защитный щиток или очки.

3.15. Обеззараживание отходов при работе с ПБА III-IV групп проводят согласно Приложению 2 настоящих санитарных правил.

3.16. Специальных требований к охране не предъявляется.

IV. Требования к лаборатории базового уровня 2 (лаборатории, осуществляющие работы с ПБА III группы)

4.1. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА III группы выполняют требования п. 2 настоящего раздела санитарных правил.

4.2. Лаборатории, выполняющие работы с ПБА III группы, должны иметь санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам условий проведения работ с ПБА III-IV групп и, при необходимости, индикации маркеров ПБА II группы (допускается проводить диагностические исследования на холеру, ботулинический токсин, энтеротоксигенные эшерихии, выявление маркеров возбудителей бруцеллеза, парентеральных вирусных гепатитов В и С, СПИД).

4.3. Работу выполняют сотрудники, допущенные к работе с ПБА III-IV групп, обученные на курсах профессиональной подготовки с освоением методов безопасной работы с ПБА.

4.4. Персонал проходит инструктаж по биологической безопасности один раз в год.

4.5. Инженерно-технический персонал, дезинфекторы и санитарки структурного подразделения, осуществляющего индикацию ПБА II группы, проходят инструктаж по биологической безопасности по месту работы в соответствии с должностными обязанностями.

4.6. В лабораториях, осуществляющих диагностические исследования, разграничивают потоки движения персонала, поступления материала на исследование, отходов. Разграничение потоков отражают на схеме, утвержденной руководителем подразделения. Передача материала осуществляется через дверь с тамбуром. Допускается передача через передаточное окно. Материал поступает в плотно закрытых промаркированных контейнерах, биксах, сумках холодильниках.

4.7. Обеспечивается зонирование лаборатории. Помещения лаборатории разделяют на «заразную» зону, где осуществляют манипуляции с ПБА и «чистую» зону, где не проводят работы с ПБА. Во вновь строящихся и реконструируемых лабораториях вход персонала в «заразную» зону осуществляется через санпропускник.

4.8. Во вновь строящихся и реконструируемых лабораториях санпропускник должен включать: помещение для снятия личной одежды; гигиенический душ на границе зон; помещение для надевания рабочей одежды «заразной» зоны (пижама (комбинезон), медицинский халат, рабочая обувь, носки).

4.9. Помещения «чистой» зоны включают:

- гардероб (шкаф) для верхней одежды;

- помещение (шкаф) для рабочей одежды чистой зоны;

- помещения для проведения подготовительных работ: мойка лабораторной посуды, препараторская;

- помещение для стерилизации питательных сред и лабораторной посуды (стерилизационная);

- помещение для приготовления и розлива питательных сред;

- помещение, оснащенное холодильником(ами) (холодильными камерами) для хранения питательных сред и диагностических препаратов;

- комнаты для работы с документами и литературой;

- комната отдыха;

- кабинет заведующего;

- подсобные помещения;

- туалет.

Помещения «заразной» зоны включают:

- блок для работы с инфицированными животными,

боксированные помещения (или микробиологические комнаты, оснащенные боксами биологической безопасности) для проведения микробиологических исследований;

- боксированные помещения (или микробиологические комнаты, оснащенные боксами биологической безопасности) помещения для проведения иммунологических исследований;

- помещение для проведения зооэнтомологических работ;

- помещение для паразитологических работ;

- набор помещений для исследований по детекции нуклеиновых кислот (ПЦР);

- автоклавная для обеззараживания материала;

- помещение для ведения записей в рабочих журналах;

Набор помещений может варьировать в зависимости от целей и задач лаборатории.

В подразделении необходимо наличие помещения для приготовления и хранения дезинфицирующих средств.

4.10. На входе в «заразную» зону на полу размещают дезинфекционный коврик, смоченный дезинфицирующим раствором.

4.11. Во вновь строящихся и реконструируемых лабораториях, боксированные помещения лаборатории и помещения блока для работы с инфицированными животными, должны быть оборудованы отдельными автономными системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, оснащенными фильтрами очистки воздуха (ФОВ) класса H11 на входе и класса H14 на выходе. Система ПВВ «заразной» зоны должна отвечать основным требованиям к системам вентиляции помещений «заразной» зоны (Приложение 4).

4.12. Порядок замены ФОВ вытяжной и приточной систем вентиляции и проверку их защитной эффективности проводят в соответствии с Приложением 9 настоящих СП.

4.13. Требования к проведению работ

4.13.1. В микробиологической комнате на открытом лабораторном столе допускается проводить следующие виды работ: все виды микроскопии, просмотр объектов с посевами, серологические реакции, овоскопия, трихинеллоскопия, исследование мяса на свежесть, органолептические исследования.

4.12.2. В микробиологической комнате в БМБ или в боксированном помещении на открытом лабораторном столе допускается проводить следующие виды работ: вскрытие объектов с зараженным материалом, разбор и посев исследуемого материала, идентификацию культур, работу с коллекционными штаммами, определение антибиотикочувствительности выделенных культур микроорганизмов, центрифугирование, гомогенизацию, измельчение, интенсивное встряхивание, обработку ультразвуком, сушку, дезинтеграцию, работу с лиофилизированными культурами, другие операции с вероятным образованием аэрозоля, ИФА, детекцию нуклеиновых кислот

4.12.3. В боксированных помещениях в БМБ проводят экспериментальные исследования с вирусами.

4.12.4. Работы выполняют с соблюдением НТВМР.

4.13. Эксплуатацию и контроль БМБ проводят в соответствии с Приложением 10.

4.14. До начала работы необходима замена личной одежды и обуви на рабочие. При проведении манипуляций с ПБА используют хирургический или противочумный халат, шапочку, медицинские перчатки. При приготовлении суспензий органов, при заражении животных и при работе с кровью и возбудителями инфекционных болезней с аэрогенным механизмом передачи дополнительно используют противоаэрозольный респиратор не ниже FFP2 класса защиты, защитный щиток или очки. Надевание и снятие СИЗ осуществляют в предбоксе или при входе в микробиологическую комнату.

4.15. Обеззараживание инфицированного материала и отходов при работе с ПБА II или III-IV групп проводят согласно Приложению 2 настоящих санитарных правил.

4.16. Дополнительные требования при проведении работ с гидатидозным и альвеолярным эхинококками:

- экспериментальные работы со стробилярной (ленточной) стадией гидатидозного и альвеолярного эхинококков разрешаются лишь в течение 2 недель с момента орального заражения животных протосколексами паразитов.

- работы со зрелыми яйцами ленточной стадии указанных эхинококков должны проводиться в боксах микробиологической безопасности не ниже II класса.

4.17. Работа с возбудителем туберкулёза и материалом, подозрительным на инфицированность возбудителем туберкулёза, осуществляется в соответствии с [Приложениями 1.9-1.11](http://mobileonline.garant.ru/document?id=4079360&sub=9000) к приказу Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации» (не нуждается в госрегистрации Министерством юстиции Российской Федерации. Письмо Минюста России от 06.05.2003 № 07/4535-ЮД).

Работу по исследованию материала, подозрительного на наличие возбудителя туберкулёза, необходимо проводить в боксах микробиологической безопасности II класса в противочумных костюмах IV типа, дополненных респираторами и медицинскими перчатками.

V. Требования к изолированной лаборатории 3 уровня

5.1. **Лаборатории, осуществляющие работы с ПБА II группы**. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях УББ 3 выполняют требования п. 2, п. 4 настоящего раздела санитарных правил.

5.1.1. Лаборатории изолированного уровня 3 осуществляют работы при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам условий проведения работ ПБА II-IV групп.

5.1.2. Работу выполняют сотрудники, допущенные к работе с ПБА II-IV групп, обученные на курсах профессиональной переподготовки с освоением методов безопасной работы с ПБА.

5.1.3. Инструктаж персонала по вопросам биологической безопасности при работе с ПБА II группы проводится 1 раз в квартал.

5.1.4. Обеспечивают ограничение и контроль доступа в лабораторию, круглосуточную охрану.

5.1.5. Во вновь строящихся и реконструируемых подразделениях/организациях требования к инженерно-техническим системам биологической безопасности должны соответствовать требованиям Приложения 4.

5.1.6. Вход персонала в «заразную» зону осуществляется через санпропускник с душем на границе «чистой» и «заразной» зоны. На двери душевой обязательно наличие знака «биологическая опасность». Устройство санитарных пропускников обеспечивают в соответствии с Приложением 4.

До начала работы необходима замена личной одежды и обуви на рабочие. Использование СИЗ – согласно Приложению 3.

5.1.6. Во вновь строящихся и реконструируемых лабораториях, необходимо предусмотреть для передачи материалов и предметов, обустройство на границе зон шлюзов, оснащенных взаимоблокировкой дверей и системой обеззараживания.

5.1.7. Ограждающие строительные конструкции (ОСК) помещений «заразной» зоны должны соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям действующих строительных норм и правил к общественным зданиям и сооружениям и Приложению 4.

5.1.8. Все вакуумные линии, линии сжатого воздуха и газов в «заразной» зоне обеспечиваются фильтрами очистки воздуха не менее класса H13. Системы сжатого воздуха и технологического вакуума должны отвечать требованиям, изложенным в Приложении 4.

5.1.9. Во вновь строящихся и реконструируемых подразделениях/организациях боксированные помещения и помещения блока для работы с инфицированными животными должны быть оборудованы отдельными автономными системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, оснащенными фильтрами очистки воздуха (ФОВ) класса Н13 на входе и класса Н14 на выходе.

5.1.12. Работа систем вентиляции характеризуется следующими основными контролируемыми параметрами:

1). Обеспечивают разницу давления между «заразной» и чистой зонами: 50 Па (5 мм водяного столба) для лабораторий, проводящих диагностические работы и 100 Па (10 мм водяного столба) для лабораторий, проводящих экспериментальные работы.

2). Величина разрежения в помещениях «заразной» зоны - контроль постоянный;

3). Средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах на границах зон в санитарных пропускниках лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА II группы должна быть не менее 0,4 м/сек. Периодичность проверки 1 раз в 6 месяцев;

4). Аэродинамическое сопротивление фильтров – контроль ежедневный;

5). Эффективность фильтрации воздушных фильтров - контроль регулярно в соответствии с графиком организации, но не реже 1 раза в год.

5.1.13. Работы с ПБА проводят в боксированных помещениях, в боксах микробиологической безопасности (БМБ) II класса защиты, защитных боксирующих устройствах (ЗБУ). Работы выполняют с соблюдением требований НТВМР.

5.1.14. В существующих зданиях лабораторий, проводящих диагностические работы с ПБА II группы при отсутствии в помещении «заразной» зоны приточно-вытяжной вентиляции, оборудованной фильтрами очистки воздуха, используют БМБ не ниже II A2 класса.

5.1.15. Обеззараживание инфицированного материала и отходов осуществляют химическим или физическими методами согласно регламентированным режимам для ПБА II групп. Автоклав располагают в «заразной» зоне лаборатории.

5.1.16. Запрещается слив (сток) необеззараженных жидкостей в канализационную сеть. Во вновь строящихся и реконструируемых подразделениях/организациях Проектирование и функционирование системы спецканализации, сбора и обеззараживания стоков из «заразной» зоны осуществляется в соответствии с Приложением 4.

5.1.17. В организациях, закрепленных за специализированными медико-санитарными частями ФМБА России, медицинское обслуживание и сопровождение осуществляют врачи-специалисты медико-санитарных частей (МСЧ), имеющие соответствующую подготовку по вопросам клиники и эпидемиологии особо опасных инфекционных болезней, подтверждённую документом установленного образца.

5.1.18. При появлении симптомов заболевания сотрудник ставит в известность руководителя подразделения или дежурного по организации.

5.1.19. В случае заболевания сотрудника, работавшего с ПБА, по его месту жительства направляют врача организации (здравпункта, медсанчасти) с целью уточнения эпидемиологического анамнеза и решения вопроса о необходимости его изоляции. Результаты посещения регистрируют в журнале и доводят до сведения руководителя организации. Противоэпидемические, диагностические и лечебно-профилактические мероприятия проводят в соответствии с оперативным планом организации или территориальным комплексным планом мероприятий по локализации и ликвидации очагов особо опасных инфекций (ООИ).

5.1.20. Вызов врача общемедицинской сети разрешается только после посещения больного врачом организации, исключением является обращение по жизненным показаниям. При этом больной или его родственники должны известить прибывшего врача о характере выполняемой работы и одновременно информировать о случившемся руководителя структурного подразделения.

5.1.21. Сотрудники, которые по тем или иным причинам не могут явиться на работу, в течение двух часов ставят в известность заведующего подразделением. В случае отсутствия сведений о местонахождении сотрудника в течение двух часов от начала работы, заведующий подразделением принимает меры по установлению его местонахождения и причины отсутствия.

5.2. **Лаборатории, осуществляющие работы с ПБА I группы (возбудитель чумы)**. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях выполняют требования п. 2, п. 4, п. 5.1 настоящего раздела санитарных правил.

5.2.1. Лаборатории, осуществляющие работы с ПБА I группы (возбудитель чумы) выполняют работы при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам условий проведения работ с ПБА I – IV групп (кроме вирусов I группы);

5.2.2. Работу выполняют сотрудники, допущенные к работе с ПБА I-II групп, обученные на курсах профессиональной переподготовки с освоением методов безопасной работы с ПБА.

5.2.3. Инструктаж сотрудников лаборатории (подразделения) по вопросам биологической безопасности при работе с возбудителем чумы проводят ежемесячно.

5.2.4. Во вновь строящихся и реконструируемых подразделениях/организациях требования к инженерно-техническим системам биологической безопасности должны соответствовать требованиям Приложения 4.

5.2.5. Вновь строящиеся и реконструируемые помещения «заразной» зоны оборудуют системами приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования воздуха в соответствии с требованиями, изложенными в Приложении 4. Обеспечивают:

- создание и поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях не менее 100 Па с постоянным автоматическим регулированием его параметров и их регистрацией;

- создание направленных потоков воздуха;

- очистку поступающего в помещение воздуха ФОВ, обеспечивающими эффективность фильтрации не менее класса H14; обработку удаляемого из помещений воздуха, обеспечивая эффективность фильтрации, соответствующую каскаду из 2-х фильтров очистки воздуха не менее класса H14;

- скорость воздушного потока в дверном проеме на границе «чистой» и «заразной» зон в санитарных пропускниках не менее 0,4 м/сек. Периодичность проверки регулярно после проведения ППР;

- блокировку взаимосвязанных приточных и вытяжных установок;

- автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОВ.

5.2.8. Манипуляции с ПБА осуществляют в боксированных помещениях в боксах микробиологической безопасности (БМБ) II В класса защиты, допускается использование ЗБУ. Работы выполняют с соблюдением требований НТВМР.

5.2.9. В существующих зданиях лабораторий, проводящих диагностические работы с возбудителем чумы при отсутствии в помещении «заразной» зоны приточно-вытяжной вентиляции, оборудованной фильтрами очистки воздуха, допускается использовать БМБ не ниже II В2 класса защиты с использованием IV типа противочумного костюма (или утвержденного аналога) дополненного противоаэрозольным респиратором FFP3 и второй парой медицинских перчаток (далее – МП), бахилами, закрывающими рабочую обувь.

5.2.10. Обеззараживание инфицированного материала и отходов при работе с возбудителем чумы проводят согласно Приложению 2 настоящих санитарных правил.

**5.2.11. Дополнительные требования к проведению индикации вирусов I группы патогенности.** Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях выполняют требования п. 2, п. 4, п. 5.1 и 5.2 настоящего раздела санитарных правил.

5.2.11.1. Лицам, осуществляющим индикацию вирусов I группы патогенности, ежедневно перед началом работы (смены) проводят медицинский осмотр, в начале и в конце рабочего дня – термометрию, с фиксацией результатов в специальном журнале.

5.2.11.2. Во всех случаях возникновения недомогания сотрудник ставит в известность руководителя подразделения или дежурного (диспетчерскую службу) по организации.

5.2.11.3. Работу с необеззараженным материалом, содержащим или подозрительным на содержание вирусов I группы, осуществляют в БМБ III класса. После обеззараживания исследуемого материала допускается проведение исследований в БМБ II класса защиты.

5.2.11.4. Обеззараживание СИЗ при выходе из «заразной» зоны или из отдельного изолированного блока в диагностических лабораториях проводят дезинфицирующими средствами (орошение или химический душ).

5.2.11.5. Проходной автоклав размещают на границе «чистой» и «заразной» зон. В мобильных лабораториях автоклав размещают в «заразной» зоне с целью обеспечения замкнутого цикла работы с инфицированным материалом.

5.2.11.6. Обеззараживание инфицированного материала и отходов при работе с вирусами I группы осуществляют химическим и физическим методами согласно Приложению 2 настоящих санитарных правил.

**5.3. Дополнительные требования при работе с возбудителями особо опасных (глубоких) микозов**. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях выполняют требования п. 2, п. 4, п. 5.1 и 5.2 настоящего раздела санитарных правил.

5.3.1. Все манипуляции с культурами мицелиальной фазы, а также изучение выживаемости грибов во всех фазах проводят в БМБ III класса.

5.3.2. Просмотр посевов с мицелиальными фазами грибов проводят в боксированных помещениях в противочумном костюме IV типа дополненном средствами индивидуальной защиты органов дыхания и медицинскими перчатками;

5.3.3. Во избежание заражения аэрогенным путем при работе с мицелиальными фазами грибов агаровые пластинки с посевами выдерживают в термостате не более 5 суток (до начала спороношения). Не допускается открывать емкости с посевами мицелиальной фазы грибов вне бокса МБ (или защитного боксирующего устройства).

5.3.4. Работа с дрожжевыми фазами грибов проводится в боксированной комнате в костюме III типа с респиратором, серологические исследования - в костюме IV типа.

5.3.5. Для проведения подсчета клеточных элементов в камере Горяева суспензии грибов обеззараживают добавлением 10%-го раствора формалина в соотношении 1:10 с последующей экспозицией в течение 24 ч при комнатной температуре или в течение 2 ч при температуре (37 base_1_164208_32768 1) °C; мертиолята натрия в концентрации 0,001% с последующим прогреванием при температуре (56 base_1_164208_32769 1) °C в течение 30 мин. или выдерживанием при комнатной температуре в течение 24 ч.

5.3.6. При заражении лабораторных животных место введения материала обрабатывают 1%-й настойкой йода.

VI. Требования к максимально изолированной лаборатории уровня 4

6.1. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях уровня максимально изолированной лаборатории 4 выполняют требования п. 2, п. 4, п. 5.1 и 5.2 настоящего раздела санитарных правил.

6.2. Лаборатории максимально изолированного уровня 4осуществляют работы при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам условий проведения работ с выделением и хранением культур ПБА I – IV.

6.3. Организация и непосредственная работа в помещениях максимально изолированных лабораторий дополнительно регламентируется соответствующими рабочими инструкциями по каждому виду проводимых работ, применяемому оборудованию, используемым животным, типу помещений и др.

6.4. К работе с микроорганизмами I группы патогенности, где в качестве средств индивидуальной защиты используются пневмокостюмы, допускаются лица, прошедшие инструктаж и сдавшие зачеты по практическим навыкам эксплуатации пневмокостюмов.

6.5. Лица с нарушениями иммунной системы к работе в максимально изолированных лабораториях не допускаются.

6.6. Лицам, работающим с вирусами I группы патогенности, ежедневно перед началом работы (смены) проводят медицинский осмотр, а по окончании рабочего времени термометрию с фиксацией результатов в специальном журнале.

6.7. При появлении у сотрудника симптомов, характерных для инфекционного заболевания, вызываемого возбудителем, с которым он работал, а также во всех случаях возникновения недомогания сотрудник ставит в известность руководителя подразделения или дежурного (диспетчерскую службу) по организации.

6.8. На границе зон оборудуются санитарные пропускники, состоящие из воздушных тамбур-шлюзов с герметичными дверями (отдельных для входа и выхода сотрудников) и помещениями, в которых производится полное переодевание персонала, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, включая изолирующие средства защиты, их обеззараживание, дезинфицирующий душ, гигиенический душ для персонала, предусматривается помещение для сушки волос. Граница зон должна проходить по гермодвери помещения душевой.

6.9. Помещения «заразной» зоны должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной механической вентиляции с устройствами очистки воздуха и обеззараживания, обеспечивающими:

- создание и поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях не менее 200 Па с постоянным автоматическим регулированием его параметров и их регистрацией;

- оборудование дублирующей системой энергоснабжения, автономным источником питания.

6.10. Управление работой всех приточных и вытяжных систем предусматривается дистанционным, автоматическим или ручным способом с центрального поста управления, размещаемого в «чистой» зоне. Информация о работе вентиляционных установок, величине перепада давления между помещениями разных групп, положения гермоклапанов и другое должна отображаться на мнемосхемах.

6.11. Для обеззараживания твердых отходов и предметов, передаваемых из помещений «заразной зоны», на границе зон устанавливаются проходные автоклавы с двумя дверями, оснащенными блокировкой, препятствующей одновременному открыванию дверей.

6.12. Для передачи предметов, оборудования, защитной одежды и прочего, не выдерживающих воздействия высокой температуры при их обработке, на границе зон устанавливаются пароформалиновые камеры, передаточные шлюзы с устройствами для распыления дезинфицирующих средств. Указанные передаточные устройства оснащаются системой блокировки дверей.

6.13. Все жидкие отходы, образующиеся в процессе работы, подлежат обязательному химическому и последующему термическому обеззараживанию в соответствии с режимами, изложенными в Приложении 2. Стоки от гигиенического душа персонала подлежат обязательному термическому обеззараживанию с использованием установок (станций) периодического или непрерывного способа обеззараживания.

6.14. Все виды работ проводят в БМБ III класса или в пневмокостюмах. При необходимости из боксов создают технологические линии. При использовании пневмокостюмов допускается проводить экспериментальные и диагностические исследования с использованием защитных боксирующих устройств, обеспечивающих создание направленного потока воздуха от оператора к двухкаскадной системе фильтров очистки воздуха не менее класса H14 в каждом каскаде.

6.15. Лаборатории оборудуются системой централизованного воздухоснабжения пневмокостюмов. Система воздухоснабжения средств индивидуальной защиты должна быть обеспечена регулятором температуры подаваемого воздуха, автоматическим регулированием и поддержанием избыточного давления, а также средствами сигнализации о работе системы. Пневмокостюмы должны комплектоваться устройством, обеспечивающим переключение с централизованной подачи воздуха на автономное дыхание.

6.16. Пневмокостюмы подвергаются дезинфекционной обработке, проверке их целости и защитной эффективности фильтров после каждого посещения «заразной» зоны.

6.17. Персонал, постоянно работающий в лаборатории, а также привлекаемый для проведения и обеспечения работ из других лабораторий (подразделений) проходит специальную подготовку по использованию пневмокостюмов и порядку действия в аварийных ситуациях.

6.18. Лаборатории оборудуются дублирующей системой электроснабжения, а также автономным (резервным, аварийным) источником питания (дизель-генератор).

6.19. Приточно-вытяжная система вентиляции, система подачи воздуха для пневмокостюмов, система сбора и обработки стоков должны быть укомплектованы наряду с основными рабочими агрегатами дополнительными (резервными).

6.20. Работа с ПБА разрешается только после положительных результатов комплексного испытания всех инженерно-технических систем обеспечения биологической безопасности с составлением акта испытаний.

### VII. Требования к организации работ с аэрозолями микроорганизмов

**7.1. Требования к проведению работ с ПБА с использованием аэрозольных камер**

Требования к выполнению аэрозольных исследований являются дополнительными к требованиям обеспечения биобезопасности в лабораториях соответствующего уровня биобезопасности.

7.1.1. Аэрозольные камеры (установки) должны размещаться в специально выделенных боксированных помещениях «заразной» зоны, имеющих максимальный уровень защиты. Непосредственно к боксу с аэрозольной камерой должны примыкать боксированные помещения, боксы для содержания инфицированных животных и их вскрытия. Все боксированные помещения должны сообщаться посредством передаточных шлюзов.

7.1.2. Боксированные помещения аэрозольной камеры, содержания животных и их вскрытия должны быть оборудованы механической приточно-вытяжной вентиляцией с фильтрами очистки воздуха, иметь дублирующий двигатель на вытяжке с автоматическим переключением. В них должно поддерживаться разрежение не менее 50-100 Па (5-10 мм водяного столба), для лабораторий, проводящих работы с ПБА I-II не менее 200-250 Па (20-25 мм водяного столба) или вытяжка должна преобладать над притоком не менее чем на 15%. После установки фильтры очистки воздуха класса не менее H14 должны быть проверены на проскок и произведены замеры их аэродинамического сопротивления. В период эксплуатации замеры сопротивления фильтров должны проводиться ежеквартально с отметкой в специальном журнале. Смена фильтров должна проводиться при нарушении параметров депрессионного режима (изменение скорости воздушных потоков, кратности воздухообмена), при повреждении фильтров (снижение сопротивления, увеличение коэффициента проскока), при увеличении их сопротивления на 50% и одновременном уменьшении скорости воздушного потока в боксирующих устройствах.

7.1.3. Конструкция аэрозольной камеры должна обеспечивать постоянное разрежение внутри ее не менее 40 Па (4 мм водяного столба) и оборудована системой очистки (деконтаминации) воздуха.

7.1.3.1. Проверка аэродинамической установки на возможность проникновения аэрозоля в воздух помещения проводится ежегодно с применением тест-штаммов культур микроорганизмов.

7.1.3.2. Пусковые кнопки вентиляции должны быть оборудованы световым сигналом.

7.1.4. Работа на аэрозольной камере с зараженными животными должна проводиться в противочумном костюме IV типа с использованием перчаток и респираторов не ниже класса FFP3. Защитная одежда должна сниматься и замачиваться в дезинфицирующем растворе в предбоксе.

7.1.5. Перед каждым проведением работ на аэрозольной установке должен быть проведен осмотр установки и системы вентиляции с составлением заключения об их готовности к работе.

**7.2. Дополнительные требования к проведению работ с аэрозолями микроорганизмов I-II групп патогенности (опасности).**

7.2.1. Лица, работающие в или посещающие «заразную» зону, обслуживающий инженерно-технический персонал, сотрудники службы биологической безопасности, режима и охраны подлежат вакцинации. Список вакцинируемых согласовывается с подразделением биологической безопасности. При отсутствии средств вакцинации работы проводятся по условиям максимально изолированной лаборатории.

7.2.2. Лица, работающие в зонированных помещениях, независимо от характера выполняемых работ проходят ежедневный утренний медицинский осмотр в смотровом кабинете для получения медицинского допуска к работам. Смотровой кабинет организуется и размещается в непосредственной территориальной близости к лабораторному корпусу, в котором проводятся работы, или непосредственно в «чистой» зоне этого корпуса.

7.2.3. Инструктаж по соблюдению требований к организации работ с аэрозолями ПБА I - II групп проводится перед началом работ ежедневно. Комиссионная проверка знаний требований биологической безопасности при работах с аэрозолями проводится не реже одного раза в год, перед началом работ с ПБА.

7.2.14. Малые камеры могут размещаться как в отдельных помещениях «заразной» зоны, так и в боксах МБ III класса или специальных герметичных укрытиях. Средние и большие камеры должны размещаться в отдельных помещениях «заразной» зоны. Вход в такие помещения должен иметь тамбур-шлюз с дезинфекционным душем.

7.2.15. Конструкции любых видов аэрозольных камер должны быть герметичными, обеспечивать постоянное разрежение внутри рабочего объема не менее 150 Па (15 мм водяного столба) относительно помещения и оборудованы системой очистки (деконтаминации) воздуха.

7.2.16. Для малых и средних камер допускается установка системы очистки воздуха и вентиляционного агрегата в одном помещении с аэрозольной камерой. Для больших камер ФОВ должны устанавливаться в фильтр-камерах отдельных технологических помещений «заразной» зоны. Вентиляционные агрегаты для больших камер устанавливаются в технологических помещениях «чистой» зоны.

7.2.17. Воздуховоды аэрозольных камер должны быть герметичными, выполненными из нержавеющей стали, стыки на воздуховодах должны быть цельносварными со 100%-й гамма-дефектоскопией качества сварных швов. При этом на границах зон воздуховоды должны иметь электроприводные гермоклапаны со стороны «заразной» зоны с минимальным удалением от границы зон.

7.2.18. Управление работой аэрозольных камер должно осуществляться с помощью пультов. Для малых и средних камер допускается размещение пультов управления в одном помещении совместно с камерой. При этом управление ими может быть частично ручным с помощью вентилей и клапанов.

7.2.19. Управление работой больших аэрозольных камер должно осуществляться с помощью пультов, расположенных в помещениях «чистой» зоны.

7.2.20. Содержание инфицированных лабораторных животных должно производиться в шкафах, оборудованных вытяжной вентиляцией.

7.2.21. В помещениях должно поддерживаться разрежение не менее 200 - 250 Па (20 - 25 мм водяного столба).

7.2.22. Каждый блок помещений, в котором выполняется отдельный технологический цикл, должен иметь автономную приточно-вытяжную вентиляцию. Динамическая аэрозольная камера должна иметь технологическую вентиляцию, удаляющую воздух непосредственно из камеры.

7.2.23. Производительность каждой вентиляционной системы рассчитывается таким образом, чтобы воздушные потоки были направлены в сторону аэрозольных установок. При неработающем аэрозольном блоке движение воздуха направлено в сторону помещений с зараженными животными.

7.2.24. Приточная вентиляция должна иметь блокировку, которая прекращает подачу воздуха в помещения при уменьшении в них разрежения вследствие открытия дверей, тамбуров, передаточных шлюзов или выключении вытяжной вентиляции.

7.2.25. Подача сжатого воздуха на распылительную аэрозольную установку должна автоматически отключаться при прекращении работы технологической вентиляции.

7.2.26. Аэрозольные лаборатории оборудуют дублирующей системой энергоснабжения, автономным (резервным, аварийным) источником питания (дизель-электрогенератор).

7.2.27. Фильтры очистки воздуха после установки в системы приточно-вытяжной вентиляции должны быть проверены на проскок [(Приложение 9)](#P4478). Замеры аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха должны производиться не реже 1 раза в 6 месяцев непрерывной работы с составлением протокола проверки.

7.2.28. В период эксплуатации контроль аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха должен проводиться постоянно.

7.2.29. Смена фильтров должна проводиться при нарушении параметров депрессионного режима (изменение скорости воздушных потоков, кратности воздухообмена), при повреждении фильтров (снижение сопротивления, увеличение коэффициента проскока), при увеличении их сопротивления в 2 раза, уменьшении скорости воздушного потока в боксирующих устройствах.

7.2.30. Проверка герметичности аэрозольных камер должна проводиться ежегодно методом обмыливания.

7.2.31. Все виды работ в помещениях «заразной» зоны проводятся в пневмокостюмах.

7.2.32. После окончания эксперимента камерные установки изнутри подвергаются дезинфекционной обработке.

7.2.33. По завершении работ помещения, где расположены камеры, и находящиеся в помещениях оборудование, приборы, средства измерений и пневмокостюмы подвергаются дезинфекционной обработке.

7.2.34. Для дезинфекционной обработки (в том числе заключительной) используются дезинфицирующие средства, эффективность которых подтверждена экспериментально в отношении конкретного используемого в работе возбудителя.

VIII. Требования к организации работы в госпиталях для больных с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I-II групп патогенности, изоляторах и обсерваторах

8.1. При возникновении случаев заболеваний, вызванных микроорганизмами I-II групп патогенности (чума, холера, заболевания, вызванные вирусами I группы патогенности), а также для лиц, общавшихся с больными в очагах заболеваний, развертывают госпитальную базу (инфекционный и провизорный госпитали, изолятор и обсерватор) в соответствии с Комплексным планом по санитарной охране территории и с учетом требований настоящих санитарных правил.

8.1.1. План развертывания (перепрофилирования) инфекционного и провизорного госпиталей, изолятора утверждает руководитель медицинской организации и согласовывает Главный государственный санитарный врач по субъекту Российской Федерации.

8.1.2. Организацию мероприятий, регламентированных настоящими санитарными правилами, в госпиталях, изоляторах и обсерваторах обеспечивают руководители медицинских организаций.

8.2. Инфекционный и провизорный госпитали, изолятор организуют на базе инфекционной больницы или инфекционного отделения многопрофильной больницы. В инфекционном госпитале больных размещают в боксах и боксированных палатах.

Допускается размещение изоляторов на базе других отделений, а также в приспособленных изолированных помещениях, имеющих коечный фонд, пневмокаркасных модулях, палатках с выделением медицинского персонала и соблюдением настоящих санитарных правил.

8.3. Выявленного больного (больных) с подозрением на заболевание чумой, холерой или болезнями, вызванными вирусами I группы патогенности, а также II группы патогенности (КГЛ, легочная форма сапа, БВРС, ТОРС), с целью изоляции и лечения госпитализируют в инфекционный госпиталь.

8.3.1. Выявленных в последующем больных с симптомами, не исключающими указанные заболевания, для изоляции, медицинского наблюдения, предварительного лечения госпитализируют в провизорный госпиталь до этиологического подтверждения диагноза.

8.3.2. Лиц, не имеющих клинических симптомов болезни, но подвергшихся риску заражения чумой и болезнями, вызванными вирусами I группы патогенности, в результате контакта с больными людьми либо трупами; животными, объектами внешней среды, которые могут являться источниками инфицирования, и находившихся в одинаковых условиях по риску инфицирования, помещают в изолятор.

8.3.3. Больных инфекционными болезнями, кроме указанных в п. 8.3., госпитализируют в инфекционное отделение любой больницы. При этом больных сибирской язвой, сапом, мелиоидозом, лихорадкой Ку, глубокими микозами, орнитозом помещают в изолированные (боксированные) палаты или боксы.

8.4. В инфекционном госпитале (отделении) для больных с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I-II групп патогенности (чума, холера, заболевания, вызванные вирусами I группы патогенности) предусматривают:

- приемное отделение с отдельным входом для больных, приемно-смотровыми боксами, кладовой для хранения одежды больных до отправки ее в дезинфекционную камеру;

- отделение для больных, в котором предусматривают боксы для изолированного размещения больных. В госпитале для больных холерой допускается размещение больных в боксировнных палатах по срокам поступления, клиническим формам и степени тяжести болезни;

- буфетная (помещение для подготовки готовой пищи к раздаче пациентам) без моечной столовой посуды;

- помещение для обеззараживания инфицированного материала (выделения больных, судна, белье и др.);

- процедурную;

- помещение с санитарным пропускником для выписки больных;

- санитарный пропускник для персонала (комнаты для надевания и снятия защитной одежды, душевая);

- бокс, предусмотренный для перепрофилирования под блок клинико-диагностической лаборатории (КДЛ);

- рентгеновский кабинет, оборудованный передвижной аппаратурой (в госпитале для больных чумой);

- операционный блок или бокс для оказания специализированной хирургической помощи;

бокс для оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи (родовой бокс);

- реанимационный бокс (или боксированную палату);

- боксы (боксированные палаты) для больных со смешанными инфекциями;

- санузел для слива обеззараженных отходов и выделений больных.

В операционном, реанимационном и родовом боксах должны быть необходимое оборудование и инструментарий. В санпропускниках, шлюзах боксов и боксированных палат, санузлах для персонала устанавливают раковины с бесконтактным смесителем, дозаторы с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

8.5. В инфекционные отделения (стационары) больные поступают непосредственно в бокс или через приемно-смотровой бокс, где проводят осмотр, при необходимости оказывают экстренную помощь, забирают биологический материал для лабораторного исследования, проводят санитарную обработку, переодевают больного, хранят одежду больного до отправки в дезинфекционную камеру, оформляют первичные документы на поступившего больного, при необходимости начинают специфическое лечение.

8.6. В кладовой одежду хранят в индивидуальных мешках, сложенных в баки или полиэтиленовые пакеты, внутренняя поверхность которых должна быть обработана раствором инсектицида.

8.7. Для оказания квалифицированной медицинской помощи могут привлекаться специалисты сторонних медицинских организаций. Контактные данные привлекаемых к работе госпиталя специалистов согласуют с руководителем организации, из которой их привлекают, и включают в оперативный план госпиталя.

8.8. Пища для больных доставляется в посуде кухни к передаточному пункту, где перекладывается в посуду буфетной госпиталя (отделения). В буфетной пищу подогревают при необходимости, раскладывают по порциям в одноразовую посуду и разносят по боксам. Остатки пищи и посуду обеззараживают в боксе.

При организации индивидуально-порционной системы питания больных (таблет-питания), доставку питания из пищеблоков в отделения осуществляют в термоконтейнерах-тележках. В отделениях предусматривают помещения буфетных (без моечной столовой посуды). В пищеблоках выделяют отдельные моечные для обработки кухонной посуды и организуют помещение для обработки тележек системы таблет-питания

8.9. Обеззараженные медицинские отходы утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами.

8.10. За пределами боксированного отделения, в «чистой» половине располагают помещения для персонала инфекционного отделения:

- ординаторскую, комнаты для дежурного персонала (для оформления документации, отдыха);

- комнаты для приема пищи;

- санузлы;

- комнаты для хранения мягкого инвентаря;

- подсобные помещения (аптека и др.).

8.11. Доставка (транспортирование) больных в стационар осуществляется специализированным автотранспортом.

8.11.1. Больных изолируют и перевозят отдельно, по принципу «один больной – одна машина», с соблюдением противоэпидемического режима с целью недопущения распространения инфекции на путях эвакуации.

8.11.2. При одновременном выявлении групповых или массовых случаев заболевания, имеющих сходную клиническую картину, одинаковый эпидемиологический анамнез и предположительно связанных с преднамеренным применением ПБА, допускается транспортирование нескольких больных одним транспортом.

8.11.3. При перевозке больных легочной формой чумы, а также заболеваниями, вызываемыми вирусами I группы патогенности, крымской геморрагической лихорадки, или с подозрением на эти заболевания персонал эвакуационной бригады меняет защитную одежду после каждого больного.

8.11.4. После доставки больного в стационар транспорт и предметы, использованные при транспортировании, обеззараживают в специально оборудованном помещении для санитарной обработки транспорта, имеющем в составе бокс (дезинфекционный шлюз) для обработки транспорта, имеющий подводку горячей и холодной воды, канализацию для отвода сточных вод, санпропускник для персонала, место для хранения дезинфекционных средств. Все члены бригады после смены проходят санитарную обработку.

8.12. Требования к работе в госпиталях, изоляторах и обсерваторах.

8.12.1. Работа в госпитале по уходу и лечению больных проводится с использованием средств индивидуальной защиты (Приложение 3).

8.12.2. В госпитале, где находятся больные с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I группы патогенности (кроме бубонной формы чумы), а также II группы патогенности (КГЛ, легочная форма сапа), устанавливается строгий противоэпидемический режим.

8.12.3. В госпитале, где находятся больные туляремией, сибирской язвой, бруцеллезом, сапом, мелиоидозом и другими заболеваниями, вызванными возбудителями II группы патогенности, устанавливается противоэпидемический режим, предусмотренный для соответствующей инфекции.

8.12.4. В холерном госпитале устанавливается противоэпидемический режим, аналогичный для отделений с острыми кишечными инфекциями.

8.12.5. Перед выпиской больной проходит санитарную обработку.

8.12.6. Постельные принадлежности выбывшего из госпиталя больного сдают в дезинфекционную камеру, а кровать и тумбочку обеззараживают.

8.12.7. Устройство, порядок и режим работы провизорного госпиталя устанавливают, как для инфекционного госпиталя.

8.12.8. Больных, подлежащих провизорной госпитализации, размещают индивидуально. Допускается размещение при подозрении на холеру небольшими группами по клиническим формам, срокам поступления и тяжести заболевания.

8.12.9. При подтверждении в провизорном госпитале предполагаемого диагноза, больного переводят в инфекционный госпиталь (для определенной нозологической формы).

8.12.10. После перевода больного в палате провизорного госпиталя проводят заключительную дезинфекцию (в зависимости от выявленного инфекционного заболевания). Оставшихся больных (контактных) после санитарной обработки переводят в другую палату и при необходимости приступают к профилактическому лечению. Время пребывания контактных больных увеличивается на срок инкубационного периода выявленного заболевания.

8.12.11. Срок выписки больных из провизорного госпиталя определяют конкретно в каждом случае, но не ранее окончания инкубационного периода предполагаемого заболевания.

8.12.12. В инфекционном, провизорном госпиталях и изоляторе ежедневно проводят текущую дезинфекцию, после освобождения помещений – заключительную дезинфекцию. Непосредственно в инфекционных стационарах (отделениях) должен храниться недельный запас используемых дезинфицирующих средств.

8.12.13. Контроль соблюдения требований биологической безопасности в инфекционном, провизорном госпиталях, изоляторе и обсерваторе осуществляют специалисты территориальных органов Роспотребнадзора.

8.12.14. В случаях введения карантина при выявлении больных легочной формой чумы на территории соответствующего субъекта Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населенных пунктов данного субъекта Российской Федерации выезд (выход) людей разрешен после прохождения обсервации в течение 6 дней и выдачи документа установленной формы.

8.12.15. Обсерваторы развертывают в обособленных помещениях, имеющих условия для размещения здоровых лиц, выезжающих за пределы зоны карантина. Проводят медицинское наблюдение с целью выявления лиц с симптомами, не исключающими инфекционную болезнь, в отношении которой введен карантин.

8.12.16. Для работы в обсерваторе разрешается мобилизация медицинских работников и другого обслуживающего персонала из числа обсервируемых.

8.12.17. Лиц, нуждающихся в прохождении обсервации, размещают в отделениях (палатах) одномоментно, по срокам поступления, небольшими группами, исключая возможность общения с лицами из других помещений.

8.12.18. При выявлении в обсерваторе больного с симптомами, не исключающими инфекционную болезнь, в отношении которой введен карантин, его переводят в провизорный госпиталь. До этиологического подтверждения диагноза лиц, контактировавших с заболевшим, изолируют на месте. При подтверждении диагноза – переводят в изолятор.

8.12.19. Для остальных лиц, проходящих обсервацию, увеличивают ее продолжительность на срок инкубационного периода выявленного заболевания с момента госпитализации больного и проведения заключительной дезинфекции.

8.12.20. В случае получения отрицательного результата лабораторного исследования срок обсервации не изменяют.

8.12.21. После освобождения отделения обсерватора проводят заключительную дезинфекцию и повторное его заполнение.

8.12.22. Стационары, предназначенные для больных холерой и инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами I групп патогенности, должны находиться под круглосуточной охраной подразделений Росгвардии или полиции.

8.12.23. В госпиталях, изоляторе и обсерваторе работу по лечению и уходу за больными выполняют врачи и медицинские сестры, прошедшие подготовку по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики, организации и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев заболевания или случаев подозрения на заболевание инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами I-II групп патогенности, подтвержденную зачетом. Младший и обслуживающий персонал проходит подготовку на рабочем месте.

8.12.24. Медицинский персонал, привлекаемый к работе в госпиталях, изоляторах и обсерваторах, допускают к работе без вакцинации при отсутствии противопоказаний к лечению специфическими препаратами и антибиотиками. За ним устанавливают медицинское наблюдение на весь период работы в очаге.

8.12.25. По окончанию работы в госпиталях и изоляторах персонал проходит обсервацию, срок которой зависит от нозологической формы.

**8.13. Инженерно-технические требования к боксам инфекционного госпиталя для госпитализации больных чумой, инфекционными болезнями, вызванными вирусами I группы патогенности и/или неустановленной этиологии, а также II группы патогенности (КГЛ, легочная форма сапа, ТОРС, БВРС), и изолятору санитарно-карантинных пунктов в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации.**

8.13.1. Во вновь строящихся и реконструируемых инфекционных стационарах и изоляторах санитарно-карантинных пунктов в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации инженерно-технические требования к системам вентиляции и кондиционирования воздуха, холодного и горячего водоснабжения, канализации, сбора и обработки стоков, сбора и утилизации медицинских отходов должны соответствовать требованиям Приложения 4.

8.13.2. Системы водоснабжения должны быть оборудованы техническими средствами для предотвращения обратного тока воды. Запрещается слив (сток) необеззараженных жидкостей и жидких отходов в канализационную сеть.

8.13.3. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны обеспечивать:

- бесперебойную работу вентиляции с необходимой кратностью воздухообмена;

- обеззараживание удаляемого из боксов воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции двумя каскадами фильтров очистки воздуха не ниже класса Н14;

- оснащение систем приточной вентиляции фильтрами очистки воздуха не ниже класса Н14;

- создание и автоматическое поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды не менее 200 Па, обеспечивающего направление воздушных потоков в сторону наиболее «грязных» помещений;

- автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- автоматическую блокировку взаимосвязанных приточных и вытяжных систем;

- автоматическую блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных и регулирующих устройств.

Оснащение систем приточно-вытяжной вентиляции должно соответствовать требованиям Приложения 4.

8.13.4. В функционирующих медицинских организациях, конструктивные особенности которых не позволяют оборудовать боксы такой системой вентиляции, допускается проводить обеззараживание ультрафиолетовыми бактерицидными облучателями для обеззараживания воздуха и поверхностей или иным сертифицированным специализированным оборудованием, обеспечивающим очистку воздуха и инактивацию микроорганизмов с эффективностью не менее 99%.

8.13.5. Система приточно-вытяжной вентиляции операционного блока, предназначенного для проведения экстренных операций по жизненным показаниям у больных, подозрительных на заболевание чумой, должна обеспечивать:

- бесперебойную работу вентиляции с необходимой кратностью воздухообмена;

- обеззараживание удаляемого фильтрами из боксов воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции двумя каскадами очистки воздуха не ниже класса Н14;

- оснащение систем приточной вентиляции фильтрами очистки воздуха не ниже класса Н14;

- автоматическое поддержание величины разрежения относительно внешней среды не менее 150 Па и поддерживать перепад давлений с соседними помещениями «заразной» зоны операционного блока не менее 50 Па;

- автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из рабочих;

- автоматическую блокировку взаимосвязанных приточных и вытяжных систем;

- автоматическую блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных и регулирующих устройств.

Оснащение систем приточно-вытяжной вентиляции операционного блока должно соответствовать требованиям Приложения 4.

8.14. В боксе инфекционного отделения, предусмотренного для перепрофилирования под блок клинико-диагностической лаборатории (КДЛ), выполняют исследования материала от больных (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) в соответствии с утвержденным планом перепрофилирования лаборатории.

8.14.1. План перепрофилирования блока для КДЛ содержит требования по безопасному отбору материала, перечень необходимого оборудования и его обеззараживания, требования по применению средств индивидуальной защиты, наличие и использование дезинфицирующих средств, рабочие инструкции по правилам безопасной работы и дезинфекции приборов и автоматических анализаторов, обеспечивающие выполнение требований по безопасности работы с возбудителями I-II групп патогенности (опасности). Во вновь строящихся и реконструируемых медицинских организациях размещение блока КДЛ предусматривается в инфекционном отделении госпиталя для больных с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I-II групп патогенности.

8.14.2. При наличии условий на базе КДЛ медицинской организации планом перепрофилирования предусматривается возможность работы в отдельно выделенном помещении лаборатории с соблюдением требований по безопасности работы с возбудителями I-II групп патогенности (опасности).

### IX. Требования к организации работы изолятора для сотрудников специализированных организаций, проводящих работу с ПБА I-II групп

9.1. В специализированной организации, проводящей работу с возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, особо опасных (глубоких) микозов и вирусами I группы патогенности, должен быть изолятор или инфекционный стационар, размещенный в обособленном помещении, оборудованный и оснащенный всем необходимым для поддержания строгого противоэпидемического режима. В непосредственной близости оборудуется площадка для дезинфекционной обработки санитарного транспорта. В изолятор (инфекционный стационар) направляют сотрудников при выявлении у них симптомов, характерных для заболеваний, вызываемых указанными агентами, а также допустивших аварию при работе с ПБА или оказавшихся в зоне аварии.

9.2. При отсутствии в организации, проводящей работу с ПБА I-II группы патогенности, изолятора или инфекционного стационара допускается заключение договоров с медицинскими организациями инфекционного профиля о размещении и оказании медицинской помощи на его базе сотрудникам при выявлении у них симптомов, типичных для заболеваний вызванных ПБА I - II группы, или допустивших аварию при работе с ПБА.

9.3. Решение об изоляции сотрудников и необходимости проведении специфического лечения принимает руководитель организации.

9.4. Решение об изоляции в инфекционный изолятор и порядке лечения сотрудника организаций, которые закреплены за специализированными медико-санитарными частями ФМБА России, принимает врач-специалист закреплённой МСЧ.

9.5. Персонал изолятора (стационара) допускается к работе в соответствии с требованиями допуска персонала к работам с ПБА I-II групп настоящих санитарных правил. В случае необходимости, к обслуживанию изолятора могут привлекаться врачи, лаборанты, дезинфекторы и санитарки из числа сотрудников организации, допущенных к работе с ПБА.

9.6. Для консультаций могут привлекаться опытные инфекционисты и другие специалисты, не имеющие допуска к работе с ПБА I - II групп, если они будут предварительно проинструктированы по вопросам биологической безопасности работы и обеспечены соответствующими средствами индивидуальной защиты. Во время посещения больного их сопровождает врач изолятора организации (медсанчасти). За консультантами устанавливают медицинское наблюдение (без изоляции) на срок инкубационного периода.

9.7. В изоляторе (инфекционном отделении) должен быть запас основных и резервных специфических лекарственных препаратов, запас медикаментов для оказания помощи по жизненным показаниям (кардиологические, противошоковые). Комплектацию современными эффективными препаратами обеспечивает руководитель организации (медсанчасти) и заведующий (врач) изолятора.

X. Требования к патологоанатомической работе в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I – II групп патогенности

10.1. Трупы людей, умерших от инфекционных заболеваний, вызываемых микроорганизмами I - II групп патогенности (кроме вирусов I группы и крымской геморрагической лихорадки), подлежат обязательному патологоанатомическому вскрытию, секционный материал – лабораторному исследованию с использованием методов бактериологического (вирусологического) анализа, иммунологических и молекулярно-биологических исследований в соответствии с [пп. «а» п. 5 ч. 3 ст. 67](consultantplus://offline/ref=C2DF48C74BADF3A0CCA35AFAA1104DBEA90469FD7141C9A90AF7FA1EF103B9D65D655A3DB209EF1BF914D0BDE679D071808D4027A62AD0ECqF75I) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30 (ч. I), ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52 (ч. I), ст. 6951).

Необходимость вскрытия трупов лиц, умерших от заболеваний, вызванных вирусами I группы патогенности и крымской геморрагической лихорадки, определяется индивидуально в каждом конкретном случае Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

Не допускается в процессе вскрытия трупов слив необеззараженных жидкостей в канализацию.

Инструментарий, защитные костюмы персонала и все предметы, соприкасавшиеся с трупом, помещения, а также транспорт, на котором перевозили труп, подлежат тщательному обеззараживанию (Приложение 2).

Перевозить труп умершего от чумы, геморрагических лихорадок, вызванных вирусами I группы, сибирской язвы, мелиоидоза к месту погребения можно на любом транспорте в металлическом или плотно закрытом деревянном гробу, обитом внутри влагонепроницаемым материалом таким образом, чтобы исключалось вытекание трупной жидкости. Труп должен быть завернут в материал, пропитанный дезинфицирующим раствором, засыпан сверху гипохлоритом кальция или хлорамином и плотно закрыт крышкой.

Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляет эвакуационная бригада в сопровождении специалистов территориальных органов Роспотребнадзора.

На дно могилы засыпают гипохлорит кальция или хлорамин. В виде исключения при отсутствии гроба допускается захоронение трупов людей, завернутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпается гипохлорит кальция или хлорамин.

Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от инфекционных болезней, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности, осуществляют в общих крематориях и на общих кладбищах с соблюдением требований настоящих санитарных правил.

XI. Требования к порядку выезда сотрудников организаций, работающих с ПБА

11.1. Сотрудники, непосредственно работающие с ПБА I группы, возбудителем холеры и возбудителями особо опасных (глубоких) микозов или посещающие помещения «заразной» зоны, а также непосредственно работающие на энзоотичной по чуме территории, перед отпуском, командировкой, увольнением (далее - при выезде) обязаны пройти обсервацию.

11.2. Сотрудники, работающие с микроорганизмами II группы патогенности (кроме возбудителя холеры, возбудителей особо опасных (глубоких) микозов), обсервацию не проходят.

11.3. Срок обсервации составляет максимальный инкубационный период для данной инфекции:

- при работе с возбудителем чумы или непосредственно на энзоотичной по чуме территории - 6 суток с ежедневной термометрией;

- при работе с возбудителем холеры - 5 суток;

- при одновременной работе в помещении с возбудителями чумы и холеры - 6 суток;

- при работе с высококонтагиозными вирусами I группы - 21 день;

- при работе с возбудителями особо опасных (глубоких) микозов - 20 суток.

11.4. В период обсервации посещение «заразной» зоны не допускается. За сотрудником устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией или с целью выявления симптомокомплекса острого кишечного заболевания, которое проводит врач изолятора (здравпункта).

В случае, если сотрудник в период обсервации контактировал с лицом, работающим с ПБА и имеющим повышенную температуру или симптомы острого желудочно-кишечного заболевания, выезд в командировку, отпуск, увольнение не разрешаются до снятия подозрения на особо опасную инфекционную болезнь.

В случае возникновения у проходящего обсервацию сотрудника какого-либо заболевания выезд в командировку, начало отпуска, увольнение откладывают до выздоровления.

11.5. Лицам, работавшим в пределах «чистой» зоны организации и не контактировавшим с лабораторными сотрудниками, имеющими повышенную температуру или симптомы острого желудочно-кишечного заболевания неустановленной этиологии, разрешаются выезд в командировку, уход в отпуск, увольнение без прохождения обсервации.

11.6. Сроки обсервации устанавливают приказом по организации с извещением обсервируемого лица.

11.7. Выезд в командировку без прохождения обсервации сотрудников, работающих с возбудителями чумы, холеры, вирусами I группы патогенности, особо опасных (глубоких) микозов возможен в составе не менее двух человек по разрешению Роспотребнадзора.

11.8. Обязательно проведение обсервации в течение установленного срока как в пути, так и по прибытии в пункт назначения. При появлении у кого-либо из группы повышенной температуры или симптомов острого желудочно-кишечного заболевания необходимы срочная изоляция в ближайшем учреждении, осуществляющем деятельность с использованием ПБА I-II групп или медицинском учреждении и экстренное извещение по месту работы.

11.9. Переезды сотрудников, непосредственно работающих с ПБА I группы и возбудителем холеры, особо опасных глубоких микозов, в зоне, обслуживаемой учреждением, имеющим лицензию на осуществление деятельности с использованием ПБА I группы, совершается без предварительной обсервации, если время пути между населенными пунктами, в которых имеются подобные учреждения, не превышает вместе с ожиданием в пункте пересадки 24 ч.

XII. Требования к порядку отлова, транспортирования и содержания диких позвоночных животных и членистоногих

12.1. Перед началом отлова диких позвоночных животных и членистоногих, руководитель учреждения, планирующего проведение подобных работ, согласовывает возможность выезда на территорию и проведение на ней зоологоэнтомологических работ с территориальным органом Роспотребнадзора.

12.2. Ответственность за соблюдение правил биологической безопасности при проведении отлова диких животных и их содержания возлагается на руководителя (начальника) эпидотряда (экспедиции). Весь состав эпидотряда (экспедиции) должен быть ознакомлен с требованиями санитарных правил по биологической безопасности при работе с возбудителями природно-очаговых инфекций, циркулирующих на данной территории.

12.3. Диких животных и членистоногих, отловленных в природе, перед вывозом в научные и другие организации выдерживают в карантине. Карантинный виварий может быть организован на базе временного эпидотряда (экспедиции) или стационарной организации. Продолжительность карантина - 1 месяц.

12.4. Помещения карантинного вивария и инсектария должны быть изолированы от других помещений и защищены от проникновения грызунов и насекомых.

12.5. Доставленные в карантинный виварий зверьки должны быть освобождены от членистоногих и пересажены в чистые металлические или стеклянные банки с плотными сетчатыми крышками. Очес животных и уход за ними в течение карантина проводят с соблюдением требований биологической безопасности.

12.6. В случае обнаружения павшего зверька необходимо провести бактериологическое (вирусологическое) и серологическое исследование трупа.

12.7. При обнаружении инфекционного или паразитарного заболевания среди животных срок карантина продлевают на один месяц, считая со дня регистрации гибели последнего животного. В случае массового падежа всех животных забивают, а виварий тщательно дезинфицируют.

12.8. Трупы павших или забитых животных обеззараживают.

12.9. Здоровых животных по истечении срока карантина транспортируют к месту дальнейшего использования.

12.10. Членистоногих содержат в специальном помещении (инсектарии) в садках или банках, исключающих их рассеивание.

12.11. В виварии и инсектарии ведут учет движения позвоночных животных и членистоногих в специальном журнале.

12.12. Передача позвоночных животных и членистоногих из вивария или инсектария в другие учреждения возможна только по разрешению руководителя организации.

**4.2. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам**

I. Общие положения

* 1. Санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии/несоответствии требованиям санитарно-эпидемиологических правил условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) (далее ПБА I-IV групп) выдается отдельно на каждое структурное подразделение юридического лица, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, или индивидуального предпринимателя, осуществляющих или планирующих осуществлять деятельность, связанную с использованием определённых видов или групп ПБА. При оформлении лицензии на данный вид деятельности учитывается наличие действующего санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-IV групп санитарно-эпидемиологическим правилам.

1.2. Санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-IV групп требованиям санитарно-эпидемиологических правил является официальным подтверждением наличия в структурном подразделении (лаборатория, отдел, отделение, цех, участок и др.) юридического лица или индивидуального предпринимателя условий, обеспечивающих соблюдение требований биологической безопасности, защиту населения и охрану окружающей среды.

* 1. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии /несоответствии условий выполнения работ с ПБА I–IV групп определяется настоящими санитарно-эпидемиологическими правилами.

1.4. Главный государственный санитарный врач (заместитель Главного государственного санитарного врача) Российской Федерации выдаёт санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии/несоответствии требованиям санитарно-эпидемиологических правил условий выполнения работ с ПБА I-II групп, аэрозолями микроорганизмов I-IV групп патогенности, генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами I-IV групп патогенности, способными вызывать инфекционный процесс и/или заболевание человека, а также работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп юридическим лицам, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющим работы с ПБА на территории Российской Федерации, для осуществления всех видов работ (диагностических, экспериментальных, производственных).

1.5. Юридические лица, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, получившие санитарно-эпидемиологическое заключение Главного государственного санитарного врача Российской Федерации о соответствии условий проведения работ с ПБА требованиям санитарных правил, в двухнедельный срок извещают об этом Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, на территории которого фактически осуществляется деятельность.

1.6. Главные государственные санитарные врачи (заместители главного государственного санитарного врача) по субъектам Российской Федерации выдают санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии/несоответствии условий выполнения работ с ПБА III-IV групп (диагностических, экспериментальных и производственных, кроме работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп) требованиям санитарно-эпидемиологических правил, юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющим деятельность на поднадзорной территории.

1.7. Санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-IV групп требованиям санитарным правил выдают на срок до 5 лет, с аэрозолями ПБА I-IV групп – до 2 лет.

1.8. В санитарно-эпидемиологическом заключении указывают:

- виды работ (диагностические, экспериментальные, производственные);

- группу патогенности (опасности) – для диагностических исследований с ПБА I-IV групп;

- виды и названия микроорганизмов – для экспериментальных и производственных работ с ПБА I-IV групп.

1.9. Структурное подразделение (лаборатория, отдел, отделение, цех, участок и др.), имеющее санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения диагностических работ с ПБА I-II групп требованиям санитарным правил, имеет право проводить диагностические работы с ПБА III-IV групп без оформления соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения.

1.10. Санитарно-эпидемиологическое заключение подлежит переоформлению при изменении названия и (или) адреса юридического лица, фактического адреса, планировки или назначения помещений, при перемещении структурного подразделения внутри учреждения, при изменении технологии работ, видов используемых микроорганизмов в порядке, предусмотренном настоящими санитарно-эпидемиологическими правилами.

1.11. Передача санитарно-эпидемиологического заключения другому юридическому лицу, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, или индивидуальному предпринимателю запрещается.

1.12. В случае полного прекращения работ с ПБА I-IV групп в структурном подразделении руководитель организации в 3-дневный срок в письменной форме уведомляет органы и организации, выдавшие санитарно-эпидемиологическое заключение.

II. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии/несоответствии условий проведения работ с биологическими агентами   
I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам

2.1. Для получения санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения всех видов работ с ПБА I-II групп, аэрозолями микроорганизмов I-IV групп патогенности, генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами I-IV групп патогенности, а также работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп юридические лица и индивидуальные предприниматели направляют в ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора пакет документов в бумажном и электронном виде.

2.2. ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора проводит экспертизу представленного организацией пакета документов на соответствие требованиям санитарных правил, оформляет экспертное заключение о соответствии/несоответствии условий проведения указанных работ, а также проект санитарно-эпидемиологического заключения, которые представляет Главному государственному санитарному врачу Российской Федерации.

2.3. ФКУЗ «Противочумный Центр» Роспотребнадзора несёт ответственность за качество проведённой экспертизы представленной документации, при необходимости может привлекать к проведению экспертизы документации специалистов научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора, а также проводить обследование объекта.

2.4. На основании экспертного заключения, подтверждающего соответствие/несоответствие условий выполнения работ в организации (подразделении) заявителя требованиям санитарных правил, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации (заместитель) выдаёт санитарно-эпидемиологические заключение.

2.5. Для получения санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ (диагностических, экспериментальных и производственных) с ПБА III-IV групп, за исключением работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов, юридические лица и индивидуальные предприниматели направляют пакет документов в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъектам Российской Федерации – Управления Роспотребнадзора, на территории которых они расположены.

2.6. По поручению Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации санитарно-эпидемиологическую экспертизу (совместное обследование и экспертизу пакета документов) могут проводить Федеральные бюджетные учреждения здравоохранения «Центры гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации, по результатам которой оформляют экспертное заключение о соответствии/несоответствии условий выполнения работ, и представляют его Главному государственному санитарному врачу (заместителю) по субъекту Российской Федерации

III. Санитарно-эпидемиологическая экспертиза

* 1. Санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии /несоответствии условий выполнения всех видов работ с ПБА I-IV групп санитарным правилам выдаются на основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз и (или) обследований, проведенных органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъектам Российской Федерации.
  2. Санитарно-эпидемиологическую экспертизу условий выполнения работ с ПБА I-IV групп осуществляют в отношении каждого структурного подразделения (лаборатория, отдел, отделение, цех, участок и др.) юридических лиц или индивидуальных предпринимателей, которые проводят конкретные виды работ с определёнными видами ПБА I-IV групп.
  3. Санитарно-эпидемиологическая экспертиза включает:

- проведение экспертизы представленных заявителем документов;

- обследование структурного подразделения с выездом в организацию, подающую документы на оформление санитарно-эпидемиологического заключения с проведением фактической оценки состояния биологической безопасности, защиты населения и охраны, окружающей среды а также, при необходимости проведение лабораторных и инструментальных исследований;

3.3. Обследование структурного подразделения (подразделений) или учреждения организует и проводит Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, на территории которого фактически осуществляется деятельность.

К проведению обследования в соответствии с «Алгоритмом проведения обследования, оценки, экспертизы с целью выдачи санитарно-эпидемиологического заключения» (Приложение 15) привлекаются:

- Федеральные казённые учреждения здравоохранения Роспотребнадзора (Противочумный центр, научно-исследовательские противочумные институты, противочумные станции) в соответствии с закрепленными за ними субъектами Российской Федерации для оказания научной, консультативной, методической и практической помощи органам и учреждениям Роспотребнадзора и других ведомств;

- Федеральные бюджетные учреждения науки Роспотребнадзора — Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» и Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии;

- научно-исследовательские институты эпидемиологического и микробиологического профиля Роспотребнадзора;

- Федеральные бюджетные учреждения здравоохранения «Центры гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации.

3.4. Итог обследования оформляется в виде «Заключения по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА», прикладываются сведения о результатах лабораторных исследований, и на их основе формируется экспертное заключение.

3.5. Для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы условий выполнения работ с ПБА I-IV групп организацией представляются следующие документы:

3.5.1. Заявление руководителя организации заявителя о выдаче санитарно-эпидемиологического заключения на условия выполнения работ с ПБА.

Для организаций, работающих с ПБА I-II (или I-IV) групп, аэрозолями микроорганизмов I-IV групп патогенности, генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами I-IV групп патогенности, а также работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп (Приложение 16):

- на имя Главного государственного санитарного врача Российской Федерации о выдаче санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии в структурном подразделении условий выполнения работ с ПБА требованиям санитарных правил;

- на имя директора ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора для рассмотрения пакета документов и подготовки экспертного заключения о соответствии условий выполнения работ с ПБА в структурном подразделении требованиям санитарных правил.

Для организаций, работающих с ПБА III-IV групп, за исключением работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп - на имя Руководителя Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, на территории которого они расположены (Приложение 17).

В заявлениях указываются:

- наименование учреждения и структурного подразделения;

- адреса фактический и юридический;

- виды работ;

- группу патогенности (опасности) - для диагностических работ с ПБА I-IV групп;

- виды микроорганизмов в соответствии с принятой классификацией – для экспериментальных и производственных работ с ПБА I-IV групп;

- перечень представляемых документов;

- причина оформления (переоформления) санитарно-эпидемиологического заключения.

3.5.2. Пояснительная записка, в которой указывается:

* Краткая характеристика здания, в котором размещено структурное подразделение (лаборатория, отдел, отделение, цех, участок и др.).
* Оборудование помещений лаборатории средствами от несанкционированного проникновения (запирающие и опечатывающие устройства, решетки на окнах и др.), пожарной и охранной сигнализациями, аварийной световой и/или звуковой сигнализации.
* Краткая характеристика системы физической защиты территории и строений от неконтролируемого доступа к ПБА и выхода ПБА за пределы подразделения, информация об организации охраны.
* Технология проведения диагностических, экспериментальных, производственных работ с указанием вида возбудителя; выполняемые операции (для производственных работ); виды выпускаемой продукции (для производственных работ); назначение, наименование, номера помещений, в которых планируется проведение работ; используемые лабораторные животные по видам, методы их инфицирования, наличие и описание блока для работы с инфицированными животными.
* Инженерно-технические системы и оборудование, предназначенные для защиты работающего персонала, населения и среды обитания человека от неблагоприятного воздействия ПБА и мероприятия по контролю эффективности их работы:

- энергоснабжение, освещение, холодное и горячее водоснабжение (наличие технических средств для предотвращения обратного тока воды), канализация, отопление;

- ограждающие строительные конструкции, качественное состояние внутренних и внешних ограждений помещений «заразной» и «чистой» зон;

- санитарный пропускник;

- приточно-вытяжная вентиляция для помещений «заразной» зоны, включая помещения блока работы с инфицированными животными;

- оборудование приточных и вытяжных систем вентиляции помещений «заразной» зоны фильтрами очистки воздуха, с указанием класса очистки и марки фильтра, отдельно для приточной и вытяжной систем вентиляции, сведения о проведении контроля защитной эффективности задержания аэрозольных частиц и аэродинамического сопротивления (Приложение 18);

- схемы и технические параметры камерного оборудования при проведении работ с аэрозолями;

- передаточное оборудование (передаточные шлюзы, пароформалиновые камеры, парогазовые камеры, паровые стерилизаторы и т.д.);

- наличие боксов микробиологической безопасности I, II и (или) III классов (Приложение 19), защитных боксирующих укрытий; для боксов микробиологической безопасности I, II и (или) III классов предоставляются сведения о проведении периодических проверок их защитной эффективности и эксплуатационных характеристик;

- система обработки жидких отходов и смывных вод, порядок поступления и сброса сточных вод, проведение контроля обеззараженных стоков на обсеменённость микроорганизмами, с которыми работает структурное подразделение;

- система обработки твердых отходов.

6) Используемые лабораторные животные и условия их содержания.

7) Порядок использования и обеззараживания средств индивидуальной защиты.

8) Наличие средств ликвидации аварий.

9) Данные о профессиональном образовании и специальной подготовке персонала, сроках его вакцинации, допуске к работе, информация об организации периодических медицинских осмотров.

10) Порядок организации медицинской помощи (наличие изолятора, наличие договора с медицинской организацией инфекционного профиля).

11) Порядок вывоза и утилизации обеззараженных твёрдых отходов, ртутьсодержащих отходов, трупов лабораторных животных, использование для этих целей крематория или выделенных и согласованных с Управлением Роспотребнадзора мест захоронения (перечень договоров).

3.5.3. Графические материалы,исполненные на стандартных листах формата А4*:*

1) схемы поэтажного плана структурного подразделения (лаборатория, отдел, отделение, цех, участок и др.) с указанием назначения и площади каждого помещения, разделения помещений на «чистую» и «заразную» зоны, схема размещения инженерного оборудования (автоклавы, боксы микробиологической безопасности, передаточные шлюзы, пароформалиновые камеры);

2) схемы движения персонала, ПБА и отходов;

3) схема разводки систем приточной и вытяжной вентиляции с указанием мест установки фильтров очистки воздуха, герметических клапанов и вентиляционного оборудования.

Все графические материалы должны быть однозначно читаемы. Образцы графических материалов представлены в Приложении 20.

3.5.4. Заключение по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА в структурном подразделении.

3.5.5. Акт проверки выполнения требований действующих санитарных правил по безопасности работ с ПБА в структурном подразделении, оформленный комиссией по контролю соблюдения требований биологической безопасности данной организации.

3.5.6. Для получения Заключения о наличии условий выполнения работ с генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами дополнительно представляют заключение комиссии по генно-инженерной деятельности учреждения (Приложение 21). В выводах заключения отражается соответствие инженерных систем, оборудования, технологии проведения работ требованиям санитарных правил по безопасности работ.

3.5.7. Для получения Заключения о наличии условий выполнения работ с аэрозолями ПБА I-IV группы дополнительно представляют Акт проверки аэродинамической установки на готовность ее к безопасной работе с аэрозолями микроорганизмов.

3.6. Документы, составленные с нарушением требований санитарных правил и/или содержащие недостоверные сведения о результатах экспертиз, обследований, исследований и иных видов оценок, возвращаются заявителю для устранения выявленных недостатков и замечаний, проведение экспертизы приостанавливается.

3.7. В случае выявления несоответствия условий выполнения работ с ПБА (по результатам проведённой санитарно-эпидемиологической экспертизы) государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, выдается санитарно-эпидемиологическое и (или) экспертное заключение о несоответствии с указанием причины несоответствия.

IV. Порядок регистрации выданных санитарно-эпидемиологических заключений

4.1. Регистрацию и ведение реестра санитарно-эпидемиологических заключений, выданных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, подтверждающих соответствие/несоответствие условий выполнения работ с ПБА требованиям санитарных правил, а также хранение представляемых заявителями материалов осуществляет ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора.

4.2. Регистрацию и ведение реестра санитарно-эпидемиологических заключений, выданных Главным государственным санитарным врачом по субъекту Российской Федерации, подтверждающих соответствие/несоответствие условий выполнения работ с ПБА требованиям санитарных правил, а также хранение документов, представляемых заявителями, обеспечивает орган, выдавший санитарно-эпидемиологическое заключение.

4.3. Органы и организации, ведущие реестры выданных санитарно-эпидемиологических заключений, осуществляют контроль своевременности переоформления и внесения в реестр информации о выдаче санитарно-эпидемиологического заключения

4.4. Подлинники санитарно-эпидемиологических заключений и копии материалов, представленных для их получения, хранят юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность, связанную с ПБА.

4.5. Действие санитарно-эпидемиологического заключения может быть приостановлено или аннулировано на основании постановления Главного государственного санитарного врача территории при нарушении требований действующих санитарных правил, регламентирующих безопасность работ с микроорганизмами I-IV групп патогенности, порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности до устранения выявленных нарушений.

4.6. По заявлению индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, а также в случае выявления грубых несоответствий требований безопасности работ с ПБА I-IV групп государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, в том числе нарушения и (или) изменения условий действия санитарно-эпидемиологического заключения, при аннулировании соответствующими органами лицензии на вид деятельности, невыполнения предписаний и постановлений должностных лиц, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы, выдавшие заключение, могут вынести постановление об аннулировании действия заключения, уведомив об этом юридическое лицо или индивидуального предпринимателя в 3-дневный срок в письменной форме.

4.7. Возобновление действия заключения возможно в случае устранения выявленных нарушений после повторной экспертизы, о чем юридическое лицо или индивидуального предпринимателя уведомляют в 3-дневный срок.

**4.3. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека и других биологических агентов I-IV групп патогенности (опасности)**

### I. Общие положения

1.1. Санитарные правила действуют в отношении ПБА I-IV групп.

1.2. Администрация организации, осуществляющей работы с ПБА I-IV групп, организует порядок обращения ПБА I-IV групп. Порядок обращения ПБА I-IV групп, фактически устанавливаемый в организациях с учетом требований производственных регламентов, отраслевых нормативов, правил, не может находиться в противоречии с требованиями Санитарных правил.

### II. Требования к порядку учета ПБА I-IV групп в организациях, осуществляющих деятельность, связанную с использованием ПБА I-IV групп

2.1. Во всех подразделениях организации, осуществляющих работы с использованием ПБА I-IV групп, должен вестись учет их наличия, количества и передвижения в соответствии с:

- журналом регистрации патогенных биологических агентов, объектов (проб, образцов), поступивших для исследования (Приложение 22, таблица 22.1);

- журналом учета выделенных штаммов микроорганизмов (Приложение 22, таблица 22.2);

- журналом учета движения патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблицы 22.3, 22.4);

- журналом учета ПБА I-IV групп, находящихся в рабочей коллекции штаммов (Приложение 22, таблица 22.8);

- журналом обеззараживания патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблица 22.10);

- журналом регистрации вскрытия первичной емкости (ампулы, флакона) с сухим патогенным биологическим агентом I-II групп с целью высева или уничтожения (Приложение 22, таблица 22.11);

- журналом регистрации уничтожения ПБА I-IV групп, (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) (Приложение 22, таблица 22.12);

- актом передачи патогенных биологических агентов I-II групп внутри подразделения и ПБА III-IV (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) групп внутри организации (Приложение 22, таблица 22.13);

- актом передачи патогенных биологических агентов I-II групп между подразделениями внутри организации (Приложение 22, таблица 22.14).

2.2. Подразделения, осуществляющие коллекционную деятельность ПБА I-IV групп (далее – коллекции), должны вести учет наличия, количества и передвижения ПБА I-IV групп в соответствии с:

- журналом регистрации патогенных биологических агентов, объектов (проб, образцов), поступивших для исследования (Приложение 22, таблица 22.1);

- журналом учета выделенных штаммов микроорганизмов (Приложение 22, таблица 22.2);

- журналом учета движения патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблицы 22.3, 22.4);

- инвентарным журналом коллекционных патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблица 22.5);

- журналом выдачи патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблица 22.6);

- картой индивидуального учета коллекционного патогенного биологического агента (Приложение 22, таблица 22.7);

- журналом учета ПБА I-IV групп, находящихся в рабочей коллекции штаммов (Приложение 22, таблица 22.8);

- журналом консервации патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблица 22.9);

- журналом обеззараживания патогенных биологических агентов (Приложение 22, таблица 22.10);

- журналом регистрации вскрытия первичной емкости (ампулы, флакона) с сухим патогенным биологическим агентом I-II групп с целью высева или уничтожения (Приложение 22, таблица 22.11);

- журналом регистрации уничтожения ПБА I-IV групп, (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) (Приложение 22, таблица 22.12);

- актом передачи патогенных биологических агентов I-II групп внутри подразделения и ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) внутри организации (Приложение 22, таблица 22.13);

- актом передачи патогенных биологических агентов I-II групп между подразделениями внутри организации (Приложение 22, таблица 22.14).

2.3. На все штаммы, находящиеся на хранении в коллекциях патогенных микроорганизмов, оформляются паспорта штаммов в электронном виде и на бумажном носителе в соответствии с Приложением 22, таблица 22.18.

2.4. В коллекции организации каждому коллекционному штамму присваивается инвентарный номер. Инвентарный номер присваивается штамму в порядке его поступления в коллекцию и регистрируется в журнале в соответствии с Приложением 22, таблица 22.5.

В случае гибели или уничтожения коллекционного штамма, его инвентарный номер не присваивается другим штаммам.

Коллекционные штаммы могут иметь особое обозначение, которое указывают в журналах, оформленных в соответствии с Приложением 22, таблица 22.5.

Особое обозначение штамму присваивают только коллекции. В качестве особого обозначения штамма может быть принято то рабочее обозначение штамма, которое использовалось до присвоения штамму особого обозначения коллекцией. Особое обозначение штамма не меняется при его передаче, в том числе в коллекцию другой организации.

При передаче штамма из коллекции одной организации в коллекцию другой организации сохраняется также история движения штамма, включающая инвентарные номера штамма во всех коллекциях, через которые он проходил.

2.5. Движение коллекционных ПБА I-IV групп регистрируют в соответствии с Приложением 22, таблицы 22.3, 22.4:

* для ПБА I-II групп – по каждому виду отдельно (для вирусов – по виду или роду);
* для ПБА III-IV групп – суммарно по роду (для вирусов – по виду или роду).

При поступлении штамма микроорганизма из коллекции другой организации в соответствующей графе таблицы 22.5, приложения 22, указывают: наименование коллекции (организации), откуда поступил штамм; особое обозначение штамма (если имеется); инвентарный номер, присвоенный той коллекцией, откуда поступил штамм, а также инвентарные номера штамма в коллекциях, через которые он проходил ранее.

2.6. Сведения об уничтожении ПБА I-IV групп во всех подразделениях, (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов), регистрируются в журнале в соответствии с Приложением 22, таблица 22.12.

2.7. Данные об уничтожении ПБА I-VI групп, представляющих собой биотические и абиотические образцы и материалы, содержащие или подозрительные на содержание ПБА I-IV групп, при проведении диагностических исследований регистрируются в журнале в соответствии с Приложением 22, таблица 22.4.

2.8. Журналы, оформленные в соответствии Приложением 22, должны быть пронумерованы постранично, прошнурованы и скреплены печатью (для бумажных носителей) и, вместе с актами, должны храниться у лиц, уполномоченных руководителем организации на их ведение.

2.9. Все оконченные журналы и акты должны храниться в подразделениях в течение 3 лет. После указанного срока журналы учета движения патогенных биологических агентов и журналы обеззараживания патогенных биологических агентов, уничтожают с составлением акта. Остальные журналы и акты сдают в архив организации, в которой хранятся в соответствии со сроками, устанавливаемыми ведомственными нормативными документами. Перенос записей в новый журнал заверяется заведующим подразделением (или членом комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности).

### III. Требования к порядку хранения ПБА I-IV групп в организациях, осуществляющих деятельность, связанную с использованием ПБА I-IV групп

3.1. Хранение ПБА I-IV групп осуществляется в соответствии с требованиями безопасных условий работы с ПБА I-IV групп и обеспечения физической защиты[[2]](#footnote-2).

3.2. Хранение ПБА I-IV групп осуществляют в специально определенном помещении «заразной» зоны. Допускается хранение ПБА I-IV групп в «чистой» зоне, на этапах их транспортирования из одного учреждения в другое в упаковке, соответствующей категории опасности ПБА.

Коллекционные штаммы микроорганизмов должны храниться с соблюдением мер, исключающих их контаминацию (соприкосновение).

3.3. Сотрудники организации, регулярно работающие с ПБА I-IV групп, могут временно хранить образцы ПБА I-IV групп (далее – рабочие коллекции штаммов).

Порядок формирования рабочих коллекций штаммов, период использования или временного хранения ПБА I-IV групп в составе рабочих коллекций штаммов определяется руководителем подразделения и утверждается приказом руководителя организации.

3.4. Качественный и количественный состав штаммов рабочей коллекции должен отвечать задачам, решаемым в подразделении, соответствовать необходимым требованиям нормативно-методической документации, регламентирующей использование ПБА в деятельности подразделения и не превышать допустимых пределов, установленных лицензией на работу с ПБА и санитарно-эпидемиологическим заключением.

3.5. Учет ПБА I-IV групп, находящихся в рабочих коллекциях штаммов и числящихся за конкретным сотрудником, осуществляется в соответствии с Приложением 22, таблица 22.8.

3.6. Хранение ПБА I-IV групп в «заразной» зоне должно осуществляться в холодильнике, морозильнике, металлическом шкафу (сейфе) раздельно по группам, в первичных герметичных емкостях, помещенных в прочные вторичные тары c плотно закрывающимися крышками. Вторичные тары опечатывают, снаружи или внутри их помещают список с перечнем и количеством хранящихся первичных емкостей с ПБА.

Совместное содержание ПБА различных групп патогенности в одном холодильнике, морозильнике, металлическом шкафу (сейфе) или в криохранилище допускается при условии, что в одну вторичную тару помещают первичные емкости с ПБА, относящиеся к одной группе патогенности и одному виду (последнее - для микроорганизмов).

Для хранения ПБА I-IV групп в криохранилище должны использоваться упаковочные материалы, обеспечивающие функциональность упаковки при низких температурах.

Хранение штаммов в криохранилищах осуществляют в соответствии со специально разработанными руководителем подразделения, осуществляющим данную форму хранения ПБА, инструкциями, утвержденными руководителем организации, обеспечивающими безопасные условия хранения.

3.7. Первичные емкости с ПБА I-IV групп, находящиеся на хранении, должны иметь четкие, несмываемые надписи или прочно наклеенные этикетки с обозначением наименования ПБА (для микроорганизмов – видовое название, а также, если имеются - особое обозначение штамма и инвентарный номер ПБА в коллекции организации), даты лиофилизации (пересева).

На первичных емкостях с токсинами должна быть нанесена дополнительная маркировка красным цветом правого нижнего угла этикетки.

3.8. Микроорганизмы I-IV групп патогенности в коллекциях организаций должны храниться в лиофилизированном или замороженном состоянии, на плотных или жидких питательных средах, а также в виде суспензий органов или тканей в консерванте.

В подразделениях организаций, осуществляющих деятельность с использованием ПБА I-IV групп, допускается хранение в лиофилизированном состоянии ПБА III-IV групп, а также ПБА II группы, которые регламентированы к использованию нормативными документами в качестве контрольных, в составе рабочего набора штаммов, закрепленного за конкретным сотрудником приказом руководителя организации.

Вскрытие ампул с лиофилизированными ПБА I-II групп фиксируют в журнале регистрации вскрытия первичной емкости (ампулы, флакона) с сухим патогенным биологическим агентом I-II групп с целью высева или уничтожения (Приложение 22, таблица 22.11).

3.9. Хранение ПБА, служащих основой для приготовления вакцин, в производственных подразделениях осуществляется в отдельных помещениях. Вакцинные штаммы в коллекциях должны храниться в отдельном холодильнике (шкафу), в котором отсутствуют другие ПБА, а в исследовательских и диагностических подразделениях вакцинные штаммы должны храниться в отдельных вторичных тарах.

### IV. Требования к порядку передачи и транспортирования[[3]](#footnote-3) ПБА I-IV групп

4.1. Требования к порядку передачи ПБА I-IV групп в организации, осуществляющей деятельность с использованием ПБА I-IV групп

4.1.1. Передачу ПБА I-IV групп в подразделении от одного сотрудника другому осуществляют по письменному разрешению руководителя подразделения с оформлением акта передачи патогенных биологических агентов I-II групп внутри подразделения и ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) внутри организации (Приложение 22, таблица 22.13).

4.1.2. Передача ПБА I-II групп из одного подразделения организации в другое подразделение этой организации осуществляется при наличии в последнем соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения[[4]](#footnote-4), по письменному запросу руководителя подразделения и письменному разрешению руководителя организации с оформлением акта передачи патогенных биологических агентов I-II групп между подразделениями внутри организации (Приложение 22, таблица 22.14).

Передача ПБА III-IV групп из одного подразделения организации в другое подразделение этой организации осуществляется по письменному запросу и разрешению руководителей подразделений с оформлением акта передачи патогенных биологических агентов I-II групп внутри подразделения и ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) внутри организации (Приложение 22, таблица 22.13).

4.1.3. Выдача штаммов микроорганизмов I-IV групп из коллекции организации в подразделения этой организации осуществляется по письменному разрешению руководителя организации с регистрацией факта передачи путем записи в журнале выдачи ПБА (Приложение 22.6) и оформлением соответствующих актов передачи:

- для ПБА I-II групп (Приложение 22, таблица 22.14);

- для ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) (Приложение 22, таблица 22.13).

4.1.4. При временном отсутствии сотрудника (например: отпуск, командировка), числящиеся за этим сотрудником ПБА I-IV групп передаются другому сотруднику этого подразделения на временное хранение, с правом или без права пересева, на основании письменного разрешения руководителя подразделения, в другие подразделения этой организации - на основании письменного разрешения руководителя организации с оформлением акта передачи ПБА I-IV групп на хранение и получение после хранения (Приложение 22, таблицы 22.15, 22.16).

В случае длительной временной нетрудоспособности работника и (или) невозможности его личного участия в процедурах передачи на временное хранение числящихся за ним ПБА I-IV групп, письменным распоряжением руководителя организации создается комиссия, которая осуществляет проверку наличия ПБА по (Приложению 22, таблицы 22.3, 22.4) и передачу другому сотруднику подразделения или организации с правом или без права пересева по акту передачи (Приложение 22, таблицы 22.15, 22.16).

В исключительных случаях при временном отсутствии сотрудника (например, экстренный выезд в служебную командировку) по письменному разрешению руководителя организации на основании запроса руководителя подразделения, числящиеся за этим сотрудником ПБА I- IV групп не передаются на временное хранение внутри подразделения или в другие подразделения этой организации при условии, что такой сотрудник опечатывает личной печатью металлический ящик (сейф), холодильник, морозильник, в которых хранятся числящиеся за ним ПБА I-IV групп, а личную печать и документацию по их учету (Приложение 22, таблицы 22.3, 22.4) передает руководителю подразделения по акту передачи с подписями передающего и получающего печать и документацию. В случае необходимости вскрытия опечатанного таким образом металлического ящика (сейфа), холодильника, морозильника, письменным распоряжением руководителя организации создается комиссия, которая осуществляет проверку наличия ПБА по журналам (Приложение 22, таблицы 22.3, 22.4) и передачу другому сотруднику организации с правом или без права пересева по акту передачи (Приложение 22, таблицы 22.15, 22.16).

4.1.5. Передача ПБА, хранящихся в подразделении организации, осуществляющей деятельность с использованием ПБА I-IV групп, в коллекцию этой организации на временное хранение осуществляется на основании письменного распоряжения руководителя организации с оформлением акта передачи (Приложение 22, таблица 22.16).

4.2. Требования к порядку передачи ПБА I-IV групп за пределы организации и транспортировке ПБА I-IV групп по территории Российской Федерации

4.2.1. Передачу ПБА I-IV групп из одной организации, осуществляющей деятельность с использованием ПБА I-IV групп, в другую организацию, осуществляющую деятельность с использованием ПБА I-IV групп, в том числе из коллекций ПБА I-IV групп, разрешается осуществлять по официальной заявке руководителя организации, получающей ПБА I-IV групп за подписью руководителя организации, скрепленной гербовой печатью. К заявке на получение ПБА I-IV групп прикладывают копию лицензий[[5]](#footnote-5) на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний соответствующих групп патогенности, и/или на осуществление медицинской деятельности, и копию санитарно-эпидемиологического заключения[[6]](#footnote-6) о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-IV групп санитарным правилам.

Передачу осуществляют с письменного разрешения руководителя организации, выдающей ПБА, с составлением акта передачи (Приложение 22, таблица 22.17).

Выдача штаммов микроорганизмов I-IV групп патогенности из коллекции организации в другую организацию осуществляется по письменному разрешению руководителя передающей организации с регистрацией факта передачи путем записи в журнале выдачи ПБА (Приложение 22, таблица 22.6) и оформлением акта передачи (Приложение 22, таблица 22.17).

На содержимое упаковки с ПБА I-IV групп составляют сопроводительное письмо на официальном бланке организации. Для ПБА I-II групп дополнительно составляют акт упаковки в свободной форме в двух экземплярах. Первые экземпляры указанных документов помещают в упаковку с ПБА. Копии документов остаются у отправителя. Организация, получившая ПБА I-II групп, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение ПБА, направить его в организацию их выдавшую.

4.2.2. Транспортировка ПБА I-IV групп должна осуществляться юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями (далее - перевозчиками) в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами[[7]](#footnote-7), регламентирующими правила перевозки опасных грузов по видам транспорта.

Основными требованиями, которые должна выполнить организация-отправитель (грузоотправитель) для перевозки опасных грузов воздушными судами гражданской авиации, автомобильным транспортом, морским и внутренним водным (речным) транспортом, являются: классификация, упаковка опасного груза, маркировка упакованного груза, документальное оформление грузовой перевозки (договор перевозки между грузоотправителем и перевозчиком, транспортная накладная, являющаяся документом, удостоверяющим заключение договора перевозки груза между перевозчиком и грузоотправителем или другие документы, подтверждающие договоренность и условия перевозки).

4.2.3. Порядок перевозки ПБА I-IV групп по железной дороге в качестве ручной клади в купе пассажирского вагона с сопровождающим(и) осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами[[8]](#footnote-8).

4.2.4. Транспортировка ПБА I-IV групп может осуществляться силами и средствами специальной связи Федеральное агентство связи (Россвязь)[[9]](#footnote-9).

4.2.5. При угрозе возникновения или при возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера на территории Российской Федерации допускается перевозка ПБА I-IV групп средствами государственной авиации специального назначения, включающей авиационные формирования федеральных органов исполнительной власти и организаций, в соответствии с нормативными правовыми актами[[10]](#footnote-10).

4.2.6. Транспортировка живых животных, включая членистоногих, зараженных или подозрительных на заражение ПБА I-II групп патогенности, не разрешается.

Вывоз животных и членистоногих с территории природных очагов инфекционных болезней при проведении эпизоотических и эпидемиологических обследований, осуществляется в соответствии с нормативным правовым актом, при условии предварительного помещения живых животных в карантин.

4.2.7. В случаях возникновения аварийной ситуации при транспортировании ПБА I-IV групп, в результате которой происходит нарушение упаковки и (или) выход инфекционного материала в окружающую среду, утраты или хищения груза, следует незамедлительно сообщать о случившемся в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, территориальные подразделения органов безопасности и внутренних дел для принятия, в случае необходимости, мер по ликвидации последствий, охране места происшествия, организации розыска потерянного или похищенного.

О факте аварийной ситуации немедленно информируют грузоотправителя ПБА и организацию - получателя (грузополучателя) ПБА.

4.3. Требования к классификации, упаковке, маркировке и оформлению документации для транспортировки ПБА I-IV групп по территории Российской Федерации

4.3.1. В целях транспортирования ПБА I-IV групп по территории Российской Федерации за пределы территории организации, осуществляющей деятельность с использованием ПБА I-IV групп, осуществляют их классификацию и идентификацию как опасный груз, его упаковку, маркировку и оформление документации.

4.3.2. Лица, занимающиеся подготовкой ПБА I-IV групп к перевозке, должны быть ознакомлены с общими положениями, касающимися требований к перевозке опасных грузов, и должны быть подготовлены по вопросам, касающимся описания классов опасных грузов, требований к упаковке, разделению и совместимости грузов, требований в отношении нанесения знаков опасности, маркировки, содержания документации и обучены мерам безопасности соразмерно той степени опасности, которой они могут подвергнуться в случае разлива или россыпи опасного груза, включая, при необходимости, меры дезинфекции и использования индивидуальной защитной одежды. К указанным лицам относятся сотрудники учреждений, осуществляющие деятельность с ПБА I-IV групп и допущенные к работе с ними приказом руководителя организации. В иных случаях с сотрудниками, в деятельность которых вменяется транспортировка, и сопровождение груза содержащего ПБА, руководителем учреждения или лицом уполномоченным им, проводятся мероприятия по инструктажу и проверке знаний режима обеспечения биологической безопасности и знания соответствующих разделов, Санитарных правил. Результаты проверки фиксируются в Журнале регистрации инструктажа по проверке знаний режима биологической безопасности по учету, хранению и транспортировке ПБА I-IV групп.

4.3.3. Классификацию и идентификацию груза с ПБА I-IV групп, включающие отнесение к классу, подклассу, категории опасного груза, присвоение идентификационного номера Организации Объединенных Наций, осуществляют в соответствии с действующей национальной системой классификации опасных грузов (Национальный стандарт Российской Федерации. Грузы опасные. Классификация. ГОСТ Р 57478-2017, далее – ГОСТ Р 57478-2017), в зависимости от вида и степени потенциальной опасности (Приложение 23).

Действующая национальная система классификации опасных грузов соответствует международной классификации, изложенной в документе Организации Объединенных Наций «Рекомендации по перевозке опасных грузов. Типовые правила. Организация Объединенных Наций, 2015, ST/SG/AC.10/1/Rev.19 (Vol.1), далее - Типовые правила ООН по перевозке опасных грузов.

ПБА I-IV групп следует относить к 6-му классу опасных грузов «Токсичные и инфекционные вещества», подклассу 6.1 «Токсичные вещества» или подклассу 6.2 «Инфекционные вещества». (Токсичные вещества – вещества, способные при проникновении через дыхательные пути, желудок и (или) через кожу вызывать отравление, травму, смерть или причинять вред здоровью человека; инфекционное вещество, инфекционный материал – материал, содержащий патогенные микроорганизмы, а также такие инфекционные агенты, как прионы, способные вызывать заболевания людей и животных).

Токсичные вещества подкласса 6.1 относят к одной из трёх групп в зависимости от степени опасности вещества и связанных с ней требований к упаковке:

* высокая степень опасности (группа упаковки I);
* средняя степень опасности (группа упаковки II);
* относительно низкая степень опасности (группа упаковки III).

Группа упаковки характеризует надежность тары или упаковки при транспортировании опасного груза.

Инфекционные вещества относят к одной из двух категорий:

Категория А – инфекционные вещества, которые в случае их воздействия при транспортировании способны вызывать постоянную нетрудоспособность людей, создать угрозу жизни или привести здоровых людей к смертельному заболеванию;

Категория B – инфекционные вещества, не соответствующие определению Категории А.

В системе классификации опасных грузов применяются идентификационные номера Организации Объединенных Наций, присвоенные наиболее часто транспортируемым грузам (или их группам) Комитетом экспертов Организации Объединенных Наций и внесённым в Перечень опасных грузов Типовых правил ООН по перевозке опасных грузов (Рекомендации по перевозке опасных грузов Типовые правила. Организации Объединенных Наций, 2015, ST/SG/AC.10/1/Rev.19 (Vol.1)).

Вопросы классификации, а также упаковки и маркировки инфекционных материалов, опасных только для животных, в Санитарных правилах не рассматриваются.

4.3.4. Независимо от вида используемого транспорта, упаковка опасных грузов 6-го класса должна обеспечивать безопасную для людей и животных перевозку и прибытие опасного груза к месту назначения в надлежащем состоянии.

В зависимости от вида и степени опасности, которую представляют собой материалы 6-го класса опасности при транспортировке, имеются различия в требованиях к упаковке, маркировке, сопроводительной (вкладываемой в упакованный груз) и транспортной документации для этих материалов (Приложение 24).

Требования к упаковке токсичных веществ зависят как от степени их токсичности, так и от количества перевозимого вещества.

При упаковывании инфекционных веществ подкласса 6.2 следует применять общий принцип тройной упаковки. Этот принцип подразумевает наличие трех защитных слоев в упаковке, состоящих из:

- первичной емкости. Первичная водонепроницаемая и герметичная емкость, содержащая образец (материал, ПБА). Эту емкость упаковывают в достаточное количество абсорбирующего материала, чтобы в случае повреждения или протечки абсорбировать всю жидкость;

- вторичной тары. Вторая прочная водонепроницаемая, герметичная тара для помещения и защиты первичных емкостей. В одну вторичную тару можно поместить несколько обернутых первичных емкостей; при этом следует использовать достаточно абсорбирующего материала, чтобы поглотить всю жидкость в случае повреждения или протечки.

Первичная емкость и вторичная тара образуют внутреннюю тару;

- наружной тары. Вторичную тару помещают в наружную тару для транспортировки с достаточным количеством амортизирующего материала. Наружная тара во время транспортировки защищает содержимое от неблагоприятных внешних воздействий – например, от механического повреждения.

Минимальные размеры наружной тары должны быть не менее чем 10 х 10 см.

4.3.5. Если инфекционный материал, подлежащий перевозке, не известен и (или) имеются сомнения относительно отнесения к Категории А или Категории В, такой материал следует относить к Категории А. Упаковка и маркировка груза, содержащего такой материал, должна соответствовать Категории А. В сопроводительных документах, вложенных в упаковку, вместо наименования возбудителя указывают следующее: «Инфекционное вещество, предположительно относящееся к Категории А».

4.3.6. Культуры патогенных микроорганизмов передают в лиофилизированном состоянии, на плотных питательных средах, в специальных средах для транспортировки или в замороженном состоянии.

При передаче органов, тканей и их суспензий, культур клеток, содержащих вирусы или другие инфекционные материалы, допускается их транспортировка в консервирующей жидкости или в замороженном состоянии.

Соблюдение принципа тройной упаковки в соответствии с пунктом 4.3.3 Санитарных правил обязательно.

4.3.7. Грузоотправитель должен незамедлительно сообщить грузополучателю дату отправления и вид транспорта или связи, которым отправлен опасный груз 6-го класса.

4.3.8. Не подпадают под действие положений Санитарных правил:

* материалы в форме, в которой любые присутствующие возбудители болезней или токсины нейтрализованы или инактивированы таким образом, что они более не представляют угрозы для здоровья человека, что должно подтверждаться актами, протоколами нейтрализации или инактивации;
* пробы из окружающей среды, содержащие ПБА III-IV групп (в том числе пробы пищевых продуктов и воды), которые считаются не создающими значительного риска инфицирования;
* готовые к использованию или незавершенные биологические продукты, такие как вакцины, диагностикумы, изготовленные и упакованные с соблюдением национальных требований по упаковке лекарственных средств, фармацевтических субстанций или изделий медицинского назначения, и перевозимые для окончательной упаковки или распределения;
* кровь или ее компоненты, собранные для переливания или приготовления продуктов крови с целью использования для переливания или трансплантации, любые органы или ткани, предназначенные для трансплантации, а также образцы, взятые в связи с такими целями.

4.3.9. Не подпадают под действие Санитарных правил образцы, взятые от людей с минимальной вероятностью присутствия ПБА I-IV групп, если образец транспортируется в таре, предотвращающей любую утечку. Эта тара должна состоять из трех компонентов:

* герметичной первичной емкости (емкостей);
* вторичной тары;
* прочной наружной тары.

Для жидких материалов между первичной емкостью (емкостями) и вторичной тарой должен быть размещен абсорбирующий материал в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого. Между вторичной тарой и наружной тарой размещают прокладочный материал и, в случае необходимости, охлаждающий агент.

К образцам, перевозимым в соответствии с этим пунктом, относятся, например, пробы крови или мочи для контроля уровней холестерина, глюкозы, гормонов; пробы, необходимые для контроля функционирования сердца, печени или почек у здоровых людей и у людей, страдающих неинфекционными заболеваниями; пробы биопсии для диагностики онкологических заболеваний, тесты для обнаружения антител при оценке вакцинального иммунитета.

Ответственность за отнесение биологического материала к образцам с минимальной вероятностью присутствия ПБА I-IV групп патогенности и подпадающим под действие настоящего пункта несет руководитель учреждения отправляющего указанные материалы или лицо, им уполномоченное на осуществление этого вида деятельности.

4.3.10. В целях исключения вскрытия упаковки опасных грузов (класс 6 «токсичные и инфекционные вещества»), содержащей ПБА I-IV групп в ходе досмотра и контроля при транспортировке, на наружную тару наносится обозначение: «Не вскрывать. Опасно». Сопровождающему (нарочному) для перевозки груза ручной кладью по железной дороге или для перемещения упакованного груза в зоны транспортной безопасности с целью его дальнейшей транспортировки, руководитель организации - отправителя выдает разрешение на транспортирование спецгруза (Приложение 25).

### V.Требования к порядку ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации ПБА I-IV групп

5.1. Требования к порядку перемещения ПБА I-IV групп через таможенную границу Российской Федерации

5.1.1. Перемещение ПБА I-IV групп через таможенную границу Российской Федерации осуществляется в соответствии с правом Евразийского экономического союза и законодательством Российской Федерации (Таможенный кодекс Евразийского экономического союза (Приложение 1 к Договору о Таможенном кодексе Евразийского экономического союза), Федеральный закон от 27.11.2010 № 311-ФЗ «О таможенном регулировании в Российской Федерации», Решение № 52 Межгосударственного Совета Евразийского экономического сообщества «Об экспортном контроле государств-членов Таможенного союза», принято в г. Астане 05.07.2010).

При вывозе ПБА I-IV групп осуществляется их таможенное декларирование (таможенное декларирование - заявление таможенному органу с использованием таможенной декларации сведений о товаре, об избранной таможенной процедуре вывоза или ввоза, иных сведений, необходимых для осуществления таможенной процедуры вывоза или ввоза товара) в соответствии с таможенной процедурой, предусматривающей их вывоз, а в месте их убытия за пределы таможенной территории Евразийского экономического союза совершаются таможенные операции, связанные с убытием.

При ввозе ПБА I-IV групп на таможенную территорию Евразийского экономического союза предусмотрено последовательное совершение таможенных операций, связанных с прибытием товаров на таможенную территорию Евразийского экономического союза и перемещением в соответствии с таможенной процедурой транзита (если требуется) до таможенного органа, в котором будет осуществляться их таможенное декларирование в соответствии с процедурой, предусматривающей их выпуск на территорию Евразийского экономического союза.

Форма и порядок заполнения Декларации на товары (далее – ДТ), предъявляемой таможенному органу (ДТ), определены Решением Комиссии Таможенного союза от 20.05.2010 № 257 (Евразийское экономическое сообщество Комиссия таможенного союза Решение № 257 «Об инструкциях по заполнению таможенных деклараций и формах таможенных деклараций» (Санкт-Петербург, 20 мая 2010 года)).

5.1.2. Подача ДТ на ПБА I-IV групп в таможенный орган Российской Федерации сопровождается представлением лицензий, разрешений или иных документов федеральных министерств и ведомств Российской Федерации на осуществление внешнеэкономической операции экспорта или импорта ПБА I-IV групп в соответствии с Таможенным кодексом Евразийского экономического союза (Приложение 1 к Договору о Таможенном кодексе Евразийского экономического союза) и законодательными нормативно-правовыми актами Российской Федерации (далее - разрешительные документы).

5.1.3. Вывоз из Российской Федерации и ввоз в Российскую Федерацию микроорганизмов, токсинов, включенных в Список микроорганизмов, токсинов, оборудования и технологий, подлежащих экспортному контролю, утверждаемый указом Президента Российской Федерации (Указ Президента Российской Федерации от 20 августа 2007 г. №1083 «Об утверждении списка микроорганизмов, токсинов, оборудования и технологий, подлежащих экспортному контролю» (ред. от 14.11.2017 г. № 544)), осуществляется при предъявлении в таможенные органы лицензии на осуществление внешнеэкономических операций (импорта или экспорта) контролируемых микроорганизмов и токсинов, выдаваемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в области экспортного контроля.

Порядок осуществления экспортного контроля, в том числе выдачи лицензий на осуществление внешнеэкономических операций с контролируемой продукцией, регламентирован законодательными и нормативно-правовыми актами Российской Федерации (Федеральный закон от 18.07.1999 № 183-ФЗ «Об экспортном контроле» (ред.13.07.2015), постановление Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2008 г. № 691 «Об утверждении положения о лицензировании внешнеэкономических операций с товарами, информацией, работами, услугами, результатами интеллектуальной деятельности, в отношении которых установлен экспортный контроль», постановление Правительства Российской Федерации от 29 августа 2001 г. № 634 «Об утверждении положения об осуществлении контроля за внешнеэкономической деятельностью в отношении микроорганизмов, токсинов, оборудования и технологий» (ред. 22.12.2011), приказ Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 14 октября 2008 г. № 203 «Об утверждении требований к заполнению заявления о предоставлении лицензии на осуществление внешнеэкономических операций с контролируемой продукцией и требований к заполнению лицензий на осуществление внешнеэкономических операций с контролируемой продукцией», Решение Комиссии Таможенного союза от 22 июня 2011г. № 687 «О положении о едином порядке контроля таможенными органами ввоза на таможенную территорию таможенного союза в рамках Евразийского экономического союза и вывоза с этой территории лицензируемых товаров», приказ ФТС России от 29.12.2011 № 2652 «Об утверждении Инструкции о действиях должностных лиц таможенных органов Российской Федерации, направленных на реализацию Положения о едином порядке контроля таможенными органами ввоза на таможенную территорию Таможенного союза в рамках Евразийского экономического союза и вывоза с этой территории лицензируемых товаров»).

Вопросы обеспечения экспортного контроля находятся в исключительном ведении Российской Федерации (ст.3 Федерального закона от 18.07.1999 № 183-ФЗ «Об экспортном контроле» (ред.13.07.2015), Решение Межгосударственного Совета Евразийского экономического сообщества на уровне глав государств от 5.07.2010 № 52 «Об экспортном контроле государств-членов Таможенного союза»).

5.1.4. Порядок ввоза на территорию Российской Федерации лекарственных средств и фармацевтических субстанций, в том числе содержащих ПБА (например: вакцины), а также разрешения на ввоз Российскую Федерацию и вывоз из Российской Федерации микроорганизмов, полученных при проведении клинического исследования лекарственного средства для медицинского применения, осуществляется федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами Российской Федерации[[11]](#footnote-11).

5.1.5. По запросу таможенного органа Российской Федерации (прямому или направленному руководителем организации, осуществляющей ввоз в Российскую Федерацию или вывоз из Российской Федерации ПБА I-IV групп) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за подписью Главного государственного врача Российской Федерации предоставляет заключение о возможности или невозможности ввоза в Российскую Федерацию или вывоза из Российской Федерации ПБА I-IV групп[[12]](#footnote-12), не подлежащих экспортному контролю, не являющихся лекарственными средствами или фармацевтическими субстанциями, ветеринарными препаратами или микроорганизмами, полученными при проведении клинических исследований лекарственных средств (Приложение 26).

5.1.6. При возникновении или опасности возникновения эпидемии или вспышки инфекционной болезни вследствие распространения возбудителя (возбудителей) на территорию Российской Федерации из-за рубежа, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью принятия мер по осуществлению защитных мероприятий:

* определяет необходимость срочного ввоза штамма (штаммов) возбудителя инфекционной болезни в Российскую Федерацию и назначает российскую организацию, которая будет осуществлять процедуру ввоза штамма (штаммов) этого возбудителя;
* для ввоза микроорганизмов, входящих в Списки экспортного контроля, готовит письмо в федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный в области экспортного контроля, подтверждающее согласие на выдачу разовой лицензии на ввоз штамма (штаммов) контролируемого микроорганизма;
* для ввоза других патогенных микроорганизмов готовит разрешительный документ (согласование) на ввоз штамма (штаммов) возбудителя для представления в таможенный орган Российской Федерации организацией, которая будет осуществлять ввоз штамма (штаммов) возбудителя.

5.2. Правила международных перевозок ПБА I-IV групп

5.2.1. Международные перевозки ПБА I-IV групп осуществляются после того, как:

- грузоотправитель получит разрешения и согласования (разрешительные документы) на вывоз инфекционного материала из страны, выдаваемые компетентными органами (Федеральная служба по техническому и экспортному контролю ФСТЭК России) в соответствии с действующими нормами и правилами экспорта инфекционного материала страны вывоза;

- грузополучатель получит разрешения и согласования (разрешительные документы) на ввоз инфекционного материала в страну, выдаваемые компетентными органами (Федеральная служба по техническому и экспортному контролю ФСТЭК России) в соответствии с действующими нормами и правилами импорта инфекционного материала страны ввоза;

- перевозчик проинформирует грузоотправителя о необходимых сопроводительных и транспортных документах, даст рекомендации о надлежащей упаковке груза и подтвердит, что груз будет принят к перевозке соответствующим видом транспорта;

- грузополучатель и грузоотправитель заблаговременно проинформируют друг друга о получении необходимых разрешений и согласований и о достигнутых договоренностях с перевозчиком.

5.2.2. Международные перевозки ПБА I-IV групп осуществляют в соответствии с международными правилами по безопасной транспортировке опасных грузов воздушным гражданским, автомобильным, железнодорожным транспортом, морскими перевозками, установленными международными соглашениями и конвенциями по видам транспорта (Технические инструкции по безопасной транспортировке опасных грузов по воздуху Международной организации гражданской авиации (ТИ ИКАО), документ 9284 AN/905, издание 2015-2016 гг; Европейское соглашение о международной дорожной перевозке опасных грузов (ДОПОГ(ADR)) 2015 года с поправками, вступившими в силу с 1 января 2015 года; Международные перевозки опасных грузов по железной дороге (RID); Правила перевозок опасных грузов по железным дорогам, утверждены Советом по железнодорожному транспорту государств-участников Содружества, протокол от 05.04.1996 № 15 (ред. от 19.05.2016) – в части токсинов; Международный кодекс морской перевозки опасных грузов, включая поправки 37 – 14,опубликованный Международной морской организацией (ММО); Международная [конвенция](consultantplus://offline/ref=4BC10A1E7DC3509FB4CD6165E58CDDDAB52E01D7BE3EA748080487F9IE1FM) по охране человеческой жизни на море, 1974 г. Консолидированный текст, Лондон, ММО, 2015).

Международные правила перевозки опасных грузов любым видом транспорта основаны на Типовых правилах перевозки опасных грузов, рекомендованных Организацией Объединенных Наций (Рекомендации по перевозке опасных грузов. Типовые правила. Организация Объединенных Наций, 2015, ST/SG/AC.10/1/Rev.19 (Vol.1), далее – Типовые правила ООН по перевозке опасных грузов.

5.2.3. Патогенные и условно патогенные организмы, включая микроорганизмы I-IV групп патогенности, запрещены к пересылке в международных почтовых отправлениях (Решение Комиссии Таможенного союза от 17 августа 2010 г. № 338 «Об особенностях пересылки товаров в международных почтовых отправлениях»).

5.2.4. Для практического применения международных правил в части классификации и определения категории опасности инфекционного материала, его упаковки, маркировки, оформления сопроводительной и транспортной документации используют разработанные ВОЗ Рекомендации по правилам перевозки инфекционных материалов. Актуальная версия Рекомендаций ВОЗ по правилам перевозки инфекционных материалов доступна на русском языке на официальном сайте ВОЗ (WHO/HSE/GCR/2015.2. Рекомендации по правилам перевозки инфекционных материалов 2015–2016 гг).

# 5. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### I. Общие требования

1.1. Санитарная охрана территории Российской Федерации направлена на предупреждение заноса на территорию Российской Федерации и распространения на территории Российской Федерации инфекционных болезней, представляющих опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию Российской Федерации и реализации на территории Российской Федерации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека (далее – опасные грузы и товары).

1.2. Настоящие Санитарные правила распространяются на:

1.2.1. Инфекционные болезни (далее – Болезни), которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – Чрезвычайные ситуации), требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации ([Приложение 27](#sub_11000)).

1.2.2. Болезни и другие события, требующие принятия решений для оценки и уведомления о выявлении Чрезвычайных ситуаций, в соответствии с Приложением 2 [Международных медико-санитарных правил](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=0) (2005 г.) – далее ММСП.

1.2.3. Чрезвычайные ситуации, связанные с ввозом на территорию Российской Федерации товаров и грузов, представляющих риск для здоровья населения.

1.3. Настоящие Санитарные правила применяют при проведении:

– санитарно-карантинного контроля[[13]](#footnote-13) в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации[[14]](#footnote-14);

– санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территории Российской Федерации в целях санитарной охраны.

1.4. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является Координатором по [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=0) в Российской Федерации и осуществляет связь с Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которое является для Российской Федерации Координатором ВОЗ по [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=0), для взаимного обмена экстренной информацией, касающейся Чрезвычайных ситуаций и применения [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=0) на территории Российской Федерации.

1.5. В случае выявления болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения страны и угрозу международного распространения, характеризующихся тяжелым течением и высокой летальностью, а также тенденцией к быстрому распространению, или болезней, не предусмотренных настоящими санитарными правилами, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят в соответствии с правовыми актами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

1.6. Мероприятия по предотвращению распространения чумы из ее природных очагов на территории Российской Федерации и других особо опасных инфекционных болезней, которые могут вызвать Чрезвычайные ситуации, проводят в соответствии с санитарными правилами и другими актами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

1.7. Не допускают к ввозу на территорию Российской Федерации опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию страны запрещен [законодательством](http://mobileonline.garant.ru/document?id=5658424&sub=13) Российской Федерации, а также грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз на территорию Российской Федерации создает угрозу возникновения и распространения инфекционных болезней или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) ([статья 30](http://mobileonline.garant.ru/document?id=12015118&sub=30) Федерального закона от 30.03.99 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ).

1.8. Санитарно-эпидемиологические требования к товарам, веществам, отходам и другим грузам, ввозимым на территорию Российской Федерации, регламентируются правовыми актами Российской Федерации и Евразийского экономического союза.

1.9. При невыполнении требований, предусмотренных настоящими санитарными правилами, может быть запрещен въезд иностранных граждан в Российскую Федерацию и выезд из Российской Федерации транспортных средств, а также ввоз в Российскую Федерацию и вывоз из Российской Федерации товаров, веществ, отходов, других грузов, багажа и международных почтовых отправлений ([статьи 26](http://mobileonline.garant.ru/document?id=10035803&sub=26), [27](http://mobileonline.garant.ru/document?id=10035803&sub=27) Федерального закона от 15.08.96 «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» № 114-ФЗ и [статьи 32](http://mobileonline.garant.ru/document?id=12033486&sub=32) Федерального закона от 08.12.2003 «Об основах государственного регулирования внешнеторговой деятельности» № 164-ФЗ).

### II. Информационное обеспечение мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации

2.1. Должностные лица, осуществляющие государственный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации, в случае выявления лиц с жалобами на состояние здоровья, немедленно информируют должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль. Медицинские работники аэропорта, вокзала, порта, станции при выявлении случая Болезни (подозрения на нее, носительство возбудителя Болезни) немедленно информируют сотрудников санитарно-карантинного пункта (СКП).

2.2. При выявлении случая Болезни (подозрения на нее, носительство возбудителя) медицинская организация независимо от формы собственности направляет внеочередное донесение о возникновении Чрезвычайной ситуации в течение 2 часов после установления факта Чрезвычайной ситуации в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор – Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, и в течение 12 часов – экстренное извещение по установленной форме.

2.3. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, немедленно информируют Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и направляют внеочередное донесение о возникновении Болезни в срок не позднее 12 часов после установления факта Чрезвычайной ситуации. Ежедневно Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в виде внеочередных донесений о ходе эпидемиологического расследования, проводимых противоэпидемических и профилактических мероприятиях по локализации и ликвидации очага Болезни.

2.4. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечивает в течение 24 часов информирование Координатора ВОЗ по [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=0), а по запросам – дипломатических миссий и консульств иностранных государств на территории Российской Федерации о возникновении Чрезвычайных ситуаций, связь с Координатором ВОЗ по ММСП осуществляется в круглосуточном режиме.

2.5. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечивает в установленном порядке оперативное информирование органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

– об изменениях санитарно-эпидемиологической обстановки по Болезням в мире и в Российской Федерации;

– о странах, имеющих эпидемиологическое неблагополучие по Болезням /имеющих эндемичные по Болезням районы;

– о Чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера в мире и в Российской Федерации, а также о событиях санитарно-гигиенического порядка, представляющих угрозу для санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации.

2.6. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека доводит список неблагополучных по Болезням стран, на основании официальных данных Всемирной организации здравоохранения, и перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения профилактических прививок или приема профилактических средств (противомалярийных препаратов) до всех заинтересованных ведомств, обеспечивающих поездки за рубеж.

2.7. При информировании лиц, совершающих поездку за рубеж, Управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы и учреждения здравоохранения, авиакомпании, туроператоры, турагентства обращают внимание на риски для здоровья по маршруту следования, связанные с Болезнями, и меры профилактики.

### III. Санитарно-эпидемиологические требования в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации

3.1. Санитарно-эпидемиологические требования в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации предъявляют к территории пункта пропуска, транспортным организациям, транспортным средствам международных сообщений, членам экипажей морских (речных), воздушных судов, поездных бригад, водителям автотранспорта, а также к лицам, совершающим международные поездки, и перевозимым через границу их багажу, товарам и грузам.

3.2. В пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации обеспечивают:

– надлежащее санитарное состояние территории и находящихся на ней объектов;

– защиту территории транспортных организаций, а также расположенных на ней зданий, сооружений и транспортных средств от проникновения и распространения грызунов, насекомых и проведение мероприятий по борьбе с грызунами, комарами и другими членистоногими в соответствии с установленными требованиями;

– питьевым водоснабжением, объектами питания, общественными туалетами, отвечающими требованиям санитарных правил;

– эффективной системой удаления и обеззараживания экскрементов, отбросов, сточных вод, забракованных пищевых продуктов и других факторов риска для здоровья человека;

– обустройство систем бесконтактного измерения температуры тела лиц;

– сбор, временное хранение (при невозможности хранения - транспортировку до места уничтожения (утилизации) и уничтожение (утилизацию) товаров животного и растительного происхождения, выявленных в ручной клади, багаже физических лиц и почтовых отправлениях, а также в товарных партиях[[15]](#footnote-15);

– термическое уничтожение конфиската, трупов мелких животных, пищевых и других отходов, перевозимых пассажирами или обнаруженных в транспортных средствах[[16]](#footnote-16);

– проведение профилактической (ежегодно) и по эпидемиологическим показаниям дезинфекции, дезинсекции, дератизации;

– подготовку экипажей транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении Болезней (или подозрении на них).

3.3. Исполнение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации возложено на должностных лиц управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту, создающих специальные подразделения[[17]](#footnote-17) (санитарно-карантинные пункты – СКП, пограничные санитарно-карантинные пункты – ПСКП, санитарно-карантинные отделы - СКО), функционирующие в соответствии с характером и схемой деятельности пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации.

3.4. Взаимодействие должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска, с должностными лицами, осуществляющими пограничный, таможенный, ветеринарный, карантинный фитосанитарный, миграционный и транспортный контроль, осуществляется в установленном порядке.

Взаимодействие должностных лиц на автостанциях, автовокзалах, железнодорожных станциях и вокзалах, аэропортах, морских портах на международных и внутренних рейсах Российской Федерации осуществляется в соответствии с межведомственными планами по вопросам санитарной охраны территории, осуществлению профилактических и оперативных противоэпидемических мероприятий, разработанными и согласованными в рамках межведомственного взаимодействия на указанных транспортных объектах, в пунктах пропуска (далее – Межведомственный план), а также в соответствии с Комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории субъекта Российской Федерации.

3.5. Санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации осуществляется: в отношении лиц, прибывших в пункты пропуска – до проведения иных видов государственного контроля[[18]](#footnote-18); в отношении транспортных средств, товаров и грузов, прибывающих в пункты пропуска – в соответствии с технологическими схемами организации пропуска.

3.6. Помещения, сооружения и материально-технические средства в пункте пропуска через Государственную границу Российской Федерации, необходимые для проведения комплекса организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения на территории Российской Федерации инфекционных болезней, представляющих потенциальную опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию Российской Федерации товаров, биологических, химических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека, должны соответствовать установленным требованиям.

3.7. Организацию санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации осуществляют:

– по постоянной схеме при наличии регулярных транспортных перевозок;

– по временной схеме (выездные бригады – группы специалистов, определенные приказом органов Роспотребнадзора) при поступлении информации о международных транспортных средствах, прибывающих или убывающих за рубеж, от администрации пункта пропуска, таможенных органов или пограничной службы.

3.8. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации:

– получают от администрации аэропортов, морских, речных портов, железнодорожных, автомобильных вокзалов и станций, других транспортных организаций ежесуточные сводки движения транспортных средств;

– организуют проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении больных (подозрительных) Болезнями на транспортном средстве и в пункте пропуска через государственную границу Российской Федерации;

– обеспечивают контроль готовности изолятора для временной изоляции выявленных больных, лиц с подозрением на болезнь;

– утверждают оперативные планы противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные рейсы;

– проводят контроль противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные перевозки в страны, неблагополучные по Болезням, в том числе оснащения защитной одеждой, необходимым медицинским оборудованием, лекарственными и профилактическими препаратами, дезинфекционными, дезинсекционными средствами и средствами для дератизации;

– организуют проведение подготовки экипажей транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев Болезней (или подозрений на них);

– проводят контроль за подготовкой членов экипажей морских (речных), воздушных судов, поездных бригад, водителей автотранспорта по вопросам эпидемиологии, профилактики и проведения противоэпидемических мероприятий при возникновении Болезней в пути следования транспортных средств;

– осуществляют государственный санитарно-эпидемиологический надзор за территорией пункта пропуска, объектами инфраструктуры пункта пропуска, транспортными предприятиями в пункте пропуска, транспортными средствами международного сообщения, находящимися на территории пункта пропуска;

– контролируют выполнение требований санитарных правил перевозки химических, биологических веществ, радиоактивных материалов, грузов;

– осуществляют санитарно-карантинный контроль ввозимых товаров, химических, биологических веществ и радиоактивных материалов, отходов и иных грузов, представляющих потенциальную опасность для человека;

– организуют по показаниям проведение лабораторно-инструментального контроля грузов, товаров и материалов, в том числе прибывающих из контаминированных[[19]](#footnote-19) районов в результате химических и биологических аварий;

– при выявлении нарушений санитарного законодательства выдают предписания с целью недопущения завоза Болезней, носителей и переносчиков возбудителей Болезней, а также грузов и товаров, запрещенных для реализации на территории Российской Федерации, признанных опасными для здоровья человека после проведения инструментально-лабораторных методов контроля;

– осуществляют контроль за безопасным удалением любых контаминированных и подозрительных на контаминацию объектов из транспортных средств (воды, продуктов питания, отходов жизнедеятельности людей или животных, сточных вод и других объектов);

– получают от диспетчеров (дежурных) аэропортов, морских, речных портов, железнодорожных вокзалов, автовокзалов и автостанций, других транспортных организаций информацию о наличии на транспортных средствах больных с подозрением на болезнь.

3.9. Руководители транспортных организаций, операторы перевозки, владельцы транспортных средств, осуществляющих международные перевозки, обеспечивают:

– соответствие транспортных средств, допущенных в международный рейс, санитарно-гигиеническим требованиям;

– противоэпидемическую готовность транспортных средств;

– оперативное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, о каждом случае заболевания среди членов экипажей и пассажиров и санитарно-эпидемиологической обстановке на транспортном средстве;

– разработку и корректирование не реже 1 раза в год оперативных планов противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные рейсы;

– подготовку членов экипажей (бригад, водителей) транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий;

– проведение мероприятий по недопущению загрязнения окружающей среды (акватории портов, территорий аэропортов, железнодорожных станций и автовокзалов) сточными хозяйственно-бытовыми и балластными водами, мусором;

– защиту транспортных средств от проникновения и распространения грызунов, насекомых-переносчиков;

– проведение профилактической и по эпидемиологическим показаниям дезинфекции, дезинсекции, дератизации транспортного средства;

– проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления в пути следования среди пассажиров или членов экипажа (бригад) Болезней;

– химиопрофилактику малярии членам экипажа до и во время рейса на транспортных средствах, заходящих в порты эндемичных по малярии стран;

– вакцинацию против желтой лихорадки членам экипажа транспортных средств, совершающих рейсы в страны, где существует риск передачи возбудителя болезни;

– проведение по показаниям деконтаминации[[20]](#footnote-20) транспортного средства.

3.10. Администрация пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации обеспечивает:

– надлежащее санитарное состояние территории пункта пропуска и расположенных на ней объектов;

– выделение и оборудование в морских и речных портах, аэропортах, железнодорожных и автодорожных вокзалах и станциях, открытых для международного сообщения, санитарных причалов, стоянок, тупиков, площадок, в соответствии с установленными требованиями, для временной изоляции транспортных средств и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включая дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию транспортных средств;

– защиту территории пункта пропуска и расположенных на них зданий, сооружений от проникновения и распространения грызунов, насекомых-переносчиков;

– предупреждение загрязнения окружающей среды (акватории портов, территорий аэропортов, железнодорожных станций и автовокзалов) сточными хозяйственно-бытовыми и балластными водами, мусором;

– предоставление помещений на территории пункта пропуска для размещения персонала, осуществляющего санитарно-карантинный контроль, и временной изоляции больного;

– выделение в распоряжение специалистов Роспотребнадзора и здравоохранения транспорта (автомобиль, катер) для оперативного проведения санитарно-карантинного контроля, мер в отношении больного, противоэпидемических мероприятий;

– эффективную систему удаления и обеззараживания экскрементов, отбросов, сточных вод, забракованных пищевых продуктов и других опасных для здоровья людей объектов;

– выделение специальных мест для перегрузки опасных грузов и соблюдение условий их временного хранения;

– выделение помещения (пункта) для временного содержания пассажиров из числа иностранных граждан, не допущенных к паспортному контролю по состоянию здоровья;

– в зоне прямого транзита в любом аэропорту выделение помещений для размещения людей и животных.

3.11. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации, при наличии реальной угрозы заноса Болезней и возникновения Чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения могут подвергнуть санитарно-карантинному контролю по прибытии любое транспортное средство, товары и грузы, а также любое лицо, прибывшее международным рейсом.

3.12. Ответственные члены экипажа транспортного средства заблаговременно информируют аэропорт, морской или речной порт, железнодорожный вокзал, автовокзал, автостанцию прибытия о каждом случае болезни на борту, в поезде, автобусе по рекомендованным формам, а также о санитарном состоянии транспортного средства. Руководители транспортных организаций обеспечивают немедленную передачу полученной информации о случаях подозрения на Болезнь администрации аэропорта, вокзала, порта, станции, а также должностным лицам, на которых возложено проведение санитарно-карантинного контроля в пункте пропуска через государственную границу.

Администрация аэропорта, вокзала, порта, станции обеспечивает:

– пропуск непосредственно к транспортному средству бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными);

– пропуск транспорта для перевозки условно здоровых пассажиров, подвергшихся риску заражения, в медицинскую организацию для медицинского наблюдения в условиях изоляции. Определение необходимости и круга лиц, подлежащих изоляции устанавливает должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, о чем вносит соответствующие предложения представителям транспортной и медицинской организаций в виде предписаний.

3.13. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, на основе сведений, полученных от ответственного члена экипажа транспортного средства до его прибытия, об отсутствии на транспортном средстве больных, подозрительных на Болезни, насекомых-переносчиков Болезней, павших грызунов, радиационных и химических аварий при перевозках опасных грузов, дают разрешение на право свободной практики в морском, речном порту, аэропорту, на автовокзале, железнодорожном вокзале (станции).

3.14. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, при получении информации об отсутствии на транспортном средстве до его прибытия в пункт пропуска больных, радиационных и химических аварий при перевозках опасных грузов, не применяют медико-санитарные меры к:

– воздушным судам, прибывающим из незараженных районов;

– транзитным воздушным судам в случаях, если нахождение судна будет ограничено определенной зоной аэропорта без права посадки или высадки пассажиров, погрузки или разгрузки грузов; любому такому воздушному судну разрешается взять на борт под контролем должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, запасы топлива, воды, продовольствия;

– морским (речным) судам, следующим из незараженных районов и (или) проходящим морским путем или по внутренним путям в порт, находящийся на территории другого государства;

– морским (речным) судам, проходящим без захода в порт или высадки членов экипажа и пассажиров на берег;

– наземным транспортным средствам, прибывающим из незараженных районов и/или пересекающим территорию без посадки и высадки пассажиров, погрузки или выгрузки товаров и грузов.

3.15. Транспортное средство при наличии риска возникновения Чрезвычайной ситуации [[21]](#footnote-21) (прибывшее из страны, от которой имеется уведомление о событиях, которые могут представлять собой Чрезвычайную ситуацию, имеющее на борту товары, химические, биологические и радиоактивные вещества, отходы и иные грузы, представляющие опасность для здоровья человека, при поступлении информации о наличии больного или наличии других рисков) – подлежит обязательному санитарно-карантинному контролю.

3.16. Санитарно-карантинный контроль прибывающих транспортных средств включает[[22]](#footnote-22):

– оценку информации, получаемой от экипажей транспортных средств (командира или ответственного лица) до его прибытия, согласно сведениям [Морской медико-санитарной декларации](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=8000), [Медико-санитарной части](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=9000) Генеральной декларации воздушного судна, санитарного и рейсового журналов на железнодорожном транспорте;

– проверку по прибытии перечисленных медико-санитарных документов, на морских судах – [свидетельства](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=3000) о прохождении судном санитарного контроля / свидетельства об освобождении судна от санитарного контроля;

– проверку санитарного и рейсового журналов на железнодорожном транспорте, журналов регистрации обращений за медицинской помощью на пассажирских морских (речных) судах;

– проведение при необходимости осмотра (опроса, термометрии, проверки международных свидетельств о вакцинации или профилактике) членов экипажа, работников поездных и локомотивных бригад, водителей автотранспорта, пассажиров;

– визуальный осмотр транспортных средств (пищеблока, систем водоснабжения, сбора и удаления всех видов отходов), контейнеров, грузов и товаров, ввозимых на территорию Российской Федерации, не связанный со вскрытием грузовых помещений транспортного средства и с нарушением упаковки грузов и товаров, в том числе осмотр на наличие носителей и переносчиков возбудителей Болезней (грызунов, комаров) или следов их пребывания;

– проверку в случае, когда перевозимый груз представляет потенциальную опасность для здоровья населения, товарно-транспортных и иных документов, наличие и ведение которых регламентируется санитарно-эпидемиологическими правилами, иными нормативными правовыми актами;

– радиационный контроль транспортных средств, перевозимых грузов и товаров;

– досмотр при необходимости транспортных средств, грузов и товаров в целях установления соответствия санитарным правилам, связанный со снятием пломб, печатей, вскрытием упаковки грузов и товаров либо емкостей, контейнеров и других мест;

– отбор при необходимости проб грузов, товаров (в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов) для проведения экспертизы в целях определения их качества, соответствия санитарным требованиям, выявления токсических веществ;

– индикацию при необходимости потенциально опасных химических веществ с целью выявления контаминации транспортного средства, груза;

– отбор при необходимости для исследований проб воздуха, воды и почвы, в том числе на территории пункта пропуска.

3.17. По результатам санитарно-карантинного контроля должностным лицом, осуществляющим его, принимается решение:

– о выдаче разрешения о предоставлении транспортному средству свободной практики воздушным судам – в аэропорту, морским, речным судам – в морском (речном) порту, автотранспорту и железнодорожному транспорту – на авто- и железнодорожной станции;

– о необходимости отведения транспортного средства на санитарную стоянку, санитарный причал, санитарную площадку, санитарный тупик для проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

– о выдаче предписания о санитарных правонарушениях должностным, юридическим лицам и гражданам, создавшим угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;

– о подготовке материалов для привлечения к административной или уголовной ответственности лиц, допустивших санитарные правонарушения.

3.18. При выезде с территории Российской Федерации должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, проверяют:

– на морских судах – [свидетельство](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=3000) о прохождении судном санитарного контроля / свидетельство об освобождении судна от санитарного контроля, [морскую медико-санитарную декларацию](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=8000), санитарное свидетельство на право эксплуатации судна, протокол санитарно-гигиенического обследования соответствующего оборудования морского (речного) судна для предотвращения опасности попадания возбудителей Болезней в объекты окружающей среды;

– на воздушных судах – [медико-санитарную часть](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=9000) Генеральной декларации воздушного судна с отметкой о последней проведенной профилактической дезинфекции, дезинсекции или других санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, примененных к судну;

– на железнодорожном транспорте – санитарный журнал;

– международные свидетельства о вакцинации или профилактике у пассажиров и экипажа транспортного средства, выезжающего в эпидемиологически неблагополучные страны (отсутствие у пассажира международного свидетельства о вакцинации или профилактике не является препятствием для выезда).

3.19. Наличие документа о вакцинации против Болезней обязательно для каждого члена экипажа транспортного средства, пользующегося любым портом, аэропортом, железнодорожными или автодорожными вокзалами и станциями, расположенными в эпидемиологически неблагополучных странах.

3.20. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, направляющие граждан в страны, неблагополучные по Болезням, а также осуществляющие туроператорскую и турагентскую деятельность, при организации поездок в страны, неблагополучные по Болезням, извещают граждан о санитарно-эпидемиологической обстановке и возможном риске заражения в странах, куда они направляются, симптомах Болезней, мерах личной профилактики, действиях в случае заболевания, и необходимости вакцинации.

3.21. На автодорожных и железнодорожных вокзалах, станциях и переходах выезд транспортных средств допускают без проведения санитарно-карантинного контроля, если иное решение не принято по санитарно-эпидемиологическим показаниям (наличие больных и подозрительных на заражение возбудителями Болезней, насекомых - переносчиков, грызунов, следов их пребывания, при наличии опасных грузов в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого).

3.22. По результатам санитарно-карантинного контроля должностное лицо, осуществляющее его, принимает решение об отведении (постановке) транспортного средства на санитарный причал, санитарную стоянку, санитарную площадку, санитарный тупик, если перед убытием на нем выявлено:

– наличие лиц с подозрением на болезнь и (или) возможность проникновения на транспортное средство носителей или переносчиков возбудителей этих Болезней;

– неудовлетворительное санитарное состояние осмотренных участков транспортного средства, которое может привести к угрозе возникновения и распространения инфекционных, массовых неинфекционных болезней (отравлений) среди экипажа и пассажиров.

3.23. В случаях отсутствия возможностей для осуществления противоэпидемических мероприятий, дезинфекции, дезинсекции, дератизации возможна выдача разрешения на выезд при соблюдении следующих условий:

– во время отправления транспортного средства направляют сообщение в следующий пункт въезда;

– обнаруженные факты и необходимые меры контроля указывают в [медико-санитарной части](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=9000) Генеральной декларации воздушного судна, [морской медико-санитарной декларации](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=8000) морского (речного) судна или [свидетельстве](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=3000) о прохождении судном санитарного контроля, санитарном журнале поезда.

### IV. Требования по предупреждению заноса и распространения болезней

4.1. При выявлении больного (подозрительного) Болезнью на морском судне в рейсе проводятся следующие мероприятия:

– немедленная изоляция до прибытия в ближайший пункт назначения, где имеются условия для его госпитализации и лечения; место изоляции должно быть недоступно для комаров;

– немедленное информирование о больном порта приписки, службы управления движением судов порта следования судна, близлежащих портов, через порт устанавливается связь с организациями эпидемиологического профиля для согласования действий в рамках проведения первичных противоэпидемических мероприятий;

– силами имеющихся на судне медицинских работников у больного до начала лечения осуществляется забор биологического материала и его хранение в соответствии с требованиями безопасности. В случае отсутствия медицинских работников, условий для соблюдения требований биологической безопасности или условий для хранения материала отбор проб не проводится;

– лица, бывшие в тесном контакте с больным, изолируются в каютах и других помещениях; за всеми лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение, по показаниям проводится экстренная личная профилактика;

– на судне проводится дезинфекция, а при обнаружении грызунов (следов их жизнедеятельности) или насекомых-переносчиков – дератизация и дезинсекция; обнаруженные павшие грызуны собираются и помещаются в отдельные емкости (пакеты).

4.2. При выявлении больного на грузовом судне член экипажа, ответственный за медицинское обеспечение, принимает меры по изоляции больного, оказывает ему первую помощь и обеспечивает наблюдение за лицами, общавшимися с ним.

4.3. При обнаружении больного в самолете, автобусе, железнодорожном вагоне принимают меры для его временной изоляции в свободном отсеке или на заднем сиденье самолета, салона автобуса, в купе поезда до прибытия в ближайший пункт назначения по пути следования, где есть условия для его госпитализации и лечения.

4.4. Иностранные граждане, с подозрением на болезнь, госпитализируются в соответствии с законодательством Российской Федерации. При несогласии оформляется письменный отказ от госпитализации в присутствии представителей пограничной службы при информировании (присутствии) представителя посольства или консульства. Указанный иностранный гражданин не допускается для въезда в страну[[23]](#footnote-23) и может быть временно помещен в медицинский изолятор на территории пункта пропуска до решения вопроса о его возвращении в страну выезда.

4.5. По прибытии на территорию Российской Федерации транспортного средства, на котором имеются больные (подозрительные) Болезнью, принимаются следующие меры:

4.5.1. Экипаж транспортного средства:

– до прибытия информирует диспетчеров (дежурных) портов, аэропортов, вокзалов о наличии больных;

– отводит транспортное средство по решению администрации (аэропорта, вокзала, порта, станции, пункта пропуска) к санитарному причалу, на санитарную стоянку, санитарную площадку, санитарный тупик;

– приостанавливает выход членов экипажа и пассажиров, выгрузку багажа, грузов до получения разрешения должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль.

4.5.2. Администрация аэропорта, вокзала, порта, станции:

– обеспечивает немедленное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль;

– обеспечивает готовность медицинского персонала транспортного узла к оказанию медицинской помощи больным (подозрительным на Болезнь) и проведению первичных противоэпидемических мероприятий, а также готовность изолятора медицинского пункта к приему больных;

– обеспечивает вызов бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными) и её подъезд непосредственно к транспортному средству;

– обеспечивает вызов специализированной организации для проведения дезинфекции транспортного средства, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве;

– обеспечивает вызов транспортных средств для перевозки лиц, подвергшихся риску заражения и подлежащих изоляции на базе медицинской организации, предусмотренной Комплексным планом по санитарной охране административной территории при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве.

4.5.3. Администрация пункта пропуска через государственную границу Российской Федерации:

– организует охрану находящихся в транспортном средстве лиц до окончания проведения противоэпидемических мероприятий;

– приостанавливает проведение всех видов государственного контроля в пункте пропуска (пограничного, таможенного, ветеринарного, фитосанитарного, миграционного) в отношении данного транспортного средства.

4.5.4. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, на территории которого зарегистрирован случай выявления больного на борту транспортного средства, обеспечивают:

– готовность бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными) в постоянном режиме (в зависимости от расписания прибытия транспортных средств);

– готовность медицинской организации, обозначенной в Комплексном плане по санитарной охране административной территории при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве к приему инфекционных больных;

– готовность медицинской организации, обозначенной в Комплексном плане по санитарной охране административной территории при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве, к приему лиц, подвергшихся риску заражения;

– наличие и ведение соответствующей медицинской документации на всех этапах оказания медицинской помощи больному;

– осуществление медицинского наблюдения за пассажирами и членами экипажа (бригады) в течение инкубационного периода Болезни с момента прибытия или их изоляции и назначения экстренной профилактики по эпидемиологическим показаниям; изоляция и наблюдение могут быть отменены в случае снятия диагноза после получения результатов лабораторных исследований.

4.5.5. Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в том числе санитарно-карантинный контроль:

– при получении информации о наличии на борту транспортного средства больного (подозрительного на заболевание) лица немедленно информируют Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, при подозрении на Болезнь (при наличии данных эпидемиологического анамнеза и соответствующей клинической картине) – также Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

– задействуют Схему оповещения о выявлении больного, подозрительного на заболевание Болезнью;

– поднимаются (входят) на транспортное средство вместе с врачом медицинского пункта или бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными), при подозрении на Болезнь все специалисты работают в соответствующих средствах индивидуальной защиты;

– на транспортном средстве знакомятся с документами, проводят опрос и анкетирование контактных с больным лиц;

– принимают решение об ограничительных мероприятиях, в том числе количестве контактных лиц, подлежащих изоляции, на основании предварительного диагноза, выставленного врачом и внесенного в переданную специалистам, осуществляющим санитарно-карантинный контроль, форму «извещения о случае инфекционного заболевания»; при определении круга лиц, подлежащих медицинскому наблюдению, в том числе в условиях изоляции, используют [Приложение 28](#sub_7000);

– на основании предварительного диагноза определяют перечень мер, необходимых для локализации и ликвидации эпидемического очага, которые вносят в форме предписания соответствующим юридическим и должностным лицам; вводят в действие Оперативный план проведения противоэпидемических мероприятий;

– проводят эпидемиологическое расследование эпидемического очага, запрашивают и получают необходимую дополнительную информацию у юридических и должностных лиц, осуществляют контроль за проведением противоэпидемических мероприятий на транспортном средстве и в транспортном узле, в том числе дезинфекционных мероприятий, изоляции и медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения;

– по итогам расследования и работы в очаге готовят окончательное донесение в Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, при Болезнях – в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

4.6. Лица, подлежащие медицинскому наблюдению, могут продолжить поездку, если они не представляют реального риска для здоровья населения; эти лица сообщают должностному лицу, осуществляющему санитарно-карантинный контроль, маршрут своего следования, адрес постоянного или временного места жительства в течение всего инкубационного периода Болезни, в случае отсутствия адреса – название командировавшей или принимающей организации; информацию доводят до учреждения здравоохранения по маршруту следования.

4.7. Дезинсекцию, дератизацию, дезинфекцию проводят по предписанию должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль, учреждения дезинфекционного профиля.

4.8. Дератизацию морских, речных судов проводят при пустых трюмах, кроме случаев, когда невозможна разгрузка; на морских, речных судах, заполненных балластом, дератизацию проводят до погрузки.

4.9. Заключительную дезинфекцию (дезинсекцию, дератизацию) транспортного средства, грузов, багажа, в том числе постельных принадлежностей, проводят после их выгрузки на перрон в зоне санитарной стоянки, санитарного причала, санитарной площадки, санитарного тупика.

4.10. Дезинсекцию, дератизацию, дезинфекцию и другие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят таким образом, чтобы избежать причинения вреда или создания дискомфорта для лиц, или же нанесение ущерба окружающей среде, который может оказать воздействие на здоровье населения, или ущерба для багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств, товаров и почтовых посылок.

4.11. После завершения дезинфекции, дезинсекции, дератизации должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, делает отметку в международных медико-санитарных документах транспортного средства.

4.12. По окончании проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, выдает разрешение транспортному средству начать посадку пассажиров, погрузку грузов, багажа, запасов в аэропорту, морском (речном) порту, на автовокзале, железнодорожном вокзале.

4.13. На транспортном средстве, заходящем в порты эндемичных по малярии стран, обеспечивают:

– проведение экипажу химиопрофилактики до и во время рейса;

– информирование пассажиров о правилах и схемах химиопрофилактики в портах захода;

– запись в индивидуальных картах членов экипажа (бригад) о сроках пребывания в эндемичных районах и применяемой химиопрофилактике (препарат, доза, регулярность и продолжительность приема);

– применение экипажами и пассажирами репеллентов во время стоянки судна (самолета) в порту (аэропорту), где имеется риск заражения малярией.

4.14. Противоэпидемические мероприятия при выявлении случая смерти на транспортном средстве больного от инфекционной (паразитарной) болезни, прибывшем на территорию Российской Федерации, включают:

– снятие и транспортирование трупа эвакуационной бригадой в морг инфекционного стационара, предусмотренный для вскрытия больных особо опасными инфекционными болезнями, с соблюдением требований биологической безопасности;

– проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, как и при наличии больного.

### V. Мероприятия в отношении грузов и товаров

5.1. В отношении грузов и товаров санитарно-эпидемиологические требования предъявляют:

– если есть санитарно-эпидемиологические основания считать, что эти грузы, товары, отходы и вещества могли быть контаминированы возбудителями Болезни (наличие насекомых, грызунов и следов их пребывания);

– в отношении товаров и грузов, потенциально опасных для здоровья человека;

– в случае если имеется превышение допустимых значений мощности излучения и поверхностного загрязнения радионуклидами при перевозке радиоактивных материалов;

– при наличии грузов в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого.

5.2. Получатель груза, прибывшего из страны, неблагополучной по Болезням, Чрезвычайным ситуациям, обнаруживший при вскрытии контейнера или лихтера насекомых, переносчиков или носителей возбудителей Болезней, ставит в известность об этом территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

5.3. Санитарно-эпидемиологические требования и меры применяют к почтовым посылкам с нарушенной целостностью, содержащим белье, одежду или постельные принадлежности, бывшие в употреблении, и которые поступили из стран, имеющих зараженные районы, или из зон эпидемий.

5.4. Багаж пассажиров, товары и грузы, прибывшие из стран, от которых поступили уведомления о событиях, которые могут представлять собой Чрезвычайную ситуацию, при наличии эпидемиологических показаний подвергают дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

5.5. Санитарно-карантинный контроль товаров и грузов, потенциально опасных для здоровья человека, осуществляют в специально оборудованных и предназначенных для этих целей пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации, специализированных по видам перемещаемых грузов, товаров и животных; необходимость санитарно-карантинного контроля грузов и товаров с участием специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека определяют при получении информации от таможенной, пограничной служб, в том числе путем информационного взаимодействия с использованием электронных средств обработки и передачи данных[[24]](#footnote-24).

5.6. Товары, подлежащие санитарно-карантинному, ветеринарному, карантинному фитосанитарному и другим видам государственного контроля (надзора), помещаются под таможенную процедуру только после осуществления соответствующего вида государственного контроля (надзора).

Таможенные операции в отношении товаров для личного пользования, подлежащих санитарно-карантинному, ветеринарному, карантинному фитосанитарному и другим видам государственного контроля (надзора), производятся таможенным органом после осуществления соответствующего вида государственного контроля (надзора)[[25]](#footnote-25).

5.7. По результатам санитарно-карантинного контроля должностные лица, осуществляющие его, принимают решение о:

– возможности ввоза товара, груза;

– временном приостановлении оформления груза в случае отсутствия документов на груз, подтверждающих его безвредность, безопасность и качество, или при их неправильном оформлении или несоответствии фактическому грузу;

– необходимости вскрыть для досмотра опломбированные (опечатанные) вагоны, автомобили, трюмы и иные помещения транспортных средств и перевозимые на них грузы;

– необходимости отбора проб для исследований;

– составлении протокола об административном нарушении санитарного законодательства.

5.8. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, не допускают к ввозу на территорию Российской Федерации:

– продукцию и товары, не соответствующие санитарно-эпидемиологическим требованиям, а также грузы и товары в случаях выявления нарушений требований санитарных правил, опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию Российской Федерации запрещен законодательством Российской Федерации;

– впервые внедряемую в производство продукцию, ранее неиспользовавшиеся химические, биологические вещества, отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека, новые пищевые продукты, материалы и изделия, не имеющие государственной регистрации (государственная регистрация подтверждается одним из следующих документов (сведений): свидетельство о госрегистрации или его заверенная копия, или выписка из Единого реестра свидетельств о госрегистрации, выданная уполномоченными органами, или свидетельство о госрегистрации в виде электронного документа или наличие в Едином реестре свидетельств о госрегистрации продукции, опубликованном на информационном портале ЕАЭС или в национальном реестре этих свидетельств);

– товары, включенные в [раздел II](http://mobileonline.garant.ru/#/document/12176765/entry/12000) Единого перечня продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза[[26]](#footnote-26), при отсутствии документа, подтверждающего безопасность этих товаров в части их соответствия санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям;[[27]](#footnote-27)

– товары и грузы, содержащие несанкционированные источники ионизирующего излучения и неоформленные в соответствии с действующим законодательством;

– опасные грузы в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого;

– радиоактивные материалы, имеющие превышение допустимых значений мощности дозы излучения и поверхностного загрязнения радионуклидами.

5.9. По результатам досмотра, связанным со снятием пломб, печатей, вскрытием упаковки грузов и товаров, емкостей, контейнеров, должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, составляют акт в 2 экземплярах; второй экземпляр акта вручают лицу, обладающему соответствующими полномочиями в отношении транспортных средств, грузов и товаров.

5.10. По результатам отбора проб должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, составляют акт в 2 экземплярах; второй экземпляр акта вручают лицу, обладающему соответствующими полномочиями в отношении грузов и товаров, отобранных в качестве образцов.

5.11. Органы и учреждения Роспотребнадзора организуют по показаниям проведение лабораторного и инструментального контроля грузов и товаров, прибывающих из зараженных в результате радиоактивных, химических и/или биологических аварий районов.

5.12. На основании проведенных лабораторных исследований лица, проводившие экспертизу, дают заключение в письменной форме, результаты проведенного исследования проб доводят до сведения таможенных органов.

### VI. Требования к проведению мероприятий по предупреждению распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений) на территории Российской Федерации

6.1. Органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека при проведении мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации взаимодействуют с соответствующими органами исполнительной власти на территориальном, региональном и федеральном уровнях.

6.2. Мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации носят межведомственный характер, разрабатываются органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, включаются в Комплексные планы мероприятий по санитарной охране территории и утверждаются 1 раз в 5 лет органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

6.3. В комплексных планах предусматривают проведение санитарно-профилактических мероприятий при благополучной эпидемиологической обстановки и в случае ее осложнения и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включая ограничительные мероприятия (карантин), по локализации и ликвидации возникших эпидемических очагов Болезней; в Комплексных планах предусматривают развертывание в эпидемическом очаге при необходимости противоэпидемической, лабораторной, госпитальной, профилактической служб, а также проведение мероприятий по ликвидации контаминации объектов окружающей среды.

6.4. Санитарную охрану территории Российской Федерации осуществляют в рамках единой системы готовности к Чрезвычайным ситуациям, диагностики, мониторинга и контроля возбудителей особо опасных, зоонозных, природно-очаговых инфекционных болезней, массовых неинфекционных болезней (отравлений) при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиенического мониторинга.

6.5. При выявлении и ликвидации Чрезвычайной ситуации используется лабораторная база учреждений Роспотребнадзора, в том числе противочумных учреждений, при необходимости возможно привлечение лабораторной базы других ведомств.

6.6. Структура готовности органов и учреждений Роспотребнадзора и здравоохранения в рамках санитарной охраны территории Российской Федерации определяется оперативными планами, в которых предусматривают на всех этапах функционирования формирование настороженности медицинского персонала в отношении Болезней, Чрезвычайных ситуаций, порядок их выявления на основе клинико-эпидемиологических признаков, введение схемы оповещения, проведение первичных противоэпидемических мероприятий, взятие материала от больных (умерших) и из объектов окружающей среды с использованием медицинского комплекта – универсальной укладки для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни. Перечень предметов универсальной укладки регламентируется нормативно-методическими документами.

6.7. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан обеспечивают иммунопрофилактику лиц, совершающих международные поездки, с выдачей Международного свидетельства о вакцинации или профилактике; вакцинацию, меры профилактики проводят только с согласия лица (его опекуна), предварительно информированного о рисках для здоровья, связанного с поездкой, а также с вакцинацией или профилактикой.

6.8. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан организуют и обеспечивают постоянную готовность медицинских организаций к проведению мероприятий в случае возникновения Чрезвычайной ситуации.

6.9. Медицинские организации осуществляют:

– выявление больных с симптомами Болезней на всех этапах оказания медицинской помощи населению и, прежде всего, среди лиц, прибывших из стран, неблагополучных по Болезням;

– госпитализацию, клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование и лечение каждого больного Болезнью;

– выявление, изоляцию (при необходимости), обследование, медицинское наблюдение и экстренную профилактику лиц, контактировавших с больными;

– провизорную госпитализацию всех больных с сигнальными симптомами Болезней в эпидемическом очаге и медицинское наблюдение за лицами, контактировавшими с ними, в течение инкубационного периода Болезни;

– профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению внутрибольничного распространения Болезней;

– патологоанатомическое вскрытие умерших в установленном порядке от болезней неясной этиологии, подозрительных на особо опасную инфекционную болезнь, с целью установления диагноза и взятия материала для лабораторного исследования; вскрытие, взятие материала, его транспортирование и исследование проводят в установленном порядке с соблюдением требований биологической безопасности;

– вскрытие умерших от вирусных лихорадок, вызванных возбудителями I группы патогенности, Крымской геморрагической лихорадки, инфекционных болезней, вызванных возбудителями неустановленного систематического положения, и взятие патологоанатомического материала от них не проводят до соответствующего решения Главного государственного санитарного врача Российской Федерации.

6.10. Органы и учреждения Роспотребнадзора проводят:

– санитарно-эпидемиологическое обследование эпидемического очага Болезни;

– выявление и учет лиц, контактировавших с больными;

– своевременное проведение комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага Болезни;

– организацию и контроль проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очаге в соответствии с эпидемиологическими показаниями.

6.11. Ограничительные мероприятия (карантин) вводят в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, на территории Российской Федерации, территории соответствующего субъекта Российской Федерации, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения или распространения Болезней.

6.12. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей решением Правительства Российской Федерации или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения.

# 6. ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ

**6.1. Профилактика ВИЧ-инфекции**

I. Общие положения

1.1. ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований.

1.2. Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

1.3. СПИД – состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся появлением одного или нескольких заболеваний, отнесенных к СПИД-индикаторным. СПИД является эпидемиологическим понятием и используется в целях эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

1.4. Возбудитель ВИЧ-инфекции – вирус иммунодефицита человека – относится к роду лентивирусов, подсемейства орторетровирусов, семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

1.5. Источником ВИЧ-инфекции являются люди, инфицированные ВИЧ, на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде.

1.6. Механизм и факторы передачи.

1.6.1. ВИЧ-инфекция может передаваться при реализации как естественного, так и искусственного механизма передачи.

1.6.2. К естественному механизму передачи ВИЧ относятся:

1.6.2.1. Контактный, который реализуется преимущественно при половых контактах (как при гомо-, так и гетеросексуальных) и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью.

1.6.2.2. Вертикальный (инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании).

1.6.3. К искусственному механизму передачи относятся:

1.6.3.1. Артифициальный при немедицинских инвазивных процедурах, в том числе внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесении татуировок, при проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием, других контактах с нарушением целостности кожных покровов.

1.6.3.2. Артифициальный при инвазивных вмешательствах в МО. Инфицирование ВИЧ может осуществляться при переливании крови, ее компонентов и препаратов, пересадке органов и тканей, использовании донорской спермы, донорского грудного молока от ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, медицинские изделия, растворы, контаминированные ВИЧ и не подвергшиеся обработке в соответствии с требованиями нормативных документов.

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

1.8. Основными уязвимыми ВИЧ-инфекцией группами населения являются: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческие секс-работники (КСР), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). Группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют клиенты КСР, половые партнеры ПИН, заключенные, беспризорные дети, лица, имеющие большое число половых партнеров, мигрирующие слои населения (водители-дальнобойщики, сезонные рабочие, в том числе иностранные граждане, работающие вахтовым методом и другие), люди, злоупотребляющие алкоголем и не инъекционными наркотиками, поскольку под воздействием психоактивных веществ они чаще практикуют более опасное сексуальное поведение.

1.9. Эпидемиологические аспекты течения ВИЧ-инфекции.

Инфицирование ВИЧ является пожизненным, зараженный ВИЧ 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 ВИЧ, вероятность возникновения и распространения сопутствующих инфекций.

1.9.1. Инкубационный период. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции - это период от момента заражения до ответа организма на внедрение вируса (появление клинической симптоматики или выработки антител). Он обычно составляет не более 3 месяцев, однако при наличии иммунодефицитных состояний у пациента может увеличиваться до 12 месяцев. В данном периоде у инфицированного антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Инкубационный период ВИЧ-инфекции является периодом наибольшей контагиозности зараженного ВИЧ человека, обусловленной первичной диссеминацией и размножением ВИЧ в организме. Особое эпидемиологическое значение для этого периода заболевания имеет ранняя диагностика, основанная на выявлении маркеров ВИЧ-инфекции: генов, антигенов ВИЧ и несколько позднее – антител к ВИЧ. Инфицированный ВИЧ человек может быть источником ВИЧ-инфекции уже на первой неделе заражения, наивысшая концентрация ВИЧ («вирусная нагрузка») в крови наблюдается в конце инкубационного периода, перед началом выраженного иммунного ответа организма на внедрение вируса.

1.9.2. Острая ВИЧ-инфекция.

Острая ВИЧ-инфекция у 30-50% пациентов имеет клинические проявления, поэтому в этом периоде возрастает частота обращаемости инфицированных лиц в медицинские организации с симптомами, которые позволяют заподозрить наличие ВИЧ-инфекции: лихорадка, лимфаденопатия, неспецифические высыпания на коже и слизистых, миалгии или артралгии, диарея, головная боль, тошнота и рвота, увеличение печени и селезенки, менингеальный синдром. В этот период заболевание может быть диагностировано путем выявления генов и антигенов ВИЧ и нарастания количества специфических антител, что важно для организации противоэпидемических мероприятий. По мере нарастания иммунного ответа, концентрация ВИЧ в крови и контагиозность больного несколько снижается, болезнь переходит в малосимптомную субклиническую стадию.

1.9.3. Субклиническая стадия.

Продолжительность субклинической стадии в среднем составляет 5-7 лет (от 1 до 8 лет, иногда более), клинические проявления кроме лимфоаденопатии отсутствуют. В этой стадии контагиозность пациента ниже, чем в инкубационном периоде, но инфицированный ВИЧ человек полностью активен и является постоянным потенциальным источником инфекции.

1.9.4. Стадия вторичных заболеваний.

Стадия вторичных заболеваний, развивается при значительном снижении иммунитета и характеризуется возникновением у больных ВИЧ-инфекцией вторичных инфекций вирусной, бактериальной, грибковой природы и угрозы их дальнейшего распространения, не только среди ВИЧ-инфицированных лиц, но и среди неинфицированной ВИЧ части населения. В частности, отмечается повышенная частота заболеваемости ВИЧ-инфицированных лиц туберкулёзом, вызванным устойчивыми к лечению микобактериями. Особое значение в этот период имеет химиопрофилактика вторичных заболеваний: туберкулёза, пневмоцистоза, кандидоза и др.

1.10. Антиретровирусная терапия (АРТ) является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции. На современном этапе АРТ не позволяет полностью элиминировать ВИЧ из организма больного, но останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению иммунитета, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и предотвращению его гибели. Антиретровирусная терапия является важным фактором, оказывающим влияние на современный эпидемический процесс ВИЧ-инфекции, так как при ее постоянном применении наблюдается продление жизни ВИЧ-инфицированных лиц и снижение их потенциальной роли в качестве источников ВИЧ. АРТ в настоящее время проводится комбинацией препаратов, избирательно влияющих на различные этапы жизнедеятельности ВИЧ, и может полностью подавить размножение вируса в организме больного, уменьшить концентрацию ВИЧ в жидкостях и тканях, играющих роль факторов передачи ВИЧ, и тем самым снизить потенциальную контагиозность ВИЧ-инфицированных лиц. Массовое применении АРТ может существенно снизить общий уровень передачи ВИЧ среди населения, поэтому большое значение для оценки и прогноза эпидемиологической ситуации имеют такие показатели как доля ВИЧ-инфицированных лиц, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, находящихся под диспансерным наблюдением, получающих АРТ, и процент получающих АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой (количественные показатели наличия вируса в крови ниже уровня обеспечивающего возможность передачи ВИЧ).

Неправильное применение АРТ приводит к формированию в организме ВИЧ-инфицированных лиц, а затем и к массовому распространению устойчивых (резистентных) к применяемым лекарствам форм ВИЧ, поэтому важное противоэпидемическое значение имеет контроль эффективности проводимой терапии с помощью регулярного определения вирусной нагрузки. Важным элементом эпидемиологического контроля за распространением ВИЧ становится и наблюдение за возникновением и распространением штаммов ВИЧ, резистентных к антиретровирусным препаратам. Так как прерывание АРТ ведет к восстановлению потенциальной контагиозности ВИЧ-инфицированных лиц, то для обеспечения непрерывности пожизненного приема АРТ, необходимо врачебное сопровождение и регулярное консультирование пациентов, которое приобретает значение важного противоэпидемического мероприятия. Большое потенциальное значение для дальнейшего развития эпидемического процесса имеет применение препаратов для АРТ у неинфицированных ВИЧ лиц в условиях высокого риска инфицирования с целью предупреждения их заражения ВИЧ (доконтактная профилактика).

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Порядок освидетельствования на ВИЧ-инфекцию.

2.2.1. Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является проведение тестирования на антитела к ВИЧ и антиген р24. Присутствие специфических маркеров ВИЧ-инфекции (антитела к ВИЧ, антиген р24, РНК или ДНК ВИЧ) является лабораторным доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания. В течение нескольких месяцев после заражения ВИЧ (до 3 месяцев), результат тестирования может быть отрицательным. Период между заражением и появлением антител к ВИЧ называют «серонегативным окном».

2.2.2. Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, когда такое освидетельствование является обязательным.

2.2.2.1. Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат контингенты населения, указанные в разделе I Приложения 29 «Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию».

2.2.2.2. Добровольному обследованию для раннего выявления ВИЧ-инфекции подлежат контингенты населения, указанные в разделе II Приложения 29 «Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию».

2.2.2.2.1. В регионах Российской Федерации с генерализованной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции (более 1% ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин) рекомендуется привлекать к добровольному тестированию на ВИЧ лиц в возрасте 18-60 лет, обратившихся за медицинской помощью, а также при прохождении диспансеризации.

2.2.3. По желанию обследуемого лица добровольное тестирование на ВИЧ может быть анонимным.

2.2.4. Медицинские работники должны рекомендовать лицам, относящимся к контингентам повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией, регулярно проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию для раннего выявления ВИЧ-инфекции, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного начала лечения в случае заражения.

2.2.5. Обследование на ВИЧ-инфекцию (в том числе и анонимное) осуществляется в условиях строгой конфиденциальности в медицинских организациях всех форм собственности, получивших в установленном порядке лицензию, с информированного согласия пациента, или с согласия его законного представителя в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.2.6. Обследование на ВИЧ-инфекцию проводится с обязательным до- и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Факт проведения консультирования фиксируется в медицинской документации.

2.2.7. Консультирование должно проводиться обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом, психологом) и включать основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, возможные последствия тестирования, определение наличия или отсутствия индивидуальных факторов риска, предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ, видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ. Консультирование представителей уязвимых групп населения может проводиться обученным равным консультантом. Допускается как индивидуальное, так и групповое дотестовое консультирование.

2.2.8. При проведении дотестового консультирования необходимо в двух экземплярах заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию (Приложение 30), одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в медицинской организации.

2.2.9. Направление на исследование в иммуноферментном анализе образца крови на ВИЧ-инфекцию заполняется всеми медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, имеющими разрешение на данный вид деятельности.

2.2.9.1. При конфиденциальном тестировании персональные данные пациента приводятся без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность обследуемого): полные Ф.И.О., полная дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента.

2.2.9.2. При анонимном тестировании (без паспорта) указывается только цифровой код, включающий порядковый номер освидетельствуемого, год рождения, место жительства (субъект Российской Федерации). Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого не указываются.

2.2.10. Ответ о результате освидетельствования выдается при завершении алгоритма тестирования. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения в виде лабораторного заключения (справка, сертификат).

2.2.11. Результаты тестирования на ВИЧ освидетельствуемому сообщает специалист в ходе послетестового консультирования; по возможности один и тот же специалист проводит до- и послетестовое консультирование пациента.

2.2.11.1. Консультирование при любом результате тестирования на ВИЧ должно содержать обсуждение значения полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ для освидетельствуемого; разъяснение путей передачи ВИЧ и способов защиты от заражения ВИЧ; видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ, и рекомендации по дальнейшей тактике тестирования.

2.2.11.1.1. Консультирование при неопределенном результате тестирования на ВИЧ в дополнение к комплексу стандартной информации должно содержать обсуждение возможности инфицирования ВИЧ, необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, гарантий оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных. Тестируемый направляется в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию.

2.2.11.1.2. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется специалистом о результатах тестирования. Специалист сообщает положительный результат теста в ясной и краткой форме, предоставляет время для восприятия этого известия, отвечает на вопросы обследуемого. Разъясняет необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения, либо заражение другого лица. Тестируемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию с обязательной подачей информации в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД в письменном виде.

2.2.11.2. Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются.

2.2.11.3. Диагноз болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, устанавливается врачом Центра по профилактике и борьбе со СПИД или врачом уполномоченной специализированной медицинской организации, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции на основании комплекса эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований (в том числе только на основании выявления ДНК или РНК ВИЧ). Диагноз ВИЧ-инфекции сообщается пациенту врачом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом или психологом) в ходе консультирования пациента в Центре по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации. Пациент письменно уведомляется о выявлении ВИЧ-инфекции (Приложение 31), и ему предоставляется информация по данной проблеме. В случае выявления ВИЧ у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет уведомляются их родители или законные представители.

2.2.11.4. Подтверждение диагноза должно проводиться в сроки, не превышающие 14 суток, для обеспечения своевременного проведения профилактических, противоэпидемических и лечебных мероприятий.

2.3. Организация диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией.

2.3.1. Целью диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами и их лечения является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни, а также снижение вероятности передачи от них ВИЧ-инфекции. Основными задачами являются формирование и поддержание высокого уровня приверженности диспансерному наблюдению и лечению, своевременное выявление показаний к назначению антиретровирусной терапии, химиопрофилактике и лечению вторичных заболеваний, обеспечение оказания им своевременной медицинской помощи, в том числе психологической поддержки и лечению сопутствующих заболеваний, паллиативной помощи при наличии медицинских показаний.

2.3.2. ВИЧ-инфицированные лица подлежат приглашению на первичное и периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинской организации по собственному выбору, выраженному в письменной форме.

2.3.3. Лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции должны быть взяты на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции. Необходимо осуществлять работу по активному патронажу инфицированных ВИЧ, не приверженных диспансерному наблюдению и лечению, с целью ранней постановки на диспансерный учет и своевременного подавления вирусной нагрузки ВИЧ. Диспансерное наблюдение осуществляет Центр по профилактике и борьбе со СПИД (Центр СПИД) и/или иная МО, уполномоченная распорядительным актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан. Диспансерное наблюдение может также осуществляться во ФБУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, и в ФКУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург).

2.3.4. По каждому случаю ВИЧ-инфекции (в том числе при выявлении положительного результата лабораторного исследования на ВИЧ-инфекцию секционного материала) проводится эпидемиологическое расследование специалистами Центра СПИД или иной МО, уполномоченной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и, при необходимости, специалистами органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. На основании результатов эпидемиологического расследования дается заключение о причинах заболевания, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, обусловивших возникновение заболевания. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих обучение инфицированных ВИЧ и контактных лиц, назначение средств специфической и неспецифической профилактики. Все сведения заносятся в карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции.

2.3.4.1. При подозрении на инфицирование ВИЧ при оказании медицинской помощи эпидемиологическое расследование проводится специалистами органов, уполномоченных осуществлять государственный эпидемиологический надзор, совместно со специалистами Центра СПИД или иной уполномоченной МО и/или специалистами ФБУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, ФКУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург), с привлечением необходимых экспертов.

Генотипирование и филогенетический анализ нуклеотидных последовательностей необходимо использовать в качестве дополнительного инструмента при проведении эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции, предположительно связанных с оказанием медицинской помощи или других сложных случаев. Анализ степени генетической близости штаммов ВИЧ и филогенетический анализ применяется с целью обеспечения дополнительной доказательной базы при определении связанности лиц - участников цепи передачи ВИЧ-инфекции.

По каждому случаю инфицирования при оказании медицинской помощи осуществляется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации очага и недопущению дальнейшего распространения инфекции, составляется Акт эпидемиологического расследования.

2.3.4.2. Эпидемиологическое расследование в отношении половых партнеров и партнеров по употреблению наркотиков проводится методом «оповещения партнеров» (в случае обнаружения ВИЧ-инфицированного лица проводится идентификация контактных лиц и индивидуальное консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции). Инфицированному ВИЧ предоставляется возможность либо самостоятельно сообщить партнерам о риске заражения ВИЧ и пригласить на консультирование в центр СПИД, либо предоставить специалисту контактную информацию о партнерах (обычно имя и телефон партнера) для приглашения на консультирование. Специалист должен неукоснительно следовать принципу анонимности информации и гарантировать первому и всем последующим участникам оповещения полную конфиденциальность.

2.3.5. Диспансерное наблюдение за детьми осуществляет врач-педиатр Центра СПИД совместно с врачом-педиатром МО.

2.3.6. Во время приема врач, а также медицинский психолог, специалист по социальной работе (социальный работник) или специально подготовленный медицинский работник со средним медицинским образованием проводит психологическую адаптацию пациента, оценку и формирование приверженности, определяет полноту обследования и лечения, оценивает и формирует приверженность к терапии.

2.3.7. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции проводят при каждом обследовании больного ВИЧ-инфекцией в рамках диспансерного наблюдения за ним.

2.3.7.1. При наблюдении ВИЧ-инфицированных детей проводят консультирование лиц, осуществляющих уход за ребенком, и лиц, несущих юридическую ответственность за ребенка. Консультирование ребенка по вопросам ВИЧ-инфекции проводится в соответствии с возрастными особенностями.

2.3.8. При диспансерном наблюдении проводят консультирование, плановые обследования до назначения антиретровирусной терапии, и при ее проведении, согласно существующим стандартам, рекомендациям и протоколам. Необходимо обеспечить регулярное обследование инфицированных ВИЧ на туберкулёз и оппортунистические инфекции, а также проведение профилактики туберкулёза и пневмоцистной пневмонии нуждающимся в соответствии с требованиями нормативных документов.

2.3.9. Лечение больных ВИЧ-инфекцией проводится на добровольной основе и включает в себя следующие направления: психосоциальная адаптация пациента, антиретровирусная терапия, химиопрофилактика вторичных заболеваний, лечение вторичных и сопутствующих заболеваний.

2.3.9.1. Антиретровирусная терапия проводится пожизненно. Ее назначение и контроль эффективности и безопасности осуществляется Центром по профилактике и борьбе со СПИД субъекта Российской Федерации и/или иная МО, уполномоченная распорядительным актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан. Эту функцию могут осуществлять ФБУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД; ФКУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург), а также МО под методическим руководством Центра СПИД.

2.3.9.2. Для оценки эффективности и безопасности APT в рамках диспансерного наблюдения проводятся регулярные исследования вирусной нагрузки, уровня CD4 лимфоцитов, клинические и биохимические исследования крови, инструментальные и клинические исследования, а также определение резистентности к АРТ при наличии показаний. Основным критерием эффективности APT является снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня.

2.3.9.3. Эффективная (с достижением неопределяемого уровня вирусной нагрузки) антиретровирусная терапия является, в том числе и профилактической мерой, снижающей опасность пациента как источника инфекции.

2.3.10. При выявлении инфицированных ВИЧ, находящихся на стационарном лечении, следует обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста Центра СПИД, лабораторных исследований, необходимых для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о назначении антиретровирусной терапии.

2.3.11. С целью повышения эффективности диспансерного наблюдения и формирования приверженности к антиретровирусной терапии должен использоваться мультипрофессиональный подход с привлечением лечащего врача, медицинской сестры, узких медицинских специалистов, психологов, социальных работников, подготовленных консультантов из числа ВИЧ-инфицированных. Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению осуществляется на основе технологии консультирования в рамках пациент-центрированного подхода.

### III. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции

3.1. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ и вирусных антигенов или выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК ВИЧ.

3.2. Лабораторные исследования по диагностике ВИЧ-инфекции осуществляются в МО государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения на основании санитарно-эпидемиологического заключения и надлежащей лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. Стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител и антигена ВИЧ с помощью диагностических тестов, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24, разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном порядке. Для подтверждения результатов в отношении ВИЧ применяются подтверждающие тесты (иммунный, линейный блот и определение РНК/ДНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами).

3.3.1. При необходимости обследования населения на ВИЧ-инфекцию в медицинских организациях, осуществляющих доврачебную первичную медицинскую помощь (не оснащенных специальным оборудованием), в мобильных пунктах добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ и т.п. могут использоваться простые/быстрые тесты для обследования на ВИЧ, разрешенные к применению в Российской Федерации в установленном порядке.

3.4. Диагностический алгоритм тестирования на наличие антител к ВИЧ состоит из двух этапов – скрининга и подтверждения результатов скринингового исследования.

3.4.1. На первом этапе (скрининг).

Если получен положительный результат в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе, вторая сыворотка запрашивается только в случае невозможности направления для дальнейшего исследования первой сыворотки). Если получены два положительных результата из трех постановок, сыворотка считается первично-положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования.

Для сокращения сроков тестирования в референс-лабораторию может быть направлена сыворотка, позитивная в одной постановке, без повторных исследований.

3.4.2. На втором этапе (подтверждение результатов скринингового исследования в референс-лаборатории).

Первично положительная сыворотка повторно исследуется в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24, во второй тест-системе другого производителя, отличающейся от первой по составу антигенов, антител или формату тестов. При получении отрицательного результата сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе, отличающейся от первой и второй по составу антигенов, антител или формату тестов. Используемые вторая и третья тест-системы должны иметь аналогичные и более высокие аналитические характеристики (чувствительность, специфичность) по сравнению со скрининговой тест-системой. В случае получения отрицательного результата (во второй и третьей тест-системах) выдается заключение об отсутствии антител/антигенов ВИЧ. При получении положительного результата (во второй и/или третьей тест-системе) сыворотку необходимо исследовать в иммунном или линейном блоте. При необходимости сокращения сроков установления диагноза ВИЧ-инфекции и незамедлительного назначения АРТ пациенту в качестве подтверждающего исследования вместо иммунного или линейного блота может быть проведено определение РНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами.

3.4.2.1. В целях обеспечения контроля и учета исследований референс- диагностика должна осуществляться в лаборатории Центра по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям в том же субъекте Российской Федерации, где проводилось скрининговое обследование.

Референс-диагностика может проводиться также в ФБУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, и в ФКУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург).

3.4.3. Положительными (позитивными) считаются пробы, в которых в иммунном или линейном блоте обнаруживаются антитела как минимум к 2 из 3 гликопротеинов ВИЧ (env) или выявлена РНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами. Пациент с положительным результатом референс-исследования направляется к врачу-инфекционисту Центра по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции для клинического осмотра, сбора анамнеза, установления диагноза ВИЧ-инфекции и назначения АРТ.

3.4.4. Отрицательными (негативными) считаются сыворотки, в которых не обнаруживаются маркеры ВИЧ-инфекции (антитела, антигены, ДНК/РНК ВИЧ).

3.4.5. Неопределенными (сомнительными) считаются сыворотки с белковым профилем в иммунном блоте, не отвечающим критериям позитивности. При получении неопределенного результата с белковым профилем, включающим белки сердцевины (gag), р24, проводится исследование для диагностики ВИЧ-2 и определение ДНК/РНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами.

3.4.6. При получении отрицательного и сомнительного результата тестирования на ВИЧ у лиц, указавших о наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией в течение последних 3 месяцев, рекомендуется повторить обследование на ВИЧ через 2 недели.

3.4.7. При получении отрицательного/сомнительного результата в иммунном/линейном блоте и выявлении антигена р24 или выявлении ДНК/РНК ВИЧ пациент направляется к врачу-инфекционисту Центра по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции для клинического осмотра, сбора анамнеза, установления диагноза ВИЧ-инфекции.

3.4.8. Повторные обследования методом иммунного блота у лиц с установленным ранее диагнозом «ВИЧ-инфекция» не проводятся.

3.4.9. У лиц, обследованных на ВИЧ анонимно, не проводится референс-диагностика в иммунном/линейном блоте или молекулярно-биологическими методами, указанные лица с первично положительными результатами обследования на ВИЧ направляются в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или иную уполномоченную специализированную медицинскую организацию, осуществляющую организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции для верификации результатов тестирования на ВИЧ-инфекции

3.4.10. Необходимо принять меры по обеспечению сохранности сывороток ВИЧ-инфицированных в течение не менее одного года с момента постановки диагноза для обеспечения возможности проведения референс-исследований.

3.5. Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в связи с наличием материнских антител применяются иные подходы.

3.5.1. Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, используют методы, направленные на выявление генетического материала ВИЧ (ДНК или РНК). Метод выявления ДНК ВИЧ является предпочтительным. При наличии высокого риска заражения ВИЧ исследование проводится в первые 48 часов жизни ребенка (нельзя исследовать кровь из пуповины) и в возрасте 14-21 дня. Первое обязательное исследование на ДНК/РНК ВИЧ проводится через 2 недели после окончания курса APT. При получении положительного результата второе исследование проводится в кратчайшие сроки. При получении отрицательного результата второе обязательное исследование проводится в возрасте 4-6 месяцев. Получение положительных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в двух отдельно взятых образцах крови у ребенка в любом возрасте является лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции. Получение двух отрицательных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в возрасте 1,5-2 месяцев и 4 - 6 месяцев (при отсутствии грудного вскармливания) свидетельствует против наличия у ребенка ВИЧ-инфекции, однако снятие ребенка с диспансерного учета по поводу интранатального и перинатального контакта по ВИЧ-инфекции может производиться в возрасте старше 6 месяцев.

3.5.2. Снятие с диспансерного учета по перинатальному контакту по ВИЧ-инфекции в возрасте старше 6 месяцев проводится по решению врачебной комиссии при одновременном наличии следующих условий:

- два и более отрицательных результата исследования на антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24;

- отсутствие выраженной гипогаммаглобулинемии на момент исследования крови на антитела к ВИЧ;

- два и более отрицательных результата исследования ДНК или РНК ВИЧ в возрасте 1,5 - 2 месяцев и старше 4 месяцев;

- ребенок не прикладывался к груди ВИЧ-инфицированной женщины;

- отсутствие клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

3.5.3. Ребенок, получавший грудное вскармливание от ВИЧ-инфицированной женщины, должен быть обследован на ДНК/РНК ВИЧ после его полного прекращения: через 4-6 недель, 3 месяца и 6 месяцев. Ребенок, получавший грудное вскармливание, может быть снят с диспансерного учета при отсутствии ДНК или РНК ВИЧ и получении как минимум двух отрицательных результатов исследования на антитела к ВИЧ (с интервалом не менее 1 месяца), проведенных минимум через 6 месяцев после полного прекращения грудного вскармливания.

3.5.4. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и достигших возраста 18 месяцев, осуществляется так же, как у взрослых.

3.6. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции может осуществляться только при использовании сертифицированных стандартизованных диагностических тест-систем (наборов), разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке. В целях проведения входного контроля качества используемых тест-систем для выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, применяются стандартные панели сывороток (отраслевые стандартные образцы), разрешенные к использованию в установленном порядке.

3.7. В заключении об отсутствии или наличии специфических маркеров ВИЧ-инфекции, выдаваемом лабораторией по результатам исследования, указывается наименование тест-системы, срок ее годности, серия, результат исследования на антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24 (положительный, отрицательный), результат иммунного, линейного блота (перечень выявленных белков и заключение: положительный, отрицательный, неопределенный) или результаты выявления ДНК/РНК ВИЧ (значение показателя вирусной нагрузки). При конфиденциальном исследовании документ должен содержать паспортные данные: полные Ф.И.О., полную дату рождения, адрес места жительства, код контингента. При анонимном обследовании документ маркируется специально установленным кодом.

3.8. Простые/быстрые тесты для определения специфических антител к ВИЧ – это тесты, которые можно выполнить без специального оборудования менее чем за 30 минут. В качестве исследуемого материала может использоваться кровь, сыворотка, плазма крови и слюна (околодесенная жидкость).

3.8.1. Области применения простых/быстрых тестов:

- вертикальная профилактика – тестирование беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в предродовом периоде, при экстренном родовспоможении (для назначения медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции в родах) и другие ургентные ситуации;

- постконтактная профилактика ВИЧ - тестирование на ВИЧ в случае аварийной ситуации;

- скрининговое обследование на ВИЧ-инфекцию в случае проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий, в том числе на выездных или мобильных пунктах добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ в местах организованного или массового пребывания представителей целевых групп населения;

- самотестирование на ВИЧ;

- проведение экспресс-оценки распространенности ВИЧ-инфекции в целевых группах населения при проведении выборочных эпидемиологических исследований по ВИЧ-инфекции.

3.8.2. Каждое исследование на ВИЧ с применением простых/быстрых тестов должно сопровождаться исследованием крови стандартными методами исследования на антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24 или направлением пациента на обследование стандартными методами. Выявление положительных результатов простых/быстрых тестов при обследовании на ВИЧ-инфекцию должно сопровождаться обязательным направлением пациента в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или иную уполномоченную специализированную медицинскую организацию, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции для клинического осмотра, сбора анамнеза, установления диагноза ВИЧ-инфекции и назначения АРТ. В случае получения отрицательного результата тестирования на ВИЧ направление на обследование стандартными методами выдается по желанию пациента.

3.9. Выдача заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции только по результатам простого/быстрого теста не допускается. Результаты простых/быстрых тестов используются для своевременного принятия решений в экстренных ситуациях, при массовом добровольном обследовании населения, и при экспресс-оценке эпидемиологической ситуации в целевых группах населения.

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий при ВИЧ-инфекции. Мероприятия в эпидемическом очаге.

4.1. Мероприятия в эпидемических очагах ВИЧ-инфекции

4.1.1. Мероприятия, проводимые в отношении источника ВИЧ-инфекции

В отношении выявленного источника ВИЧ-инфекции применяются мероприятия, снижающие вероятность передачи вируса:

4.1.1.1. Раннее выявление и установление диагноза ВИЧ-инфекции.

4.1.1.2. Специфическая терапия антиретровирусными препаратами по назначению врача (в том числе профилактическая химиотерапия у беременных) снижает вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного и уменьшает риск передачи ВИЧ-инфекции.

4.1.1.3. Направление на обследование и лечение ИППП инфицированного ВИЧ снижает риск передачи половым путем.

4.1.1.4. Направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение наркотической зависимости снижает активность источника в передаче вируса при использовании наркотиков.

4.1.1.5. Проведение психосоциального консультирования, направленного на формирование и поддержание у инфицированных ВИЧ установок ответственного поведения и сознательного избегания риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции.

4.1.2. Мероприятия в отношении механизмов, путей и факторов передачи

4.1.2.1. Проведение дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария и оборудования в медицинских организациях, а также оборудования и инструментария в организациях, оказывающих парикмахерские и косметологические услуги, осуществляющих пирсинг, татуаж, иные манипуляции, сопровождающиеся риском контакта с кровью или использование одноразовых изделий.

4.1.2.2. Обеспечение и контроль за безопасностью практик медицинских манипуляций и использованием барьерных методов защиты.

4.1.2.3. Обследование доноров крови и любых других донорских материалов на наличие антител, антигенов, РНК/ДНК ВИЧ при каждой сдаче донорского материала, карантинизация препаратов крови и выбраковка инфицированного донорского материала. Пожизненное отстранение ВИЧ-инфицированных и позитивных в ИФА при референс-исследовании от сдачи крови, плазмы, органов и тканей. Допускается отмена отстранения от донорства при динамическом наблюдении в случае, если в течение 12 месяцев от донора были получены отрицательные результаты обследования на ВИЧ в ИФА, не были обнаружены РНК, ДНК ВИЧ, отсутствовали факторы риска заражения ВИЧ.

4.1.2.4. Проведение эпидемиологического расследования при ВИЧ-инфекции.

4.1.2.5. Консультирование/обучение населения - как восприимчивого контингента, так и источников инфекции - безопасному или менее опасному поведению.

4.1.2.6. Профилактическая работа с уязвимыми группами населения (ПИН, КСР, МСМ и другие) и их половыми партнерами.

4.1.2.7. Предотвращение контакта ребенка с биологическими жидкостями матери должно сочетаться с назначением АРВ препаратов и достигается:

- во время родов при плановом проведении кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных женщин по показаниям;

- после родов путем замены грудного вскармливания ребенка ВИЧ-инфицированной матери на искусственное.

4.1.2.8. По желанию инфицированной ВИЧ женщины ей может быть оказана консультативная и медицинская помощь по планированию рождения здорового ребенка и по профилактике нежелательной беременности.

4.1.3. Меры в отношении восприимчивого контингента

4.1.3.1. Контактными лицами 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.

4.1.3.2. Обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ-инфекцией является основной мерой профилактики ВИЧ-инфекции среди контактных лиц и населения.

4.1.3.3. Проведение превентивной химиопрофилактики.

4.1.3.3.1. Для постконтактной (экстренной) профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения ВИЧ-инфекцией, назначают антиретровирусные препараты, в том числе: новорожденным ВИЧ-инфицированных матерей, медработникам и другим лицам, пострадавшим при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам, гражданам, в отношении которых имеются основания полагать наличие контакта, повлекшего риск инфицирования ВИЧ.

4.1.3.3.2. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции с помощью антиретровирусных препаратов может применяться у неинфицированных ВИЧ людей, имеющих высокий риск инфицирования ВИЧ. К этим лицам относятся: не инфицированные ВИЧ партнеры людей, живущих с ВИЧ, которые не получают АРТ или еще не достигли подавленной вирусной нагрузки; мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами; трансгендеры; работники коммерческого секса; потребители инъекционных наркотиков. Метод используется в комбинации с другими профилактическими мероприятиями, включающими, в том числе использование презервативов и тестирование на ВИЧ.

4.2. Профилактика инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи.

4.2.1. Основой профилактики инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в соответствии с установленными санитарными правилами и нормами. Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

4.2.2. Контроль и оценка состояния противоэпидемического режима в МО проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.2.2.1. В целях профилактики передачи ВИЧ при оказании медицинской помощи необходимо обеспечить:

4.2.2.1.1. Соблюдение установленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации медицинских изделий, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО.

4.2.2.1.2. Оснащение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современным одноразовым инструментарием, расходными материалами (в т.ч. одноразовыми шприцами с инженерной защитой от повторного применения, стерильными заглушками для катетеров, скарификаторами и т.п.), эндоскопическим оборудованием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т. д.) в соответствии с нормативно-методическими документами. 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. Если выделение указанных медицинских изделий для одного пациента невозможно, то необходимо использовать многопользовательские с соблюдением условий безопасной эксплуатации. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

4.2.2.1.3. Соблюдение медперсоналом установленных требований к безопасности парентеральных манипуляций, включая правила катетеризации центральных и периферических вен, ухода за катетером, инъекций, инфузий, забора капиллярной и венозной крови и т.п.

4.2.2.1.4. 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 и противоэпидемических мероприятий.

4.2.2.1.5. 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 профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях МО, в том числе, включающего обследование контактных лиц на гемоконтактные инфекции (гепатиты В, С, ВИЧ).

V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией

5.1. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией – это система постоянного динамического и многоаспектного слежения за динамикой и структурой заболеваемости (инфицированности) данной инфекционной болезнью, возникающей в человеческой популяции в связи с особенностью патогенного агента (биологический фактор), вызвавшего инфекционный процесс, и различными социально-демографическими и поведенческими характеристиками людей.

5.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса; слежение за охватом населения профилактикой, диспансерным наблюдением, лечением и поддержкой при ВИЧ-инфекции, эффективностью проводимых мероприятий для принятия управленческих решений и разработкой адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией; предупреждение формирования групповых заболеваний ВИЧ-инфекцией, тяжелых форм и летальных исходов.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.4. Выявление, учет и регистрация больных ВИЧ-инфекцией и обследований на ВИЧ проводится в соответствии с установленными требованиями.

5.4.1. Каждый случай заболевания ВИЧ-инфекцией (положительный результат исследования в иммуноблоте или выявления ДНК, РНК ВИЧ) подлежит регистрации и учету по форме № 060/У в территориальных органах уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.4.2. Заключение о положительном результате исследования крови на ВИЧ в иммунном блотинге или выявлении ДНК, РНК ВИЧ из референс-лаборатории передается в скрининговую лабораторию и/или медицинскую организацию, направившую материал на исследование, а также экстренное извещение (№ 058/У) в установленные сроки передается в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а оперативное донесение (№ 266/У-88) в течение не более 30 дней в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. При выявлении ВИЧ-инфекции у иногородних жителей Российской Федерации информация передается в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента или иную уполномоченную медицинскую организацию.

5.4.3. При получении положительного результата исследования на ВИЧ у донора крови, органов и тканей информация из референс-лаборатории передается в течение 24 часов по телефону в учреждения службы крови (станции переливания крови, отделения переливания крови), другие медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь с применением технологий донорства и в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.4.4. Внеочередное донесение о каждом случае заражения ВИЧ в медицинских организациях или подозрения на него в течении 24 часов передается в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации, в Федеральный орган, осуществляющий санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

По завершению эпидрасследования Акт эпидемиологического расследования направляется в Федеральный орган, уполномоченный осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации, и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

5.4.5. МО, изменившая или уточнившая диагноз, подает вторичное донесение на больного ВИЧ-инфекцией в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД и территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента или иную уполномоченную МО в течении не более 30 дней. В донесении указываются полные фамилия, имя, отчество, полная дата рождения, гражданство, адрес места жительства, измененный (уточненный) диагноз, дату его установления в случае:

- установления причин заражения ВИЧ-инфицированного,

- установления диагноза СПИД (указать индикаторные заболевания),

- установления смерти ВИЧ-инфицированного или больного СПИД (указать причины),

- смены места жительства пациента,

- снятия диагноза ВИЧ-инфекции,

- заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью,

5.5. МО, имеющие лаборатории, проводящие исследования на ВИЧ, независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, в том числе ФБУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница» представляют сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ (месячная форма № 4 федерального государственного статистического наблюдения) Центру по профилактике и борьбе со СПИД или иную уполномоченную МО субъекта Российской Федерации, на территории которого проводится тестирование на ВИЧ. Центры по профилактике и борьбе со СПИД субъектов Российской Федерации и иные уполномоченные МО представляют форму № 4 федерального государственного статистического наблюдения во ФБУН, на базе которого функционирует Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

5.6. Органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор по субъектам Российской Федерации, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации обеспечивают проведение мониторинга и оценку эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в субъекте Российской Федерации в соответствии с утвержденными индикаторами, и направляют результаты мониторинга в Федеральный орган, уполномоченный осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленными требованиями.

5.7. Надзор за резистентностью ВИЧ к антиретровирусным препаратам включает: мониторинг и анализ индикаторов раннего предупреждения появления резистентности ВИЧ к АРВ препаратам, анализ распространенности первичной резистентности к АРВ препаратам у пациентов на старте антиретровирусной терапии и анализ распространенности приобретенной резистентности у больных, получающих АРТ (в т.ч. у детей в возрасте до 18 месяцев).

5.8. С целью мониторинга за уровнем лекарственной устойчивости ВИЧ на территории Российской Федерации, лаборатории, проводящие исследования на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам, независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности предоставляют результаты исследований на лекарственную устойчивость ВИЧ во ФБУН, на базе которого функционирует Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. Нуклеотидные последовательности ВИЧ по каждому пациенту предоставляются в виде электронного файла в формате fasta и сопровождаются эпидемиологическими данными.

VI. Профилактические мероприятия

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

6.2. Профилактика инфицирования ВИЧ при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении.

6.2.1. Профилактика посттрансфузионного инфицирования ВИЧ, инфицирования ВИЧ при пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении включает мероприятия по обеспечению безопасности при заборе, заготовке, хранении донорской крови и ее компонентов, органов и тканей, а также при использовании донорских материалов.

6.2.2. Заготовка донорской крови и ее компонентов, органов и тканей.

6.2.2.1. Доноры крови, компонентов крови, органов и тканей (в том числе спермы) допускаются к взятию донорского материала после изучения документов и результатов медицинского обследования, подтверждающих возможность донорства и его безопасность для медицинского применения.

6.2.2.2. При проведении мероприятий по пропаганде донорства плазмы крови необходимо проводить разъяснения о необходимости повторного обследования донора через 4 месяца после донации.

6.2.2.3. Безопасность донорской крови, ее компонентов, донорских органов и тканей подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

6.2.2.4. Отбор образцов донорской крови для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится во время процедуры донации крови и компонентов крови непосредственно из системы с кровью (без нарушения целостности системы) или специального контейнера-спутника для проб, имеющегося в составе этой системы, в вакуумсодержащие одноразовые пробирки, соответствующие применяемым методикам исследований. При заборе органов и тканей (в том числе спермы) отбор образцов крови доноров для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится параллельно процедуре забора донорского материала (при каждой сдаче донорского материала).

6.2.2.5. При исследовании образца крови донора проводится одновременное определение наличия антител к ВИЧ-1, 2 и антигена ВИЧ р24. Если получен положительный результат в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе). Если получены два положительных результата из трех постановок, сыворотка считается первично-положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования. Для сокращения сроков тестирования в референс-лабораторию может быть направлена сыворотка, позитивная в одной постановке, без повторных исследований.

6.2.2.6. Молекулярно-биологические исследования (ПЦР, NAT) проводятся для серонегативных образцов или для всех образцов крови донора параллельно с обязательными иммунологическими исследованиями (в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24) на маркеры вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита В, вируса гепатита С в соответствии с требованиями нормативной документации.

6.2.2.7. Донорскую плазму передают в медицинские организации для трансфузий после повторного (не менее чем через 4 месяца) обследования донора на наличие маркеров вирусов ВИЧ-1, 2 и других гемотрансмиссивных инфекций для исключения возможности невыявления инфицирования в период серонегативного окна (карантин). Карантинизация свежезамороженной плазмы осуществляется на срок не менее 120 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25°С. По истечении срока карантинизации свежезамороженной плазмы проводится повторное обследование состояния здоровья донора и лабораторное исследование крови донора с целью исключения наличия в ней маркеров и (или) возбудителей гемотрансмиссивных инфекций.

6.2.2.7.1. В случае неявки донора для повторного обследования по истечении 120 суток плазма может быть пригодна для клинического использования только при условии применения технологии инактивации (редукции) патогенных биологических агентов и молекулярно-биологических исследований крови донора на маркеры и (или) возбудители гемотрансмиссивных инфекций.

6.2.2.7.2. Допускается проведение инактивации (редукции) патогенных биологических агентов плазмы для клинического использования до окончания срока карантина при условии молекулярно-биологического исследования крови донора на маркеры и возбудители гемотрансмиссивных инфекций.

6.2.2.8. Компоненты крови с малым сроком годности (до 60 дней) следует заготавливать от доноров, сообщивших об отсутствии факторов риска заражения ВИЧ, и использовать в период срока годности. Их безопасность должна подтверждаться молекулярно-биологическими исследованиями.

6.2.2.9. В качестве дополнительной меры, повышающей вирусную безопасность крови и ее компонентов, не заменяя их, допускается применение методов инактивации патогенных биологических агентов.

6.2.2.9.1. С целью снижения риска передачи гемоконтактных инфекций для клинического использования у детей с онкологическими, гематологическими заболеваниями выдаются патогенредуцированные и лейкофильтрованные концентраты тромбоцитов.

6.2.2.10. Не соответствующие требованиям безопасности или неиспользованные донорская кровь и ее компоненты изолируются и подвергаются утилизации, включающей обеззараживание дезинфицирующими растворами или применение физических методов дезинфекции с помощью оборудования, разрешенного для этих целей в установленном порядке, а также удаление образовавшихся отходов.

Допускается передача донорской крови или ее компонентов, не соответствующих требованиям безопасности или неиспользованных, разработчикам (научно-исследовательским организациям соответствующего профиля) и (или) производителям диагностических препаратов.

6.2.2.11. Данные о донорах крови и ее компонентов, иных органов и тканей процедурах и операциях, выполняемых на этапах заготовки, переработки, хранения и использования донорской крови и ее компонентов, а также о результатах исследования донорской крови и ее компонентов регистрируются на бумажном и (или) электронном носителях. Регистрационные данные хранятся в течение 30 лет и должны быть доступны для проверки со стороны контролирующих органов.

6.2.3. При получении положительного результата исследования на ВИЧ 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 выявлению ВИЧ-инфекции, и выбраковывает донорскую кровь и ее компоненты, иные органы и ткани, полученные от этого донора в указанный период.

6.2.3.1. При получении организацией, осуществляющей заготовку и переработку крови, иных органов и тканей информации о возможном заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями необходимо установить донора (доноров), от которого могло произойти заражение, и принять меры для предотвращения использования инфицированной донорской крови или ее компонентов, иных органов и тканей полученных от этого донора (доноров).

Организация, осуществляющая заготовку переработку, использование донорских материалов в течение 24 часов осуществляет отзыв продуктов крови, иных органов и тканей, подозрительных на наличие возбудителей инфекций, и направляет в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию и органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, донесение с указанием исчерпывающих данных о возможных рисках инфицирования реципиентов от ВИЧ-позитивного донора, включая персональные данные и перечень организаций, получивших продукты крови инфицированного донора.

6.2.3.2. В случае получения информации о заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями проводится анализ предыдущих случаев донаций у донора за период не менее 12 месяцев, предшествующих донации, повлекшей заражение ВИЧ, повторно анализируется документация, а организация, осуществляющая переработку крови, ее компонентов, иных органов и тканей оценивает необходимость отзыва изготовленных продуктов крови иных органов и тканей, принимая во внимание вид заболевания, интервал времени между донацией и исследованием крови и характеристику продукта. Отозванные продукты крови, иные органы и ткани (донорские материалы, полученные от предыдущих донаций за период 12 месяцев, предшествующий донации, повлекшей заражение ВИЧ реципиента), изолируются и передаются для исследования в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию.

6.2.4. Проведение переливаний донорской крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей и искусственного оплодотворения.

6.2.4.1. Запрещается переливание донорской крови и ее компонентов, пересадка органов и тканей и искусственное оплодотворение от доноров, не обследованных на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

6.2.4.2. Врач, назначающий гемотрансфузии компонентов крови, пересадку органов и тканей и искусственное оплодотворение, должен разъяснить больному или его родственникам существование потенциального риска передачи вирусных инфекций, включая ВИЧ.

6.2.4.3. Запрещается переливание крови и ее компонентов из одного полимерного контейнера более чем одному реципиенту.

6.2.5. В случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора как можно ранее (но не позднее 72 часов после переливания/пересадки) необходимо провести постконтактную химиопрофилактику заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.

6.3. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции

6.3.1. Выявление ВИЧ-инфекции или наличие высокого риска инфицирования ВИЧ у беременной женщины является показанием к проведению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

6.3.1.1. Тестирование всех беременных на ВИЧ-инфекцию проводится при постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 30±2 недели, не обследованных в стандартные сроки тестируют экспресс-методом (с использованием простых/быстрых тестов) при первом обращении или поступлении на роды.

6.3.1.2. Беременных, имеющих высокий риск заражения ВИЧ (половых партнеров, инфицированных ВИЧ, употребляющих психоактивные вещества и т. п.), следует тестировать при постановке на учет по беременности, затем через каждые 3 месяца и экспресс-методом (с определением антител и антигена р24) при поступлении на роды с параллельным исследованием классическими методами в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2, антиген р24 и ПЦР (NAT).

6.3.1.3. Тестирование половых партнеров беременных женщин проводится как минимум однократно при постановке беременной на учет.

6.3.1.4. Женщинам, у которых имеется высокий риск заражения ВИЧ после родов (половые партнеры, инфицированные ВИЧ, употребляющие психоактивные вещества и т. п.), следует рекомендовать постоянно пользоваться презервативами при сексуальных контактах, регулярно проходить тестирование на ВИЧ и отказаться от грудного вскармливания ребенка.

6.3.2. Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно во время беременности, особенно на поздних сроках (после 30 недель), во время родов и при грудном вскармливании.

6.3.3. Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20-40%.

6.3.4. Применение превентивных медицинских вмешательств позволяет снизить риск инфицирования ребенка от матери до 1-2% даже на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

6.3.5. Максимальная эффективность профилактических мероприятий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, достигается снижением вирусной нагрузки в крови матери до неопределяемого уровня (во время беременности и родов) и предотвращением контакта ребенка с биологическими жидкостями матери (во время и после родов - кровь, вагинальное отделяемое, грудное молоко).

6.3.6. Для снижения количества вируса в крови беременной необходимо провести консультирование и назначить антиретровирусные препараты.

6.3.7. В целях предотвращения контакта крови и других тканей матери и ребенка необходимо:

6.3.7.1. Проводить родоразрешение при вирусной нагрузке у матери более 1 000 копий РНК ВИЧ/мл плазмы, или, если она неизвестна, путем планового кесарева сечения: по достижении 38-й недели беременности, до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод. При естественных родах сократить безводный период до 4-6 часов.

6.3.7.2. Мотивировать инфицированную ВИЧ женщину на отказ от грудного вскармливания новорожденного и прикладывания к груди.

6.3.8. Медикаментозная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (химиопрофилактика) заключается в назначении антиретровирусных препаратов матери и ребенку. Антиретровирусные препараты назначаются женщине с 14 недели беременности (если у женщины нет показаний для назначения постоянной антиретровирусной терапии), во время родов и ребенку после рождения. Мерой, предотвращающей заражение ВИЧ матери и ребенка, является назначение антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированному половому партнеру ВИЧ-серонегативной беременной независимо от наличия у него показаний к началу терапии на протяжении всей ее беременности и грудного вскармливания ребенка.

6.3.8.1. Показания к назначению антиретровирусных препаратов у женщины и ребенка:

- наличие ВИЧ-инфекции у беременной;

-положительный результат тестирования на антитела, антигены к ВИЧ у беременной, в том числе с использованием экспресс-тестов;

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

6.3.8.2. Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов назначается схема как минимум из трех разрешенных к применению у беременных антиретровирусных препаратов: 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы + 1 ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы или 1 бустированный ингибитор протеазы. В процессе химиопрофилактики антиретровирусными препаратами осуществляется комплексный контроль эффективности и безопасности. Для определения тактики родов и выбора схемы профилактики ВИЧ у ребенка необходимо исследовать ВН у женщины на сроке беременности 34-36 недель.

6.3.8.3. Химиопрофилактика назначается всем детям инфицированных ВИЧ матерей или матерей с высоким риском заражения ВИЧ с первых часов жизни, но не позднее 72 часов после рождения или с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены). Выбор схемы антиретровирусной профилактики у ребенка определяется полнотой проведения и качеством химиопрофилактики у матери во время беременности, схема включает 1 или 3 препарата. Все дети инфицированных ВИЧ матерей первого года жизни должны быть обеспечены заменителями грудного молока с учетом суточных физиологических потребностей новорождённых в зависимости от их возраста.

6.4. Профилактика инфицирования ВИЧ при исполнении профессиональных обязанностей.

С целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией проводится:

6.4.1. Комплекс мероприятий по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ.

6.4.2. Учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм персоналом МО, других организаций, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

6.4.2.1. Расследование и учет профессиональных заболеваний, а также мероприятия в случае подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей проводятся в соответствии с действующим законодательством.

В случае выявления факта заболевания, возникшего во взаимосвязи с аварийной ситуацией, а также аварийной ситуации, в результате которой были получены увечья, телесные повреждения, повлекшие за собой необходимость перевода пострадавшего на другую работу, временную или стойкую утрату им трудоспособности либо смерть, составляются «Акт о случае профессионального заболевания» и «Акт о несчастном случае на производстве».

6.4.3. При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией.

6.4.3.1. Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

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

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

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

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

- При наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

6.4.3.2. Необходимо в возможно короткие сроки после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контактировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего лица проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца крови для стандартного тестирования на ВИЧ в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24. Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица, передают для хранения в течение 12 месяцев в центр СПИД субъекта Российской Федерации.

Пострадавшего и лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний, провести консультирование относительно менее рискованного поведения. Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию. Если пострадавшая - женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить, не кормит ли она грудью ребенка. При отсутствии уточняющих данных постконтактную профилактику начинают немедленно, при появлении дополнительной информации схема корректируется.

6.4.3.3. Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами:

6.4.3.3.1. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов.

6.4.3.3.2. Стандартная схема постконтактной профилактики заражения ВИЧ - лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин. При отсутствии данных препаратов для начала химиопрофилактики могут использоваться любые другие антиретровирусные препараты; если невозможно сразу назначить полноценную схему АРТ, начинается прием одного или двух имеющихся в наличии препаратов. Использование невирапина и абакавира возможно только при отсутствии других препаратов. Если единственным из имеющихся препаратов является невирапин, должна быть назначена только одна доза препарата - 0,2 г. (повторный его прием недопустим), затем при поступлении других препаратов назначается полноценная химиопрофилактика. Если химиопрофилактика начата с использованием абакавира, следует как можно быстрее провести исследование на реакцию гиперчувствительности к нему или провести замену абакавира на другой НИОТ.

6.4.3.3.3. 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 32).

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

6.4.3.3.4. 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 органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, но с таким расчетом, чтобы обследование и лечение могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации. В уполномоченной медицинской организации должны быть определены специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, и место их хранения с доступом, в том числе в ночное время и выходные дни.

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

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.

Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ-инфекции (в течение 12 месяцев он не может быть донором, должен использовать презерватив при половых контактах и т.п.).

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

6.5. Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных.

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

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

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

1) наличие иммунодефицита (уровень СD4+лимфоцитов менее 350 клеток/мкл);

2) принадлежность к группам высокого риска развития туберкулёза вне зависимости от выраженности иммунодефицита и реакции на кожные пробы.

Группы больных ВИЧ-инфекцией, имеющих высокий риск развития туберкулёза:

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

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

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

Противопоказания к проведению химиопрофилактики туберкулёза:

1) наличие признаков активного туберкулёза;

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

3) хроническая болезнь почек 4-5 стадии.

VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам   
профилактики ВИЧ-инфекции

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из основных методов профилактики ВИЧ-инфекции. Ни одно мероприятие по отдельности не может предотвратить или остановить эпидемию ВИЧ-инфекции. Должна проводиться комплексная, адресная программа профилактики, лечения и ухода для различных групп населения.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о ВИЧ-инфекции, мерах неспецифической профилактики ВИЧ-инфекции, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших лиц, необходимостью взятия их на диспансерный учет и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, современных информационных и телекоммуникационных технологий, живых журналов, включая социальные сети, СМС-оповещения, проведением индивидуальной работы, направленной на формирование поведения, менее опасного в отношении заражения ВИЧ.

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

7.4. Профилактическую работу среди населения проводят органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы и учреждения здравоохранения, в том числе: центры по профилактике и борьбы со СПИД, наркологические диспансеры и наркологические реабилитационные центры, кожно-венерологические диспансеры, женские консультации и перинатальные центры, центры медицинской профилактики, центры здоровья, работодатели, неправительственные и другие организации под методическим руководством центра СПИД.

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

7.6. Учебные программы образовательных организаций (муниципальные образовательные организации, образовательные организации высшего и среднего профессионального образования) должны включать вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

7.7. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди работающего населения, в том числе при проведении гигиенического обучения декретированных контингентов в ФБУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии».

7.8. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, работники коммерческого секса).

7.9. В регионах Российской Федерации необходимо организовать широкий охват всего населения информированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

**6.2. Профилактика вирусных гепатитов В и С**

### I. Общие положения

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

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

В настоящее время выделяют две клинические формы заболевания: острый гепатит В (далее - ОГВ), острый гепатит C (далее - ОГС) и хронический гепатит В (далее - ХГВ), хронический гепатит C (далее - ХГС).

Больные ОГВ или ХГВ могут быть инфицированы вирусом гепатита D.

У детей и у 50-70% взрослых ОГВ протекает бессимптомно. Частота формирования ХГВ зависит от возраста инфицирования (у новорожденных – до 90%, у детей от 1 до 4 лет – 30-50%, у взрослых – 5-10%).

ГС характеризуется бессимптомным течением острой формы инфекции (70-90% случаев) и склонностью к развитию хронической формы (60-80% случаев) с возможным исходом в ЦП и ГЦК.

В клинически выраженных случаях ОГВ характеризуется острым началом заболевания, лихорадкой, симптомами поражения печени (общее недомогание, повышенная утомляемость, снижение аппетита, тошнота, рвота, желтуха (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов, десятикратное и более повышение активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ).

ОГС в клинически выраженных случаях (10-30% случаев) может проявляться общим недомоганием, повышенной утомляемостью, отсутствием аппетита, реже тошнотой, рвотой, желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и сопровождается повышением активности АлАТ сыворотки крови.

Перенесенный ГВ оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

Вероятность развития ГС в значительной степени определяется инфицирующей дозой. Антитела к ВГC не защищают от повторного заражения, а лишь свидетельствуют о текущей или перенесенной инфекции. При ГС элиминация вируса из организма наблюдается у 20 - 40% инфицированных, у которых могут пожизненно выявляться иммуноглобулины класса G к вирусу гепатита C (anti-HCV IgG).

ХГВ и ХГС клинически могут проявляться слабостью, общим недомоганием, снижением аппетита, чувством тяжести в правом подреберье, увеличением размеров печени, желтухой, повышением активности АлАТ, однако в большинстве случаев симптомы заболевания слабо выражены, а активность АлАТ может быть в пределах нормальных показателей.

1.3. Определение случаев заболеваний гепатитом В и C

1.3.1. Подозрительным на ОГВ является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- клинические признаки поражения печени, соответствующие острому гепатиту (указаны в п.1.2. настоящих санитарных правил);

- наличие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании вирусом гепатита В (далее – ВГВ) в течение 6 месяцев до заболевания (способы инфицирования ВГВ указаны в пункте 1.15 настоящих санитарных правил),

-повышение активности АлАТ сыворотки крови.

1.3.2. Подозрительным на ОГС является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- наличие впервые выявленных anti-HCV IgG в сыворотке крови,

- наличие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании ВГC в течение 6 месяцев до выявления anti-HCV IgG (способы инфицирования ВГC указаны в п.1.9. настоящих санитарных правил),

- повышение активности АлАТ сыворотки крови.

1.3.3. Подтвержденным случаем ОГВ является обнаружение в сыворотке (плазме) крови поверхностного антигена ВГВ (HBsAg) или дезоксирибонуклеиновой кислоты (далее - ДНК) ВГВ при наличии иммуноглобулинов класса М к ядерному антигену вируса гепатита В (анти-HBc IgM).

1.3.4. Подтвержденным случаем ОГC является случай, соответствующий критериям подозрительного случая, при наличии рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) ВГC в сыворотке (плазме) крови.

1.3.5. Подозрительным на ХГВ является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- клинические признаки поражения печени, соответствующие хроническому гепа-титу (указаны в п.2.2. настоящих санитарных правил);

- отсутствие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании ВГВ в течение 6 месяцев до заболевания (способы инфицирования ВГВ указаны в пункте 1.15. настоящих санитарных правил).

1.3.6. Подозрительным на ХГС является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- выявление anti-HCV IgG в сыворотке крови,

- отсутствие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании ВГC в течение 6 месяцев до выявления anti-HCV IgG (способы инфицирования ВГC указаны в п. 1.9. настоящих санитарных правил).

1.3.7. Подтвержденным случаем ХГВ является обнаружение в сыворотке (плазме) крови HBsAg или ДНК ВГВ в течение 6 и более месяцев.

1.3.8. Подтвержденным случаем ХГC является случай, соответствующий критериям подозрительного случая, при наличии РНК ВГC в сыворотке (плазме) крови.

1.4.Этиология.

1.4.1. Возбудителем ГВ является ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Hepadnaviridae, роду Orthohepadnavirus. В настоящее время выделяют 10 генотипов (от А до J) вируса гепатита В (далее - ВГВ), их распределение варьирует по географическим и этническим зонам.

1.4.2. ВГВ характеризуется высокой контагиозностью и устойчивость к действию факторов окружающей среды. В цельной крови и ее препаратах ВГВ сохраняется годами, при комнатной температуре остается контагиозным на предметах окружающей среды в течение одной недели. ВГВ чувствителен к воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств, инактивируется при кипячении в течение 30 мин.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.9.1.1. Инфицирование ВГВ и ВГC при немедицинских манипуляциях, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, происходит при инъекционном введении наркотических средств (наибольший риск), нанесении татуировок, пирсинге, ритуальных обрядах, проведении косметических, маникюрных, педикюрных и других процедур с использованием контаминированных ВГВ и ВГC инструментов.

1.9.1.2. Инфицирование ВГВ и ВГC возможно в МО при медицинских манипуляциях: переливании крови или ее компонентов, пересадке органов или тканей и процедуре гемодиализа (высокий риск), через медицинские инструменты для парентеральных вмешательств и другие медицинские изделия, контаминированные ВГВ и ВГC. Инфицирование ВГВ и ВГC возможно также при эндоскопических манипуляциях и других диагностических и лечебных процедурах, в ходе проведения которых существует риск нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек.

1.9.2. Реализация естественных путей передачи ВГВ и ВГС осуществляется при проникновении возбудителя через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки.

1.9.2.1. Половой путь передачи реализуется при гетеро- и гомосексуальных половых контактах. Риск заражения ГC среди постоянных гетеросексуальных партнеров, один из которых болен ХГС, составляет 1,5% (при отсутствии других факторов риска).

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

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

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

1.9.2.3. Возможна передача ВГВ в быту посредством совместного использования контаминированных вирусом различных предметов гигиены (бритвенных и маникюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, ножниц и т.д.), при этом передача вируса возможна при отсутствии на предметах видимой крови. Инфицирование ВГС в данных случаях происходит крайне редко.

1.10. К группам риска по гепатиту В и гепатиту C относятся:

- медицинский персонал, контактирующий с кровью (ее компонентами);

- потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;

- лица, оказывающие услуги сексуального характера, и их половые партнеры;

- мужчины, практикующие секс с мужчинами;

- лица с большим количеством случайных половых партнеров;

- лица, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы.

В группу риска также входят лица, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие наркотические средства неинъекционным путем, которые под воздействием психоактивных веществ чаше реализуют более опасное сексуальное поведение.

1.11. Эффективная противовирусная терапия ГC приводит к элиминации ВГC из организма человека, что позволяет сократить число источников этой инфекции среди населения и тем самым снизить коллективный риск заражения ГC.

### II. Выявление, учет и регистрация больных гепатитом В и гепатитом С

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Методом выявления источников ГВ и ГС является обследование контингентов с высоким риском заражения ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20_ГС%20и%20ГВ_финал.docx#sub_10000) 34, Приложение 35 и Приложение 36).

2.3. При выявлении ГВ или ГC у граждан Российской Федерации специалисты территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного сообщают о случае выявления заболевания в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту постоянной регистрации больного.

2.4. Статистическому учету в формах федерального статистического наблюдения подлежат только подтвержденные впервые выявленные случаи острого и хронического ГВ и ГC.

2.5. О каждом случае заболевания территориальный орган федерального органа исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, сообщает в Референс-центр по мониторингу за вирусными гепатитами.

2.6. При подозрении на инфицирование ГВ или ГС при оказании медицинской помощи эпидемиологическое расследование проводится специалистами органов, уполномоченных осуществлять государственный эпидемиологический надзор, совместно со специалистами МО и специалистами референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами ФБУН ЦНИИЭ.

### III. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов В и С

3.1. Лабораторная диагностика ГВ и ГС проводится иммунохимическим и молекулярно-биологическим методами исследования.

3.2. Иммунохимическим методом в сыворотке крови определяют наличие:

- HBsAg, иммуноглобулинов класса М и класса G к ядерному антигену ВГВ (анти-HBc IgM и анти-НВс IgG), иммуноглобулинов класса М и класса G к вирусу гепатита D (анти-HDV IgM и анти-НDV IgG) и иммуноглобулинов к HBsAg (анти-HBs).

- иммуноглобулинов класса G к ВГC (anti-HCV IgG), для подтверждения положительного результата обязательным является определение антител к индивидуальным белкам ВГC (core, NS3, NS4, NS5).

- выявление иммуноглобулинов класса M к ВГC в качестве маркера острой инфекции неинформативно, поскольку антитела данного класса могут отсутствовать при острой форме заболевания и обнаруживаться при ХГС.

3.3. Лица, у которых впервые выявлен HBsAg или ДНК ВГВ, должны быть обследованы на наличие анти-НDV IgG (лабораторный маркер гепатита D).

3.4. Молекулярно-биологическим методом в сыворотке крови определяют:

- ДНК ВГВ и рибонуклеиновую кислоту (РНК) вируса гепатита D;

- РНК ВГС.

3.5. У лиц с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами и другие), а также в раннем периоде ОГС (до 12 недель после заражения) anti-HCV IgG могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГC проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV IgG и РНК ВГC.

3.6. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg и anti-HCV IgG, приведены в Приложении 34 и Приложении 35 к настоящим санитарным правилам.

3.7. Лица, у которых выявлены anti-HCV IgG, подлежат обследованию на наличие РНК ВГC.

3.8. Контингенты, подлежащие обязательному одновременному обследованию на наличие anti-HCV IgG и РНК ВГC приведены в Приложении 36 к настоящим санитарным правилам.

3.9. Диагноз ОГС или ХГС подтверждается только при выявлении в сыворотке (плазме) крови РНК ВГC с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов клинико-лабораторных исследований (активность АлАТ, концентрация билирубина, определение размеров печени и другие).

3.10. Подтверждение диагноза должно проводиться в сроки, не превышающие 14 суток, для обеспечения своевременного проведения профилактических, противоэпидемических и лечебных мероприятий.

3.11. Лица с anti-HCV IgG в сыворотке (плазме) крови при отсутствии у них РНК ВГC подлежат повторному обследованию на наличие anti-HCV IgG и РНК ВГC через 6 месяцев.

3.12. Диагностика ГC у детей в возрасте до 12 месяцев, рожденных от инфицированных ВГC матерей, проводится в соответствии с пунктом 4.4.7.1.7. настоящих санитарных правил.

3.13. Выявление в сыворотке (плазме) крови anti-HCV IgG и РНК ВГC иммунохимическими и молекулярно-биологическим методами исследования проводится в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

3.14. Экспресс-тесты, основанные на определении антител к ВГC или HBsAg в сыворотке (плазме) крови, цельной крови или других биологических жидкостях организма могут применяться в клинической практике для быстрого ориентировочного обследования и принятия своевременных решений в экстренных ситуациях.

В МО исследование на наличие антител к ВГC с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным дополнительным исследованием сыворотки (плазмы) крови пациента на наличие anti-HCV IgG, а при необходимости - одновременным обследованием на наличие anti-HCV IgG и РНК ВГC классическими иммунохимическими и молекулярно-биологическими методами. Выдача заключения о наличии или отсутствии антител к ВГC только по результатам экспресс-теста не допускается.

Области применения экспресс-тестов включают следующие, но не ограничиваются ими:

- трансплантология - перед забором донорского материала;

- донорство - обследование крови, в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия обследованной на антитела к ВГC донорской крови;

- приемное отделение МО - при поступлении пациента для экстренных медицинских вмешательств.

3.15. Для выявления маркеров инфицирования ВГC должны использоваться диагностические препараты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.16. В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования на HBsAg, ДНК ВГВ и РНК вируса гепатита D, anti-HCV IgG и РНК ВГC в обязательном порядке указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось исследование.

### IV. Мероприятия в эпидемических очагах вирусных гепатитов В и С

4.1. Мероприятия в эпидемических очагах ГВ и ГС должны проводиться комплексно в отношении источников вируса, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц групп риска.

4.2. При получении экстренного извещения о случае ГВ или ГC специалисты территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов организуют проведение эпидемиологического обследования в детских организациях, МО, оздоровительных организациях, учреждениях с круглосуточным пребыванием детей или взрослых, организациях коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги, а также при подозрении на профессиональное заражение в немедицинских организациях, осуществляющих работу с кровью или ее компонентами (производство иммунобиологических препаратов и другие) при наличии соответствующих эпидемиологических показаний.

Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства больного определяется специалистами территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.3. По результатам эпидемиологического обследования заполняется карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания. При проведении эпидемиологического расследования составляется акт, где дается заключение о причинах заболевания, возможных источниках инфекции, путях и факторах передачи, обусловивших возникновение заболевания. С учетом данных эпидемиологического расследования разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих информирование лиц с наличием маркеров инфицирования ВГВ и ВГC и контактных с ними лиц о возможных путях и факторах передачи инфекции.

4.4. Меры в отношении источника возбудителя инфекции.

4.4.1. Лица, у которых при обследовании в сыворотке (плазме) крови впервые выявлены HBsAg и (или) ДНК ВГВ; anti-HCV IgG и (или) РНК ВГC, в течение 3 дней направляются врачом, назначившим обследование, к врачу-инфекционисту для постановки на диспансерный учет, проведения комплексного клинико-лабораторного обследования, установления диагноза и определения тактики лечения. При выявлении инфицированных ВГВ и ВГС больных, находящихся на стационарном лечении, необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста для постановки диагноза, решения вопроса о переводе в инфекционный стационар или назначения необходимой терапии.

4.4.2. Обследование лиц с наличием HBsAg и (или) ДНК ВГВ; anti-HCV IgG и (или) РНК ВГC проводится в амбулаторных условиях (в кабинете инфекционных заболеваний, в гепатологическом центре), в инфекционном стационаре (отделении), а также в других МО, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

4.4.3. Госпитализация и выписка больных ОГВ или ХГВ; ОГС или ХГС проводится по клиническим показаниям. Во время стационарного лечения больные ГВ и ГC размещаются отдельно от больных вирусными гепатитами A и E, а также больных с неуточненной формой гепатита.

4.4.4. Больному разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения ВГВ и ВГC, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения. В обязательном порядке больного информируют о необходимости выделения индивидуальных предметов личной гигиены (бритвенные приборы, маникюрные и педикюрные принадлежности, зубные щетки, полотенца и другие) и ухода за ними, а также использования презервативов.

Консультирование проводит врач МО по месту выявления, а в дальнейшем - по месту наблюдения больного. Отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

4.4.5. Больному даются рекомендации, направленные на предупреждение активизации инфекционного процесса (исключение алкоголя, применение с осторожностью лекарственных средств, обладающих гепатотоксическими и иммуносупрессивными свойствами и другие).

Медицинская документация больных ГВ и ГC, в том числе направления на различные виды исследований и госпитализацию, подлежит маркировке в соответствии с нормативными и методическими документами.

4.4.6. Срок возвращения к работе (учебе) после выписки из стационара определяется лечащим врачом с учетом характера работы (учебы) и результатов клинико-лабораторного обследования. При этом сроки освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должны составлять 6 - 12 месяцев.

4.4.7. Организация диспансерного наблюдения за больными ГВ или ГC и лицами с наличием антител к ВГВ или ВГC.

4.4.7.1. Все переболевшие острыми формами ГВ, больные ХГВ, больные ОГС и больные ХГС подлежат обязательному диспансерному наблюдению у врача-инфекциониста в МО по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре.

4.4.7.1.1. Лица, перенесшие ОГВ, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. Первый контрольный осмотр проводят не позднее чем через месяц после выписки из стационара. В случае, если больной был выписан со значительным повышением АлАТ, осмотр проводят через 10-14 дней после выписки.

При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за пациентом должно быть продолжено.

4.4.7.1.2. Больные ХГВ подлежат динамическому диспансерному наблюдению с проведением клинического осмотра, инструментальных и лабораторных исследований с частотой не реже одного раза в 6 месяцев.

4.4.7.1.3. Диспансерное наблюдение за больными ОГС проводится с целью оценки эффективности противовирусной терапии и установления исхода заболевания (выздоровление с элиминацией ВГC из организма или переход в хроническую форму).

Диспансерное наблюдение за больными ХГС проводится с целью уточнения диагноза, определения оптимального времени начала и тактики противовирусной терапии и оценки ее эффективности.

Важными задачами диспансерного наблюдения при ГВ и ГC являются повышение осведомленности больного о заболевании, мотивирование его к регулярному наблюдению, формирование приверженности лечению, профилактика осложнений и своевременное их выявление.

4.4.7.1.4. Больные ОГС проходят клинический осмотр и лабораторное обследование с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК ВГС через 6 месяцев после выявления заболевания. При этом в случае выявления РНК ВГC данные лица считаются больными ХГС и подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с пунктом 4.4.7.1.5. настоящих санитарных правил. В случае, если через 6 месяцев РНК ВГC не выявляется, данные лица считаются реконвалесцентами и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.

4.4.7.1.5. Диспансерное наблюдение за больными ХГС осуществляется не реже одного раза в 6 месяцев с проведением комплексного клинико-лабораторного обследования.

4.4.7.1.6. Лица, у которых при обследовании выявлены anti-HCV IgG, но отсутствует РНК ВГC, подлежат повторному обследованию на наличие РНК ВГC через 6 месяцев. В случае, если через 6 или более месяцев РНК ВГC не выявляется, данные лица считаются реконвалесцентами и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.

4.4.7.1.7. Дети, рожденные от инфицированных ВГC матерей, подлежат диспансерному наблюдению в МО по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие anti-HCV IgG и РНК ВГC. Выявление у таких детей anti-HCV IgG самостоятельного диагностического значения не имеет, так как могут выявляться антитела к ВГC, полученные от матери во время беременности. Первое обследование ребенка проводится в возрасте 4-6 месяцев. Отрицательный результат на РНК ВГC свидетельствует об отсутствии инфекции. Положительный результат на РНК ВГС свидетельствует о ХГС в результате перинатального инфицирования и последующее диспансерное наблюдение ребенка проводится в соответствии с пунктом 4.4.7.1.5. настоящих санитарных правил.

4.4.7.1.8. Дети, рожденные от инфицированных ВГВ матерей, подлежат диспансерному наблюдению в МО по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие HBsAg и анти-HBs через 1-2 месяца после введения последней дозы вакцины против гепатита В.

4.4.7.1.9. Организации родовспоможения должны осуществлять передачу сведений о детях, рожденных от инфицированных ВГВ и ВГC матерей, в детскую поликлинику по месту регистрации (или проживания) для дальнейшего наблюдения.

4.5. Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя.

4.5.1. Заключительная дезинфекция в очагах ГВ и ГС проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезде на другое место жительства, выздоровлении.

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

4.5.2. Текущая дезинфекция в очагах ОГВ и ОГС осуществляется с момента выявления больного до его госпитализации, в очагах ХГВ и ХГС - вне зависимости от выраженности клинических проявлений проводится постоянно.

4.5.3. Дезинфекции в очаге ГВ или ГC подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного (лица с подозрением на ГВ или ГC), а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями. Дезинфекция проводится самим больным (лицом с подозрением на ГВ или ГC), или другим лицом, осуществляющим за ним уход. Консультирование по вопросам дезинфекции проводит медицинский работник МО по месту жительства больного.

4.5.4. Для проведения дезинфекции используются средства, эффективные в отношении возбудителей вирусных гепатитов В и С, зарегистрированные в установленном порядке и разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

4.6. Меры в отношении контактных лиц

4.6.1. Контактными при ГВ и ГC считаются лица, которые могли быть инфицированы ВГВ или ВГС при реализации известных путей передачи возбудителя инфекции.

4.6.2. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц проводится медицинскими работниками МО по месту жительства (пребывания) и включает:

- их выявление и учет (в листе наблюдения за контактными);

- проведение медицинского осмотра при выявлении очага;

- лабораторное обследование в соответствии с Приложением 34, Приложением 35 и Приложением 36 к настоящим санитарным правилам, в очагах ГВ – дополнительно проводится выявление анти-HBs;

- проведение иммунизации против ГВ контактных лиц, не болевших гепатитом В и не привитых ранее, и лиц с неизвестным прививочным анамнезом.

- беседу о клинических признаках заболевания, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики.

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

4.6.4. Контактные лица должны знать и соблюдать правила личной профилактики ГВ и ГC и пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены. С целью предотвращения полового пути передачи ГВ и ГС контактным лицам необходимо использовать презервативы.

4.6.5. Наблюдение за контактными лицами в очагах ОГС и ХГС завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного ГВ или ГC.

4.6.6. При работе с контактными лицами важно учитывать как риск заражения их самих (супруги, близкие родственники), так и опасность распространения заболевания ими в случае, если они являются донорами, медицинскими работниками и другие).

4.7. В случае возникновения подозрения на инфицирование ВГВ или ВГC при оказании медицинской помощи специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводится санитарно-эпидемиологическое расследование в МО. При выявлении случаев ВГВ или ВГC у детей, и у лиц старшего возраста, следует учитывать ограничение возможных путей передачи инфекций в этих популяциях.

4.7.1. Эпидемиологическое расследование при подозрении на инфицирование ВГВ или ВГC при оказании медицинской помощи 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 профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях МО, в том числе, включающего обследование контактных лиц на гемоконтактные инфекции (гепатиты В, С, ВИЧ ).

4.8. Мероприятия по ликвидации очага ГВ и ГC в стационаре (амбулаторно-поликлинических учреждениях) осуществляются под руководством врача-эпидемиолога и руководителя МО, при контроле со стороны специалистов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.9. Случаи заражения ВГВ или ВГC 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, диагностическим кабинетом и другие;

- выявление у пациента HBsAg и (или) ДНК ВГВ не ранее чем через 14 дней с момента обращения в МО, если данный маркер (маркеры) отсутствовал при обращении; выявление у пациента anti-HCV IgG не ранее чем через 14 дней, если данный маркер отсутствовал при обращении, или выявление у пациента РНК ВГC не ранее чем через 4 дня с момента обращения в МО, если данный маркер отсутствовал при обращении;

- возникновение групповых (2 и более случаев) заболеваний ГВ или ГC или случаев массового выявления маркеров инфицирования ВГВ или ВГC у пациентов, ранее одновременно находившихся в одной МО и получавших одинаковые медицинские манипуляции и имевшие предшествующий отрицательный результат при обследовании на маркеры инфицирования ВГВ или ВГC, даже при отсутствии установленного источника инфекции;

- установление эпидемиологической связи между случаями заболевания ГВ или ГC с помощью молекулярно-биологических методов исследования (генотипирование, секвенирование вариабельных областей генома ВГВ или ВГC) образцов сыворотки (плазмы) крови заболевшего и лиц, подозреваемых в качестве источника инфекции при обязательном наличии группы сравнения.

4.10. Выявление грубых 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 ВГC при оказании медицинской помощи.

4.11. При получении организацией, осуществляющей заготовку, хранение или клиническое использование донорской крови и ее компонентов или других донорских материалов, информации о возможном заражении ГВ или ГC реципиента, устанавливается донор (доноры), от которого могло произойти заражение, проводится анализ предыдущих случаев донаций этого донора (доноров) 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 (доноров).

4.12. При получении положительного результата исследования на ВГВ или ВГC 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.

4.13. О каждом случае подозрения на инфицирование ВГВ или ВГC при переливании крови (ее компонентов), пересадке органов (тканей) или искусственном оплодотворении информация немедленно передается в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для проведения эпидемиологического расследования.

### V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами В и С

5.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ГВ и ГС представляют собой систему постоянного динамического наблюдения за эпидемическим процессом, включающим мониторинг заболеваемости острыми и хроническими формами ГВ и ГС, распространенности ХГВ и ХГС, слежение за охватом иммунизацией населения против ВГВ, выборочный серологический контроль за состоянием иммунитета, своевременности, периодичности и охвата диспансерным наблюдением, охвата лечением больных ХГВ и ХГС, прогнозирование и оценку эффективности проводимых мероприятий.

5.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ГВ является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ГВ, предупреждение формирования групповых заболеваний ГВ, тяжелых форм и летальных исходов ГВ.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ГВ проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с установленными требованиями.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. Специфическая профилактика гепатита В.

6.1.1.Ведущим мероприятием в профилактике ГВ является вакцинопрофилактика.

6.1.2. Вакцинация населения против ГВ проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.

6.1.3. Поствакцинальный иммунитет против ВГВ связан выработкой анти-HBs и стимулированием Т-клеток иммунологической памяти. Показателем эффективности вакицнации является обнаружение анти-HBs в сыворотке (плазме) крови в концентрации более 10 мМЕ/мл через 1-2 месяца после введения последней дозы первичной серии вакцинации против ГВ. Отсутствие анти-HBs в более отдаленные сроки не является признаком неэффективности вакцинации против ГВ.

6.2. Профилактика инфицирования вирусными гепатитами В и С при оказании медицинской помощи.

6.2.1. Основой профилактики инфицирования ВГВ и ВГC при оказании медицинской помощи является соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима в МО в соответствии с действующими нормативно-правовыми и методическими документами.

6.2.2. Контроль и оценка состояния санитарно-противоэпидемического режима в МО проводятся специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и врачом-эпидемиологом МО. Ответственность за соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в МО несет руководитель данной организации.

6.2.3. Меры, направленные на предотвращение инфицирования ВГВ и ВГC при оказании медицинской помощи, включают:

- соблюдение установленных 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 в достаточном объеме медицинскими изделиями однократного применения, необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современными медицинскими инструментами, средствами дезинфекции (в том числе кожными антисептиками), стерилизации и индивидуальной защиты;

- обязательное обследование медицинского персонала и поступающих в стационар пациентов на наличие в сыворотке крови маркеров инфицирования ГВ и ГC (в соответствии с Приложением 34, Приложением 35 и Приложением 36 к настоящим санитарным правилам);

- сбор эпидемиологического анамнеза при поступлении больных, особенно в отделения риска (трансплантации, гемодиализа, гематологии, хирургии и другие).

6.2.4. Профилактика профессионального инфицирования ВГВ и ВГC медицинских работников проводится в соответствии с действующими нормативными документами, которые устанавливают требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях.

6.2.4.1. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ и ГС 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 ГВ.

6.3. Профилактика ГВ и ГС при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей, искусственном оплодотворении.

6.3.1. Профилактика инфицирования ВГВ и ВГC при переливании донорской крови и (или) ее компонентов, пересадке органов (тканей) или искусственном оплодотворении включает мероприятия по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов.

6.3.2. Порядок обследования доноров крови и других биоматериалов, допуска их к донорству, содержание работы с отстраненными от донорства лицами и требования к противоэпидемическому режиму в организациях, осуществляющих заготовку, хранение и транспортировку донорской крови и (или) ее компонентов и других донорских материалов, определяются действующими нормативными документами.

6.3.3. Противопоказания к донорству определяются действующими нормативными правовыми актами.

6.3.4. В целях обеспечения безопасности клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов осуществляется прослеживаемость данных о доноре, донациях, заготовленных донорской крови и (или) ее компонентов, расходных материалах, образцах крови донора, режимах хранения и транспортировки донорской крови и (или) ее компонентов, образцах крови реципиента, исполнителях работ, а также о соответствии требованиям безопасности проводимых работ по заготовке, транспортировке, хранению и клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов.

Прослеживаемость данных достигается посредством их идентификации на всех этапах от медицинского обследования донора до конечного использования его донорской крови и (или) ее компонентов, включая утилизацию, с последовательным внесением соответствующей информации в медицинскую документацию и базу данных донорства крови и ее компонентов.

6.3.5. Безопасность донорской крови (ее компонентов), донорских органов (тканей) подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВГВ и ВГC, с использованием иммунохимических и молекулярно-биологических методов.

6.3.6. Молекулярно-биологические исследования на маркеры вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), гепатитов B и C проводятся для всех серонегативных образцов крови доноров. Допускается одновременное проведение молекулярно-биологических и иммунохимических исследований образцов крови доноров.

6.3.7. Для клинического использования может быть передана карантинизированная свежезамороженная или патогенредуцированная плазма.

6.3.7.1. Карантинизация свежезамороженной плазмы осуществляется на срок не менее 120 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25 °C. По истечении срока карантинизации свежезамороженной плазмы проводится повторное обследование состояния здоровья донора и лабораторное исследование крови донора с целью исключения наличия в ней возбудителей гемотрансмиссивных инфекций.

6.3.7.2. В случае неявки донора для повторного обследования по истечении 120 суток плазма может быть пригодна для клинического использования только при условии применения технологии инактивации (редукции) патогенных биологических агентов.

6.3.7.3. Допускается выдача плазмы для клинического использования до окончания срока карантина после обязательного проведения инактивации (редукции) патогенных биологических агентов.

6.3.8. Организации, заготавливающие донорскую кровь (ее компоненты) и другие донорские материалы, должны развивать систему надлежащей производственной практики, гарантирующей качество, эффективность и безопасность донорской крови, ее компонентов и других донорских материалов, включая применение современных методов выявления маркеров вирусных гепатитов и участие в системе внешнего контроля качества.

6.3.9. Не допускается передача донорской крови и (или) ее компонентов для клинического использования организациям, не имеющим в лицензии на медицинскую деятельность работ (услуг) по трансфузиологии.

6.3.10. Все манипуляции по введению гемотрансфузионных сред и препаратов крови, пересадки органов и тканей и искусственного оплодотворения должны проводиться в соответствии с инструкциями по применению и другими нормативными документами.

6.3.11. Врач, назначающий переливание донорской крови и (или) ее компонентов, должен разъяснить реципиенту или его родственникам существование потенциального риска передачи вирусных инфекций при гемотрансфузии.

6.3.12. Запрещается введение донорской крови и (или) ее компонентов из одного контейнера более чем одному реципиенту.

6.3.13. Персонал организаций, осуществляющих заготовку, хранение, транспортировку и клиническое использование донорской крови и ее компонентов, органов и тканей, подлежит обследованию на наличие маркеров инфицирования ГВ и ГС в соответствии с Приложением 34 и Приложением 35 к настоящим санитарным правилам.

6.4. Профилактика заражения новорожденных от инфицированных ВГВ или ВГС матерей.

6.4.1. Обследование беременных проводится в периоды, указанные в [Приложении](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20_ГС%20и%20ГВ_финал.docx#sub_10000) 34 и Приложении 35 к данным санитарным правилам.

6.4.2. Беременные с ГВ или ГС подлежат госпитализации в областные (городские) перинатальные центры, специализированные отделения (палаты) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

6.4.3. Новорожденным, родившимся от инфицированных ВГВ матерей или перенесших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

6.4.4. Все дети, родившиеся от женщин, инфицированных ВГВ или перенесших ОГВ в третьем триместре беременности, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства с определением активности АлАТ сыворотки крови и исследованием на HBsAg в 4-6 месяцев.

6.4.5. В случае, если при скрининговом обследовании в первом триместре беременности anti-HCV IgG выявлены впервые в жизни, но РНК ВГC не выявляется, то следующее обследование на наличие указанных маркеров инфицирования ВГC проводится в третьем триместре беременности. Если при повторном обследовании женщины в третьем триместре беременности также выявляются anti-HCV IgG при отсутствии РНК ВГC, указанный случай в дальнейшем не считается подозрительным на ГC. Для установления возможных причин положительного результата (реконвалесцент ОГС или ложноположительный результат) дополнительное обследование на anti-HCV IgG проводится через 6 месяцев после родов.

6.4.6. Беременные женщины с подтвержденным диагнозом ОГС или ХГС подлежат госпитализации по клиническим показаниям в специализированные отделения (палаты) акушерских стационаров или перинатальные центры. Прием родов производят в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную обсервационного отделения.

6.4.7. Наличие ГВ или ГC у беременной не является противопоказанием для естественных родов.

6.4.8. Новорожденным, родившимся от инфицированных ВГC матерей, проводится вакцинация, в том числе против туберкулёза и гепатита B, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

6.4.9. Наличие ГC у матери не является противопоказанием для грудного вскармливания.

6.5. Профилактика вирусных гепатитов в организациях коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги.

6.5.1. Профилактика вирусных гепатитов В и C в организациях коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги, обеспечивается соблюдением требований нормативно-правовых документов, профессиональной и гигиенической подготовкой персонала.

6.5.2. Устройство помещений, оборудование и санитарно-противоэпидемический режим в кабинетах для маникюра, педикюра, пирсинга, татуажа, косметических услуг и других, где осуществляются процедуры с риском повреждения кожных покровов и слизистых оболочек, должны соответствовать действующим нормативным документам, устанавливающим требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию и режиму работы данных кабинетов (организаций).

Все манипуляции, которые могут привести к повреждению кожных покровов и слизистых оболочек, осуществляются с применением стерильных инструментов и материалов. Изделия многократного применения перед стерилизацией подлежат предстерилизационной очистке.

6.5.3. Ответственность за обеспечение мероприятий по профилактике вирусных гепатитов В и С, в том числе проведение производственного контроля, принятие мер по предупреждению профессионального инфицирования персонала, его вакцинацию, обучение, обеспечение в необходимом объеме дезинфекционных, стерилизационных и других санитарно-противоэпидемических мероприятий, возлагается на руководителя организации.

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики вирусных гепатитов В и С

7.1. Гигиеническое воспитание граждан предусматривает информирование населения об основных симптомах ГВ и ГС, мерах специфической и неспецифической профилактики, методах диагностики, важности своевременной вакцинопрофилактики, обследования, необходимости диспансерного наблюдения и лечения больных.

7.2. Гигиеническое воспитание населения проводится врачами МО, специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, сотрудниками воспитательных и образовательных учреждений, представителями общественных организаций.

7.3. Информирование населения осуществляется с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, а также в ходе консультирования больных и контактных лиц .

7.4. Учебные программы организаций, осуществляющих образовательную деятельность, должны включать вопросы профилактики вирусных гепатитов В и С.

**6.3. Профилактика туберкулёза**

1. Общие положения

1.1. Туберкулёз - инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое группой микобактерий туберкулёзного комплекса - *Mycobacterium tuberculosis* complex (далее - микобактерии туберкулёза). У людей в качестве этиологического агента преобладает *Mycobacterium* *tuberculosis* (человеческий вид).

1.2. Возбудители туберкулёза сохраняют свою жизнеспособность в сухом состоянии до 3 лет, при нагревании выдерживают температуру выше 80 °C. Микобактерии туберкулёза, находящиеся в мокроте, выживают при кипячении в пределах 5 минут, устойчивы к органическим и неорганическим кислотам, щелочам, многим окислителям, а также к воздействию четвертичных аммониевых соединений (ЧАС) и производных гуанидина, не чувствительны к рассеянному солнечному свету.

1.3. Источником инфекции являются больные активной формой туберкулёза люди и животные (крупный рогатый скот, козы, собаки). Наиболее опасными источниками инфекции являются больные туберкулёзом легких с наличием бактериовыделения и/или с деструктивными процессами в легких.

Резервуар туберкулёзной инфекции - больные туберкулёзом и инфицированные микобактерией туберкулёза люди и животные.

1.4. Ведущий путь распространения туберкулёза – воздушно-капельный, возможны также воздушно-пылевой, контактный, алиментарный пути передачи, не исключается трансплацентарный путь передачи инфекции.

Основным фактором передачи возбудителя туберкулёзной инфекции является воздушная среда. Факторами передачи инфекции могут также являться инфицированные материалы от больных, контаминированные возбудителем объекты внешней среды.

1.5. Отсутствие вакцинации против туберкулёза повышает риск развития заболевания при первичном инфицировании.

1.6. Места пребывания больного туберкулёзом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах пространства, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний (очаги туберкулёза) различны по эпидемиологической опасности, и в зависимости от степени риска возникновения новых случаев в очаге разделяются на 5 групп:

I группа - очаги с высоким риском заражения туберкулёзом, отягощенные неблагоприятными факторами - социально отягощенные очаги.

К этой группе относятся очаги, сформированные больными туберкулёзом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулёза, при сочетании в очаге всех или части следующих неблагоприятных факторов:

- проживание в очаге детей и подростков, лиц с иммунодефицитными заболеваниями;

- тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного;

- нарушения противоэпидемического режима, нарушение больным правил личной гигиены.

Для обеспечения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий определяются границы таких очагов. В территорию очага по месту проживания больного туберкулёзом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулёза, включается квартира, в которой проживает больной туберкулёзом, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором. Границы очага по месту работы больного туберкулёзом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулёза, определяются с учетом помещений, в которых находился и которые посещал больной туберкулезом во время осуществления трудовой деятельности.

II группа - очаги туберкулёза с высоким риском заражения в очаге, социально благополучные.

К этой группе относятся очаги, в которых проживают больные туберкулёзом органов дыхания, выделяющие микобактерии туберкулёза, но проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим, выполняются мероприятия по текущей дезинфекции.

III группа - очаги туберкулёза с риском заражения в очаге:

- очаги, где проживают больные активным туберкулёзом органов дыхания без установленного при принятии на учет выделения микобактерий, но проживающие с детьми и подростками;

- очаги, сформированные больными с внелегочными локализациями туберкулёза с выделением микобактерий туберкулёза и без выделения микобактерий с наличием язв и свищей.

IV группа - очаги с потенциальным риском заражения туберкулёзом:

- очаги, в которых у больных активным туберкулёзом органов дыхания установлено прекращение выделения микобактерий туберкулёза в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов;

- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, выбыл;

- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, умер.

V группа - очаги туберкулёза зоонозного происхождения.

1.7. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу осложняется в связи с нарастанием в этиологической структуре доли лекарственно-устойчивых форм *M. tuberculosis,* а также распространением ВИЧ-инфекции.

II. Выявление больных туберкулёзом

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. При подозрении на туберкулёз в медицинских организациях проводится обследование заболевшего в целях уточнения диагноза.

2.3. При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулёзом, 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 противотуберкулёзную 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.

Лица c подозрением на туберкулез, получившие направление медицинского работника в медицинскую противотуберкулезную организацию, обязаны в течение десяти рабочих дней с момента получения указанного направления явиться в медицинскую противотуберкулезную организацию для обследования в целях уточнения диагноза. Своевременную явку в медицинскую противотуберкулезную организацию детей и подростков, получивших направление медицинского работника в указанную организацию в связи с подозрением на туберкулез для обследования в целях уточнения диагноза, обеспечивают их родители или иные законные представители.

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

2.5. Лица без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулёзом госпитализируются в медицинскую противотуберкулезную организацию для обследования и лечения.

2.6. 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 «туберкулёз» медицинская противотуберкулезная организация, установившая диагноз, информирует об этом органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

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

III. Организация раннего выявления туберкулёза у взрослого населения

3.1. В целях раннего выявления туберкулёза у взрослого населения прохождению профилактических медицинских осмотров подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства.

Организация профилактических осмотров для выявления больных туберкулёзом и контроль за их проведением осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

3.2. Профилактические медицинские осмотры проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в медицинских организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

3.3. При проведении профилактических медицинских осмотров используются методы, методики и технологии проведения медицинского обследования.

3.4. Медицинскими организациями, обслуживающими взрослое население, обеспечивается проведение профилактических медицинских осмотров населения, прикрепленного к медицинской организации, с целью раннего выявления туберкулёза не реже 1 раза в 2 года. В субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях с показателем заболеваемости населения туберкулёзом 40 и более случаев на 100 тысяч населения в год - не реже 1 раза в год.

3.5. Планирование профилактических осмотров взрослого населения на туберкулёз проводится медицинской организацией после уточнения численности населения, прикрепленного к медицинской организации (работающего и неработающего), его возрастного и профессионального состава, анализа данных индивидуальных учетных форм и медицинских документов, содержащих сведения о проведенном обследовании, картотеке.

3.6. Уточнение численности прикрепленного населения проводится медицинской организацией ежегодно.

3.7. Руководители предприятий, организаций по запросу обслуживающей медицинской организации представляют информацию, необходимую для организации и проведения профилактических обследований сотрудников в целях раннего выявления туберкулёза.

3.8. Медицинской организацией, осуществляющей профилактические обследования в целях раннего выявления туберкулёза, составляется годовой план проведения профилактических обследований в целях раннего выявления туберкулёза, который согласовывается с территориальными органами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.10. Сводный план профилактических обследований населения в целях раннего выявления туберкулеза по субъекту Российской Федерации утверждается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

3.11. Руководством организации осуществляется контроль:

- за прохождением сотрудниками организации профилактических осмотров на туберкулез в сроки, установленные настоящими санитарными правилами;

- за своевременной явкой сотрудников, у которых в ходе профилактических осмотров выявлены признаки, указывающие на возможное заболевание туберкулезом, в медицинскую противотуберкулезную организацию в целях уточнения диагноза.

Руководство организации не должно препятствовать прохождению сотрудниками, у которых в ходе профилактических осмотров выявлены признаки, указывающие на возможное заболевание туберкулезом, обследования в медицинской противотуберкулезной организации в целях уточнения диагноза в сроки, установленные настоящими санитарными правилами.».

3.12. По эпидемиологическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулёзом) профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год:

- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;

-лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулёзной инфекции, в том числе лица, осуществляющие сопровождение больных туберкулёзом иностранных граждан;

-лица, снятые с диспансерного учета в медицинских противотуберкулезных организациях в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет после снятия с учета;

- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, в течение первых трех лет с момента клинического выздоровления;

-лица с ВИЧ-инфекцией;

-пациенты, состоящие на диспансерном наблюдении **(**в том числе профилактическом наблюдении) в наркологических и психиатрических специализированных медицинских организациях;

- подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях

- лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений - в течение первых 2 лет после освобождения;  
- лица, по роду своей профессиональной деятельности имеющие контакт с контингентом подследственных и осужденных;

- лица без определенного места жительства.

3.13. По эпидемиологическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулёзом) профилактические медицинские осмотры проходят 1 раз в год:

- больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

- больные сахарным диабетом;

- больные онкогематологическими заболеваниями;

-лица, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию,

- иностранные граждане и лица без гражданства, в том числе осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации, беженцы, вынужденные переселенцы;

- лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;

- работники организаций социального обслуживания

- работники санаторно-курортных организаций, образовательных, оздоровительных и спортивных организаций для детей и подростков;

- сотрудники медицинских организаций;

- лица, проживающие в стационарных организациях социального обслуживания;

-работники организаций по переработке и реализации пищевых продуктов, организаций бытового обслуживания населения, работники водопроводных сооружений;

- нетранспортабельные и маломобильные больные по клинико-эпидемиологическим показаниям (проводится микроскопическое исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии).

3.14. Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулёз проходят:

- лица, обратившиеся в медицинские организации за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулёзом;

- лица, в отношении которых имеются данные, полученные в ходе эпидемиологического обследования очага туберкулеза, о наличии контакта с больным туберкулёзом;

- лица из окружения детей,у которых выявлена измененная чувствительность к тууберкулину при проведении туберкулиновой пробы Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) очищенного туберкулина в стандартном разведении и к аллергенам туберкулезным, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;

- лица, обратившиеся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения и поступающие на стационарное лечение (при экстренном поступлении пациентов на стационарное лечение, профилактическое обследование на туберкулёз, по возможности, проводится в условиях стационара), если с даты последнего профилактического обследования на туберкулёз прошло более 1 года;

- лица, допущенные в детские медицинские организации в целях осуществления ухода за детьми, находящимися на стационарном лечении, если с даты последнего профилактического обследования на туберкулёз прошло более 1 года;

- лица, приезжающие из других территорий Российской Федерации для поступления на работу, на постоянное или временное проживание, если с момента последнего флюорографического обследования прошло более года;

- лица, проживающие совместно с беременными женщинами, если к сроку предстоящих родов пройдет 1 год и более с момента предыдущего флюорографического обследования;

- граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;

- лица, у которых диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен впервые, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев, а также больные ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений (4A - 4B) или больные ВИЧ-инфекцией с низким уровнем CD4 лимфоцитов (менее 350 кл/мкл);

- абитуриенты при поступлении на обучение, у которых от даты последнего профилактического обследования в целях раннего выявления туберкулёза прошел 1 год и более;

- лица без определенного места жительства - при любом обращении в учреждения социальной защиты или здравоохранения, если отсутствуют сведения о прохождении профилактического обследования на туберкулёз или с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;

- лица, употребляющие психоактивные вещества и препараты лица, не входящие в группу профилактического наркологического учета, при выявлении сотрудниками органов внутренних дел в случае отсутствия сведений о профилактических осмотрах на туберкулёз за последний год;

- иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на временное проживание на территории Российской Федерации, вида на жительство, гражданства или разрешения на работу в Российской Федерации.

3.15. Руководителями медицинских организаций обеспечивается планирование, организация и проведение профилактических медицинских осмотров на туберкулёз по данным индивидуального учета населения, а также представление соответствующих отчетов в медицинские организации по профилю «фтизиатрия».

3.16. Ежегодный охват взрослого населения профилактическими рентгенофлюорографическими обследованиями должен составлять не менее 65% от численности населения, прикрепленного к медицинской организации, осуществляющей профилактические обследования на туберкулёз.

3.17. Контроль за индивидуальным учетом профилактических медицинских осмотров населения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и выполнением плана профилактических медицинских осмотров населения на туберкулёз осуществляется медицинской противотуберкулезной организацией.

3.18. Ответственность за организацию прохождения профилактических медицинских осмотров на туберкулёз возлагается на руководителей организации по месту работы, учебы, проживания, нахождения лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру на туберкулёз.

3.19. Диагноз «туберкулёз» подтверждается комиссией врачей медицинской противотуберкулезной организации, которая принимает решение в отношении больного о госпитализации, лечении и диспансерном наблюдении. О принятом решении больной информируется письменно в трехдневный срок со дня постановки на диспансерный учет.

IV. Организация раннего выявления туберкулёза у детей до 14 лет включительно

4.1. В целях раннего выявления туберкулёза у детей (до 14 лет включительно) проводится туберкулинодиагностика. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее - проба Манту) проводят 1 раз в год всем вакцинированным против туберкулёза детям начиная с 12-месячного возраста независимо от результата предыдущих проб.

Ежегодный охват пробой Манту детей до 14 лет включительно должен составлять не менее 95%.

В обязательном порядке обследуются дети из социально неблагополучных семей и проживающие на территории Российской Федерации дети иностранных граждан, прибывшие из неблагополучных по туберкулёзу стран.

4.2. Проба Манту проводится 2 раза в год:

- детям, не вакцинированным против туберкулёза по медицинским противопоказаниям, а также по причине отказа родителей от иммунизации ребенка, начиная с 6-месячного возраста и до получения ребенком прививки против туберкулёза;

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

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

- ВИЧ-инфицированным детям.

- по социальным показаниям.

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

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

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

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

4.4. Не допускается проведение пробы Манту, других кожных проб на туберкулез, на дому, а также в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в период карантина по инфекционным заболеваниям.

4.5. Постановка пробы Манту проводится до профилактических прививок.

В случае, если пробу Манту проводят после проведения профилактической прививки, то интервал между профилактической прививкой и пробой Манту должен быть не менее одного месяца. В день постановки туберкулиновых проб проводится медицинский осмотр детей.

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

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

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

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

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

- с гиперреакцией на туберкулин - инфильтрат 17 мм и более;

- при везикуло-некротической реакции или лимфангите.

4.7. Дети, направленные на консультацию в медицинскую противотуберкулезную организацию, родители или [законные представители](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11A39773AFA8FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F5DF767F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) которых не представили в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулёзом, не допускаются в дошкольные образовательные и общеобразовательные организации.

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

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

V. Организация раннего выявления туберкулёза у детей в возрасте с 15 до 18 лет

5.1. В целях раннего выявления туберкулёза у подростков с 15 до 18 лет проводятся:

- плановая ежегодная туберкулинодиагностика;

- периодические флюорографические обследования.

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

Пробу Манту проводят 2 раз в год подросткам:

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

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

**-** из числа мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев;

- проживающим в организациях социального обслуживания.

Ежегодный охват профилактическими обследованиями на туберкулез детского населения в возрасте от 15 дол 18 лет должен составлять не менее 95% лиц, относящихся к данной возрастной группе.

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

5.4. В день постановки туберкулиновых проб проводится медицинский осмотр подростков.

5.5. Подросткам, посещающим общеобразовательные организации, а также образовательные организации среднего и высшего профессионального образования имеющие медицинский кабинет, туберкулинодиагностика проводится медицинскими работниками данной организации, имеющими справку-допуск, а при их отсутствии - медицинскими работниками, имеющими справку-допуск, медицинской организации, на территории обслуживания которой располагаетсяобразовательная организация.

5.6. Подросткам, не работающим и не посещающим образовательные организации, проба Манту ставится в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

5.7. В течение 6 дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию к фтизиатру в медицинскую противотуберкулезную организацию для дообследования в целях выявления туберкулеза следующие категории подростков:

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

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

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

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

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

5.8. Подростки, направленные на консультацию в медицинскую противотуберкулезную организацию и не представившие руководителю организации в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту (или другого профилактического обследования на туберкулез) заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулёзом, не допускаются к посещению образовательной организации (к работе).

5.9. Профилактическое рентгенологическое флюорографическое исследование органов грудной клетки (легких) подростков осуществляется в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту нахождения образовательной организации или в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

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

Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр подростков проводится 1 раз в год:

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

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

5.11. Подросткам, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, онкогематологическими заболеваниями, с ювенильным ревматоидным артритом, сахарным диабетом, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, проводится 2 раза в год профилактический медицинский осмотр с целью выявления туберкулёза (чередуя туберкулинодиагностику и флюорографическое обследование).

5.12. Подросткам, состоящим на диспансерном учете в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения; по профилю «психиатрия-наркология», а также ВИЧ-инфицированным, флюорографическое обследование проводится 2 раза в год.

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

5.14. Подростки с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулёзом (бронхо-легочные заболевания затяжного течения, экссудативный плеврит, подострый и хронический лимфаденит, узловатая эритема, хронические заболевания мочевыводящих путей, глаз, уха, кожи и подкожной клетчатки, гнойно-воспалительные заболевания костной системы), направляются на консультацию к фтизиатру.

VI. Регистрация, учет и государственное статистическое   
наблюдение случаев туберкулеза

6.1. Государственное статистическое наблюдение за распространением туберкулёза проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан в установленном [порядке](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11132733BFB84EFE6798C00BDC56F5EBDAB1A502D8F5DF764FF6E3AEA161EEDFBD8865C2951F3A7A1h6H3N).

6.2. Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения подлежат:

6.3. Граждане Российской Федерации:

-лица, больные активной формой туберкулёза;

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

-лица с неактивной формой туберкулёза в течение первых 3 лет после клинического излечения;

- лица, находящиеся в контакте с больными туберкулёзом людьми;

-зооветеринарные работники; работники хозяйств, неблагополучных по заболеваемости туберкулёзом животных; другие категории населения, имеющие контакт с больными туберкулёзом животными;

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

- дети и подростки с измененными результатами иммунодиагностики туберкулезной инфекции;

-дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулёзной вакцины;

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

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

6.4. Иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулёза впервые.

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

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

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

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

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

VII. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза

7.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге туберкулёза является предупреждение новых случаев инфицирования микобактериями туберкулёза и заболеваний в окружении больного.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

-изоляция и лечение больного туберкулёзом;

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

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

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

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

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

- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

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

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

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

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

- для очагов 1 группы - 4 раза в год;

- для очагов 2 группы - 2 раза в год;

- для очагов 3 группы - 1 раз в год.

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

7.7. В очагах туберкулёза с целью ранней локализации очага и предупреждения распространения заболевания специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

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

-разработка совместно с врачом-фтизиатром плана оздоровления очага;

-ведение необходимой учетной и отчетной документации;

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

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

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

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

7.9. Лица, больные туберкулеомз, в целях предупреждения распространения туберкулезной инфекции, обязаны:

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

соблюдать правила личной гигиены и рекомендации врача-фтизиатра в целях профилактики распространения туберкулезной инфекции (минимизации рисков по распространению туберкулезной инфекции), в том числе по проведению мероприятий по текущей дезинфекции в очаге;

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

проходить лечение, назначенное врачом медицинской противотуберкулезной организации, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности

не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и предупреждения распространения туберкулеза³.».

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

7.11. Лица с ВИЧ-инфекцией изолируются от больных активным туберкулёзом.

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

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

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

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

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

7.13. Перевозка граждан с активной формой туберкулёза осуществляется в условиях, исключающих инфицирование других лиц. Рекомендации по организации безопасных условий проезда выдаются врачом-фтизиатром сопровождающему лицу или больному туберкулёзом.

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

VIII. Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулёза

8.1. В очагах туберкулёза проводится текущая и заключительная дезинфекция.

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

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

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

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

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

- в местах проживания больных открытыми (заразными) формами туберкулёза;

- в случае проживания в очаге детей и подростков;

- в коммунальных квартирах, общежитиях, казармах, тюрьмах;

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

8.4. Проведение заключительной дезинфекции организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология», имеющими лицензию на медицинскую деятельность, осуществляется:

- в детских дошкольных и общих образовательных организациях, детских и подростковых организациях, в организованных воинских коллективах, медицинских организациях неспециализированных по профилю «фтизиатрия», стационарных учреждениях социального обеспечения - в случае выявления больного активной формой туберкулёза;

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

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

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

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

IX. Мероприятия в медицинских организациях

9.1. При проектировании или реконструкции зданий и помещений медицинских противотуберкулезных организаций предусматриваются инженерные меры биологической защиты, способствующие снижению содержания в воздухе аэрозоля возбудителя туберкулеза, включающие 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.

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

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

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

Текущая дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится персоналом этих учреждений.

9.5. Отходы медицинских противотуберкулезных организаций относящиеся к классам Б и B, обеззараживаются и удаляются в установленном [порядке](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C112317135FF8CEFE6798C00BDC56F5EBDAB1A502D8F5DF662FB6E3AEA161EEDFBD8865C2951F3A7A1h6H3N).

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

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

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

9.9. Больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на заболевание туберкулёзом медицинская помощь должна оказываться амбулаторно в кабинетах противотуберкулёзной помощи для больных ВИЧ-инфекцией медицинских организаций, в условиях стационара - в боксированных отделениях инфекционного стационара или в специализированных отделениях для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией медицинских противотуберкулезных организаций.

9.10. Руководителями медицинских организаций осуществляется:

- проведение мероприятий по профилактике возникновения и распространения внутрибольничных случаев туберкулёза;

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

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

X. Профилактические мероприятия

10.1. Организационно-методическое руководство по планированию, организации и проведению мероприятий по профилактике туберкулёза осуществляется медицинскими противотуберкулёзными организациями. Проведение мероприятий по профилактике туберкулёза, утверждение региональных планов и контроль их выполнения на территории осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан совместно с заинтересованными органами государственной власти, органами управления здравоохранением муниципальных образований, медицинскими организациями.

XI. Организация и проведение иммунизации населения против туберкулёза

11.1. Плановая массовая иммунизация детского населения против туберкулёза проводится в соответствии с [национальным календарем](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C111317735FB86EFE6798C00BDC56F5EBDAB1A502D8F5DF762FD6E3AEA161EEDFBD8865C2951F3A7A1h6H3N) профилактических прививок или по индивидуальному плану после отмены противопоказаний или прибытия из стран, где не проводятся прививки против туберкулёза.

11.2. Профилактические прививки детям проводятся с [согласия](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11B377335F38FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F5DF662F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) родителей или иных [законных представителей](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11A39773AFA8FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F5DF767F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) несовершеннолетних.

11.3. Отказ от проведения прививки должен быть оформлен записью в медицинской документации и подписан одним из родителей или иным законным представителем несовершеннолетнего гражданина, а также медицинским работником. При отказе родителей от подписи в медицинской документации указанная документация подписывается двумя медицинскими работниками организации.

11.4. Руководителями медицинских организаций, обслуживающих детское население, обеспечиваются планирование, организация и проведение, полнота охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о проведенных прививках в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Методическое руководство работой медицинских организаций, обслуживающих детское население, осуществляют специалисты противотуберкулёзной службы.

11.5. В медицинской организации проводится учет детей, не привитых против туберкулёза в родильном доме, с последующей иммунизацией их в условиях детских поликлиник.

Медицинской организацией осуществляется наблюдение за детьми, не привитыми против туберкулёза, до их иммунизации против туберкулёза.

Руководитель медицинской организации обеспечивает проведение ежемесячного анализа иммунопрофилактики, обоснованности вновь оформленных и действующих медицинских противопоказаний к иммунизации против туберкулёза, осложнений на прививки против туберкулёза среди детского населения на территории обслуживания.

11.6. Сводный план профилактических прививок против туберкулёза и потребность медицинских организаций в медицинских иммунобиологических препаратах согласовываются с органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

11.7. План профилактических прививок составляется ответственными за проведение прививочной работы медицинскими работниками родильных домов (отделений), медицинских организаций по месту жительства детей, детских дошкольных и образовательных организаций.

11.8. В план профилактических прививок включаются дети:

- не привитые против туберкулёза;

- подлежащие очередной возрастной ревакцинации.

11.9. Руководитель медицинской организации, обслуживающей детское население, обеспечивает проведение учета детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок.

11.10. Учет детского населения проводится 2 раза в год (апрель, октябрь). Учет осуществляется в отношении детей от 0 до 7 лет включительно, проживающих на территории, обслуживаемой медицинской организацией. На основании проведенной переписи оформляется журнал учета детского населения по педиатрическим участкам (перепись по домам), перепись по годам рождения. Учет детского населения между переписями корректируется путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших детей. Временный отъезд не является основанием для снятия детей с учета.

11.12. Учет детей, посещающих детские дошкольные организации, дома ребенка, детские дома, школы, школы-интернаты и другие образовательные организации, проводится 1 раз в год. Сведения о детях, посещающих вышеуказанные организации, передаются в поликлиники по месту расположения организации.

11.13. По завершении переписи списки детей сверяются с картами профилактических прививок и индивидуальными картами развития ребенка, табелями ежедневной посещаемости детей дошкольной организации, списками школьников по классам. На неучтенных детей заполняются соответствующие документы: карта профилактических прививок, индивидуальная карта развития ребенка. Составляется сводная перепись по годам рождения по дошкольно-школьному отделению поликлиники.

11.14. Учет детского населения проводится в городской и сельской местности.

11.15. В случае отсутствия прививок врачом-педиатром выясняются причины, по которым ребенок не был привит, и принимаются необходимые меры по его иммунизации.

11.16. Иммунизация против туберкулёза и интерпретация постпрививочного знака проводится медицинским персоналом, прошедшим соответствующую подготовку и получившим справку-допуск. Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация).

Сведения об иммунизации и данные наблюдений заносятся в медицинскую документацию.

11.17. Для проведения иммунизации против туберкулёза выделяется день недели, когда другие виды иммунизации, а также проба Манту не проводится.

11.18. Иммунизация против туберкулёза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (тремя антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.

Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев.

При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее 1 месяца, второе - в возрасте не менее 4 - 6 месяцев) вакцинация против туберкулёза проводится на общих основаниях.

Иммунизация против туберкулёза не проводится детям при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и с подтвержденной ВИЧ-инфекцией.

11.19. Ревакцинация против туберкулёза проводится детям с отрицательной реакцией на пробу Манту в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Перед проведением прививки врачом (фельдшером) проводится медицинский осмотр.

11.20. Иммунизация против туберкулёза в прививочном кабинете медицинской организации проводится в специально выделенное время, когда другие виды иммунизации и туберкулинодиагностика не осуществляются.

11.21. Детям, посещающим детские дошкольные организации, школы, школы-интернаты, колледжи, лицеи, находящимся в детских домах, домах ребенка, прививки проводятся в специально оборудованных прививочных кабинетах. Иммунизация против туберкулёза проводится в выделенные дни, когда другие виды иммунизации и туберкулинодиагностика не осуществляются.

11.22. От проведения туберкулинодиагностики и вакцинации от туберкулёза отстраняются медицинские работники, больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых оболочек, независимо от их локализации.

11.23. Хранение, транспортирование и использование вакцин против туберкулёза и туберкулина осуществляются в соответствии с требованиями [законодательства](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C112397639FD87EFE6798C00BDC56F5EBDAB1A502D8F5DF762FE6E3AEA161EEDFBD8865C2951F3A7A1h6H3N) Российской Федерации к условиям транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов и рекомендациями производителя.

11.24. Профилактические прививки против туберкулёза проводятся медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации.

11.25. Иммунизация против туберкулёза, постановка пробы Манту проводятся одноразовыми туберкулиновыми шприцами.

XII. Учет профилактических прививок

12.1. Сведения о выполненной прививке, туберкулиновой пробе (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) вносятся в установленные учетные формы медицинской документации по месту проведения прививки или туберкулиновой пробы, а также по месту медицинского наблюдения иммунизированного лица.

12.2. К учетным формам медицинской документации для регистрации прививки против туберкулёза и пробы Манту относятся:

- [карта](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A4B5E4B9908C110317734F28FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F54F462F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) профилактических прививок, [история](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A4B5E4B9908C110317734F28FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F5BF563F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) развития ребенка;

- медицинская [карта](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11B36743EFE8FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F5DF560F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) ребенка - для школьников;

- вкладной [лист](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A4B5E4B9908C110317734F28FB2EC71D50CBFC26001AAAC535C2C8F59F260F7313FFF0746E2FFC0985E354DF1A6hAH9N) на подростка к медицинской карте амбулаторного больного - для подростков;

- [сертификат](consultantplus://offline/ref=831D736346AD578C4B9A424C499908C11230713BF282EFE6798C00BDC56F5EBDAB1A502D8F5DF565F86E3AEA161EEDFBD8865C2951F3A7A1h6H3N) профилактических прививок (для детей и подростков).

12.3. В медицинской организации учетные формы профилактических прививок заводятся на всех детей в возрасте до 14 лет включительно, проживающих в районе обслуживания, а также на всех детей, посещающих детские дошкольные организации и школы, располагающиеся в районе обслуживания поликлиники.

12.4. Сведения обо всех проведенных прививках детям до 14 лет включительно, независимо от места их проведения, вносятся в соответствующие учетные формы.

12.5. Сведения обо всех проведенных пробах Манту, независимо от места их проведения, вносят в соответствующие учетные формы.

12.6. Медицинскими организациями и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляется учет местных, общих реакций и поствакцинальных осложнений на прививки против туберкулёза. По факту регистрации поствакцинального осложнения в медицинской организации, осуществляющей иммунизацию, проводится эпидемиологическое расследование при участии специалистов медицинской организации профиля «фтизиатрия» и специалистов органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

12.7. Сведения о прививках представляются в соответствии с государственными формами статистического наблюдения.

XIII. Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных

13.1. Специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулёза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц в установленном порядке.

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

XIV. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулёза

14.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулёза представляют собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включающее слежение за заболеваемостью населения, биологическими свойствами возбудителей, выделяемых от людей, животных, из объектов окружающей среды, рисками распространения туберкулёзной инфекции, оценку эффективности проводимых мероприятий, прогнозирование.

14.2. В целях обеспечения предупреждения распространения туберкулёза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляются:

- подготовка совместно с медицинскими противотуберкулезными организациями региональных и муниципальных программ по борьбе с туберкулёзом;

- государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулёза;

- методическая и консультативная помощь медицинским организациям в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности в противотуберкулёзной вакцине и туберкулине;

- надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины против туберкулёза и туберкулина;

- контроль за своевременностью проведения периодических профилактических медицинских осмотров граждан, своевременной госпитализацией больных с выделением микобактерий туберкулёза, проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах туберкулёза;

- контроль за соблюдением требований санитарного законодательства в медицинских противотуберкулёзных организациях, в том числе за организацией и осуществлением мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

- контроль выполнения требований санитарного законодательства по обеспечению биологической безопасности работы в лабораториях, работающих с возбудителями туберкулёза;

- предъявление исков в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации;

- контроль за соблюдением правил допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулёзу хозяйствах, проведением профилактического лечения животноводов и охраной труда работников животноводства, выполнением обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах;

- рассмотрение материалов и принятие решений о нежелательности пребывания на территории Российской Федерации иностранных граждан, больных туберкулёзом.

XV. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики

15.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики туберкулёза.

15.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя представление населению информации о туберкулёзе, основных симптомах заболевания, факторах риска и мерах профилактики.

15.3. Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, с использованием средств массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

15.4. Гигиеническое воспитание должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунально-бытовым обслуживанием населения, осуществляется при профессиональной гигиенической подготовке, а также при проведении профилактических медицинских осмотров.

# 7. ПРОФИЛАКТИКА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ И БОЛЕЗНЕЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

**7.1. Общие требования к профилактике трансмиссивных инфекций**

**7.1.1. Профилактика инфекций, передающихся кровососущими комарами**

I. Общие положения

1.1. На территории России обитают более 100 видов и подвидов комаров, относящихся к 8 родам: *Anopheles*, *Culiseta*, *Aedes*, *Culex*, *Coquillettidia*, *Orthopodomyia*, *Uranotaenia*, *Toxorhynchites.* Эпидемиологическое значение имеют представители родов *Anopheles*, *Culiseta*, *Aedes* (подроды *Aedimorphus*, *Ochlerotatus*, *Stegomyia*, *Aedes*, *Hulecoeteomyia*, *Tanakius*), *Culex и Coquillettidia*. Краткие сведения о некоторых основных переносчиках инфекций, передающихся кровососущими комарами (далее Инфекции), приведены в Приложении 39.

1.2. 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.

1.3. Комары являются неспецифическими переносчиками возбудителей туляремии и потенциально, сибирской язвы и специфическими переносчиками малярийного плазмодия, а также нематод, вызывающих дирофиляриозы и лимфатические филяриозы, и арбовирусов, относящихся к семействам *Flaviviridae, Togaviridae*, *Phenuiviridae* и *Peribunyaviridae*.

1.4. Эндемичные для Российской Федерации 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.

1.4.1. Природные очаги туляремии распространены повсеместно, наиболее активные расположены в центральной части Европейской России и в Западной Сибири. Резервуарными хозяевами возбудителя являются грызуны, неспецифическими переносчиками – комары родов *Aedes*, *Anopheles*, *Culex*.

1.4.2. Дирофиляриозы, возбудителями которых на территории Российской Федерации являются нематоды *Dirofilaria repens* и *D. immitis* (*Spirurida, Filariidae*), распространены практически во всех климатических зонах до 59° с.ш., от западных границ Европейской части до Дальнего Востока. Основными резервуарными хозяевами являются плотоядные млекопитающие сем. *Canidae* и сем. *Felidae*; в антропургических очагах – собаки, реже кошки. Передачу дирофилярий человеку осуществляют комары родов *Aedes, Culex* и *Anopheles*.

1.4.3. Лихорадки, вызванные вирусами сем. *Togaviridae*:

- вирус Карельской лихорадки обнаружен в Вологодской, Смоленской областях, Республике Карелия; основную заболеваемость выявляют в районах, расположенных между 62–65° с.ш. и 31–34° в.д. Специфические переносчики – ранневесенние виды рода *Aedes (Ae. communis, Ae. punctor*);

- вирус Синдбис распространен в Западной Сибири, Северокавказском и Поволжском регионах, Республиках Дагестан и Калмыкия. В природных очагах вирус связан с птицами водно-околоводного комплекса, в антропургических очагах, кроме того, – с врановыми и воробьиными. Эффективными специфическими переносчиками являются комары *Cx. pipiens*, *Coq. richiardii*, *An. hyrcanus*;

- вирус лихорадки Леса Семлики циркулирует на Дальнем Востоке; резервуарные хозяева – птицы, эпидемиологически значимые переносчики – комары рода *Aedes.*

1.4.4. Лихорадки, вызванные вирусами сем. *Peribunyaviridae*:

- вирус Батаи циркулирует в Европейской части Российской Федерации во всех ландшафтных зонах, в Западной Сибири – от северной тайги до лесостепи, в Восточной Сибири – в зонах средней и южной тайги, на Дальнем Востоке – в тундре и тайге. В антропургических очагах резервуарными хозяевами являются домашние животные; специфические переносчики на севере – весенние комары *Ae. communis* и *Ae. punctor*, на юге – *An. messeae, An. maculipennis, Ae. caspius, Ae. vexans*;

- лихорадки, вызванные вирусами серокомплекса калифорнийского энцефалита: вирус Инко циркулирует в зонах тундры, лесотундры, тайги и смешанных лесов Европейской части Российской Федерации и Западной Сибири; вирус Тягиня – в центральных и южных областях Европейской части Российской Федерации, вирус Хатанга – на севере Русской равнины, на всей территории Сибири и на Дальнем Востоке. Резервуарными хозяевами в природных очагах являются мелкие млекопитающие: кролики, зайцы-беляки, бурундуки, хомяки, мыши. Вирус выделен из 15 видов комаров рода *Aedes*, включая *Ae. communis, Ae. vexans, Ae. cataphylla, Ae. cinereus,* а такжеиз *Cs. alaskaensis, An. maculipennis*.

1.4.5. Лихорадки, вызванные вирусами сем. *Flaviviridae*:

- вирус Западного Нила распространен на юге, юго-востоке и в ряде центральных областей Европейской части России. Природные очаги приурочены к маршрутам миграций перелетных птиц, которые являются основными резервуарными хозяевами. В антропургических очагах в циркуляцию вируса вовлекаются синантропные врановые и воробьиные. Специфическими переносчиками являются комары рода *Culex* (*Cx. pipiens, Cx. modestus*). На территории Российской Федерации вирус или РНК вируса выделены также из комаров *Ae. vexans, Ae. caspius, An. claviger, An. hyrcanus, An. maculipennis, Coq. richiardii*.

- вирус японского энцефалита распространен в Японии, Корейской Народно-Демократической Республике, Китае, странах Юго-Восточной Азии и Океании, Австралии. Резервуарные хозяева в антропургических очагах – свиньи, специфический переносчик – *Cx. tritaeniorhynchus*.

1.4.6. Для эндемичных инфекций, передаваемых весенними видами комаров рода *Aedes (Ae. communis*, *Ae. punctor*, *Ae. vexans*, *Ae. cataphylla*, *Ae. cinereus*, *Ae. dorsalis*, *Ae. sticticus* и др.) характерна весенне-летняя заболеваемость, для инфекций, передаваемых видами рода *Culex* – позднее лето и ранняя осень, для инфекций, передаваемых комарами рода *Anopheles* – лето и осень.

1.5. Инфекции, неэндемичные для России, могут быть завезены в страну лицами, инфицированными на эндемичных территориях, занесены больными животными или зараженными переносчиками.

1.5.1. Малярия, вызываемая *Plasmodium vivax* (*Haemosporida, Plasmodiidae*) встречается в странах Северной и Восточной Африки, Юго-Восточной Азии, Латинской Америки, Средней Азии (Таджикистан, Узбекистан), Закавказья (Азербайджан). В Российской Федерации местная (аутохтонная) передача малярии, вызванная *P.vivax*, может осуществляться в Центральном регионе и в Западной Сибири комарами *An. messeae*, *An. maculipennis* и *An. beklemishevi*, в предгорьях Большого Кавказа – *An. maculipennis и An. superpictus*, на равнинных территориях Дагестана – *An. maculipennis и An. sacharovi*, в Поволжье, Краснодарском крае – *An. atroparvus и An. maculipennis*, на Дальнем Востоке – *An. sinensis*. На Черноморском побережье Кавказа возможна передача малярии с участием *An. maculipennis и An. plumbeus*.

1.5.2. Малярия, вызываемая преимущественно *Plasmodium falciparum*, значительно реже – *P. malariae* и *P. ovale (Haemosporida, Plasmodiidae)*, является эндемичной инфекцией для Африки, Юго-Восточной Азии, Индии, Центральной Азии, стран Тихоокеанского региона, Южной Америки; в Юго-Восточной Азии возбудителем малярии является также *P. knowlesi*. Эффективные переносчики данных видов малярии в России отсутствуют.

1.5.3. Арбовирусные инфекции, с потенциальным риском завоза на территорию Российской Федерации - желтая лихорадка, лихорадки Денге, Зика (сем. *Flaviviridae*), Чикунгунья (сем. *Togaviridae*) и долины Рифт (сем. *Phenuiviridae*) - эндемичны для тропических и субтропических зон Северной, Центральной и Южной Америки, Карибского региона, Африки, Южной и Юго-Восточной Азии, Тихоокеанского региона. Потенциальными переносчиками возбудителей перечисленных инфекционных болезней в Российской Федерации могут быть инвазивные виды *Ae. aegypti* и *Ae. albopictus,* выявленные на Черноморском побережье Кавказа и на юге Краснодарского края. Потенциальными переносчиками вируса долины Рифт на территории Российской Федерации являются *Ae. caspius*, *Ae. dorsalis*, *Ae. vexans*, *Ae. sticticus*, *Cx. pipiens*.

1.5.4. Лихорадка Усуту (сем. *Flaviviridae*) является эндемичной для Западной Европы, до настоящего времени не зарегистрирована в Российской Федерации. Резервуарными хозяевами являются птицы водного и околоводного комплекса, основными переносчиками – комары *Cx. pipiens*, *Ae. albopictus*, *An. maculipennis*, *Ae. caspius.*

1.5.5. Инфекции, передаваемые комарами и не зарегистрированные в Европе и Российской Федерации в числе завозных: восточный лошадиный энцефалит, западный лошадиный энцефалит, венесуэльский лошадиный энцефалит, лихорадка Росс Ривер (сем. *Togaviridae*), энцефалит Ла Кросс (сем. *Peribunyaviridae*), энцефалиты Сент-Луис и долины Мюррей (сем. *Flaviviridae*) .

1.6. Группами риска по заболеваемости Инфекциями являются:

- лица, посещающие страны, эндемичные по инфекциям, передаваемым кровососущими комарами;

- лица, проживающие на эндемичной территории Российской Федерации (жители сельской и городской местности, посещающие природные биотопы или проживающие в антропургических очагах инфекций); лица, занятые работами на открытом воздухе вблизи водоемов (сельскохозяйственная, гидромелиоративная, строительная, заготовительная, промысловая, геологическая, лесохозяйственная, озеленительная, дезинсекционная, дератизационная деятельность);

– лица, работающие в таможне, доках и на складах, расположенных в международных морских портах и аэропортах, а также лица, обслуживающие авиатранспорт после прибытия в аэропорт назначения из эндемичных территорий;

– лица, профессионально связанные с проведением зоолого-энтомологического обследования территории с целью слежения за циркуляцией возбудителя, видами комаров-переносчиков и источниками инфекции на эндемичных территориях, проведением истребительных мероприятий на таких территориях и оценке их эффективности.

1.7. Для инфекций, передающихся кровососущими комарами,характерно разнообразие клинических проявлений, в зависимости от свойств возбудителя и иммунного статуса человека. Каждая инфекция имеет свои специфические клинические проявления. Общим для всех, кроме дирофиляриоза, является лихорадочный синдром. Дирофиляриоз проявляется у человека, как правило, образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела.

1.8. Клинический диагноз инфекции ставится на основе клинических данных, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований по выявлению маркеров возбудителей.

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. В эпидемический сезон больные, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении по поводу лихорадок неустановленной этиологии и с другими симптомами, схожими с эндемичными инфекциями, передающимися кровососущими комарами, подлежат лабораторному обследованию на наличие маркеров возбудителей.

2.3. Все лихорадящие больные со специфическими клиническими проявлениями инфекций, передающимися кровососущими комарами, имеющие в анамнезе посещение эндемичных по данным инфекциям территорий в сроки, соответствующие максимальному инкубационному периоду данных инфекций, подлежат лабораторному обследованию.

2.4. Госпитализация и изоляция больного с инфекцией, передающиейся кровососущими комарами, определяется клиническими и эпидемиологическими показаниями.

2.5. Изоляция и госпитализация больных эндемичной инфекцией, передающиейся кровососущими комарами, в эпидемический сезон на территориях с риском распространения обязательна, вне эпидемиологического сезона определяется клиническими показаниями.

III. Лабораторная диагностика инфекций, передающихся кровососущими комарами

3.1. Для установления этиологии заболевания и лабораторного подтверждения клинического диагноза проводятся исследования клинического материала от больных (цельная кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость, моча, слюна, сперма, содержимое кожных инфильтратов и другого материала), секционного материала (печень, легкие, селезенка, почки, головной мозг, кровь и др.).

3.2. Лабораторная диагностика Инфекций у больных или подозрительных на заболевание людей проводится: серологическими, молекулярно-генетическими, бактериологическими, вирусологическими, паразитологическими методами, в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по использованию средств диагностики.

3.3. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителями Инфекций, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности).

3.4. Лабораторные исследования клинического, секционного, зоологического и энтомологического материала, подозрительного на заражение возбудителями Инфекций, сопровождающееся накоплением патогенных микроорганизмов (за исключением тех возбудителей Инфекций, которые относятся к III-IV группам патогенности), проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности) в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с микроорганизмами II–IV групп патогенности.

3.5. Исследования на наличие маркеров возбудителей Инфекций в материале от людей, зоологическом и энтомологическом материале без накопления возбудителя могут быть проведены в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с микроорганизмами III–IV групп патогенности.

3.6. В случае подозрения на Инфекции, переносимые комарами и требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, медицинские организации направляют образцы клинического материала в лаборатории Центров гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации, и далее – в Центры индикации возбудителей инфекционных болезней I–II групп патогенности, либо Референс-центры соответствующего профиля.

3.7. Работа по сбору, хранению, транспортировке и обследованию зоологического, энтомологического материала из природных очагов Инфекций проводится учреждениями Роспотребнадзора в соответствии действующими нормативными документами.

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

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

4.2. При получении внеочередного донесения из медицинской организации о выявлении случая заболевания, органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, 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.

4.3. Привлечение к эпидемиологическому расследованию специалистов – энтомологов учреждений Роспотребнадзора (Центра гигиены и эпидемиологии) проводится по решению эпидемиолога Управления Роспотребнадзора, проводившего эпидемиологическое расследование, после постановки эпидемиологического диагноза очага (случая заболевания), учитывая эпидемиологические особенности каждой инфекции (эндемичной, неэндемичной), эпидемиологического сезона, анализа данных ежегодного эпизоотологического (энтомологического) мониторинга и степенью эпидемиологического риска территории по выявленной Инфекции.

4.4. В эпидемиологический сезон при выявлении больного эндемичной Инфекцией в антропургическом очаге обязательно проводится эпизоотологическое (энтомологическое) обследование с лабораторным исследованием потенциальных носителей и переносчиков Инфекции.

4.5. По результатам комплексного обследования оформляются: карта эпидемиологического обследования очага Инфекции по установленной форме; акт эпидемиологического расследования очага Инфекции с установлением эпидемиологического диагноза по установленной форме в течение 10 дней после завершения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий в очаге; акт энтомологического обследования; план противоэпидемических мероприятий по ликвидации очага, утверждаемый органом исполнительной власти субъекта или органом государственной власти муниципального образования; предписание в адрес юридических и (или) должностных лиц, при необходимости.

4.6. По месту проживания больного эндемичной Инфекцией в антропургическом очаге проводятся дезинсекционные мероприятия по энтомологическим показаниям.

4.7. Для оценки активности эпидемического процесса в очаге эндемичной Инфекции проводятся серологические обследования населения (или отдельных групп).

4.8. 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.

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

V. Эпидемиологический надзор за инфекциями, передающимися кровососущими комарами

5.1. Эпидемиологический надзор за Инфекциями проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя мониторинг и анализ эпидемиологически значимой информации, оценку эпидемиологической ситуации и тенденций ее развития, принятие оптимальных управленческих решений и разработку адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

5.3. Обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включает следующие мероприятия:

5.3.1. Выявление территорий (участков) повышенного эпидемиологического риска по Инфекции, на которых регистрируют случаи болезни людей и выявляют возбудителей (и\или их маркеров), резервуарных хозяев и переносчиков.

5.3.2. Ретроспективный и оперативный анализ заболеваемости населения по территориям, по социальным, профессиональным группам и возрастным категориям, условиям заражения, тяжести клинического течения и летальности; выявление тенденций изменения ситуации.

5.3.3. Надзор за своевременностью выявления больных Инфекциями, полнотой их лабораторного обследования, госпитализацией (изоляцией).

5.3.4. Анализ иммунной структуры населения, проживающего в природно-антропургических и антропургичесих очагах Инфекций.

5.3.5. Определение на контролируемой территории периода эпидемического сезона по Инфекциям, групп населения повышенного риска.

5.3.6. Проведение эпизоотологического мониторинга на очаговых территориях.

5.3.7. Предупреждение завоза Инфекций и основных переносчиков транспортными средствами международного сообщения в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

5.3.8. Прогнозирование эпидемиологической и эпизоотической ситуаций на энзоотичных территориях, обоснование объемов, сроков проведения и организации профилактических мероприятий.

5.4. Составной частью эпидемиологического надзора за Инфекциями является эпизоотологический (энтомологический) мониторинг. Организация и проведение энтомологического мониторинга осуществляется энтомологами Центров гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации.

5.4.1. Энтомологический мониторинг проводят в отношении специфических переносчиков Инфекций, который включает: мониторинг численности переносчиков; мониторинг ареалов обитания, мониторинг за циркуляцией возбудителей Инфекций в популяциях переносчиков.

5.4.2. Контроль численности специфических переносчиков осуществляют с учетом биологических особенностей видов (Приложение 39).

5.4.3. На основе ландшафтной характеристики очаговых территорий, в природных и антропургических очагах определяются стационарные точки мониторинга, на которых осуществляются наблюдения в течение всего сезона активности специфических переносчиков.

5.4.4. Энтомологический мониторинг на стационарных точках в открытых биотопах следует проводить с использованием устройств автоматического отлова (автоматических ловушек с аттрактантами), в помещениях – автоматических эксгаустеров. Дополнительно отбор проб переносчиков для исследования инфицированности может осуществляться в местах массового выплода переносчиков. Доставка энтомологического материала для исследования осуществляется с соблюдением необходимого температурного режима транспортировки.

5.4.5. Сбор комаров «на себе» не разрешен во избежание заражения сборщика.

5.4.6. Мониторинг циркуляции возбудителей заключается в исследовании каждого сбора комаров на наличие маркеров возбудителей Инфекций, эндемичных для обследуемой территории.

5.4.7. При проведении энтомологического мониторинга за специфическими переносчиками Инфекций необходимо отмечать сроки первого вылета комаров, начало массового вылета, пик численности, окончание периода массовой активности, последние комары в природе, период активности в днях за сезон в различных ландшафтных зонах и на территории очагов разных типов.

5.4.8. В зонах умеренного и устойчивого риска передачи плазмодиев малярии проводят расчет сроков передачи инфекции, начала и окончания сезона эффективной заражаемости переносчиков.

5.4.9. Данные энтомологического мониторинга представляются в Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации и в Референс-центр по профильной нозологии.

VI. Организация профилактических мероприятий

6.1.Специфическая профилактика Инфекций (вакцинация) разработана против туляремии, желтой лихорадки, лихорадки Денге и японского энцефалита. Вакцинопрофилактику осуществляют в соответствии с действующими нормативными документами.

6.2. Основой профилактических мероприятий в борьбе с большей частью Инфекций является неспецифическая профилактика.

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

6.4. 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), разрешенных для применения в Российской Федерации;

– контроль эффективности проведенных инсектицидных мероприятий;

– проведение гидротехнических мероприятий, ликвидация мест выплода комаров;

– содержание подвальных помещений многоквартирных домов в соответствии действующими санитарными нормами и правилами и проведение борьбы с подвальными (городскими) популяциями комаров;

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

– санитарно-просветительская работа с населением;

6.5. Объемы и сроки проведения мероприятий по снижению численности переносчиков определяются органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по энтомологическим показаниям.

6.6. Мероприятия по защите людей от укусов комарами в жилых помещениях включают использование противокомариных (противомоскитных) сеток на окнах и дверях, обработку помещений инсектицидными средствами в аэрозольной упаковке, использование электрофумигаторов, обработку террас, веранд, туристических палаток противокомариными инсектицидными спиралями или стержнями.

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

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

6.9. В местах массового нападения комаров показано использование специальной защитной одежды.

6.10. Ответственность за проведение профилактических (противокомариных) мероприятий возлагаются на:

– органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований;

– юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, руководителей садоводческих, огороднических и дачных объединений, граждан.

6.11. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, граждане, руководители садовых некоммерческих товариществ, туристических баз и баз отдыха должны обеспечивать:

– уход и содержание в надлежащем состоянии территории организации, участков, включая ликвидацию временных, хозяйственно ненужных водоемов, в том числе искусственных;

– организацию и проведение инсектицидных обработок на принадлежащей им территории.

– истребительные (противокомариные) мероприятия на транспортных средствах (самолеты, морские суда), прибывающих в международные аэропорты и морские порты с зарубежных территорий, эндемичных по Инфекциям.

6.12. На территории субъектов Российской Федерации, 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. Комплексные планы по санитарной охране территории субъекта разрабатываются органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и утверждаются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Аналогичные комплексные планы разрабатываются для административных территорий субъекта Российской Федерации.

VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Профилактика Инфекций, включает гигиеническое воспитание населения и проведение информационно-разъяснительной работы.

7.2. Гигиеническое воспитание населения организуется через средства массовой информации (TV, радио, печать) или другими доступными методами работы (плакаты, листовки, буклеты), включая обучение детей и подростков в организованных коллективах.

7.3. Гигиеническое воспитание включает в себя ознакомление населения с основными сведениями об Инфекциях, основных симптомах болезней, мерах личной и общественной профилактики, возможных условиях заражения на территории проживания, комарах-переносчиках и способах борьбы с ними.

7.4. К формам информационно-разъяснительной работы относится информирование руководителями организаций (независимо от их организационно-правовой формы), командирующих сотрудников или организующих путешествия туристов в страны субтропического и тропического пояса, о возможности заражения Инфекциями, необходимости химиопрофилактики малярии, вакцинации, соблюдении мер личной профилактики.

7.5. Информационно-разъяснительная работа с профессиональными группами риска проводится руководителями организаций и учреждений

**7.1.2. Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами**

I. Общие положения

1.1. Клещи (Acari) относятся к классу паукообразных (Arachnida), подклассу Acari и включают в себя три отряда: клещи-сенокосцы (Opilioacariformes), акариформные клещи (Acariformes), паразитиформные клещи (Parasitiformes). Для Российской Федерации (далее – РФ) наибольшее эпидемиологическое значение имеют клещи, относящиеся к отряду Parasitiformes, подотряду Metastigmata, надсемейству Ixodoidea, семейству Ixodidae. В семействе Ixodidae выделяют несколько подсемейств, из которых четыре подсемейства связаны с млекопитающими и птицами: Ixodinae (род *Ixodes)*, Amblyomminae (род *Amblyomma*), Haemaphysalinae (род *Haemaphysalis*), Rhipicephalinae (роды *Rhipicephalus*, *Boophilis*, *Dermacentor*, *Anomalohimalaya*, *Hyalomma*). Далее термин «иксодовые клещи» будет применяться к клещам всех видов, входящих в семейство Ixodidae.

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

1.3. 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 средне-таежных лесов, а также лесостепей. Природные очаги КР расположены преимущественно в лесостепных, равнинно-степных и горно-степных ландшафтах.

Природные очаги КГЛ в РФ приурочены к степным, полупустынным и лесостепным ландшафтам юга России (Республики Калмыкия, Дагестан, Ингушетия, Карачаево-Черкесская и Кабардино-Балкарская; Краснодарский и Ставропольский края, Ростовская, Волгоградская и Астраханская области).

1.4. Ареалы возбудителей КВЭ, ИКБ, МЭЧ и ГАЧ совпадает с ареалами основных переносчиков - клещей рода *Ixodes*: таежного клеща (*Ixodes persulcatus*) и лесного клеща (*I. ricinus*). В ряде районов Сибири и Дальнего Востока значительную роль в передаче возбудителей КВЭ, ИКБ, МЭЧ и ГАЧ имеет *I. pavlovskyi*.

Основными переносчиками патогенных видов риккетсий являются клещи родов *Dermacentor, Haemaphysalis, Hyalomma и Rhipicephalus.*

Ведущее значение в качестве переносчика возбудителя КГЛ на территории Российской Федерации имеет клещ *Hyalomma marginatum.*

Резервуаром возбудителей инфекций являются иксодовые клещи и позвоночные. Имаго клещей в антропогенно трансформированных ландшафтах паразитируют на крупном и мелком рогатом скоте, домашних животных, а в природных условиях - на зайцах и ежах; преимагинальные фазы – на мелких грызунах, насекомоядных и птицах семейства врановые (грачи, вороны, сороки) и фазановые (куропатки, индейки).

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

1.6. Для инфекций, передающихся иксодовыми клещами, характерна весенне-осенняя сезонность с апреля по октябрь. Для *I. ricinus,* *I. persulcatus* и *I. pavlovskyi* имеется весенне-летний подъем численности (для большинства регионов со второй декады мая по вторую декаду июня) во время наибольшей активности перезимовавших клещей; у *H. marginatum* – с марта по август. У *I. ricinus* и клещей рода *Dermacentor* имеется второй осенний подъем численности активных взрослых клещей с августа по октябрь.

1.7. Группами риска заболевания инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, являются жители городской и сельской местности, посещающие природные биотопы или проживающие на территории антропургических очагов.

Среди профессиональных групп наибольшему риску заражения инфекциями, передающимися клещами подвержены лица, занятые в сельскохозяйственной, гидромелиоративной, 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.

1.8. Для большинства инфекций, передающихся иксодовыми клещами (исключение составляют КВЭ, туляремия, лихорадка Ку), меры специфической профилактики отсутствуют.

1.9. Частые случаи одновременного заражения клещей несколькими патогенами в различных сочетаниях свидетельствуют о широкой распространенности сочетанных природных очагов инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. При обращении за медицинской помощью человека с клиническими симптомами инфекции, передающейся иксодовыми клещами, медицинские работники обязаны собрать эпидемиологический 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).

2.3. При обращении за медицинской помощью по поводу присасывания клеща медицинские работники обязаны удалить клеща, собрать эпидемиологический анамнез, прививочный анамнез (в отношении КВЭ, туляремии, лихорадки Ку), рекомендовать пострадавшему доставить 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 врача-инфекциониста, а при его отсутствии – врача-терапевта.

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

2.5. 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 2 часов после выявления случая присасывания клещей необходимо проинформировать территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай, независимо от места жительства пострадавшего.

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

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

2.8. В случае заболевания инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, а также обращения по поводу присасывания клеща, территориальным органом, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляется регистрация, учет и статистическое наблюдение.

2.9. При получении экстренного извещения о случае заболевания инфекциями, предающимися иксодовыми клещами, или подозрения на заболевание, специалистами территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование и разработка комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

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

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

III. Лабораторная диагностика

3.1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем (возбудителями) инфекций, передающихся иксодовыми клещами, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводятся в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами II групп патогенности (опасности).

3.2. Лабораторные исследования клинического, аутопсийного, зоологического и энтомологического материала при подозрении на инфекции, передающиеся иксодовыми клещами (за исключением патогенных микроорганизмов, относящихся к III-IV группам патогенности), связанные с накоплением возбудителя, проводятся лабораториями, имеющими санитарно-эпидемиологическое заключение на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей II-IV группы патогенности.

3.3. Исследования клинического, аутопсийного, зоологического и энтомологического материала на присутствие возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами (за исключением вируса ККГЛ), не связанные с накоплением возбудителя: с использованием иммунологического метода и методов амплификации нуклеиновых кислот, проводятся в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей III-IV группы патогенности.

3.4. Наличие сочетанных природных очагов инфекций, передающихся иксодовыми клещами, увеличивает риск заражения людей одновременно несколькими клещевыми патогенами, что в свою очередь усложняет постановку лабораторного диагноза, требует комплексного подхода к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

3.5. Для проведения лабораторной диагностики используют кровь, плазму, сыворотку крови, спинномозговую жидкость, биоптаты кожи, смывы с первичного аффекта, пунктат лимфатических узлов, синовиальную жидкость, секционный материал (печень, легкие, селезенку, почки, головной мозг). Исследования проводят с использованием комплекса методов - вирусологических или бактериологических, молекулярно-генетических и серологических.

3.6. С целью своевременного и эффективного проведения специфических профилактических мероприятий большое значение имеет экспресс-диагностика различных патогенов в клещах, снятых с человека. Для этих целей применяются методы обнаружения ДНК или РНК, а также антигенов возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

3.7. Тест-системы, используемые для лабораторной диагностики инфекций, передающихся иксодовыми клещами, должны иметь регистрационные документы.

3.8. В случае смерти в результате инфекций, передающихся иксодовыми клещами, или в случае подозрения на Инфекции, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории, медицинские организации направляют образцы клинического материала в лаборатории Центров гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации, и далее – в Центры индикации возбудителей инфекционных болезней I–II групп патогенности, либо Референс-центры соответствующего профиля.

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

4.1. Мероприятия по профилактике инфекций, передающихся иксодовыми клещами, осуществляют:

4.1.1. Органы исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований.

4.1.2. Органы управления здравоохранением субъектов РФ, муниципальных образований и медицинские организации.

4.1.3. Территориальные органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.1.4. Юридические лица, индивидуальные предприниматели.

4.1.5. Граждане.

4.2. Органы управления здравоохранением субъектов РФ, муниципальных образований и медицинские организации осуществляют:

4.2.1. Оказание медицинской помощи пострадавшим от присасывания клещей.

4.2.2. Выявление, диагностику, своевременную госпитализацию, лечение и диспансеризацию больных инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, в том числе среди профессиональных групп риска.

4.2.3. Регистрацию, учет и статистическое наблюдение случаев присасывания клещей и заболевания людей инфекциями, передающимися иксодовыми клещами.

4.2.4. Информирование территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о случаях присасывания клещей и заболеваниях людей инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, в том числе случаев профессиональных заболеваниях в установленные сроки.

4.2.5. Проведение анализа заболеваемости людей инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, инвалидности и летальности.

4.2.6. Планирование, организацию, проведение и анализ достоверности учета профилактических мероприятий на закрепленной территории. Своевременное представление на согласование планов профилактических мероприятий и отчетов в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор на закрепленных территориях. Ведение на бумажных и электронных носителях картотек профилактических прививок и мер неспецифической профилактики.

4.2.7. Информационно-разъяснительная работа с населением.

4.3. Территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора субъектов РФ:

4.3.1. Осуществляют контроль санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, вносят предложения по их совершенствованию.

4.3.2. Проводят ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, и составляют прогноз на предстоящий сезон.

4.3.4. Участвуют в разработке и согласовании региональных целевых программ по профилактике инфекциями, передающимися иксодовыми клещами.

4.4. Юридические лица и индивидуальные предприниматели с целью предупреждения случаев заболевания людей инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, проводят:

4.4.1. Качественную расчистку и благоустройство территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных баз и организаций, мест массового отдыха и пребывания населения, а также прилегающих к ней территорий на расстоянии не менее 50 метров.

4.4.2. Энтомологическое обследование территорий на заселенность клещами до акарицидной обработки и контроль ее эффективности после (в т.ч. на расстоянии не менее 50 метров за территорией оздоровительных организаций и баз отдыха).

4.4.3. Противоклещевые акарицидные обработки территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, мест массового отдыха и пребывания населения и лиц, относящихся к профессиональным группам риска, а также прилегающих к ней территорий на расстоянии не менее 50 метров.

4.4.4. Дератизационные мероприятия против диких мелких млекопитающих на расчищенных территориях осенью и весной (в обязательном порядке по периметру оздоровительных организаций и баз отдыха).

4.4.5. Обеспечение профессиональных групп риска средствами индивидуальной защиты (специальными инсектоакарицидными и репеллентными аэрозолями для обработки одежды и защитной одеждой соответствующей ГОСТу).

4.4.6. Ежегодно составляют списки профессиональных групп риска, подлежащих вакцинации и ревакцинации против КВЭ, туляремии, и лихорадки Ку, обеспечивают явку работающих для ее проведения в медицинские организации. Не допускают людей к работе в природном очаге без предварительной вакцинации.

4.4.7. Осуществляют информационно-разъяснительную работу с населением, обучают профилактике природно-очаговых инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

4.5. Граждане:

4.5.1. Соблюдают правила поведения на опасной в отношении клещей-переносчиков территории.

4.5.2. Применяют в соответствии с инструкцией средства индивидуальной защиты: аэрозоли (репеллентные и инсектоакарицидные) для обработки одежды от клещей-переносчиков, специальную защитную одежду, соответствующую ГОСТу.

4.5.3. Следят за выполнением детьми правил поведения на опасной в отношении клещей-переносчиков территории.

V. Эпидемиологический надзор

5.1. В целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется динамическое наблюдение за эпизоотическим и эпидемическим процессами, включая мониторинг численности, видового состава, инфицированности возбудителями носителей и переносчиков инфекций, заболеваемости населения, оценки степени энзоотичности территорий, выделением групп риска населения, эпизоотологическим и эпидемиологическим прогнозированием, организацией и контролем профилактических мероприятий.

5.2. При осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводится оценка эпидемиологической ситуации с определением тенденции развития эпизоотолого-эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости населения инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, среди людей, в том числе предупреждение возникновения массовых случаев заболевания.

5.3. На территории субъектов РФ, где регистрируются случаи заболевания людей, связанные с нападением клещей, разрабатываются целевые программы (комплексные планы) по профилактике этих инфекций, утвержденные органом исполнительной власти субъекта РФ. Комплексные планы разрабатываются территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при участии ветеринарных служб в субъекте РФ, органов управления здравоохранением субъектов РФ, муниципальных образований, а также медицинских организаций. Аналогичные комплексные планы разрабатываются для административных территорий субъекта РФ.

5.4. Мероприятия по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

5.4.1. Определение административных территорий повышенного эпидемиологического риска, в которых регистрируются случаи заболевания людей, выявлена циркуляция возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

5.4.2. Ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, дифференцированно по территориям, группам населения (городское, сельское, возрастные и профессиональные категории), условиям заражения, тяжести клинического течения, а также летальности и обращаемости населения по поводу присасывания клещей.

5.4.3. Контроль своевременности выявления больных инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, полноты их лабораторного обследования для определения этиологии заболевания.

5.4.4. Ежегодная оценка численности населения из групп повышенного риска, проживающих или находящихся на административных территориях эндемичных по инфекциям, передающихся иксодовыми клещами, с целью проведения целенаправленной работы по вопросам профилактики инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

5.4.5. Анализ иммунной структуры населения.

5.4.6. Определение длительности эпидемического сезона по инфекциям, передающимся иксодовыми клещами

5.4.7. Проведение зоолого-энтомологического обследования территории с целью слежения за циркуляцией возбудителя, активностью носителей и переносчиков возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

5.4.8. Контроль объемов, сроков, методов и эффективности проведения профилактических мероприятий.

VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

6.1. 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.

6.2. Вакцинопрофилактика КВЭ, туляремии, Ку лихорадки и экстренная профилактика иммуноглобулином КВЭ проводятся в соответствии с действующими нормативными документами.

6.3. Экстренная антибиотикопрофилактика.

6.3.1. Экстренная антибиотикопрофилактика представляет собой профилактический прием антибиотиков в инкубационном периоде в дозах и курсами значительно меньшими, чем при уже развившихся клинических проявлениях. Экстренная антибиотикопрофилактика ИКБ, КР, МЭЧ и ГАЧ проводится медицинскими организациями.

6.3.2. Антибиотикопрофилактику необходимо начинать в максимально ранний срок, прошедший с момента присасывания клеща. Экстренная антибиотикопрофилактика ИКБ, КР, МЭЧ и ГАЧ осуществляется строго индивидуально по назначению врача по эпидемическим показаниям с учетом результатов лабораторных исследований.

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

- противоклещевые мероприятия

- меры индивидуальной противоклещевой защиты;

- информационно-разъяснительная работа с населением.

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

6.4.2. Акарицидами (инсектоакарицидами) обрабатываются наиболее посещаемые населением участки территории природных очагов клещевых инфекций: места массового отдыха, территории загородных предприятий общественного питания, кладбища, садовые участки, детские образовательные организации, базы отдыха; места хозяйственной деятельности (места прокладки средств коммуникации, газо- и нефтепроводов, электрических сетей). Эти территории, как правило, являются зонами наибольшего риска контакта людей с клещами.

6.4.3. Акарицидной обработке предшествует энтомологическое (акарологическое) обследование территории с целью определения видового состава и численности иксодовых клещей. Показаниями к проведению акарицидных обработок является обилие клещей в период их максимальной сезонной и суточной активности при благоприятной погоде равное или превышающее 0,5 особей (самок и самцов) на 1 учетную единицу (флаго/км или флаго/час). При выполнении не менее 5 учетных единиц. При этом учетные маршруты должны пролегать по наиболее вероятным местам наличия клещей видов, обитающих на данной территории. Эпидемиологическим показанием к обработкам является ежегодная регистрация за последние 5 лет случаев присасывания клещей к людям, обнаружение возбудителей инфекций в переносчиках, и случаев заражения людей инфекциями, передающимися иксодовыми клещами, на данной территории.

6.4.4. 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 установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению. Эффективность нанесения средств обеспечивается использованием соответствующего оборудования.

6.4.5. Для нанесения средств используется любая аппаратура, предназначенная для распыления рабочих растворов инсектицидов по поверхностям. При обработке территорий допускается применение аппаратуры на автомобилях. Допускается обработка небольших участков пересеченной местности (до 100 га) с помощью ранцевых опрыскивателей. Основным условием проведения обработок является обеспечение равномерного покрытия рабочим раствором всей поверхности.

6.4.6. После проведения акарицидных обработок (через 3-5 дней) при благоприятной для активности клещей погоде проводится контроль их эффективности, который необходимо повторить через 15-20 дней. Обработка считается эффективной, если численность переносчиков не превышает 0,5 особей на 1 флаго/км или флаго/час.

6.4.7. Ответственными за проведение акарицидных мероприятий являются:

- органы исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований;

- юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители садоводческих, огороднических и дачных объединений граждан.

6.4.8. Органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований обеспечивается разработка и реализация программ (планов) по профилактике инфекций, передающихся иксодовыми клещами, предусматривающих:

- проведение зоолого-энтомологического обследования территории с целью контроля циркуляции возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами;

- проведение комплексных мероприятий по снижению численности популяции иксодовых клещей ниже порога эпидемической опасности (0,5 особей на 1 флаго/км или флаго/час) на территориях социально-значимых объектов и других эпидемиологически опасных участках в течение эпидемического сезона в неблагополучных по клещевым инфекциям районах с использованием акарицидных средств, разрешенных для применения с данной целью;

- истребление клещей на сельскохозяйственных животных акарицидными средствами, разрешенными для этих целей в ветеринарии;

- выборочный контроль качества проведенных акарицидных мероприятий;

- проведение дератизационных мероприятий, направленных на уменьшение численности прокормителей (диких мелких млекопитающих) на территориях социально-значимых объектов;

- снижение численности популяции птиц семейства врановых - прокормителей преимагинальных стадий переносчиков вируса КГЛ путем разорения гнезд, предупреждения формирования доступной кормовой базы;

- преобразование сельскохозяйственных угодий посредством распашки, окультуривания выпасов, пастбищ, то есть трансформации естественных или несельскохозяйственных угодий в пашни, культурные сенокосы и пастбища посредством комплекса агротехнических мероприятий;

- осуществление ротации пастбищ с регулируемым выпасом скота;

- определение маршрутов прогона сельскохозяйственных животных;

- благоустройство территорий населенных пунктов, парков, скверов, сельскохозяйственных объектов, мест массового отдыха и пребывания населения;

- ликвидацию самопроизвольных свалок мусора;

- организацию в средствах массовой информации, другими доступными методами работы по гигиеническому воспитанию населения, связанной с вопросами профилактики инфекций, передающихся иксодовыми клещами, их клиническими проявлениями, условиями заражения и средствами индивидуальной защиты;

- обеспечение на территориях в эпидемический сезон запаса эффективных средств индивидуальной защиты в доступной продаже;

- обеспечение подготовки инфекционных стационаров к оказанию медицинской помощи больным КГЛ с обеспечением требований биологической безопасности и резерва лекарственных противовирусных препаратов и препаратов крови.

6.4.9. Юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, гражданами, руководителями социально-значимых объектов, а также садовых некоммерческих товариществ, туристических баз и т.п. обеспечивается:

- уход и удовлетворительное санитарное содержание территории организации, включающее стрижку газонов, уборку листвы и сухой травы, сухостоя, хозяйственного и бытового мусора. Территория считается благоустроенной при отсутствии павшей листвы и сухой травы, веток, валежника, сухостоя, хозяйственных и бытовых отходов (за исключением специально отведенных мест для их временного хранения и утилизации);

- 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 5 - 7 дней до открытия (заезда людей), создавая ширину барьера не менее 50 м по периметру ограждения. При наличии эпидемиологических показаний (регистрация случаев присасывания клещей, заболевания инфекциями, передающимися клещами, на принадлежащей им территории) обработку необходимо повторить с последующей оценкой эффективности проведенных работ;

- проведение профилактических прививок против инфекций, передающихся иксодовыми клещами, и обеспечение средствами индивидуальной защиты для работников, по виду деятельности или роду занятий связанных с пребыванием в природных биотопах, в том числе лицам, занятым в сельскохозяйственной, гидромелиоративной, строительной, заготовительной, промысловой, геологической, изыскательской, экспедиционной, дератизационной, дезинсекционной, лесозаготовительной, лесоустроительной, озеленительной деятельности, а также деятельности по выемке и перемещению грунта, в зонах отдыха и оздоровления населения.

6.4.10. 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 (акарицидных и акарицидно-репеллентных) для обработки верхней одежды и использование (ношение) специальной защитной одежды.

VII. Гигиеническое воспитание населения и обучение   
граждан по вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения является важным направлением профилактики инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

7.2. Гигиеническое воспитание (информационно-разъяснительная работа с населением) включает в себя: предоставление населению подробной компетентной информации об инфекциях, передающихся иксодовыми клещами и их основных симптомах; мерах специфической, неспецифической профилактики и значению экстренной антибиотикопрофилактики. Работа в этом направлении проводится с использованием средств массовой информации, социальных сетей, листовок, плакатов, бюллетеней, лекций в учебных заведениях, путем проведения индивидуальных бесед с пострадавшими от присасывания клещей и т.д.

## 7.2. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных бактериальной этиологии

## 7.2.1. Профилактика сибирской язвы

I. Общие положения

1.1. Сибирская язва (Anthrax) – острая особо опасная зоонозная бактериальная инфекционная болезнь, возбудитель которой в соответствии с классификацией биологических агентов, вызывающих болезни человека, относится ко II группе патогенности.

1.2. Диагноз сибирской язвы устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

1.2.1. Эпидемиологические данные:

- проживание/пребывание на территории стационарно неблагополучного по сибирской язве пункта, деятельность, связанная с разведением скота, переработкой и использованием продуктов животноводства;

- непосредственный контакт с больными сибирской язвой животными, продуктами животноводства (работники боен, мясокомбинатов, пастухи, ветеринары, фермеры-скотоводы, работники предприятий по переработке шерсти и шкур, выработке костной муки);

- участие в уходе за больными сибирской язвой животными и вынужденном их убое;

- участие в разделке туш, захоронении трупов павших животных;

- участие в разделке мяса и мясопродуктов, приготовлении из них пищи в случаях болезни животных сибирской язвой или их вынужденного убоя;

- прием в пищу блюд из мяса и мясопродуктов от животных в случаях болезни животных сибирской язвой и их вынужденного убоя;

- контакт со случайно приобретенными сырьем (шерсть, шкуры, волосы, щетина и пр.) и продукцией животноводства;

- контакт с шерстяными и кожаными изделиями, особенно импортированными из эндемичных по сибирской язве стран;

- контакт с почвой при выполнении сельскохозяйственных, гидромелиоративных, строительных, геологических, изыскательских, экспедиционных и пр. работ, связанных с выемкой и перемещением на энзоотичных территориях (на территориях сибиреязвенных захоронений и прочих почвенных очагов сибирской язвы).

- выполнение лабораторных работ с материалом, подозрительным на содержание возбудителя сибирской язвы, с культурами сибиреязвенного микроба.

1.2.2. Клинические данные:

- случай с типичной клинической картиной одной из форм сибирской язвы;

- случай любых проявлений инфекционного заболевания с наличием в анамнезе контакта с животным с подтверждённым диагнозом сибирской язвы;

- случай заболевания с характерной клинической картиной одной из форм сибирской язвы у лиц, профессионально связанных с животноводством, переработкой сырья животного происхождения.

1.2.3.Лабораторные данные.

Диагноз сибирской язвы у человека считается подтвержденным в случаях:

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

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

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

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

1.3. Основные понятия

1.3.1. При организации и проведении эпидемиологического надзора и планировании противоэпидемических и профилактических мероприятий следует различать следующие понятия: эпизоотический очаг, эпидемический очаг, стационарно неблагополучный пункт, почвенный очаг и угрожаемая территория.

1.3.2. Эпизоотический очаг – место нахождения источника возбудителя инфекции и (или) факторов его передачи в тех границах, в которых возможна инфицирование восприимчивых животных или людей (участок пастбища, водопой, животноводческое помещение, предприятие по переработке продукции животноводства и другие).

1.3.3. Эпидемический очаг – территория, на которой зарегистрирован случай (случаи) заболевания людей.Границами эпидемического очага является территория, на которой находятся люди, имеющие риск заражения с учётом особенностей социально-бытовой обстановки и среды, в которой пребывает источник инфекции.

1.3.4. Стационарно неблагополучный пункт – населённый пункт, животноводческая ферма, пастбище, урочище, на территории которого обнаружен эпизоотический очаг, независимо от срока давности его возникновения.

В зависимости от кратности и периодичности проявления эпизоотической и (или) эпидемической активности стационарно неблагополучные по сибирской язве пункты подразделяются на манифестные, или активно неблагополучные, и неманифестные, или неактивные.

Манифестными являются пункты, периодически проявляющие эпизоотическую и (или) эпидемическую активность. Они могут быть постоянно действующими, когда заболевания сибирской язвой возникают в них ежегодно или с интервалами в несколько лет, либо рецидивирующими, когда заболевания возникают периодически, с промежутками в пять и более лет.

К неманифестным относятся пункты, которые в течение многих лет не проявляют активности, то есть после регистрации в них последних заболеваний прошло 10 и более лет.

1.3.5. Почвенными очагами считаются места захоронения трупов животных, павших от сибирской язвы (сибиреязвенные захоронения – земляные ямы, скотомогильники, биотермические ямы), случайно образованные почвенные очаги (ограниченные по площади и связанные с местами падежа и прирезки заболевших сибирской язвой животных), «моровые поля».

«Моровые поля» представляют собой значительные по площади территории, без чётких границ, на которых в прошлом наблюдался массовый падёж животных, связанный с эпизоотиями сибирской язвы.

1.3.6. Угрожаемой территорией считаются почвенные очаги с высокой степенью опасности, животноводческие хозяйства, населённые пункты, административные районы, где имеется угроза возникновения случаев заболевания животных или людей сибирской язвой.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. Механизм передачи возбудителя зависит от условий заражения и реализуется преимущественно контактным, а также пищевым и воздушно-пылевым путём. Возможна трансмиссивная передача возбудителя, которая реализуется при укусах инфицированными кровососущими членистоногими, а также инъекционная при введении контаминированных возбудителем наркотических смесей.

1.7. Сибирская язва у людей носит профессиональный или профессионально-бытовой характер. Контингентами высокого риска заражения являются сельскохозяйственные рабочие, работники животноводческих ферм, ветеринары, а также частные лица, занятые в разведении и переработке сельскохозяйственных животных, принимающие участие в вынужденном убое и разделке туш животных, непрошедших ветеринарное освидетельствование.

1.8. Сибирская язва имеет преимущественно летне-осеннюю сезонность.

1.9. Клинические формы

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

1.9.2. В зависимости от путей заражения у человека развиваются кожная (карбункулёзная, эдематозная, буллёзная, эризипелоидная разновидности), лёгочная, 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.

1.10. Восприимчивость и иммунитет

1.10.1 Восприимчивость к сибирской язве людей связана с путями заражения и величиной инфицирующей дозы.

1.10.2. Развитие постинфекционного иммунитета определяется тяжестью перенесенного заболевания. Постинфекционный иммунитет вырабатывается при тяжёлом течении сибирской язвы, при среднетяжёлом и лёгком течении инфекционного процесса иммунитет сохраняется не всегда, в связи с чем не исключены повторные случаи заражения.

II. Выявление, учёт и регистрация случаев заболеваний людей сибирской язвой

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.1. Выявление случаев заболевания сибирской язвой.

2.1.1. При обращении человека с подозрением на заболевание сибирской язвой за медицинской помощью медицинские работники должны принять меры по его экстренной госпитализации с целью дифференциальной диагностики и лечения вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

2.1.2. Больных, а также лиц с подозрением на заболевание сибирской язвой госпитализируют в инфекционные стационары (отделения) с соблюдением требований биологической безопасности и обеспечением противоэпидемического режима на всех этапах оказания медицинской помощи. Госпитализация осуществляеся санитарным транспортом. Ответственность за соблюдение требований биологической безопасности на этапах транспортировки и оказания медицинской помощи несёт руководитель соответствующей медицинской организации.

2.2 Регистрация и учёт случаев заболевания сибирской язвой.

2.2.1. Учреждение, обеспечивающее федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, немедленно информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и направляет внеочередное донесение о возникновении чрезвычайной ситуации в срок не позднее 12 часов после выявления больного или подозрительного на заболевание сибирской язвой.

2.2.2. Учреждение, обеспечивающее федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, также срочно информирует о выявлении больного или подозрительного на заболевание сибирской язвой человека (людей) территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный ветеринарный надзор.

2.2.3. Полноту, достоверность и своевременность учёта случаев заболеваний сибирской язвой, а также оперативное и полное сообщение о них в учреждения, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают и несут за это ответственность руководители медицинских организаций, выявивших больного.

2.2.4. По окончании эпидемиологического расследования учреждением, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека не позднее, чем через 10 дней после ликвидации очага, направляется акт эпидемиологического расследования очага сибирской язвы с установлением причинно-следственной связи. .

2.2.5. В случае подозрения на профессиональное заражение сибирской язвой медицинскими работниками в учреждения, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в установленном порядке подаётся извещение о регистрации профессионального заражения сибирской язвой.

III. Лабораторная диагностика сибирской язвы

3.1. Лабораторные исследования клинического, секционного и полевого материала при подозрении на сибирскую язву проводятся лабораториями, имеющими санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, заражённым или подозрительным на заражённость возбудителем сибирской язвы.

3.2. Все работы с материалом, подозрительным на заражённость возбудителем сибирской язвы, включая отбор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводятся в соответствии с действующими нормативно-методическими документами, регламентирующими деятельность с возбудителями I-II групп патогенности.

3.3. Материалами для исследования на сибирскую язву являются:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.7. Решение об исследовании материала сырья, продукции животного происхождения и из объектов окружающей среды принимается органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Отбор материала и его упаковку осуществляют специалисты филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в муниципальном образовании субъекта Российской Федерации с соблюдением безопасности работы с материалом, подозрительным на заражённость возбудителями I-II групп патогенности.

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

3.9. Обнаружение в сыворотке крови специфических антител непрямым методом флуоресцирующих антител, постановка аллергодиагностического теста с сибиреязвенным аллергеном *in vitro* являются дополнительными методами исследования Референс-центра по мониторингу за возбудителем сибирской язвы (ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора).

3.10. Для проведения лабораторных исследований используются диагностические системы, тест-наборы, питательные среды, зарегистрированные в установленном порядке.

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

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев сибирской язвы среди людей.

4.1. При получении экстренного извещения о случае заболевания или подозрения на заболевание людей сибирской язвой специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование с организацией комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий и оформлением необходимых документов согласно установленным требованиям.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- уничтожение (методом кремации) павших животных и продуктов животноводства, кожевенных и меховых производств и т.д., которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи возбудителя инфекции;

- организацию дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

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

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

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

4.8. Дезинфекционные мероприятия

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

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

4.8.3. Ответственными за организацию и проведение профилактических дезинфекционных мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей сибирской язвой, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

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

4.8.5. Для обеззараживания объектов, контаминированных возбудителем сибирской язвы, применяют методы и дезинфицирующие средства, обладающие спороцидной активностью, в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности).

При применении дезинфицирующих средств необходимо строго руководствоваться инструкциями по использованию конкретного препарата.

4.8.6. Дезинсекционные и дератизационные мероприятия включают профилактические санитарно-технические и истребительные мероприятия.

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

4.8.8. Истребительные мероприятия включают следующие этапы:

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

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

- организация и проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

- контроль эффективности дезинсекционных и дератизационных мероприятий.

4.8.9. Мероприятия, направленные на снижение численности грызунов, проводятся в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

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

4.8.11. Дезинфекционная бригада, проводит заключительную дезинфекцию в очаге в защитной одежде в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности).

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

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

4.8.13. Текущую и заключительную дезинфекцию в стационаре осуществляют в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности).

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

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

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

4.9. Противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях

4.9.1. Лица с подозрением на заболевание сибирской язвой подлежат немедленной госпитализации в инфекционный стационар (отделение). Оказание медицинской помощи больным сибирской язвой в общих терапевтических отделениях не допускается.

4.9.2. 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.

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

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

4.9.4. Лечение больных сибирской язвой проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

4.9.5. При поступлении больных с тяжёлыми формами сибирской язвы, оказание им реанимационной помощи в общих отделениях реанимации не допускается. При наличии таких больных в инфекционном отделении разворачивается отделение реанимации (палата интенсивной терапии).

4.9.6. При поступлении больных сибирской язвой в МО работа клинико-диагностических лабораторий проводится по утверждённому плану мероприятий в условиях поступления больных с особо опасными инфекционными болезнями (далее – план перепрофилирования) в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работ с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности).

4.9.7. План перепрофилирования утверждается главным врачом МО и согласовывается Главным государственным санитарным врачом административной территории субъекта Российской Федерации исодержиттребования по безопасному отбору материала, перечень необходимого оборудования и его обеззараживания, требования по применению средств индивидуальной защиты, наличие и использование дезинфицирующих средств.

4.9.8. В случае необходимости использования автоматических анализаторов, разрабатываются рабочие инструкции по правилам безопасной работы и дезинфекции приборов в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работ с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности). При проведении клинико-диагностических исследований допускается использование тест-полосок (безинструментальный метод). По окончании работ проводится заключительная дезинфекция.

4.10. Захоронение людей, умерших от сибирской язвы

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

В случае крайней необходимости вскрытие трупа сибиреязвенного больного производит только врач-патологоанатом (желательно в присутствии специалиста-эпидемиолога, специалиста по особо опасным инфекциям) с обязательной последующей заключительной дезинфекцией помещений, всех предметов, инструментария, бывших в употреблении халатов, перчаток, обуви и других.

4.10.2. Все манипуляции с трупом при подготовке его к захоронению проводит персонал медицинских организаций с соблюдением требований биологической безопасности. Родственникам разъясняются требования безопасности при прощании с умершим.

4.10.3. До выноса из помещения труп укладывают в гроб, выстланный пластиковой плёнкой, такой же плёнкой плотно накрывают труп сверху для исключения контакта с кожей лица и рук трупа. Под плёнку на дно гроба насыпают слой сухой хлорной извести.

В виде исключения при отсутствии гроба (по религиозным мотивам) допускается захоронение трупов людей, завёрнутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпается хлорная известь.

4.10.4. Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от сибирской язвы, производят на обычном кладбище, в общих крематориях в соответствии с правилами захоронения умерших в установленном порядке.

4.10.5. Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляют на любом транспорте в металлическом или плотно закрытом деревянном гробу в сопровождении специалистов территориальных органов, уполномоченных на осуществление санитарно-эпидемиологического контроля.

4.10.6. По месту жительства больного (трупа) проводят дезинфекцию предметов, которые могли быть контаминированы возбудителем (сырьё животного происхождения, одежда, обувь, кухонная посуда и другие).

4.11. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению заболеваний людей сибирской язвой в эпизоотических очагах инфекции

4.11.1. При выявлении случаев сибирской язвы среди животных (эпизоотический очаг) территориальные органы исполнительной власти, уполномоченные осуществлять государственный ветеринарный надзор, немедленно информируют территориальные органы исполнительной власти, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.11.2. Специалисты органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят эпидемиологическое обследование очага с целью определения границ очага, выявления лиц, контактировавших с материалом, содержащим возбудитель сибирской язвы (принимавшие участие в убое и разделке туш больных животных, ухаживавшие за больными животными, приготовлявшие и употреблявшие в пищу мясо больных животных).

4.11.3. При взаимодействии с ветеринарными службами, органами МВД устанавливаются места нахождения больных животных, мяса, мясопродуктов, шкур и другого сырья, полученного после вынужденного убоя, в том числе с вывозом за пределы очага.

4.11.4. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение в течение 8 дней, включающее ежедневный осмотр кожных покровов и ежедневное двукратное измерение температуры тела. Медицинское наблюдение организуется органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации. При наличии подозрения на заболевание сибирской язвой осуществляется немедленная госпитализация больного с целью уточнения этиологии заболевания.

4.11.5. Лицам, подвергшимся риску заражения, проводится экстренная профилактика антибактериальными препаратами. Экстренную профилактику следует проводить в ранние сроки после возможного инфицирования. Экстренная профилактика назначается лицам, которые находятся в очаге сибирской язвы, на весь период пребывания в очаге. Экстренная профилактика не назначается лицам, у которых с момента последнего контакта с источником инфекции прошло более 8 суток.

4.11.6. Лабораторному исследованию на сибирскую язву в эпизоотическом очаге подлежат:

- патологический материал от животных;

- продукция и сырьё животного происхождения;

- корма, пробы почвы, трава с территории выпаса животных, мест их содержания и падежа;

- вода открытых водоёмов;

- другие объекты окружающей среды, в том числе смывы с поверхностей, инструментария, предметов ухода за больными животными;

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

4.11.7. Исследования материала с целью обнаружения возбудителя сибирской язвы проводятся в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителем сибирской язвы, в соответствии с действующими нормативными методическими документами. Отбор проб материала проводится специалистами территориальных органов исполнительной власти, уполномоченных осуществлять государственный ветеринарный надзор.

4.11.8. Трупы павших от сибирской язвы (подозрительных на заболевание сибирской язвой) животных, все продукты, полученные при вынужденном убое больных сибирской язвой животных, подлежат сжиганию. Захоронение животных, павших от сибирской язвы, категорически запрещается.

4.11.9. Места содержания, падежа и вынужденного убоя больных сибирской язвой животных, места сжигания трупов павших животных подлежат дезинфекции с последующим бактериологическим контролем эффективности.

4.11.10. Категорически запрещается вывоз (ввоз) за пределы эпизоотического очага больных животных или подозрительных на заболевание сибирской язвой продуктов и сырья животного происхождения. При выявлении факта вывоза (ввоза) органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с другими заинтересованными органами организуют мероприятия по пресечению их реализации.

4.11.11. Для ухода за больными и подозрительными на заболевание животными закрепляют обслуживающий персонал, вакцинированный против сибирской язвы. Персонал обеспечивают спецодеждой, дезинфекционными средствами, аптечкой первой помощи, средствами личной гигиены. Перед началом работы под роспись проводится инструктаж о соблюдении мер биологической безопасности. При отсутствии привитых, привлеченным работникам назначается экстренная профилактика и за ними устанавливается медицинское наблюдение.

4.11.12. Работники, у которых на руках, лице и других открытых участках тела имеются царапины, ссадины, ранения или иные повреждения кожи, к работе по уходу за больными животными, уборке трупов, очистке и дезинфекции загрязнённых возбудителем помещений и прочих объектов не допускаются.

4.12. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению заболеваний людей сибирской язвой на предприятиях, перерабатывающих продукты и сырьё животного происхождения

4.12.1. Граждане, индивидуальные предприниматели, юридические лица, осуществляющие переработку и реализацию мяса, мясопродуктов, шкур и другого животноводческого сырья, обязаны выполнять требования, направленные на обеспечение их безопасности для населения.

4.12.2. Ответственность за выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на предприятиях по заготовке, хранению и переработке мясной продукции возлагается на руководителя предприятия.

4.12.3. Руководители и владельцы предприятий по заготовке, переработке и реализации животноводческой продукции и сырья (независимо от форм собственности) обеспечивают необходимые условия обеззараживания мяса и других продуктов, а также утилизации или уничтожения продуктов, признанных негодными в пищу, и хранение мясной продукции, а также сохранность подозрительного на заражённость возбудителем сибирской язвы мяса в период проведения лабораторных исследований в специальных изолированных камерах, холодильниках.

4.12.4. При обнаружении или установлении факта поступления на мясоперерабатывающее предприятие мяса и мясопродуктов от больных сибирской язвой животных органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в установленном порядке вводят на предприятии ограничительные мероприятия.

4.12.5. При лабораторном подтверждении сибирской язвы (предварительный положительный ответ) заражённые туши животных, внутренние органы и шкуры сжигают. Навоз, контаминированный возбудителем, также подлежит сжиганию.

Проводят дезинфекцию помещений, оборудования, спецодежды и других инфицированных объектов.

4.12.6. Работодатель обязан при проведении работ по утилизации заражённых туш животных, внутренних органов и шкур обеспечивать сотрудников спецодеждой, средствами индивидуальной защиты, провести инструктаж по безопасности работ.

4.12.7. Сотрудники предприятий по сбору, хранению, транспортировке, переработке продуктов и сырья животного происхождения и реализации изделий из них обязаны соблюдать правила личной гигиены.

V. Эпидемиологический надзор

5.1. В целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется постоянное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

5.2. При осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводится оценка эпидемиологической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на минимизацию рисков заражения людей сибирской язвой, недопущение распространения инфекции и формирования эпидемических очагов.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за сибирской язвой среди людей включает:

- мониторинг заболеваемости сибирской язвой людей, учёт всех случаев сибирской язвы;

- мониторинг за циркуляцией возбудителя, выявление, учёт, паспортизация ислежение за проявлением активности стационарно неблагополучных пунктов;

- составление/актуализация кадастра стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов и постоянный обмен информацией между заинтересованными органами об эпидемических и эпизоотических проявлениях сибирской язвы на данной территории;

- ежегодное проведение анализа ситуации по сибирской язве с учётом количества выявленных стационарно неблагополучных пунктов и динамики проявления их активности;

- слежение за проведением профилактической вакцинации лицам, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения сибирской язвой;

- оценку эффективности проводимых мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

5.4. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за сибирской язвой у людей проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.5. Мероприятия в стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктах и на угрожаемых территориях

5.5.1. Организация мер по обеспечению безопасности сибиреязвенных захоронений входит в полномочия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В целях обеспечения безопасности сибиреязвенных захоронений уполномоченный орган исполнительной власти:

- проводит работы по содержанию в надлежащем санитарном состоянии сибиреязвенных скотомогильников, биотермических ям, отдельных старых захоронений животных, павших от сибирской язвы;

- принимает меры по обеззараживанию почвы в местах с достоверно установленными границами захоронений трупов животных, павших от сибирской язвы;

- обеспечивает меры к оборудованию достаточного количества убойных пунктов и площадок с целью исключения в населённых пунктах подворного убоя животных без ветеринарного освидетельствования;

- обеспечивает контроль недопущения использования территорий, находящихся в санитарно-защитной зоне сибиреязвенного захоронения, для проведения какой-либо хозяйственной деятельности (организации пастбищ, пашни, огородов, водопоев, работ, связанных с выемкой и перемещением грунта, строительства жилых, общественных, промышленных или сельскохозяйственных зданий и сооружений и другие).

5.5.2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации совместно с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации и с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными осуществлять государственный ветеринарный надзор, ведут учёт стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов и угрожаемых территорий, составляют кадастр стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов и сибиреязвенных захоронений в субъектах Российской Федерации и ежегодно актуализируют данную информацию.

5.5.3. Все выявленные стационарно неблагополучные по сибирской язве пункты и расположенные на их территориях почвенные очаги инфекции (сибиреязвенные захоронения, места падежа, прирезки, случайные захоронения павших от сибирской язвы животных, «моровые поля» ) наносятся органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными осуществлять государственный ветеринарный надзор, на карту местности с обозначением на них места и границ почвенных очагов сибирской язвы, для сибиреязвенных захоронений указываются географические координаты. Копии карт хранятся в журналах учёта эпизоотических очагов.

5.5.4. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными осуществлять государственный ветеринарный надзор, организуется контроль проведения работ по ограждению и содержанию в надлежащем санитарном состоянии сибиреязвенных захоронений, обеспечения мер к оборудованию достаточного количества убойных пунктов и площадок, обеззараживания почвы в местах с достоверно установленными границами захоронений трупов животных, павших от сибирской язвы.

5.5.5. Агромелиоративные, строительные и другие работы, связанные с выемкой и перемещением грунта в границах сибиреязвенных захоронений и прилежащих территорий, проводится при обязательном согласовании с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.5.6. Установление (изменение) размеров санитарно-защитных зон сибиреязвенных захоронений проводится на основе результатов комплексной оценки эпидемиологической опасности данных объектов, проводимой организациями, наделенными соответствующими полномочиями.

5.5.7. В субъектах Российской Федерации, имеющих стационарно неблагополучные по сибирской язве пункты и угрожаемые территории, органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации совместно с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, органами ветеринарной службы субъектов Российской Федерации разрабатываются программы (планы) по профилактике сибирской язвы сроком на пять лет с обеспечением финансирования и ежегодной актуализацией, которые утверждаются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

5.5.8. На угрожаемых территориях в обязательном порядке формируются эпидемиологические запасы (резервы медицинских иммунобиологических препаратов, лекарственных, дезинфекционных средств, средств индивидуальной защиты, используемых при ликвидации очагов сибирской язвы). Организацию работы по формированию и хранению эпидемиологических запасов обеспечивают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Эпидемиологический запас должен быть сформирован из расчёта не менее 10 % от количества лиц, относящихся к группам риска, проживающих, в том числе временно работающих, на угрожаемых территориях.

VI. Профилактические мероприятия

6.1. Специфическая профилактика населения против сибирской язвы

6.1.1. Специфическая профилактика сибирской язвы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, инструкциями по применению вакцин и включает проведение профилактической вакцинации против сибирской язвы людям и животным.

6.1.2. Вакцинации против сибирской язвы 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.

6.1.3. К контингентам риска, подлежащим профилактическим прививкам в планом порядке, относятся:

- лица, занятые на работах по предубойному содержанию скота, а также по убою, снятию шкур и разделке туш;

- лица, занятые сбором, хранением, транспортировкой и первичной обработкой сырья животного происхождения (мяса, шкур, шерсти, костей, эндокринно-ферментного сырья и пр);

- лица, выполняющие сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные работы на угрожаемых территориях;

- лица, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителей сибирской язвы, а также с культурами возбудителя.

Определение других контингентов риска, подлежащих вакцинации против сибирской язвы по эпидпоказаниям (в очаге, при риске распространения инфекции и т.д.), проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.1.4. Решение о проведении и объёме профилактической вакцинации людей против сибирской язвы принимается органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор с учётом эпизоотических и эпидемических показаний. Для организации иммунизации издается постановление Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации.

6.1.5. Ответственными за организацию и проведение вакцинации населения против сибирской язвы являются органы исполнительной власти в субъектах Российской Федерации в области охраны здоровья, которые разарабатывают и согласовывают с органами федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора , план проведения иммунизации населения.

6.1.6. Контроль за проведением вакцинации, транспортировкой и хранением иммунобиологических препаратов проводят органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан   
по вопросам профилактики сибирской язвы

7.1. Гигиеническое воспитание населения и информационно-разъяснительная работа являются одним из методов профилактики сибирской язвы.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя представление населению подробной информации о сибирской язве, путях и источниках заражения, основных симптомах заболевания, мерах личной и общественной профилактики.

7.3. Используются средства массовой информации, листовки, плакаты бюллетени, проведение индивидуальных бесед и другие средства.

7.4. В гигиеническом воспитании населения по профилактике сибирской язвы участвуют органы исполнительной и муниципальной власти, медицинские и образовательные организации, органы и учреждения, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы и учреждения, уполномоченные осуществлять федеральный государственный ветеринарный надзор.

7.5. Контроль проведения гигиенического воспитания населения проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

## 7.2.2. Профилактика чумы

1. Общие положения

1.1. Чума является зоонозной природно-очаговой особо опасной бактериальной инфекционной болезнью с преимущественно трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Каждый случай заболевания чумой людей является основанием для объявления чрезвычайной ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

1.2. Первичный диагноз основывается на клинико-эпидемиологических данных.

Сигнальные клинические признаки чумы.

Бубонная форма чумы: инкубационный период 3-6 дней, наличие бубона/воспаленного лимфатического узла, бубон плотный, резко болезненный, связан с окружающей клетчаткой, плохо контурируемый.

Септическая форма чумы: инкубационный период 1-3 дня, тяжелая ранняя интоксикация, тяжелые общие симптомы болезни, возможное присоединение менингоэнцефалита, геморрагические проявления на слизистых оболочках и коже, быстрая смерть.

Легочная форма чумы: инкубационный период 1-3 дня, боли в грудной клетке, одышка, кашель, мокрота часто пенистая с прожилками крови, характерно несоответствие между данными объективного обследования легких и общим тяжелым состоянием больного.

Сигнальные эпидемиологические признаки чумы: контакт с больным чумой, контакт с дикими грызунами, промысловыми животными или их эктопаразитами на природно- очаговой территории, контакт с синантропными грызунами или домашними животными (кошками или собаками) на энзоотичной территории, контакт с больными верблюдами, прибытие из эпидемического очага чумы или эпидемического очага острых инфекционных болезней неизвестной этиологии, клинически сходных с чумой, смерть от неизвестного острого инфекционного заболевания на территории природного очага.

Восприимчивость человека к чуме высокая, абсолютная во всех возрастных группах и при любом пути заражения. После перенесенного заболевания развивается относительный иммунитет, не предохраняющий от повторного заражения.

1.2. Возбудитель чумы – Yersinia pestis входит в семейство I Enterobacteriaceae, род XLI Yersinia. Y. pestis грамотрицательная неподвижная факультативно анаэробная палочка. Имеет слизистую капсулу, спор не образует. Окрашивается биполярно анилиновыми красителями. В почве чумной микроб сохраняется до 7 мес., в захороненных трупах человека до года, в гное бубона до 20-30 дней, трупах верблюдов, грызунов – до 60 сут. Сохраняется в блохах до 400, а в клещах более 500 дней. Хорошо переносит низкую температуру, замораживание. Прямой солнечный свет убивает микроб за 2-3 часа, кипячение при 100º С – через 1 минуту.

1.3. 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. Птицы, пресмыкающиеся и земноводные к чуме невосприимчивы. Помимо диких грызунов, в эпизоотический процесс включаются синантропные грызуны (крысы, мышевидные). Основными переносчиками чумы являются блохи (более 70 видов) и клещи. Люди заболевают чумой, как правило, в природных очагах.

1.4. Механизмы и пути заражения:

– трансмиссивный (при укусе блох, заразившихся на больных грызунах, верблюде или человеке). Путь передачи – инокуляционный, контаминационный;

– контактный (при снятии шкурок с больных грызунов, разделке туш больных верблюдов, через кровь и выделения больного человека и т.д.). Путь передачи – прямой контакт, бытовой;

– аспирационный с воздушно-капельным (при снятии шкурок животных зубами, рубке мяса, при контакте с больными первичной или вторичной легочной формами чумы, аварии при работе с культурой возбудителя в лаборатории) и воздушно-пылевым путями передачи (при уборке кумарчика и проса);

– фекально-оральный (при употреблении в пищу недостаточно термически обработанного мяса зараженных животных); путь передачи – пищевой, водный, бытовой.

1.5.1. Инкубационный период длится от нескольких часов до 6 дней и более (в среднем 2-4 дня). Он короче при первичной легочной форме и более продолжительный при трансмиссивном заражении.

1.5.2 Вне зависимости от формы клинического течения чумы характерно острое начало заболевания, быстрый рост температуры до 39° С с потрясающим ознобом и нарастающей интоксикацией. Больные жалуются на головную боль, боли в мышцах, суставах, в области крестца. При тяжелом течении болезни возможна кровавая рвота с примесью крови, жажда. С первых часов заболевания развивается психомоторное возбуждение, больные беспокойны, чрезмерно активны, пытаются бежать, нарушается координация движений. Язык покрыт густым белым налетом – «меловой язык».

1.7. Противочумные учреждения Роспотребнадзора (далее – противочумные учреждения) осуществляют научно-методическое и практическое обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, направленного на профилактику чумы, участие в проведении комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по профилактике чумы.

1.8. Мероприятия по профилактике чумы, направленные на предупреждение возникновения заболеваний чумой среди населения, проживающего на территориях природных очагов инфекции, вывоза (выноса) ее за пределы природных очагов, завоза (заноса) из-за рубежа и распространения на территории Российской Федерации проводят в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами, нормативными документами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации и нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

1.9. Направлениями проведения противочумных мероприятий являются:

– проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территории природных очагов чумы Российской Федерации;

– проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территории Российской Федерации вне зоны природных очагов чумы;

– проведение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации в отношении организаций, осуществляющих международные перевозки пассажиров, транспортных средств, товаров, грузов, а также в отношении граждан, прибывших из стран, неблагополучных по чуме: Монголии, Казахстана, Китая, Кыргызстана, а также из других стран мира, в которых имеются эпидемически активные природные и антропургические очаги этой болезни (далее – страны, неблагополучные по чуме), во время эпидемических осложнений в них.

1.10. Организацию и проведение мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения по чуме на территории Российской Федерации, осуществляют органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственные им учреждения, а также другие заинтересованные организации в части[[28]](#footnote-28), отнесенной к их компетенции, индивидуальные предприниматели и юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в рамках утверждаемых ими комплексных планов по санитарной охране территории и возглавляемых межведомственными санитарно-противоэпидемическими комиссиями.

1.11. Организацию и проведение мероприятий по предупреждению возникновения чумы на территории ее природных очагов и территории вне зоны природных очагов, а также при завозе (заносе) чумы из зарубежных стран осуществляют органы Роспотребнадзора во взаимодействии с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, учреждениями ветеринарного профиля, а также при участии индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соответствии с осуществляемой ими деятельностью.

1.12. Противочумные учреждения обеспечивают проведение мероприятий по профилактике чумы и других особо опасных инфекционных болезней в субъектах Российской Федерации в соответствии с перечнем противочумных учреждений и закрепленных за ними субъектов Российской Федерации для оказания методической и практической помощи по вопросам профилактики чумы и других особо опасных инфекционных болезней и дифференцированием территории Российской Федерации при проведении мероприятий по профилактике чумы ([Приложения 37](#P197) и [38](#P410) к Санитарным правилам).

Дифференцирование профилактических мероприятий определяется с учетом рисков возникновения эпидемических проявлений чумы в субъектах, на территории которых имеются активные природные очаги чумы или отсутствуют природные очаги чумы, но в которые возможно распространение этой болезни, в том числе с учетом пограничных территорий других стран или субъектов Российской Федерации с активными природными очагами чумы.

1.13. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, направляющие работников на территории природных очагов чумы, информируют их о наличии природных очагов чумы в местах предполагаемого пребывания, мерах индивидуальной защиты и действиях при подозрении на заболевание чумой, а в случаях обострения эпизоотологической обстановки, по запросу территориальных органов Роспотребнадзора, в течение 3 дней предоставляют информацию обо всех лицах, работающих на территории этих природных очагов чумы.

1.14. Лабораторные исследования полевого, клинического и патологоанатомического материала при подозрении на чуму проводятся учреждениями, имеющими разрешение на работу с возбудителями I группы патогенности (опасности). В исключительных случаях, при удаленности учреждений, имеющих разрешение на работу с возбудителями I группы патогенности (опасности), допускается исследование материала на чуму прибывшими специалистами противочумных учреждений на базе лабораторий особо опасных инфекций учреждений Роспотребнадзора, имеющих разрешение на работу с возбудителями II группы патогенности (опасности).

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. В случае подозрения на заболевание чумой принимают меры по госпитализации больного в инфекционный стационар, предназначенный для госпитализации больных чумой (в соответствии с комплексным планом), изоляции контактировавших с больным лиц.

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

III. Лабораторная диагностика чумы

3.1. Лабораторные диагностические исследования материала на чуму осуществляют:

– лаборатории противочумных учреждений, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами I-IV групп патогенности;

– лаборатории Опорных баз Центров индикации на территории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами II-IV групп патогенности. Диагностические исследования выполняют специалисты противочумных учреждений;

В лабораториях медицинских организаций микробиологические исследования материала от больных чумой или с подозрением на чуму не проводят.

3.2. Лабораторному исследованию подлежат пробы материала от:

– больных (умерших) людей с симптомами болезни, сходными с клиническими проявлениями всех форм чумы, особенно если в их анамнезе имеются данные о посещении природного очага чумы или проживании на его территории;

– лиц, контактировавших с больными легочной чумой;

– лиц, участвовавших (без использования средств индивидуальной защиты) во вскрытии трупов людей и верблюдов, погибших от чумы;

– лиц, участвовавших в убое и разделке туши больного чумой верблюда, обработке мяса в процессе приготовления пищи, употреблявших в пищу мясо больных чумой животных.

3.3. Забор материала от больных и лиц, с подозрением на заражение или заболевание чумой, его упаковку проводят медицинские работники стационара, куда госпитализирован больной, в присутствии и под руководством специалистов отделов особо опасных инфекционных болезней ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации или противочумных учреждений с использованием средств индивидуальной защиты. В экстренных случаях забор материала от больного осуществляют два медицинских работника, один из которых врач, подготовленный по вопросам диагностики особо опасных инфекций и обученный правилам биологической безопасности при работе с клиническим материалом, подозрительным на заражение возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности.

Секционный материал забирают медицинские работники патологоанатомических отделений (или БСМЭ) в присутствии специалиста по особо опасным инфекциям.

3.4. Материалом для проведения исследований по обнаружению возбудителя чумы служат:

– при бубонной форме чумы содержимое бубона, отечная жидкость при наличии выраженного отека вокруг бубона, отделяемое вскрывшегося бубона и пунктат из его плотной периферической части;

– при кожной и кожно-бубонной форме чумы содержимое язв, окружающего язву плотного инфильтрата, некротических язв, фурункулов, везикул, пустул, геморрагических карбункулов;

– при легочной форме чумы мокрота, мазок со слизистой зева;

– при всех формах чумы, в том числе септической кровь, моча;

– при поражении кишечника испражнения;

– в случаях поражения мозговых оболочек (развитие чумного менингита) спинномозговая жидкость;

– смывы с различных поверхностей и пробы воздуха в помещениях, где находятся больные легочной формой чумы;

– у лиц, контактировавших с больным первичной или вторичной легочной формой чумы, мазок из зева;

– при вскрытии трупов людей, погибших от чумы или от болезней, подозрительных на чуму, для исследования забирают пробы внутренних органов, кровь.

3.5. Диагностические исследования материала осуществляют с использованием методов экспресс- и ускоренной диагностики, бактериологического и биологического анализа:

– индикацию маркеров возбудителя чумы в исследуемом материале методами ПЦР, МФА, ИФА, РНГА и др.;

– посев на среды накопления и дифференциально-диагностические, постановка биологической пробы с целью выделения культуры возбудителя чумы;

– идентификацию выделенных культур возбудителя чумы.

3.6. Результат о выявлении возбудителя чумы в исследуемом материале выдают на основании выделения культуры из посевов исследуемого материала, идентифицированной как *Y.* *pestis* по морфологическим, культуральным, биохимическим и молекулярно-биологическим свойствам.

Предварительный ответ о выявлении маркеров (ДНК, антигены) чумного микроба выдают на основании наличия специфического свечения при окраске мазка иммуноглобулинами чумными флуоресцирующими, наличия ДНК *Y. рestis,* выявленной в ПЦР, положительных результатов иммуносерологических реакций.

При заборе материала на фоне лечения антибактериальными препаратами окончательный положительный ответ может быть выдан на основании выявления маркеров возбудителя чумы без выделения культуры при наличии клинического диагноза и соответствующего эпидемиологического анализа.

Отрицательный ответ выдают на основании результатов бактериологического анализа: отсутствие специфического роста культуры *Y. рestis* на питательных средах на всех этапах исследования; отсутствие сероконверсии в парных сыворотках больного. Запрещается выдавать окончательный отрицательный ответ на основании результатов экспрессной и ускоренной диагностики.

3.7. При проведении эпизоотологического обследования природных очагов чумы осуществляют лабораторное исследование, отобранного в очагах материала (носители, переносчики, объекты окружающей среды).

3.8. Для лабораторной диагностики чумы используют диагностические препараты, тест-системы, питательные среды, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке.

IV. Организация и проведение санитарно-профилактических мероприятий   
в природных очагах чумы

4.1. Оценку уровня потенциальной эпизоотической и эпидемической опасности природных очагов чумы и возникновения чрезвычайной ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, имеющей международное значение[[29]](#footnote-29), а также эпизоотологический и эпидемиологический прогнозы по чуме на территории Российской Федерации осуществляет ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институтом «Микроб» Роспотребнадзора совместно с ФКУЗ Противочумный центр Роспотребнадзора и другими противочумными учреждениями.

4.2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, расположенных на территории природных очагов чумы, а также юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие хозяйственную и иную деятельность на данной территории, обеспечивают:

– надлежащее выполнение санитарно-эпидемиологических требований к содержанию территории организаций и населенных пунктов и хозяйствующих субъектов с целью создания условий, препятствующих проникновению и жизнедеятельности грызунов, зайцеобразных, насекомоядных животных, а также их блох, клещей и вшей (эктопаразиты этих животных);

– организацию и проведение [дератизации](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D5BEBC68AF1009DB93E565A450E5A97B74D26CC2078E4E47D8D061ED1C2FD4DFA9B5095ABC941C39ES7t0M) и [дезинсекции](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D58EBCB8BF3079DB93E565A450E5A97B74D26CC2078E4E47D8D061ED1C2FD4DFA9B5095ABC941C39ES7t0M), которые осуществляются организациями, занимающимися дезинфекционной деятельностью на территории населенного пункта или на расположенных в пределах объекта (организации) и имеющие лицензию на данный вид деятельности[[30]](#footnote-30), по решению межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии;

– оценку эффективности проведения дератизации и дезинсекции с участием противочумных учреждений;

– организацию противочумных мероприятий противочумными учреждениями в соответствии с [пунктом 2.4](#P53) санитарных правил;

– ежегодное гигиеническое воспитание и обучение, направленное на повышение санитарной культуры, профилактики заболеваний и распространения знаний о здоровом образе жизни[[31]](#footnote-31) жителей населенного пункта и работников организаций на территории с выявленной эпизоотией по вопросам профилактики чумы с участием специалистов противочумных и других учреждений Роспотребнадзора, медицинских организаций, в том числе с использованием средств массовой информации (например: печатное издание, сетевое издание);

– предоставление списка сотрудников организаций, расположенных или выполняющих работы на территориях с выявленной эпизоотией, со сведениями необходимыми для организации проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

4.3. Руководители медицинских организаций, расположенных на территории природного очага чумы, при возникновении подозрения на заболевание чумой не позднее чем через два часа информируют территориальные органы Роспотребнадзора (в том числе противочумные учреждения) и органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

4.4. На территории с выявленной эпизоотией ограничивают все виды охоты и добычи животных, вовлекаемых в эпизоотический процесс по чуме, за исключением их отлова (отстрела) для эпизоотологического обследования.

4.5. При выявлении эпизоотии чумы администрация населенных пунктов и организаций, расположенных или выполняющих работы на энзоотичных территориях, обеспечивает:

– организацию и проведение с привлечением сил (силами) противочумной станции полевой дератизации и дезинсекции (барьерные обработки) с целью создания защитной зоны шириной до 500 м от границы населенного пункта или от границы отдельных объектов;

– организацию и проведение дератизации и дезинсекции на территории населенного пункта, которые осуществляются организациями, занимающимися дезинфекционной деятельностью на территории населенного пункта или на расположенных в пределах объекта (организации) и имеющие лицензию на данный вид деятельности;

– ограничение хозяйственной, туристической, исследовательской, поисковой и иной деятельности на территории, определяемой противочумными станциями, на срок до прекращения эпизоотических проявлений.

– ограничение охоты, рыболовства, отдыха на эпизоотической территории, запрет вывоза сельскохозяйственной (например: зерно, сено, фураж) и животноводческой продукции за пределы зоны эпизоотии на срок, определенный решением межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии;

– запрещение выпаса верблюдов на эпизоотических участках.

4.6. При выявлении эпизоотии чумы органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинские организации обеспечивают:

– медицинское наблюдение за населением, находящимся в зоне эпизоотии;

– по запросам противочумных учреждений забор биологического материала для ретроспективной диагностики чумы.

4.7. Органы и учреждения субъектов Российской Федерации в области ветеринарии в целях оперативной разработки и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий[[32]](#footnote-32) по предупреждению возникновения и распространения заболевания чумой среди населения незамедлительно информируют противочумные станции обо всех заболеваниях верблюдов с симптомами чумы, случаях с неясной клинической картиной заболевания и падежа верблюдов от неизвестных причин, организуют и проводят их вакцинацию против чумы.

V. Организация и проведение санитарно-профилактических мероприятий   
вне природных очагов чумы

5.1. Руководители организаций, осуществляющих международные перевозки, владельцы транспортных средств, операторы перевозок и руководители администрации пунктов пропуска через государственную границу обеспечивают доступ специалистов противочумных учреждений и органов Роспотребнадзора, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, на территории принадлежащих им объектов, в транспортные средства, прибывшие из стран, неблагополучных по чуме, а также в помещения временного хранения грузов и товаров для проведения эпизоотологического обследования.

5.2. Руководители организации, осуществляющей международные перевозки, и владельцы транспортного средства и операторы перевозок по решению должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу, направляют прибывшие из стран, неблагополучных по чуме, транспортные средства, на которых выявлены носители, переносчики чумы, следы их жизнедеятельности, больные или павшие животные (трупы), а также в случае выявления больных (или при подозрении на заболевание чумой) на санитарную стоянку (причал, тупик, площадку) для организации проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) противочумных мероприятий.

Лица, находящиеся в транспортном средстве, в котором выявлены носители и переносчики чумы, подлежат медицинскому наблюдению на срок инкубационного периода (6 дней). В случае получения отрицательных результатов лабораторного исследования носителей и переносчиков на наличие возбудителя чумы, медицинское наблюдение прекращается.

5.3. Руководители организации, осуществляющей международные перевозки, и владельцы транспортного средства по решению должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу, направляют прибывшее из страны, неблагополучной по чуме, транспортное средство, на котором выявлен больной с подозрением на чуму, на санитарную стоянку (причал, тупик, площадку) для проведения противоэпидемических противочумных мероприятий. В отношении пассажиров и экипажа транспортного средства принимаются меры (изоляция или медицинское наблюдение).

5.4. Граждане, юридические лица и индивидуальные предприниматели после получения и вскрытия контейнеров и лихтеров с товарами и грузами за пределами пунктов пропуска через государственную границу во всех случаях обнаружения в них грызунов или следов их жизнедеятельности, а также блох, клещей и вшей (эктопаразитов грызунов), сообщают об этом в территориальный орган Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

5.5. Шкуры животных, являющихся потенциальными источниками заражения человека чумой (суслики, сурки, верблюды), ввозимые на территорию страны без сопроводительных документов, подлежат конфискации и утилизации[[33]](#footnote-33).

1. Мероприятия в эпидемическом очаге чумы

6.1. В случае возникновения эпидемического очага (очагов) чумы общее руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага (очагов) единичных, групповых и массовых случаев заболевания населения чумой осуществляется межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссией, создаваемой решением администрации района, города, области, края, республики и действующей на постоянной основе.

6.2. В эпидемическом очаге чумы в соответствии с комплексным планом мероприятия по предупреждению распространения инфекционной болезни организуют и проводят органы и учреждения Роспотребнадзора во взаимодействии с органами исполнительной власти, в том числе в сфере охраны здоровья, медицинскими организациями, учреждениями субъектов Российской Федерации в области ветеринарии[[34]](#footnote-34), юридическими лицами при консультативно-методической и практической помощи противочумных учреждений.

6.3. Юридические лица и индивидуальные предприниматели в эпидемическом очаге чумы обеспечивают выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения заболевания чумой в эпидемическом очаге в соответствии с решениями межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии.

6.4. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, медицинские организации в части, отнесенной к их компетенции, а также граждане – выполняют решения межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага чумы.

6.5. Медицинские организации обеспечивают:

– выявление больных с симптомами чумы и оказания им медицинской помощи;

– своевременное оповещение Управления (территориального отдела) Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, противочумного учреждения обо всех случаях подозрения на заболевание чумой среди населения;

– развертывание госпитальной базы в эпидемическом очаге чумы в соответствии с комплексным планом по санитарной охране территории;

– организацию транспортирования больных специализированным транспортом, их госпитализацию, клинико-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;

– наблюдение за лицами, находящимися в обсерваторе (при наложении карантина);

– патологоанатомическое вскрытие в случаях[[35]](#footnote-35): невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; смерти от инфекционного заболевания или при подозрении на него; смерти от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы.

6.6. Клинико-диагностические лаборатории медицинских организаций (определенных комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории) выполняют клинико-диагностические исследования материала от больных (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), при подозрении на заболевания чумой, по жизненным показаниям, в соответствии с утвержденным планом перепрофилирования лаборатории, обеспечивающим выполнение требований санитарных правил по безопасности работы с возбудителями I-II групп патогенности (опасности), под контролем специалистов противочумного учреждения.

6.7. В случае возникновения необходимости осуществления по жизненным показаниям хирургического вмешательства у больного с подозрением на чуму, такое вмешательство проводится в присутствии специалистов противочумного учреждения или отдела (лаборатории) особо опасных инфекций ФБУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации. По окончании операции проводится заключительная дезинфекция.

6.8. Взятие патологоанатомического материала и его транспортирование в специализированные лаборатории, а также захоронение умерших от чумы проводится в присутствии специалистов противочумного учреждения или отдела (лаборатории) особо опасных инфекций ФБУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации.

Подготовка умершего от чумы к захоронению осуществляется медицинской организацией. Перевозка трупа к месту захоронения производится на выделенном транспорте бригадой эвакуаторов (врач, фельдшер, санитар) в защитной одежде.

6.9. По решению межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии на территории, где выявлен больной чумой, осуществляется организация отстрела животных-носителей чумы, проведение полевой дератизации и дезинсекции на энзоотичной территории, а также изъятие у населения добытых при охоте тушек животных-носителей чумы.

6.10. При выявлении больных бубонной формой чумы в эпидемическом очаге вводят противоэпидемические (профилактические) мероприятия, при выявлении больных легочной формой чумы вводят карантин.

Карантин вводится на всей территории субъекта Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населенных пунктов данного субъекта Российской Федерации решением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании предписания территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В случаях введения карантина на территории соответствующего субъекта Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населенных пунктов данного субъекта Российской Федерации запрещается выезд (выход) людей без прохождения обсервации. Наблюдение за лицом, находящимся в обсерваторе, продолжается в течение 6 дней.

Движение транспортных средств и людей через границу территории карантина допускается только через специально организованные пункты пропуска по решению межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии.

Ввоз товаров и грузов в зону карантина, а также вывоз из зоны карантина допускается только по решению межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии.

Контроль за соблюдением гражданами, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями ограничительных мероприятий (карантина) на территории субъекта Российской Федерации осуществляет орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации совместно с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

6.11. При устранении угрозы распространения чумы орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании предписания территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимает решение об отмене ограничительных мероприятий (карантина).

VII. Эпидемиологический надзор

7.1. Эпидемиологический надзор за чумой – это комплекс мероприятий, включающий слежение за эпизоотическими проявлениями чумы, эпидемиологическое наблюдение за населением, проживающим или временно находящимся на территории природных очагов, проведение санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, предупреждающих первичное заражение человека чумой, а в случае его возникновения - антропонозное распространение болезни.

7.2. Организацию и проведение мероприятий по эпидемиологическому надзору за чумой в ее природных очагах на территории Российской Федерации осуществляют ФКУЗ «Противочумные станции» Роспотребнадзора (далее - противочумные станции) при консультативно-методической и практической помощи территориальных научно-исследовательских противочумных институтов Роспотребнадзора, во взаимодействии с другими учреждениями санитарно-эпидемиологического, лечебно-профилактического и ветеринарного профиля соответствующего субъекта Федерации.

7.3. Объем, характер и направленность профилактических мероприятий определяется результатами эпизоотологического обследования и прогнозом эпизоотической и эпидемиологической ситуации по чуме в конкретных природных очагах, на основании чего осуществляется планирование мероприятий на последующий год.

На основе получаемых показателей осуществляется корректировка территориально-календарного плана работы зоологических групп, уточнение численности и дислокации населения, подвергающегося риску заражения чумой, планирование и проведение комплекса целенаправленных санитарно-профилактических (противоэпидемических) противочумных мероприятий.

7.4. На каждый природный очаг чумы на территории Российской Федерации составляют электронный паспорт, включающий его название, географические границы в настоящее время и в прошлом; физико-географическую и ландшафтную характеристики, вирулентность возбудителя; описание пространственной и биоценотической структуры, исторические данные об эпизоотической активности и эпидемических осложнениях, социальных и других важных в эпидемиологическом отношении факторах, данные о медицинских и ветеринарных учреждениях и о проводившихся в очаге мероприятиях по специфической и неспецифической профилактике.

VIII. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

Специфическая профилактика.

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

8.2. 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 Российской Федерации по рекомендации противочумных учреждений.

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

8.4. Вакцинацию против чумы обеспечивают органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и осуществляют медицинские организации[[36]](#footnote-36).

Неспецифическая профилактика

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. Все профилактические мероприятия планируются, согласовываются и проводятся под надзором противочумных учреждений во взаимодействии с другими учреждениями Роспотребнадзора, органами и организациями общей медицинской сети и ветеринарной службы.

8.8. Мероприятия по заблаговременной профилактике организуют и проводят юридические или физические лица на договорной основе в соответствии с рекомендациями противочумных учреждений или эпидемиологическими Предписаниями региональных Управлений Роспотребнадзора силами органов и учреждений дезинфектологического профиля независимо от форм собственности за счет финансирования из региональных бюджетов административных субъектов, частных предпринимателей или отдельных граждан.

8.9. Во всех случаях применения физических и химических дезинфекционных средств (орудий лова и сбора, дезинфектантов, акарицидов и инсектицидов, родентицидов) местные органы власти, хозяйствующие субъекты и граждане оповещаются о целях, датах, объемах и местах проведения мероприятий, свойствах применяемых средств и препаратов, ограничительных мерах и мерах предосторожности при обращении с химическими средствами.

8.10. При проведении экстренной профилактики чумы в эпидемических очагах, выявлении экстенсивных эпизоотий в популяциях основных носителей или синантропных грызунов администрация муниципальных образований, хозяйствующие субъекты на основании рекомендаций противочумных учреждений обеспечивают:

– планирование, организацию и проведение полевой дератизации и дезинсекции (барьерные обработки) с целью создания защитной зоны шириной до 500 м от границы населенного пункта или объекта силами противочумных учреждений;

– планирование, организацию и проведение поселковой дератизации и дезинсекции в населенных пунктах всех типов, на объектах и сооружениях различного назначения силами организаций или учреждений дезинфекционного профиля, имеющих лицензию на данный вид медицинской деятельности;

– ограничения хозяйственной, туристической, исследовательской и иной деятельности на эпизоотических участках природных очагов чумы на срок до прекращения активных эпизоотических проявлений;

– ограничения охоты, рыболовства, отдыха населения на энзоотичной территории, запрет вывоза сельскохозяйственной продукции (зерно, фураж, сена, соломы, продуктов животноводства) за пределы зоны эпизоотии на срок, определенный межведомственной СПЭК;

– контроль численности, ветеринарное наблюдение за верблюдами, вакцинация верблюдов, запрещение их выпаса на эпизоотических участках.

8.11. Шкуры животных, являющихся потенциальными источниками заражения человека чумой (суслики, сурки, верблюды), ввозимые на территорию страны без сопроводительных документов, подлежат конфискации, направляются для исследования в лабораторию противочумного учреждения с последующей утилизацией в установленном порядке.

IX. Гигиеническое воспитание и обучение граждан вопросам профилактики

9.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики чумы.

9.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации об инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальных бесед.

9.3. Для населения, приобретающего лицензии на охоту и рыболовство, информационно-разъяснительную работу проводят органы, выдавшие лицензию.

## 7.2.3. Профилактика бруцеллеза

1. Общие положения

1.1. Бруцеллёз – зоонозное особо опасное инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся множественными механизмами передачи возбудителя, формированием антропургических очагов, волнообразным рецидивирующим течением инфекционного процесса, склонностью к хронизации, протекающее с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной и половой систем. Код А23 по международной классификации болезней МКБ-10.

1.2. Диагноз бруцеллез устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

1.2.1. Эпидемиологические критерии:

- пребывание в эндемичном очаге бруцеллёзной инфекции;

- профессиональная принадлежность: работники животноводческих (звероводческих) хозяйств (ферм), мясо- и молококомбинатов, других предприятий по переработке продуктов и сырья животного происхождения, убойных пунктов, пунктов стрижки, купки овец, чабаны, пастухи, доярки, зооспециалисты и ветеринарные работники, персонал лабораторий, работающий с живыми культурами бруцелл и лабораторными животными, заражёнными возбудителем бруцеллёза;

- содержание и уход за сельскохозяйственными животными;

- употребление пищевых продуктов, полученных от заражённых животных: сырое молоко, кисломолочные продукты (брынза, сливки, сметана, кумыс и др.), термически недостаточно обработанное мясо.

1.2.2. Клинические критерии:

- общие признаки инфекционного процесса (лихорадка, потливость, озноб, слабость, недомогание, головная боль, отсутствие аппетита, тошнота и др.);

- генерализованная лимфаденопатия;

- абдоминальные проявления (гепатомегалия, спленомегалия, гепатит);

- поражения опорно-двигательного аппарата (артралгия, артрит, миалгия, боль в спине, спондилит, сакроилеит, тендовагинит, фиброзит);

- специфические органные поражения (у мужчин – орхоэпидидимит, простатит, бесплодие; у женщин – выкидыш, сальпингит, оофорит, бесплодие);

- поражения сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит, перикардит);

- неврологические проявления (менингоэнцефалит, вегетативная дисфункция, поражения периферической нервной системы).

1.2.3. Лабораторные критерии (см. III. Лабораторная диагностика).

1.3. Возбудитель бруцеллёза относится к роду *Brucella* (II группа патогенности). Бруцеллы являются грамотрицательными факультативными внутриклеточными патогенами, вызывающими заболевание у большого числа животных и человека. Род *Brucella (В.)* состоит из 12 самостоятельных видов, различающихся по биохимическим, метаболическим, антигенным и вирулентным характеристикам: *B. melitensis* представлен 3 биоварами (основные хозяева – козы и овцы), *B. abortus* – 7 биоварами (крупный рогатый скот), *B. suis* – 5 биоварами (свиньи – 1, 2, 3 биовары; зайцы – 2 биовар; северные олени – 4 биовар; мышевидные грызуны – 5 биовар), *B. neotomae* (пустынные кустарниковые крысы), *B. ovis* (бараны), *B. canis* (собаки), *B. ceti* (китообразные), *B. pinnipedialis* (ластоногие), *B. microti* (серая полевка), *B. inopinata* (основной хозяин не установлен), *B. papionis* (бабуины), *B. vulpis* (рыжая лисица).

1.4. Бруцеллы обладают высокой инвазивностью, могут проникать через неповреждённые слизистые и через микротравмы кожных покровов, относятся к внутриклеточным паразитам, могут находиться и вне клеток, что важно для бактериологической диагностики бруцеллёза и тактики лечения.

Возбудитель бруцеллёза обладает общей для неспорообразующих бактерий устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды, способен длительное время сохраняться в различных субстратах. Во влажной среде при температуре 55 °C возбудитель бруцеллёза погибает через 60 мин, при 60 °C – через 30 мин, при 70 °C – через 10 мин, при кипячении – моментально. Сухой жар (90-95 °C) убивает бруцеллы в течение часа. Под действием солнечного света бруцеллы погибают в сроки от нескольких минут до 7-8 дней в зависимости от интенсивности инсоляции, атмосферных условий и т.д.

Возбудитель бруцеллёза чувствителен к различным дезинфицирующим веществам (ДВ). Выраженной бактерицидной активностью по отношению к бруцеллам обладают: 0,5-3,0 % раствор хлорамина, 3 % раствор водорода перекиси и 1,0-4,0 % формалина, 0,02-0,3 % (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе четвертичных аммониевых соединений (ЧАС), триамина и полигексаметиленгуанидина (ПГМГХ).

В сыром молоке, хранящемся в холодильнике, возбудитель бруцеллёза сохраняется до 10 дней, в сливочном масле – более 4 недель, в домашнем сыре – до 3 недель, брынзе – до 45 дней, в простокваше, сметане – до 15 дней, в кумысе, шубате (сброженное верблюжье молоко) – до 3 суток, в мясе – до 12 дней, во внутренних органах, костях, мышцах и лимфатических узлах инфицированных туш – более 1 мес., в овечьей шерсти, смушках – до 4 мес. В замороженных инфицированных мясных и молочных продуктах бруцеллы остаются жизнеспособными в течение всего срока хранения. В почве сохраняют жизнеспособность до 100 дней, в воде – до 114 дней.

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

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

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

1.5.3. Основными источниками бруцеллёзной инфекции для человека являются мелкий рогатый скот, крупный рогатый скот, свиньи. Отмечаются случаи заражения людей бруцеллёзом от северных оленей, собак, лошадей, верблюдов, яков, кошек, пушных животных в звероводческих хозяйствах.

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

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

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

1.6.2. Инфицирование людей возбудителем бруцеллёза алиментарным путём происходит при употреблении молока, кисломолочных продуктов, мяса и мясных продуктов, полученных от больных бруцеллёзом животных и не прошедших достаточную термическую обработку.

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

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

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

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

* людей профессиональной принадлежности: работники животноводческих (звероводческих) хозяйств (ферм), мясо- и молококомбинатов и других предприятий по переработке продуктов и сырья животного происхождения, убойных пунктов, пунктов стрижки, купки овец; чабаны, пастухи, доярки, зооспециалисты и ветеринарные работники, персонал лабораторий, работающих с живыми культурами бруцелл и лабораторными животными, заражёнными возбудителем бруцеллёза;
* владельцев сельскохозяйственных животных, лиц, занятых уходом за животными;
* лиц, употребляющих пищевые продукты, полученные от заражённых бруцеллёзом животных: сырое молоко, кисломолочные продукты (брынза, сливки, сметана, кумыс и др.), термически недостаточно обработанное мясо.

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

1.9.1. Инкубационный период заболевания у человека составляет 1-4 недели, при латентн9ой инфекции – до 2-3 мес.

1.9.2. Заболевание протекает с вовлечением в процесс многих органов и систем организма, характеризуется широким спектром симптомов. Начинается, как правило, с повышения температуры тела до 39-40 °C (характерны подъёмы температуры в вечерние и ночные часы) в течение 7-10 дней и более, при отсутствии соответствующей терапии лихорадка держится до 2-3 месяцев. Лихорадка сопровождается ознобами, повышенной потливостью и общими симптомами интоксикации. В последующем присоединяются симптомы поражения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма (артрит, спондилит, ишиорадикулит, менингоэнцефалит, миокардит и другие клинические проявления). Для бруцеллёза характерно относительно удовлетворительное самочувствие больного на фоне высокой температуры. Клинически выделяют острый (до 3 месяцев от начала заболевания), подострый (до 6 месяцев), первично-латентный (субклинический), хронический (6 месяцев – 2 года), резидуальный бруцеллёз (свыше 2 лет). Хронический бруцеллёз может протекать как вторично-хронический (свыше 6 месяцев от начала острого) и первично-хронический (начало заболевания установить не удается).

1. Выявление, учёт и регистрация
   1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.
   2. Учреждения, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренных извещений проводят учёт необходимых сведений в формах федерального статистического наблюдения и оперативно информируют орган, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
   3. В случае подозрения на профессиональное заболевание бруцеллёзом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента установления диагноза направляет это извещение в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
      1. При получении экстренного извещения о случае подозрения на профессиональное заболевание бруцеллёзом специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют проведение эпидемиологического расследования по установлению причинно-следственных связей профессионального инфицирования бруцеллёзом, по итогам которого оформляется санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работника в установленном порядке.

III. Лабораторная диагностика

1. Лабораторные исследования клинического, секционного материала и объектов окружающей среды при подозрении на бруцеллёз проводятся лабораториями, имеющими санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, зараженным или подозрительным на заражённость микроорганизмами I-II групп патогенности.
2. Диагностические иммунологические (серологические) исследования по обнаружению в крови людей антигенов возбудителя бруцеллёза (без накопления возбудителя) и/или антител к ним, ПЦР-исследования (без накопления возбудителя) по детекции в клиническом материале ДНК возбудителя бруцеллёза, аллергологические тесты *in vitro* (цитометрический тест активации базофилов, реакция лизиса лейкоцитов), могут проводиться в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности.
3. Клинический материал для исследования: кровь, сыворотка крови, спинномозговая жидкость, синовиальная жидкость (при артритах), моча, желчь, гной (при абсцессах), пунктаты костного мозга и лимфатических узлов. Исследования проводят молекулярно-генетическим (ПЦР), иммунологическими (реакции агглютинации Хеддельсона, Райта, ИФА, РНГА, Кумбса, внутрикожная проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, пробирочная реакция лизиса лейкоцитов), бактериоскопическим (световая и люминесцентная микроскопия), бактериологическим (выделение чистой культуры, её идентификация и межвидовая дифференциация штаммов), биологическим (заражение биопробных животных) методами в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.
4. Лабораторными критериями подтверждения диагноза «Бруцеллез», являются:

* изоляция *Brucella* spp. из крови или другого биологического материала (пунктаты костного мозга или лимфатических узлов, синовиальная жидкость, ликвор, экссудат при бурситах, грудное молоко, желчь, мокрота, трупный материал);
* положительный результат выявления ДНК *Brucella* spp. методом ПЦР только в комбинации с положительными иммунологическими реакциями: реакция Райта, ИФА, реакция Кумбса, РНГА, аллергическая проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, реакция лизиса лейкоцитов;
* для диагностики острого и подострого бруцеллёза: наличие титра антител в реакции Райта, ИФА, РНГА, а при низком уровне антител – в реакции Кумбса и ИФА; положительный результат цитометрического теста активации базофилов;
* для диагностики хронического бруцеллёза: наличие комплекса положительных иммунологических реакций (ИФА, реакция Кумбса, РНГА, аллергическая проба Бюрне, цитометрический тест активации базофилов, реакция лизиса лейкоцитов);
* для диагностики резидуального бруцеллёза: положительная аллергическая проба Бюрне при отсутствии диагностического титра антител или его роста в динамике в иммунологичеких реакциях.

1. По эпидпоказаниям для установления причинно-следственных связей проводят исследование биоматериала от животных, сырья животного происхождения (шерсть, кожа), продуктов животноводства (мясо и мясные продукты, молоко и молочные продукты), проб объектов окружающей среды (почвы, травы, фуража, подстилки, воды, смывов и пр.). Исследование проводят бактериологическим, биологическим, иммунологическими и молекулярно-генетическим методами в установленном порядке.
2. Во всех случаях выделения штаммов бруцелл от людей проводится дифференциация их до вида и биовара.
3. Выделенные штаммы возбудителя бруцеллёза передаются в установленном порядке в Референс-центр по мониторингу за возбудителем бруцеллёза и Центр верификации диагностической деятельности, осуществляющий функцию государственной коллекции Роспотребнадзора, для проведения окончательной идентификации, генетического типирования штаммов возбудителя бруцеллёза и пополнения национального коллекционного фонда штаммов возбудителя бруцеллёза.

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

* 1. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий
     1. На территории субъектов Российской Федерации, где регистрируются случаи бруцеллёза среди животных, при участии органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, противочумных учреждений, органов Россельхознадзора в субъекте Российской Федерации, органов, уполномоченных на государственный ветеринарный надзор, и органов управления здравоохранением в субъекте Российской Федерации должны быть разработаны целевые программы или комплексные планы по профилактике бруцеллёза. Аналогичные планы разрабатываются для административных территорий субъекта.
     2. Контроль выполнения мероприятий по профилактике заражения людей бруцеллёзом проводят органы, уполномоченные на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, во взаимодействии с органами, уполномоченными на осуществление государственного ветеринарного надзора.
     3. Владельцы сельскохозяйственных животных вне зависимости от форм собственности обязаны:
        1. выполнять ветеринарно-санитарные требования по профилактике бруцеллёза сельскохозяйственных животных, своевременному выявлению бруцеллёза среди поголовья и информированию органов, уполномоченных на осуществление государственного ветеринарного надзора, о наличии признаков заражения бруцеллёзом животных (абортирование, задержка отделения плодных оболочек (последа), наличие орхитов, эпидидимитов, эндометритов, маститов, бурситов и др.);
        2. обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты, бытовыми помещениями;
        3. организовывать проведение предварительных и периодических медицинских осмотров на бруцеллёз персонала в установленном порядке.
  2. Мероприятия в очаге заболевания людей бруцеллёзом
     1. При получении экстренного извещения из МО о выявлении случая заболевания бруцеллёзом органы, уполномоченные на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение суток организуют проведение эпидемиологического обследования очага с привлечением специалистов ветеринарной службы для установления источников и факторов передачи возбудителя инфекции.
     2. При установлении факта контакта больного с животными, больными бруцеллёзом, инфицированной животноводческой продукцией или сырьём при осуществлении профессиональной деятельности органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в рамках эпидемиологического расследования проводятся проверочные мероприятия по месту работы заболевшего. Обследование объекта проводится с привлечением профильных специалистов органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и специалистов ветеринарного надзора.
     3. Больных бруцеллёзом людей госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары или, в случае отсутствия такой возможности, больных помещают в отдельные терапевтические палаты. Выписка больных производится после исчезновения клинических признаков.
     4. После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению у врача-инфекциониста.
     5. Ввиду длительности течения бруцеллёзной инфекции и возможности ee рецидивов через продолжительный период времени после наступления полной компенсации сроки наблюдения не устанавливаются. В каждом отдельном случае диспансерное наблюдение следует проводить до угасания активности инфекционного процесса. Периодичность активного наблюдения за больными бруцеллёзом устанавливается в зависимости от тяжести заболевания:
* в состоянии декомпенсации – постоянное наблюдение в условиях стационара и амбулаторно, лечение;
* в состоянии субкомпенсации – активное наблюдение не реже 1 раза в месяц и при необходимости лечение;
* в состоянии компенсации – активное наблюдение не реже 1 раза в 2-4 месяца и при необходимости лечение.
  + 1. Дополнительные дезинфекционные мероприятия по месту нахождения больного не проводятся.
  1. Эпидемиологическое обследование очага бруцеллёза
     1. Эпидемиологическое обследование очага бруцеллёза проводят специалисты органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов после получения экстренного извещения из МО.
     2. Целью эпидемиологического расследования случаев заболевания людей бруцеллёзом является:
        1. выявление совместно со специалистами ветеринарной службы источника инфекции, факторов и путей заражения;
        2. выявление всех лиц, имевших контакт с источником инфекции или находившихся в очаге заболевания животных;
        3. организация медицинского наблюдения за лицами, имевшими возможность заразиться в данном очаге, с обязательным лабораторным обследованием;
        4. проведение комплекса мероприятий по предупреждению заражения людей бруцеллёзом и ликвидации эпизоотического очага.
     3. При эпидемиологическом обследовании очага, специалист, проводящий эпидемиологическое расследование, выясняет возможность контактов больного с животными, сырьём и продуктами животного происхождения.
     4. Для выявления путей и факторов передачи возбудителя инфекции проводится обследование животноводческих хозяйств сельхозпредприятий (молокотоварных ферм, овце- и козоводческих хозяйств, отгонных пастбищ, пунктов стрижки овец, кошар и др.), индивидуальных животноводческих хозяйств, звероводческих хозяйств, предприятий по убою, переработке сырья и продуктов животноводства (мясокомбинатов, молокозаводов, сыроваренных предприятий, убойных пунктов, частных предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства при фермерских хозяйствах), в которых предположительно произошло заражение людей бруцеллёзом.
     5. Обследование животноводческих хозяйств различных форм собственности проводится органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора совместно со специалистами служб, осуществляющих ветеринарный надзор, в присутствии администрации (владельца) хозяйства или предприятия.
     6. При проведении обследования по эпидемическим показаниям специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обращают внимание на условия труда работников, соблюдение ими противобруцеллёзного режима, для чего следует:
        1. оценить санитарно-гигиеническое состояние объекта, благоустройство территории, водоснабжение, наличие дезинфицирующих и моющих средств, обустройство бытовых помещений для работников, оборудование скотомогильников, биотермических ям или трупосжигательных печей, наличие уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов, последов;
        2. установить наличие средств индивидуальной защиты персонала (одежда, обувь, рукавицы, резиновые или клеёнчатые фартуки, перчатки, защитные маски, очки и др.), их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, обеспечение централизованной стирки, наличие аптечек, умывальников, мыла, дезинфицирующих средств для обработки рук, обуви и пр.;
        3. в целях выявления алиментарного пути заражения проверить соблюдение режима пастеризации молока, условия хранения и обработки молочной посуды, фильтрующего материала, установить порядок реализации молока и молочных продуктов, режима приготовления сыров из козьего и овечьего молока;
        4. выявить порядок первичной обработки шкур, шерсти, козьего пуха, а также условия и порядок транспортировки сырья и продуктов животноводства из обследуемого хозяйства;
        5. при подозрении на внутрилабораторное заражение бруцеллёзом провести проверочные мероприятия по выполнению санитарно-противоэпидемиологического режима работы лаборатории;
        6. проверить организацию проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на бруцеллёз персонала хозяйства или предприятия, независимо от их форм собственности.
     7. Выявленным лицам, имевшим возможность заразиться в очаге, необходимо организовать проведение их клинико-лабораторного обследования на бруцеллёз.
     8. Лабораторное обследование контактных лиц включает комплекс иммунологических реакций на бруцеллёз (Хеддельсона, Райта, ИФА и др.). Лица с отрицательными реакциями подлежат повторному иммунологическому обследованию через 14 дней. Лица с сомнительными и положительными реакциями без клинических проявлений бруцеллёза подлежат повторному иммунологическому и углублённому клинико-лабораторному обследованию.
     9. Лихорадящие контактные или подозрительные на заболевание бруцеллёзом лица подлежат обязательному бактериологическому обследованию на бруцеллёз.
     10. Данные эпидемиологического обследования контактных лиц заносят в Карту эпизоотолого-эпидемиологического обследования зоонозного заболевания. Сведения о больном человеке, заразившемся в данном очаге, а также лицах из числа подвергшихся инфицированию, диагноз у которых был установлен позже, заносятся во Вкладыш к Карте.
     11. Вкладыш (сведения о больном в данном очаге) хранится в Карте на данный очаг и нумеруется в соответствии с числом заболевших лиц в данном очаге.
     12. Если эпидемиологическое обследование проводится в связи с выявлением больных бруцеллёзом животных, результаты проверки оформляются актом (совместно со специалистами ветеринарной службы), в котором следует отразить результаты выполнения противобруцеллёзного режима, состояние профилактики инфицирования возбудителем бруцеллёза работающих, организацию медицинского обследования лиц, контактных с источником и факторами передачи инфекции, а также проверки противоэпидемических мероприятий.
     13. Составляется план мероприятий по ликвидации очага, выдаются предписания по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
     14. В случаях выявления грубых нарушений установленных требований санитарного законодательства в части профилактики бруцеллёза в животноводческих хозяйствах и на перерабатывающих предприятиях, повлекших за собой заболевания людей бруцеллёзом, органом, уполномоченным осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимаются в установленном порядке меры административного характера при необходимости закрытия работы предприятия.

V. Эпидемиологический надзор

* 1. Эпидемиологический надзор за бруцеллёзом проводится органами и организациями, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
  2. В целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется непрерывное наблюдение за динамикой эпидемических проявлений инфекции и эпизоотической ситуации, а также за факторами и условиями, способствующими циркуляции возбудителя с целью своевременной разработки комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и принятия управленческих решений.
  3. При осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводят:
* мониторинг заболеваемости людей бруцеллёзом, территориального распространения и анализ заболеваемости отдельных групп населения (сельского, городского, по возрастным и профессиональным группам и др.);
* контроль активного выявления медицинскими организациями больных бруцеллёзом из числа лиц с диагнозами, не исключающими заболевание бруцеллёзом, лабораторное обследование на бруцеллёз, в том числе на гемокультуру (по показаниям), длительно лихорадящих больных;
* анализ эпизоотологической ситуации по бруцеллёзу по материалам, представляемым государственной ветеринарной службой, включая анализ комплекса ветеринарно-санитарных мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей бруцеллёзом;
* мониторинг проводимых мероприятий по профилактике профессионального заражения бруцеллёзом;
* слежение за динамикой эпидемиологически значимых социальных явлений (миграция населения, характер хозяйственной деятельности, санитарно-гигиенические условия работы в сельскохозяйственном производстве и на предприятиях по переработке продуктов животноводства и сырья, уровень медицинского обслуживания и др.);
* разработка тактики специфической профилактики бруцеллёза;
* оценка качества, своевременности и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью их оптимальной корректировки;
* разработка прогнозов развития эпидемиологической ситуации.

VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

* 1. Профилактика бруцеллёза включает комплекс ветеринарно-санитарных, хозяйственных и медико-санитарных мероприятий, конечной целью которых является ликвидация инфекции среди сельскохозяйственных животных и прекращение заболеваний среди населения. Учитывая то, что бруцеллёз – зоонозная инфекция, основой эпидемического благополучия являются меры по профилактике инфекции среди животных и своевременной ликвидации очагов эпизоотии в случае их возникновения.

Медико-санитарные мероприятия по профилактике бруцеллёза включают: вакцинопрофилактику, защиту людей от инфицирования, медицинские осмотры профессиональных контингентов.

* 1. Вакцинация людей против бруцеллёза (специфическая профилактика)
     1. Профилактические прививки против бруцеллёза входят в календарь прививок по эпидемическим показаниям и проводятся в соответствии с действующими нормативными актами в области иммунопрофилактики.
     2. Решение о проведении и объёме профилактической иммунизации людей против бруцеллёза принимается органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъекте Российской Федерации, при согласовании с органами управления здравоохранением в субъекте с учётом текущей эпизоотической ситуации и эпидемиологических показаний.
     3. Общим показанием к проведению профилактических прививок у людей против бруцеллёза является наличие условий профессионального или бытового характера, создающих возможность их инфицирования возбудителем бруцеллёза козье-овечьего вида (*B. melitensis*).
     4. Вакцинация проводится в очагах козье-овечьего типа лицам, достигшим 18 лет и выполняющим следующие работы:
* по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллёзом;
* по убою скота, больного бруцеллёзом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов;
* животноводам, ветеринарным работникам, зоотехникам в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу.
  + 1. Вакцинации подлежат работники бактериологических лабораторий, работающих с бруцеллами, и персонал предприятий, осуществляющих убой больного бруцеллёзом скота (положительно реагирующих по бруцеллёзу животных) и переработку полученного от них сырья, продуктов животноводства.
    2. Вакцинацию постоянным и временным работникам, занятым в животноводстве, проводят по эпидемическим показаниям до окончания регистрации в хозяйствах случаев бруцеллёза козье-овечьего вида среди животных – как мелкого, так и крупного рогатого скота.
    3. Недопустимо проведение иммунизации людей после контакта (или вероятного контакта) с больными животными или факторами передачи возбудителя бруцеллёза в очагах инфекции.
    4. Иммунизация персонала хозяйств, неблагополучных по бруцеллёзу, вызванному *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis* не проводится.
    5. Для иммунизации людей против бруцеллёза применяется сухая живая вакцина, изготовленная из вакцинного штамма *B. abortus* 19 ВА.
    6. Эпидемиологическая эффективность вакцинации зависит от правильного определения показаний к её проведению, полноты отбора подлежащих иммунизации профессиональных групп, в том числе временного персонала, соблюдения сроков вакцинации и ревакцинации.
    7. Предварительно, не более чем за 30 дней до иммунизации, проводится медицинский осмотр всех лиц, подлежащих вакцинации (ревакцинации), с обязательным иммунологическим обследованием: серологическим (реакция Хеддельсона (Райта) или ИФА) и аллергологическим (аллергическая проба Бюрне или цитометрический тест активации базофилов).
    8. Вакцинации подлежат лица с чёткими отрицательными иммунологическими (серологическими и аллергологическими) реакциями на бруцеллёз.
    9. Прививки не проводятся лицам моложе 18 лет, женщинам в период беременности и кормящим матерям, т.к. они не должны привлекаться к работам, связанным с риском заражения бруцеллёзом, а также лицам, имевшим положительные иммунологические реакции на бруцеллёз на протяжении последних 2 лет. При выявлении резко положительной пробы Бюрне (5×6 см и более) повторное аллергологическое обследование этим методом не следует проводить в течение 5 лет.
    10. К работе с инфицированными животными или сырьём люди могут допускаться не ранее чем через 1 мес. после вакцинации.
    11. Поствакцинальный иммунитет сохраняет наивысшую напряжённость в течение 5-6 месяцев. В связи с этим при определении сроков проведения вакцинации в животноводческих хозяйствах необходимо строго руководствоваться данными о времени проведения различных животноводческих работ (окот, стрижка, профилактические обработки (купка) и др.).
    12. Ревакцинация проводится через 12 мес. после вакцинации лицам с чёткими отрицательными иммунологическими (серологическими и аллергологическими) реакциями на бруцеллёз.
    13. Прививки против бруцеллёза могут быть достаточно эффективными лишь при одновременном проведении всего комплекса санитарных и ветеринарных мероприятий.
  1. Профилактические мероприятия по предупреждению заражения людей в эпизоотических очагах бруцеллёза (неспецифическая профилактика)
     1. При выявлении случаев заболевания бруцеллёзом сельскохозяйственных животных специалисты ветеринарной службы информируют органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
     2. Противоэпизоотические мероприятия по ликвидации очагов бруцеллёза организуют и контролируют органы, уполномоченные на государственный ветеринарный надзор, в установленном порядке.
     3. При выявлении эпизоотических очагов бруцеллёза в животноводческих хозяйствах вне зависимости от форм собственности органы, уполномоченные осуществлять ветеринарный надзор, организуют ограничительные мероприятия в установленном порядке. При участии органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, разрабатывается план мероприятий по ликвидации эпизоотического очага, в котором предусмотрены мероприятия по защите людей от заражения возбудителем бруцеллёза.
     4. Руководители животноводческих хозяйств вне зависимости от форм собственности при наложении ограничений по бруцеллёзу на хозяйство обязаны:
        1. организовать проведение внеочередного профилактического медицинского осмотра работников и владельцев животных, включая лабораторное обследование на бруцеллёз для раннего выявления заболевших;
        2. приказом по хозяйству закрепить работников, занятых уходом за больным и положительно реагирующим на бруцеллёз поголовьем сельскохозяйственных животных; не допускать к работе лиц, не достигших 18-летнего возраста, беременных и кормящих женщин, рабочих, больных острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, больных бруцеллёзом, а так же работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований биологической безопасности;
        3. провести инструктаж с работниками, занятыми уходом за поголовьем животных, о соблюдении требований биологической безопасности, необходимости использования средств индивидуальной защиты (СИЗ) для предупреждения заражения бруцеллёзом;
        4. обеспечить всех работников, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения бруцеллёзом, в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, специальная обувь и др.), своевременную их замену и централизованную стирку;
        5. принять меры по обеспечению работников надлежащими условиями для соблюдения личной гигиены (туалетные комнаты, душевые, мыло, индивидуальные полотенца и др.), бытовыми помещениями для приёма пищи и отдыха, отдельными шкафчиками для хранения личной, рабочей и защитной одежды;
        6. обеспечить рабочие места достаточным набором уборочного инвентаря, дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении возбудителя бруцеллёза;
        7. обеспечить неукоснительное выполнение требований по подготовке к вывозу за пределы неблагополучного хозяйства животноводческого сырья (молоко, мясо и т.д.) и согласование с органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического и государственного ветеринарного надзора, порядок его использования и переработки;
        8. согласовать с органами государственного ветеринарного и государственного санитарно-эпидемиологического надзора условия и порядок вывоза положительно реагирующего на бруцеллёз поголовья для убоя и переработки.
     5. Основные требования по использованию молока и молочных продуктов из неблагополучных по бруцеллёзу хозяйств:
        1. запрещается вывоз необеззараженного молока, полученного от коров неблагополучной фермы, хозяйства, стада в населённом пункте на молокоперерабатывающее предприятие, для продажи на рынках, использования в сети общественного питания и т.д.; молоко из неблагополучных по бруцеллёзу хозяйств подлежит первичной обработке непосредственно на ферме (в хозяйстве) в течение всего времени до полной ликвидации болезни у животных и снятия ограничений;
        2. молоко от коров, положительно реагирующих на бруцеллёз, обеззараживают кипячением или переработкой на масло топлёное-сырец; выработку масла производят с соблюдением условий, отвечающих санитарным требованиям на производство пищевых продуктов;
        3. кипячёное молоко разрешается использовать в пищевых целях, при этом поставка его в медицинские, детские и школьные организации не допускается;
        4. молоко (сливки) от отрицательно реагирующих на бруцеллёз коров неблагополучного стада, в том числе молоко для внутрихозяйственных нужд (заменитель цельного молока) обеззараживают при температуре 75 °C в течение 30 мин или при температуре 85-90 °C в течение 20 с или кипячением;
        5. молоко (сливки) от коров одновременно неблагополучного стада (фермы) по бруцеллёзу и туберкулёзу обеззараживают при температурном режиме, установленном правилами для обеззараживания молока при туберкулёзе;
        6. молоко и обрат, предназначенные для использования на корм животным, также подлежат обеззараживанию при температуре 85-90 °C в течение 20 секунд или кипячением;
        7. запрещается использование необеззараженного молока, полученного от коров неблагополучного стада (фермы), и обрата для кормления молодняка животных;
        8. молочным заводам (маслозаводам) разрешается отпускать хозяйствам обрат только после его обеззараживания путём пастеризации или термической обработки острым паром при указанных выше режимах;
        9. пахту и обрат, полученные при изготовлении топлёного масла, используют в корм животным только на данной ферме, скармливание их животным благополучных ферм, хозяйств и вывоз в другие хозяйства запрещается;
        10. запрещается изготовление брынзы и сыров из козьего (овечьего) молока на фермах, неблагополучных по бруцеллёзу.
     6. При выявлении в индивидуальных хозяйствах положительно реагирующего на бруцеллёз поголовья или больных животных органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор:
        1. уточняют список лиц, занимавшихся уходом за животными, контактировавших с животноводческой продукцией, а также употреблявших продукты животноводства от больного поголовья;
        2. выдают предписания медицинской организации на проведение медицинского обследования, включая серологические обследования контактных с больным животным (факторами передачи инфекции) лиц для раннего выявления больных бруцеллёзом и последующего медицинского наблюдения в установленном порядке;
        3. совместно со специалистами ветеринарной службы проводят инструктаж с владельцами животных по соблюдению мер профилактики заражения бруцеллёзом при уходе за больным и положительно реагирующим на бруцеллёз поголовьем, об опасности заражения бруцеллёзом алиментарным путём: при употреблении молока и кисломолочных продуктов, не прошедших достаточную термическую обработку.
     7. Индивидуальным владельцам сельскохозяйственных животных запрещается самостоятельный убой больных и положительно реагирующих на бруцеллёз животных, реализация населению продуктов животноводства (молоко, кисломолочные продукты, мясо, мясные продукты). Для убоя животные по согласованию с ветеринарными специалистами должны быть доставлены на мясоперерабатывающие предприятия, имеющие соответствующее разрешение.
     8. Убой, переработка животных, положительно реагирующих на бруцеллёз, и продуктов их убоя осуществляется на мясоперерабатывающих предприятиях, получивших разрешение от органов, уполномоченных на осуществление государственного ветеринарного надзора и органов, уполномоченных на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Разрешение предприятию выдается на один год в установленном порядке.
     9. Для проведения убоя, переработки положительно реагирующего на бруцеллёз поголовья сельскохозяйственных животных и продуктов их убоя руководители мясоперерабатывающих предприятий должны обеспечить следующие требования:
        1. иметь оборудованную санитарную бойню, на которой осуществляется приём и отдельный убой положительно реагирующих на бруцеллёз животных;
        2. иметь специально выделенные загоны для размещения больших партий животных (базы предубойного содержания); убой разрешается в убойном цехе, либо в конце смены, либо в отдельную смену или в специально выделенный день, утверждённый приказом руководителя предприятия;
        3. базы предубойного содержания животных, на которых производится передержка положительно реагирующих животных, должны иметь полы с твёрдым покрытием, оборудованы жижестоками и жижеприёмниками, устройством для обеззараживания стоков;
        4. на предприятии должны быть выделены отдельные складские помещения (холодильные камеры) для хранения сырья до поступления на переработку;
        5. сырьё и продукты убоя, полученные от положительно реагирующих на бруцеллёз животных, подлежат промышленной переработке (изготовление консервов и вареных колбасных изделий) непосредственно на данном мясоперерабатывающем предприятии; вывоз полученного сырья за пределы предприятия запрещается;
        6. предприятие должно быть обеспечено необходимым набором бытовых помещений, построенных по типу санпропускника, иметь гардеробные для раздельного хранения домашней, санитарной и специальной одежды и обуви персонала, душевые установки, помещения для приёма пищи и курения (в цехах принимать пищу и курить запрещается), укомплектованные аптечки первой медицинской помощи;
        7. во всех производственных помещениях должны быть водонепроницаемые полы без выбоин с достаточным количеством трапов для удаления смывных вод, облицованные плиткой на высоту 1,8 м стены, у входа – коврики, пропитанные дезинфицирующим раствором; для сбора субпродуктов должна быть выделена водонепроницаемая, хорошо поддающаяся санитарной обработке тара с маркировкой «Бруцеллёз», а для конфискатов – закрывающаяся водонепроницаемая тара с маркировкой «Конфискаты»;
        8. после окончания убоя помещение санитарной бойни, убойного цеха, базы предубойного содержания, цеха по переработке продукции, технологическое оборудование, инвентарь, санитарную и специальную одежду и обувь, используемые при переработке скота и продуктов его убоя, подвергают дезинфекции согласно действующим нормативным документам;
        9. навоз из загонов, где находились положительно реагирующие на бруцеллёз животные, должен направляться в навозохранилище для биотермического обеззараживания; жидкий навоз и производственные стоки цехов также подвергают обеззараживанию;
        10. транспортные средства, доставившие положительно реагировавших на бруцеллёз животных, после выгрузки скота подвергают сначала дезинфекции, а затем механической очистке и мойке в установленном порядке;
        11. отходы убоя подвергаются сжиганию на территории мясоперерабатывающего предприятия.
     10. Руководители мясоперерабатывающего предприятия для предупреждения инфицирования возбудителем бруцеллёза работников должны обеспечить следующие требования:
         1. к приёму, транспортировке и убою положительно реагирующих на бруцеллёз животных, разделке туш и переработке сырья, полученного от них, допускаются только постоянные работники предприятия, обеспеченные всеми необходимыми средствами индивидуальной защиты, прошедшие медицинское обследование на бруцеллёз и привитые против бруцеллёза, а также с положительными иммунологическими (серологическими и/или аллергологическими) реакциями при обследовании на бруцеллёз, не имеющие диагностических титров или роста титров в динамике, в отношении которых соответствующими медицинскими учреждениями исключено заболевание бруцеллёзом;
         2. лица, имеющие на кистях рук порезы, ссадины и другие повреждения кожи, допускаются к работе только в резиновых перчатках после предварительной обработки поражённого участка кожи антисептиками; при работе с тушами животных всех видов (и продуктов убоя), реагирующих на бруцеллёз, поступивших из хозяйств, неблагополучных по бруцеллёзу, все участвующие в этих работах должны использовать защитную одежду и СИЗ;
         3. запрещается допускать к приёму, убою положительно реагирующих на бруцеллёз животных и переработке туш и сырья, полученного от них, лиц, не достигших 18-летнего возраста, беременных и кормящих женщин, сезонных рабочих, работников, не привитых против бруцеллёза или привитых, но до истечения 1 месяца после прививки; больных с острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, больных с клиническими проявлениями бруцеллёза, работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований биологической безопасности;
         4. список работников, допущенных к работе по убою, переработке положительного на бруцеллёз поголовья животных, должен быть утвержден приказом руководителя предприятия;
         5. до начала работ с положительно реагирующим на бруцеллёз поголовьем в обязательном порядке с каждым работником должен быть проведен инструктаж под роспись о необходимости соблюдения техники безопасности, использовании средств индивидуальной защиты и соблюдении гигиенических требований для профилактики профессионального заражения бруцеллёзом;
         6. администрация предприятия обязана обеспечить персонал в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеёнчатые фартуки, специальная обувь и др.), моющими и дезинфицирующими средствами;
         7. на предприятиях должна быть организована централизованная дезинфекция, стирка и чистка спецодежды.
     11. Ответственность за выполнение на предприятии требований биологической безопасности при осуществлении работ по убою животных и переработке сырья, инфицированного возбудителем бруцеллёза, возлагается на руководителя предприятия.
     12. Администрация предприятия обязана поставить в известность органы государственного санитарно-эпидемиологического и ветеринарного надзора о времени поступления и переработки животных с положительными диагностическими реакциями на бруцеллёз.
  2. Организация медицинских осмотров профессиональных контингентов (неспецифическая профилактика)
     1. При поступлении на работу лица, подвергающиеся риску заражения бруцеллёзом, подлежат предварительному медицинскому осмотру с проведением клинического и лабораторного обследования на бруцеллёз.

Работающие лица, подвергающиеся риску заражения бруцеллёзом, подлежат периодическому медицинскому осмотру с проведением клинического и лабораторного обследования на бруцеллёз не реже 1 раза в год.

К лицам, подвергающимся профессиональному риску заражения бруцеллёзом, относятся:

* + - 1. постоянные и временные работники животноводческих, звероводческих хозяйств (ферм), как благополучных, так и неблагополучных по бруцеллёзу;
      2. лица, занятые обслуживанием, стрижкой, забоем животных, первичной обработкой и транспортированием сырья и продуктов животноводства из этих хозяйств;
      3. постоянные и временные работники предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства, поступающих из районов и хозяйств, неблагополучных по бруцеллёзу любого вида животных;
      4. медицинский, ветеринарный, зоотехнический и другой персонал, работающий с живыми культурами бруцелл или заражённым ими биологическим материалом, с больными и подозрительными на заражение бруцеллёзом животными.
    1. На территориях, неблагополучных по бруцеллёзу сельскохозяйственных животных, лабораторное обследование людей проводят один раз в год, на благополучных территориях (в течение 5 лет) – один раз в два года.
    2. Ответственность за организацию предварительных и периодических медицинских осмотров работников возлагается на руководителя организации, предприятия, хозяйства.
    3. Контроль полноты охвата контингентов, подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам на бруцеллёз, проводят органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
    4. При проведении медицинских осмотров врачебную комиссию возглавляет врач-профпатолог. Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации, проводящей медицинский осмотр.
    5. При проведении медицинского осмотра в обязательном порядке проводится иммунологическое обследование на бруцеллёз – реакция Хеддельсона (Райта) или ИФА и аллергическая проба Бюрне или цитометрический тест активации базофилов.

Если в обследовании планируется использовать пробу Бюрне, необходимо обязательно соблюдать следующую последовательность лабораторных исследований: вначале берётся кровь для иммунологических реакций, а затем проводится постановка пробы Бюрне. Постановка пробы Бюрне осуществляется в условиях стационара (отделении, больнице) или специализированном противобруцеллёзном отделении.

* + 1. Сыворотка крови от лиц, подозрительных на инфицирование бруцеллёзом, у которых при отсутствии клинических проявлений бруцеллёза выявлены положительные результаты реакции Хеддельсона) или аллергической пробы Бюрне, цитометрического теста активации базофилов, обязательно исследуется в пробирочной реакции Райта и/или ИФА.
    2. Больные с клиническими проявлениями, характерными для бруцеллёзной инфекции (поражение опорно-двигательного аппарата, нервной системы, нарушение слуха, зрения, воспалительные заболевания мочеполовой системы и др.), подлежат углублённому медицинскому осмотру с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений (инфекционист, невропатолог, гинеколог, уролог, хирург и др.).
    3. Лица с положительными и сомнительными результатами иммунологических реакций без клинических проявлений заболевания подлежат тщательному обследованию врачом-инфекционистом с обязательным лабораторным исследованием на бруцеллёз не реже одного раза в квартал.
    4. Уточнение или подтверждение диагноза проводится врачом-инфекционистом в инфекционном стационаре (отделении, больнице) или специализированном противобруцеллёзном отделении.
    5. Профилактические медицинские осмотры животноводов проводят через 1–2 мес. после окончания массового окота и отёла животных (обычно II квартал), работников предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства – через 1–2 мес. после массового забоя скота.
    6. Лица, временно привлекаемые к уходу за животными и к переработке сырья и продуктов животноводства, обследуются через 1–2 мес. после сезонных работ. Контроль полноты охвата этих контингентов проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
    7. Во время проведения периодических медицинских осмотров и лабораторного обследования медицинские работники проводят разъяснительную работу среди обследуемых контингентов по профилактике бруцеллёза.

VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан   
по вопросам профилактики бруцеллёза

* 1. Гигиеническое воспитание и обучение населения является одним из методов профилактики бруцеллёза.
  2. Гигиеническое воспитание населения включает: представление населению подробной информации о бруцеллёзе, мерах специфической и неспецифической профилактики бруцеллёза, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших животных, необходимости их изоляции и проведении санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведения индивидуальных бесед и т.д.
  3. В зависимости от особенностей групп населения, среди которых проводится гигиеническое воспитание и обучение, следует акцентировать внимание на вопросах профессионального характера. Для работников общественного животноводства следует показать наносимый бруцеллёзом экономический ущерб, подчеркнуть, что от них зависит выявление первых случаев абортов у животных, проведение срочных дезинфекционных мер, способствующих оздоровлению стада и всего хозяйства.
  4. Работников предприятий, перерабатывающих сырьё и продукты животного происхождения, животноводов необходимо ознакомить с их правами и правилами по обеспечению спецодеждой, а также наиболее подробно следует осветить меры личной профилактики.
  5. Для населения, содержащего в личных хозяйствах овец и коз, важно подчеркнуть значение экстренных санитарных и ветеринарных мер при появлении признаков заболевания животных бруцеллёзом, отметить, что нарушение и несоблюдение их приводит к распространению инфекции, как среди людей, так и животных общественного стада, об ответственности за нарушение санитарного законодательства.
  6. Работу по организации и проведению гигиенического воспитания населения проводят органы и учреждения, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ветеринарные службы, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

## 7.2.4. Профилактика лептоспироза

I. Общие положения

1.1. Лептоспирозы – зоонозные природно-очаговые инфекционные болезни с нетрансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Источник (резервуар) инфекции – животное, больное лептоспирозом (носитель).

1.2. Диагноз лептоспироза у человека считают установленным при наличии характерных клинических симптомов, эпидемиологического анамнеза и лабораторном подтверждении любым регламентированным нормативно-методическими документами методом.

1.2.1. Эпидемиологические:

- проживание больного в эпидемиологически неблагополучном регионе или пребывание на энзоотичной территории;

- контакт с водой открытых водоемов пресной воды (купание,рыбная ловля, спортивные мероприятия);

- контакт с биологическим материалом (кровь, выделения) сельскохозяйственных животных при убое, разделке туш или уходе за ними на энзоотичных территориях;

- наличие группы профессионального риска.

1.2.2. Клинические:

- острое начало, с поражением почек, печени, нервной и сосудистой систем, нередко с геморрагическим синдромом и желтухой.

1.2.3. Лабораторные:

Лабораторное подтверждение диагноза основано на обнаружении возбудителя или антител к нему (раздел III. Лабораторная диагностика).

1.3. Возбудители лептоспирозов людей и животных – спирохеты, относящиеся к роду *Leptospira* семейства *Leptospiraceae* порядка *Spirochaetales*. К настоящему моменту род *Leptospira* насчитывает более 300 сероваров, на основе геносистематики выделены 22 вида лептоспир. Патогенны для человека 9 видов, 5 обладают промежуточной патогенностью и 6 видов являются сапрофитами.

Серовары лептоспир объединены в серогруппы, что важно для клинической диагностики и эпидемиологического анализа, так как серогруппа возбудителя обуславливает характерную клинику и тяжесть заболевания, имеет определенную гостальную (хозяинную) специфичность.

1.4. В Российской Федерации наиболее часто встречаются и имеют важное эпидемиологическое значение патогенные виды *Leptospira interrogans*, *L. kirschneri*, *L. borgpetersenii*, серогруппы *Iсterohaemorrhagiae, Canicola, Grippotyphosa, Pomona* и *Sejroe*.

1.5. Основными хозяевами (резервуарами) и источниками возбудителя инфекции среди диких млекопитающих в природе являются грызуны (серые полевки, мыши, крысы и другие) и насекомоядные (ежи, землеройки). В населенных пунктах эту роль играют домашние и сельскохозяйственные животные – собаки, крупный рогатый скот, реже свиньи, овцы, козы и лошади, а также пушные звери клеточного содержания – лисицы, песцы, нутрии. У грызунов и насекомоядных лептоспирозная инфекция протекает бессимптомно, сопровождаясь выделением лептоспир с мочой. Лептоспирозы у сельскохозяйственных и домашних животных протекают остро, подостро, а также в хронической форме или в виде бессимптомного лептоспироносительства.

1.6. Эпидемический процесс лептоспирозов проявляется в виде спорадических случаев и/или групповой заболеваемости. Инфекция передается человеку посредством прямого контакта с мочой и другими биологическими жидкостями инфицированных животных или через контаминированные объекты внешней среды, главным образом через воду, иногда почву и растения, пищевые продукты.

1.7. К группам профессионального риска заболевания лептоспирозом относятся: ветеринары, работники животноводческих хозяйств, мясокомбинатов, боен, утильзаводов, канализационной сети, портов, складских помещений, шахтеры, сельскохозяйственные рабочие, занятые на покосах, жатве, возделывании риса, персонал культурных и спортивных учреждений, работающий с животными (цирки, конно-спортивные комплексы и другие), персонал лабораторий, работающих с патогенными лептоспирами, персонал различных организаций, работающих с мелкими млекопитающими в полевых условиях, спелеологи, спортсмены экстремальных видов спорта, связанных с пребыванием во влажных природных биотопах. К группам повышенного риска заболевания среди населения относятся заводчики и владельцы собак, охотники и рыболовы, туристы.

1.8. Случаи заражения лептоспирами могут быть связаны с отдыхом в странах тропического и субтропического поясов, туризмом, спортивной и любительской рыбной ловлей, виндсерфингом, рафтингом и другими видами спорта, где присутствует контакт с водой открытых пресных водоемов или заболоченных мест.

1.9. Эпидемиологические аспекты течения инфекции.

1.9.1. Инкубационный период колеблется от 3 до20 дней, чаще 6 — 14 сут.

1.9.2. Различают желтушные и безжелтушные формы лептоспироза, протекающие в легкой, средней тяжести и тяжелой формах. В течении болезни выделяют следующие периоды: начальный (лихорадочный), разгар (органных повреждений), реконвалесценции.

Начальный период продолжительностью продолжается около 1 недели и проявляется общетоксическим синдромом и признаками генерализации инфекции. Характерно острое, часто внезапное начало болезни. Наблюдаются озноб, быстрое повышение температуры тела до 39—40 °С, сильная головная боль, головокружение и слабость; частым симптомом являются интенсивные миалгии, особенно в икроножных мышцах, пальпация мышц болезненна. Лихорадка сохраняется в течение 5—8 дней, имеет постоянный или ремиттирующий характер и снижается критически или по типу ускоренного лизиса.

Характерны одутловатость лица, гиперемия лица и иногда шеи, расширение сосудов склер и конъюнктивы, часто появляются герпетические высыпания на губах и крыльях носа с геморрагическим пропитыванием. С 3—6-го дня болезни на коже туловища и конечностей возникает полиморфная сыпь (кореподобная, точечная, уртикарная и др.). При тяжелом течении заболевания возможны геморрагии на склерах и конъюнктиве, в подмышечных и паховых областях, в локтевых сгибах.

Характерны тахикардия, понижение артериального давления, глухость сердечных тонов. Дыхание учащено соответственно уровню температуры тела. При тяжелом течении лептоспироза могут наблюдаться признаки дыхательной недостаточности, поражения почек, у 10—20 % больных развивается менингеальный симптомокомплекс.

В конце 1-й – начале 2-й недели болезни температурная реакция и общетоксические проявления начинают уменьшаться, вместе с тем становятся более выраженными и развиваются недостаточность функции печени, почек и геморрагический синдром.

Желтуха, появляющаяся у части больных уже в течение 1-й недели болезни, в период разгара заболевания быстро прогрессирует, приобретает яркий, шафрановый оттенок, часто сопровождается кровоизлияниями в слизистые оболочки и кожу.

Продолжительность болезни в среднем составляет 3—4 нед, при наличии рецидивов может удлиняться до 2—3 мес.

Возможно рецидивирующее течение болезнии. Осложнения бывают специфические (острая почечная или почечно-печеночная недостаточность, кровотечения, шок, менингит, поражения глаз – ирит, иридоциклит, помутнение стекловидного тела и др.) и неспецифические (стоматит, отит, пневмонии, пролежни, абсцессы и др.).

### II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Все подозрительные на заболевание лептоспирозом лица подлежат немедленной госпитализации. Лечение больных лептоспирозами проводится только в стационаре. Госпитализация больных в зависимости от тяжести состояния осуществляется в инфекционные отделения или в палаты (отделения) интенсивной терапии.

2.3. В случае подозрения на профессиональное заболевание лептоспирозом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.3.1. Каждый случай профессионального заболевания лептоспирозом подлежит специальному расследованию специалистом органа, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов с момента получения экстренного извещения. По результатам специального расследования в 4-х экземплярах составляется акт расследования профессионального заболевания (отравления) установленной формы, в котором, помимо анкетных данных заболевшего, указываются обстоятельства, причины и санитарно-эпидемиологические нарушения, повлекшие профессиональное заболевание лептоспирозом.

2.4. Регистрация групповой заболеваемости и организация оперативного реагирования со стороны территориальных органов Роспотребнадзора осуществляется по предварительным диагнозам и уточняется при получении результатов лабораторных исследований и установлении окончательного диагноза.

При регистрации групповой заболеваемости лептоспирозом органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, незамедлительно информируют Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы исполнительной и муниципальной власти.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторная диагностика лептоспироза у людей осуществляется в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

3.2. Все работы с материалом, подозрительным на заражённость возбудителем лептоспироза, проводятся в соответствии с действующими нормативными документами в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности.

3.3. Лабораторные исследования проводятся с использованием диагностических препаратов (тест-системы, диагностикумы и другие), разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.4. Материал для исследований на лептоспироз отбирается в зависимости от метода и объекта обследования.

3.4.1. При исследовании иммунологическими методами материалом служит сыворотка крови.

3.4.2. При исследовании методом ПЦР и культуральным методом:

- от пациентов – прижизненно кровь, моча, ликвор (в случае развития менингита и энцефалита); при летальном исходе заболевания – кровь, подкорковый слой почки, печень, ткани мозга, сердца;

- от домашних и сельскохозяйственных животных – прижизненно кровь, моча, абортивный материал; при летальном исходе заболевания – кровь, подкорковый слой почки, печень, ткани мозга, сердца;

- от мелких млекопитающих - подкорковый слой почки, мозг;

- из окружающей среды – вода, почва, подстилка;

- продукты питания, не подвергавшиеся термической обработке.

Во всех случаях выделения культур лептоспир от людей проводится дифференциация их до вида и серогруппы.

3.5. Сроки отбора клинического материала для лабораторной диагностики лептоспироза:

- для иммунологических исследований первая сыворотка крови для исследования отбирается на 5-7-й день заболевания, повторная – через 7-10 дней после первой; при необходимости для исследования динамики сероконверсии исследуется третья сыворотка крови;

- для культивирования лептоспир клинический материал отбирается в первую неделю заболевания и строго до начала антибактериальной терапии; абортивный и аутопсийный материал исследуются незамедлительно после его получения.

- исследование крови методом ПЦР проводят в первые 7 дней, мочи – до двух недель от начала заболевания; ликвор отбирают на тех же сроках, которые требуются для микроскопического общеклинического и биохимического анализа; абортивный и аутопсийный материал исследуются незамедлительно после его получения.

3.6. Клинический диагноз считается подтвержденным при:

- положительных результатах реакции микроагглютинации лептоспир (РМА), титр РМА 1:800 – абсолютный диагностический титр антител, устанавливающий серогрупповую принадлежность возбудителя заболевания при однократном исследовании. Относительный титр от 1:20 до 1:400 подтверждает этиологию заболевания при условии четырехкратного увеличения титра в парных сыворотках (взятых в период разгара и более поздние сроки болезни), а также при положительных результатах других методов специфической лабораторной диагностики лептоспироза.

- обнаружении специфических антител класса IgM и/или IgA с последующей сероконверсией антител класса IgG;

- 4-кратном увеличение титра антител класса IgG в парных сыворотках;

- обнаружении ДНК/РНК возбудителя в крови и/или моче, аутопсийном материале;

- изоляции возбудителя.

3.7. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) проводят сотрудники медицинских организаций, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, от трупов – сотрудники патологоанатомических отделений или бюро.

3.8. Отбор материала для лабораторных исследований в эпидемических очагах (от больных лиц, подозрительных на заболевание, животных, окружающей среды) проводится по решению органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Решение об исследовании материала от домашних и сельскохозяйственных животных принимается совместно с органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

3.9. Выделенные штаммы возбудителя лептоспироза передаются в установленном порядке в референс-центр по мониторингу за лептоспирозами.

### IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

4.1. Противоэпидемические мероприятия при выявлении случаев заболеваний людей лептоспирозом.

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

4.1.2. Эпидемиологическое расследование очагов с единичным заболеванием и очагов с групповой заболеваемостью с установлением причинно-следственной связи, а также организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.1.3. Особенности проведения эпидемиологического расследования в зависимости от источника заражения и факторов передачи возбудителя.

4.1.3.1. Если установлена или подозревается связь заболевания с купанием в открытом водоеме, то необходимо выяснить по медицинской документации, кто из купавшихся в этом водоеме за последние 10-20 дней обращался за медицинской помощью с температурой 38 °С и выше в первые дни болезни и провести обследование этих лиц на лептоспирозы.

4.1.3.2. Если источником заражения явились собаки индивидуальных владельцев, то обследованию подлежат подозреваемые животные, все члены семьи и другие лица, контактировавшие с собакой.

4.1.3.3. В случае, если предполагается, что инфицирование произошло от грызунов, то в подозреваемых хозяйствах, угодьях, населенных пунктах, природных очагах организуется их отлов и лабораторное обследование. Выясняются возможные связи антропургических очагов с природными.

4.1.3.4. В случае возможного инфицирования при употреблении некипяченой воды из открытого водоисточника проводится лабораторное исследование воды, выявляется круг лиц, пользовавшихся данным водоисточником, за неделю до и весь период после заражения больного, проводится лабораторное обследование выявленной группы риска заражения.

4.1.3.5. В случае инфицирования алиментарные путем через контаминированные продукты, исследуются продукты, выявляется и обследуется круг лиц, употреблявших эти продукты.

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

В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание лептоспирозом, связанное с профессиональной деятельностью) составляется акт расследования профессионального заболевания в соответствии с установленными требованиями.

4.1.5. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага лептоспироза. Он включает:

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

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

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

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

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

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

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

- организация дезинфекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

- введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, где выявлены случаи заболеваний;

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

- в эпидемическом очаге лабораторно обследуются подозреваемые животные, независимо от того, регистрировались ли ранее среди них заболевания.

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

4.1.7. Дезинфекционные и дератизационные мероприятия в очагах проводят организации, аккредитованные для этого вида деятельности в установленном порядке.

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

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

4.1.8. Лица, переболевшие лептоспирозом, подлежат диспансерному наблюдению в течение 6 месяцев с обязательным клиническим обследованием окулистом, невропатологом и терапевтом (детей – педиатром) в первый месяц после перенесенного заболевания, в дальнейшем диспансерные обследования осуществляются ежемесячно участковыми врачами с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений. Контрольные общие анализы крови и мочи, а у перенесших желтушную форму и биохимический анализ крови, проводят первые два месяца ежемесячно, а в дальнейшем в зависимости от результатов обследования.

4.1.9. Снятие с учета по истечении срока диспансерного наблюдения проводится при полном клиническом выздоровлении (нормализация лабораторных и клинических показателей). В противном случае сроки наблюдения удлиняются до полного выздоровления.

При наличии стойких остаточных явлений переболевшие передаются под наблюдение специалистам по профилю клинических проявлений (окулистам, невропатологам, нефрологам и другим) не менее чем на 2 года.

4.1.10. Ответственность за диспансерное наблюдение возлагается на руководителей медицинских организаций независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

4.2. Требования к проведению санитарно-противоэпидемических (профилак-тических) мероприятий в природных, антропургических и смешанных очагах лептоспирозов.

4.2.1. Противоэпидемические и противоэпизоотические мероприятия проводятся дифференцированно в зависимости от типа очага в соответствии с действующими нормативными документами.

4.2.2. Мероприятия в природных очагах сводятся к их выявлению и оздоровлению. Поиск эпизоотий проводится в местах возможного заражения людей и животных. При обнаружении зараженных зверьков выясняется интенсивность эпизоотии и размеры охваченной ею территории. В зависимости от эпидемиологической значимости очага предусматривается проведение гидромелиоративных или дератизационных работ. Мероприятия по оздоровлению выявленных очагов лептоспирозов по эпидемиологическим показаниям включаются в план противоэпидемических мероприятий, который составляется совместно специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и органами исполнительной власти на местах.

На территории природных очагов лептоспирозов не разрешается выпас и прогон сельскохозяйственных животных, не привитых против этой инфекции.

Совместно с заинтересованными ведомствами и учреждениями проводится комплекс санитарно-технических, санитарно-гигиенических, мероприятий по дератизации, регулированию численности и вакцинации безнадзорных собак.

Организацию в природных очагах мероприятий по реализации региональных программ санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляют органы исполнительной власти муниципального образования субъекта Российской Федерации.

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

4.2.4. Мероприятия по оздоровлению антропургических очагов лептоспирозов включаются в план противоэпидемических мероприятий, который составляется совместно специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический и ветеринарный надзор, и органами исполнительной власти на территории.

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

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за лептоспирозами представляет собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом лептоспирозов, включая мониторинг заболеваемости, выявление природных и антропургических очагов лептоспирозов, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль проводимых мероприятий.

5.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за лептоспирозом является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций возможного развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение случаев заболеваний лептоспирозом среди людей, возникновения эпидемических очагов, тяжелых форм клинического течения и летальных исходов.

5.3. Оценка эпидемиологической ситуации по лептоспирозу проводится с учетом данных эпизоотологического мониторинга за активностью природных и антропургических очагов инфекции.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждения возникновения и распространения случаев лептоспироза среди людей.

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

6.3. Служебные собаки должны быть привиты против лептоспироза в обязательном порядке, ответственность возлагается на владельцев собак.

6.4. Руководители предприятий, где существует профессиональный риск заражения лептоспирозом вне зависимости от форм собственности обязаны:

- выполнять требования по профилактике, своевременному выявлению заражения лептоспирозами животных;

- организовывать диспансеризацию сотрудников и специфическую профилактику;

- обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты;

- организовывать проведение плановой дератизации.

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

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

6.6. Вопросы профилактики лептоспирозов включаются в региональные планы и программы по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения. При составлении плана мероприятий учитывается эпидемическая и эпизоотическая ситуация в данной местности, выясняется этиологическая структура заболеваний, состояние иммунной прослойки населения и в группах риска; наличие природных очагов, численность и инфицированность грызунов, ветеринарно-санитарное состояние животноводческих хозяйств, использование водоемов при размещении летних лагерей для скота, осуществление программы мелиорации и другие.

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

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

6.7.2. Иммунизация населения осуществляется учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на оказание такого рода услуг, в соответствии с планом мероприятий по профилактике лептоспирозов.

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

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

6.7.5. В неблагополучных по лептоспирозам населенных пунктах иммунизируются, главным образом, дети, а в природных очагах – рисоводы, мелиораторы и другие лица, подвергающиеся риску заражения. В этих случаях прививки проводятся за 2 месяца до эпидемического сезона.

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

6.8. Дератизационные и дезинфекционные мероприятия при лептоспирозе

6.8.1. Дератизационные мероприятия осуществляют в природных, ан-тропургических и смешанных очагах лептоспирозов с целью оздоровления территории и недопущения случаев заболеваний среди людей.

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

6.8.3. Ответственность за своевременные дератизационные и дезинфекционные мероприятия на объектах несут юридические лица и индивидуальные предприниматели, граждане, в чьей собственности (распоряжении, аренде) находится конкретный объект или территория.

6.8.4. В муниципальных образованиях за проведение дератизационных и дезинфекционных мероприятиях на территории ответственность несут лица, отвечающие за коммунальное хозяйство.

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

6.8.6. Органы исполнительной власти муниципальных образований обеспечивают:

- организацию и проведение дератизации на территории природного очага;

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

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

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

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

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан вопросам профилактики лептоспирозов

7.1. Гигиеническое воспитание населения (с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальных бесед и других) является одним из методов профилактики лептоспирозов.

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

7.3. В зависимости от особенностей групп населения, среди которых проводится гигиеническое воспитание и обучение, следует акцентировать внимание на вопросах профессионального характера.

7.4. Животноводов необходимо ознакомить с их правами и правилами по обеспечению спецодеждой, а также всем необходимым для выполнения мер личной профилактики.

7.5. Работникам предприятий, перерабатывающих сырье и продукты животного происхождения, наиболее подробно следует осветить меры личной профилактики.

7.6. Следует ознакомить с возможностью заражения лептоспирозом детей и подростков, если они принимают участие в уходе за больными животными.

7.7. Организацией и проведением информационно-разъяснительной работы среди населения занимаются органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы и учреждения ветеринарии, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

## 7.2.5. Профилактика туляремии

I. Общие положения

1.1. Туляремия - природноочаговая зоонозная инфекция, широко распространенная на территории России в пределах умеренного климатического пояса Северного полушария. У человека - это острое инфекционное заболевание токсико-аллергического, реже септического характера; инкубационный период, как правило, составляет 3 - 7 дней; заболевание продолжается 2 - 3 недели (иногда дольше), в ряде случаев может рецидивировать. Для туляремии наряду с общими проявлениями болезни - повышением температуры тела, головной болью, слабостью и другими симптомами, характерно воспаление лимфатических узлов и прилежащей к ним ткани (образование бубона), возникающих регионарно к месту проникновения в организм возбудителя.

1.2. Диагноз туляремии устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

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

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

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

1.5. Возбудитель проявляет значительную выживаемость во внешней среде, особенно при низких температурах, и сохраняет жизнеспособность от нескольких суток 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.

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

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

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

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

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

1.7. По локализации первичных поражений различают следующие клинические формы туляремии в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр. Женева, 2003. МКБ-10): ульцерогландулярную (язвенно-бубонную), окулогландулярную (глазно-бубонную), легочную, абдоминальную (желудочно-кишечную), генерализованную, другие формы туляремии (ангинозно-бубонная), туляремию неуточненную.

1.8. Человек, больной туляремией, как источник инфекции значения не имеет.

1.9. Эпидемиологические аспекты течения инфекции.

1.9.1. Инкубационный период составляет от 1 до 21 дней, в среднем – 3–7 дней.

1.9.2. Клинические формы туляремии:

1) бубонная;

2) ангинозно-бубонная;

3) кишечная;

4) легочная;

5) первично-септическая.

Бубонная форма туляремии начинается остро с повышения температуры тела до 38–39 °C, появления головной боли и недомогания, слабости, болей в мышцах. Через 2–3 дня увеличиваются лимфатические узлы.

При язвенно-бубонной форме туляремии на коже образуется пятно красного цвета, затем бугорок, который превращается в язву. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными, но являются подвижными и безболезненными.

Ангинозно-бубонная форма туляремии характеризуется продолжительной лихорадкой (16–18 дней) с подъемом температуры до 38,5—39 °C. Лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными, спаиянныеми между собой. Возможно нагноение лимфатических узлов и образование свищей.

Легочная форма туляремии сопровождается признаками пневмонии, увеличением лимфатических узлов средостения.

При генерализованной форме туляремии отмечаются высокая лихорадка, выраженная интоксикация, поражения кожи и суставов. Характерна гепатоспленомегалия

II. Выявление больных туляремией, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. 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.

2.3. Случаем, подозрительным на заболевание туляремии, считается:

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

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

- случай с характерной клинической картиной туляремии с наличием в анамнезе контакта с грызунами, зайцеобразными, пребыванием в природных очагах;

- случай с характерной клинической картиной туляремии.

2.4. Лицам с клиническими признаками туляремии, выявленными в эпидемиологи-чески установленных очагах туляремии, диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

2.5. Медицинские работники, выявившие лиц, подозрительных на заболевание туляремией, обязаны собрать эпидемиологический анамнез, незамедлительно сообщить о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и ветеринарный надзор.

2.7. В случае подозрения на профессиональное заболевание туляремией медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.7.1. Каждый случай профессионального заболевания туляремией подлежит специальному комиссионному расследованию с участием специалиста, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор. По результатам расследования заполняется Карта эпидемиологического обследования, составляется акт о случае профессионального заболевания (установленной формы). Карта эпидемиологического обследования заполняется в пяти экземплярах для: медицинской организации, установившей диагноз инфекционного или паразитарного заболевания, органа, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, центра профпатологии, работодателя и работника.

2.8. Отчеты о заболеваниях туляремии составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

III. Лабораторная диагностика туляремии

3.1. Все работы с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем туляремии, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности).

3.2. Лабораторные исследования клинического, секционного и полевого материала, подозрительного на заражение возбудителем туляремии, сопровождающиеся выделением микроорганизма, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности) в лабораториях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей II–IV групп патогенности.

3.3. Исследования на наличие возбудителей туляремии в материале от людей, зоологическом и энтомологическом материале с использованием методов ИФА и ПЦР без выделения возбудителя могут быть проведены в лабораториях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей III - IV групп патогенности.

3.4.К работе с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем туляремии, связанным с изоляцией возбудителя, допускается персонал, привитый против туляремии в установленном порядке.

3.5. Диагноз туляремии подтверждается любым из лабораторных методов: выявление как живых бактерий, так и специфических антигенов или специфических антител против туляремийного микроба из материала от подозрительных на заболевание больных (умерших) людей.

3.6. При проведении лабораторной диагностики исследуют:

- от больных людей: содержимое бубона, материал из зева, конъюктивы глаза, отделяемое язвы, мокроту, кровь и сыворотку крови;

- от умерших людей: биоптаты легких, трахеи, содержимое увеличенных лимфатических узлов;

- при эпизоотологических обследованиях: материал от диких млекопитающих или их трупов, продукты жизнедеятельности млекопитающих, погадки птиц, пометы, воду водоемов или колодцев, кровососущих членистоногих (комаров, слепней, клещей, мошек), мелких экзопаразитов и другие.

3.7. При обследовании больных туляремией могут быть использованы: серологические методы - РА (реакция агглютинации), РНГА (реакция непрямой гемагглютинации), РТНГА (реакция торможения непрямой гемагглютинации), ИФА (иммуноферментный анализ); ИХА-тесты; метод оценки специфической сенсибилизации (кожная проба с тулярином, реакция лейкоцитолиза); бактериологический метод (выделение и идентификация возбудителя туляремии); биологический метод (биологическая проба на белых мышах, морских свинках); РИФ - иммунофлуоресцентный метод (выявляет свечение специфического антигена); ПЦР (полимеразная цепная реакция) - молекулярно-генетический метод (обнаружение специфической ДНК в биологическом материале), методы полногеномного секвенирования.

3.8. Для диагностики туляремии используют зарегистрированные в установленном порядке тест-системы.

3.9. В целях ранней диагностики туляремии обследуются больные неясной этиологии (лимфадениты, затяжные пневмонии, ангины, сопровождающиеся лимфаденитами, длительные лихорадочные состояния, конъюнктивиты, сопровождающиеся лимфаденитами и другими состояниями) с использованием высокочувствительных методов.

3.10. Основное значение при ранней или ретроспективной диагностике туляремии играет метод аллергической диагностики туляремии, в случае исследования трупного материала: МФА, микроскопия мазков, ПЦР.

3.11. Применение специфической лабораторной диагностики туляремии позволяет подтвердить легкие и стертые формы клинического течения заболевания.

3.12. Диагноз считается подтвержденным:

- положительной аллергопробе;

- росте титра антител в РА, или ИФА или НМФА в парных сыворотках;

- изоляции туляремийного микроба

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

4.1. В эпидемическом очаге туляремии с единичным случаем или групповым случаем заболевания среди людей проводится:

- эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи формирования очага;

- комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага.

4.2. Эпидемиологическое расследование очагов с единичным заболеванием и очагов с групповой заболеваемостью туляремии с установлением причинно-следственной связи, а также организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.3. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем и с групповой заболеваемостью составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага туляремии. В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание туляремией, связанное с профессиональной деятельностью) составляется акт расследования профессионального заболевания в соответствии с установленными требованиями.

4.4. Эпидемиологический диагноз включает:

- характеристику очага (острый, хронический);

- нозологию;

- возбудителя;

- определение границ эпидемического очага (в каком учреждении, на какой территории и другие);

- источник, резервуар;

- причину;

- факторы, способствующие формированию очага.

4.5. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага туляремии. Он включает:

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

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

- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (21 день);

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

- введение запрета на использование сырой воды из очага;

- приостановка работ, запрещение пребывания людей на территории вероятного очага туляремии;

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

- уничтожение (методом кремации) продуктов животноводства, кожевенных и меховых производств и других, которые явились вероятными факторами передачи инфекции;

- организация дезинфекционных, дезинсекционных (блохи, клещи, комары) и дератизационных мероприятий в очаге;

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

- проведение иммунизации лиц, подвергающихся риску заражения, по эпидемическим показаниям;

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

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

4.7. При получении информации о заболевании (подозрении на заболевание) людей туляремией органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации, направляют в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации информацию об очаге, представляют на рассмотрение и утверждение оперативный план комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий для принятия решений по локализации и ликвидации очага инфекции.

4.8. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах туляремии проводят организации, аккредитованные для дезинфекционной деятельности в установленном порядке.

V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за туляремией

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за туляремией представляет собой постоянное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирования и контроля эффективности проводимых мероприятий.

5.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора является оценка эпидемиологической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туляремией среди людей, предупреждения возникновения групповых случаев заболеваний, недопущения формирования тяжелых клинических форм течения инфекции.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает:

5.3.1. Ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории по степени активности природных очагов туляремии; выделение стационарных участков для мониторинга за природными очагами туляремии, включающих типичные стации основных хозяев и переносчиков инфекции, и расположенными в наиболее активных частях очаговой территории.

5.3.2. Выявление участков повышенного эпидемиологического риска (активные природные очаги), на территории которых регулярно выявляют наличие мелких грызунов со специфических антителами в крови и определяют туляремийный антиген в погадках птиц и помете хищных млекопитающих, регистрируют случаи заболевания людей, выделяют культуры возбудителя туляремии (от грызунов, членистоногих, объектов внешней среды).

5.3.3. Эпизоотоологическое обследование активных природных очагов туляремии проводится ежегодно - весной и осенью.

5.3.4. Выявление участков эпидемиологического риска (малоактивные природные очаги), на территории которых нерегулярно выявляют наличие мелких грызунов со специфическими антителами в крови и находки туляремийного антигена в объектах внешней среды, но заболевания людей и выделение культур возбудителя не регистрируют.

5.3.5. Эпизоотологическое обследование малоактивных природных очагов туляремии проводят один раз в 2 - 3 года.

5.3.6. Эпизоотологическое обследование на потенциально опасных территориях проводят один раз в 3 - 5 лет.

5.3.7. Прогнозирование ожидаемой численности мелких млекопитающих дифференцированно по группам районов. Краткосрочные (полугодовые) прогнозы составляют осенью, на зиму и весну следующего года, весной уточняют прогноз на осень. Долгосрочные прогнозы основаны на изучении многолетней динамики численности мелких млекопитающих. Прогноз численности мелких млекопитающих должен быть конкретным и содержать оценку предыдущего периода.

5.3.8. Ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости туляремией среди людей по условиям заражения, тяжести клинического течения, осложнений, летальности.

5.3.9. Контроль за своевременным выявлением больных туляремией, полнотой их лабораторного обследования.

5.3.10. Наблюдение, оценку и прогнозирование заболеваемости населения, инвалидности и летальности.

5.3.11. Анализ результатов планового эпидемиологического обследования методами опроса, иммунологического и серологического исследований населения на эндемичных по туляремии территориях.

5.3.12. Анализ иммунной структуры населения.

5.3.13. Изучение санитарно-эпидемиологической и эпизоотологической ситуации на обслуживаемой территории.

5.3.14. Установление контингентов населения, проживающего (или работающего) на территориях с наличием активных и малоактивных природных очагов туляремии и групп повышенного риска, для проведения плановой вакцинации.

5.3.15. Установление контингентов населения для проведения внеплановой (по эпидемиологическим показаниям) вакцинации против туляремии.

5.3.16. Прогнозирование эпизоотической и эпидемической ситуаций на энзоотичных территориях, обоснование объемов и сроков проведения профилактических мероприятий.

5.4. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VI. Специфическая профилактика населения против

туляремии

6.1. К специфической профилактике туляремии среди людей относится иммунизация (вакцинация).

6.2. Вакцинацию против туляремии проводится в соотсвествии 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).

6.3. Определение контингентов, подлежащих вакцинации, проводят территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с учетом степени эпизоотической активности (численности больных туляремией животных на территории) природных очагов. Планирование и проведение вакцинации обеспечивают органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

6.4. Вакцинацию (и ревакцинацию) против туляремии проводят в соответствии с инструкцией по применению в любое время года.

6.5. Вакцинацию осуществляют медицинские работники МО.

6.6. Различают плановую и внеплановую (по эпидемиологическим показателям) вакцинацию против туляремии, которая проводится в соответствии с действующими нормативными актами.

6.7. Контроль за своевременностью и эффективностью вакцинации против туляре-мии, транспортировкой и хранением вакцины, а также за состоянием иммунитета осу-ществляют органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.8. 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.

VII. Неспецифическая профилактика (дезинфекционные мероприятия) при туляремии

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

7.2. Дератизационные мероприятия - комплекс профилактических и истребительных мер, осуществление которых позволяет снизить численность мелких млекопитающих на территории очагов туляремии методами и средствами дератизации. Дератизационные истребительные мероприятия при туляремии проводят в соответствии с действующими нормативными актами с использованием физических и химических средств борьбы с грызунами. Применяемые средства должны быть разрешены к применению в установленном порядке.

7.3. Ответственными за проведение дератизации являются:

- органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований;

- юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители садово-огородных кооперативов;

- граждане на территории и в постройках, находящихся в частной собственности.

8.4. Органы исполнительной власти муниципальных образований обеспечивают:

- организацию и проведение дератизации на территории природного очага;

- приведение лесных массивов в черте населенных пунктов или примыкающих к ним территориях (на расстоянии не менее 200 метров) в лесопарковое состояние (очистка от сухостоя, густого подлеска лесных массивов);

- благоустройство родниковых источников в лесопарковой зоне населенного пункта;

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

- ликвидацию самопроизвольных свалок мусора.

7.5. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители садово-огородных кооперативов, граждане обеспечивают:

- дератизационные мероприятия на объектах, принадлежащей им территории, в скирдах и стогах, в садово-огородных кооперативах, на индивидуальных подворьях в установленном порядке;

- благоустройство территорий и защиту зданий и построек от проникновения в них грызунов.

7.6. Руководители организаций и учреждений, имеющие летние оздоровительные учреждения, расположенные в зоне природных очагов туляремии, перед их открытием обязаны обеспечить:

- проведение эпизоотологического обследования территории;

- проведение дератизационных мероприятий (в постройках и на прилегающей к ним территории в радиусе не менее 200-метровой зоны);

- защиту хозяйственных построек и жилых помещений от проникновения в них грызунов;

- приведение прилегающей к оздоровительному учреждению территории в лесопарковое состояние (расчистка лесного массива от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска) в радиусе не менее 200-метровой зоны;

- перед закрытием летних оздоровительных учреждений на зиму обеспечить консервацию всех помещений, защиту их от грызунов методами и средствами дератизации.

7.7. Дезинфекционные (дезинсекционные) мероприятия при туляремии проводят организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью. Проведение дезинсекции организуют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители садово-огородных кооперативов, а также граждане в помещениях, строениях и прилегающей к ним территории, находящихся в их собственности в установленном порядке.

7.8. Дезинсекционные мероприятия предусматривают уничтожение (снижение численности) переносчиков возбудителя туляремии в очагах инфекции. В очагах туляремии основным объектом дезинсекции являются кровососущие членистоногие (иксодовые, гамазовые и краснотелковые клещи) и кровососущие двукрылые (слепни, комары, мошки, мокрецы); в лабораториях, вивариях и других, в которых работают с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем туляремии, - вши, блохи, клопы (с животных, птиц).

7.9. Для предотвращения трансмиссивных заражений через кровососущих двукрылых применяются репелленты, защитная одежда, огранивается доступ непривитого населения на неблагополучные территории.

VIII. Гигиеническое воспитание населения

8.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики туляремии.

8.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о туляремии, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств индивидуальной защиты (акарициды, репелленты), защитной одежды. Информация предоставляется населению через средства массовой коммуникации (пресса, интернет), листовки, плакаты, бюллетени, проведение индивидуальной беседы с пациентами и другие.

## 7.2.6. Профилактика орнитоза

### I. Общие положения

1.1. Орнитоз (пситтакоз) – зоонозная природно-антропоургическая инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи.

1.2. Диагноз орнитоза устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Диагноз орнитоза у человека считают установленным при лабораторном подтверждении любым методом.

1.3. Случаем, подозрительным на заболевание орнитозом, считается:

- случай с симптомами респираторного синдрома и (или) атипичной пневмонии при наличии в анамнезе контакта с больными или подозрительными на заболевание комнатными, сельскохозяйственными, дикими птицами, в том числе среди лиц, контактирующих с птицей ввиду профессиональной деятельности (работники птицефабрик, мясокомбинатов, зоомагазинов, а также голубеводы, охотники и т.д.);

- случай с симптомами респираторного синдрома и (или) атипичной пневмонии из подтвержденного эпизоотического и (или) эпидемического очага орнитоза.

1.4. Возбудитель – *Chlamydia psittaci* относится к роду *Chlamydia* семейству *Chlamydiaceae*. Является облигатным внутриклеточным паразитом. Хламидии имеют клеточную стенку, химический состав которой сходен с составом таковой у грамотрицательных бактерий. Культивируются на куриных эмбрионах, а также путем заражения экспериментальных животных. Хламидии чувствительны к некоторым антибиотикам (тетрациклинового ряда, макролидам). В соответствии с действующими нормативными документами *C. psittaci* относится ко II группе патогенности (опасности).

Возбудитель орнитоза неустойчив к высокой температуре и дезинфицирующим средствам. В высохшем помете больных птиц и на их перьях возбудитель сохраняет свои инфекционные свойства при комнатной температуре до 3 суток. Значительно более устойчив возбудитель орнитоза к низким температурам. При 0°C он сохраняет свою жизнеспособность до 2 недель, а при более низкой температуре (в снегу и во льду) – до нескольких месяцев.

Возбудитель орнитоза обладает высокой вирулентностью. Это объясняется широким спектром тропизма возбудителя к различным типам клеток хозяина, включая мононуклеарные фагоциты, что способствует генерализации инфекции.

1.5. Резервуаром инфекции являются птицы (больные или носители), при этом наибольшее эпидемиологическое значение имеют домашние (утки, индюки и др.), комнатные птицы (попугаи, канарейки и др.), а также городские голуби, зараженность которых достигает 80 %. Возбудитель орнитоза выделяется во внешнюю среду с калом, мочой, носовой слизью, слюной птиц. Источником инфекции для человека также могут быть сельскохозяйственные животные (овцы, крупный рогатый скот, свиньи). Больные орнитозом люди представляют потенциальную опасность для окружающих. Известны случаи заражения персонала медицинских учреждений.

1.6. Ведущим механизмом передачи является аспирационный. Наиболее часто реализуется воздушно-пылевой путь передачи при вдыхании контаминированной пыли (высохшие частицы испражнений, околоплодных вод, выделений из клюва, загрязненные частицы пуха и др.). Значительно меньшее значение имеет фекально-оральный механизм с пищевым путём передачи (употребление загрязненных пищевых продуктов) и контактный механизм (через поврежденные слизистые оболочки и кожные покровы после укуса или нанесения царапин больными птицами).

1.7. Орнитоз среди людей имеет повсеместное распространение и проявляется в виде спорадических заболеваний и эпидемических очагов. Эпидемические очаги часто имеют профессиональный характер и обычно возникают на птицефабриках, зоомагазинах, зоопарках в процессе ухода, убоя или обработки зараженных птиц. Отмечаются и семейные очаги орнитоза. Спорадические заболевания встречаются на протяжении всего года, групповые очаги связаны, как правило, с периодом массового убоя птиц, завоза новых партий птиц.

1.8.1. Инкубационный период колеблется от 5 до 30 дней (чаще 10–12 дней).

1.8.2. Различают острую, хроническую и бессимптомную (иннапаратную) формы орнитоза. При остром течении заболевания выделяют типичную (пневмоническая) и атипичные формы (менингопневмония, орнитозный менингит, орнитоз без поражения легких). В клинической практике регистрируемый орнитоз, как правило, протекает в виде внебольничных пневмоний. Выраженный полиморфизм клинических проявлений и отсутствие патогномоничных основных симптомов значительно осложняет клиническую диагностику орнитоза, особенно его спорадических случаев, поэтому важное значение при установлении диагноза имеет сбор эпидемиологического анамнеза, клинико-эпидемиологическая диагностика и установление этиологии болезни.

### II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Больной (подозрительный на заболевание) орнитозом подлежит госпитализации в инфекционную больницу или в инфекционное отделение соматической больницы в изолированную палату или бокс.

2.3. Территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения о выявлении больного (подозрительного на заболевание) орнитозом человека оперативно информирует территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный ветеринарный надзор.

2.6. При выявлении 5 и более случаев орнитоза, возникших в пределах одного инкубационного периода или на одной территории, или в случае выявления 3 и более случаев среди членов одного организованного коллектива взрослых (групповые заболевания) территориальный орган Роспотребнадзора немедленно информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и направляет внеочередное донесение о возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера в срок не позднее 12 часов после установления факта чрезвычайной ситуации.

2.7. Территориальный орган Роспотребнадзора в оперативном режиме информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека о ходе эпидемиологического расследования и проводимых мероприятиях по ликвидации чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторная диагностика при постановке клинико-эпидемиологического диагноза орнитоза у людей является процедурой установления этиологии болезни и осуществляется в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

3.2. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем орнитоза, включая забор, упаковку, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводятся в соответствии с действующими нормативно-методическими документами, регламентирующими деятельность с возбудителями I–II групп патогенности.

3.3. Серологические исследования, молекулярно-генетические исследования без накопления возбудителя могут быть проведены в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности.

3.4. Исследования по выделению из материала от больных возбудителя инфекции или его генома, связанные с накоплением возбудителя (микробиологические, молекулярно-генетические исследования) проводят в лабораториях, имеющих лицензию на работу с возбудителями I–II группы патогенности.

3.5. Лабораторные исследования проводят с использованием диагностических препаратов (тест-системы, диагностикумы), разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.6. Для установления этиологии заболевания и лабораторного подтверждения клинического диагноза орнитоз проводят исследование клинического материала от больных или подозрительных на заболевание людей (кровь, мокрота, промывные воды бронхов, при внелегочных формах – биопсийный материал) и секционного материала (кровь, экссудаты, легкие, печень, сердце).

3.7. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

3.8. По эпидпоказаниям проводят исследование проб материала от птиц (мазки со слизистых оболочек – конъюнктивы, ротоглотки, клоаки, помет птиц), сельскохозяйственных животных, продовольственного сырья и продуктов животного происхождения, объектов окружающей среды (подстилка, вода и другие).

3.9. Лабораторное подтверждение диагноза орнитоза включает в себя:

- выявление в сыворотке крови больного специфических антител с помощью РСК, ИФА и др.;

- выявление в образцах биологического материала ДНК возбудителя орнитоза с помощью ПЦР;

- выделение возбудителя орнитоза при проведении обогатительного пассажа в культурах клеток или при инфицировании чувствительных лабораторных животных с последующей его идентификацией.

3.10. Обнаружение возбудителя в крови отмечается с первых дней болезни и продолжается до 7–10 дня, в мокроте – в течение 14–20 дней.

3.11. Антитела в сыворотке крови выявляют с 10-го дня болезни. Диагностическое значение имеет 4-кратное нарастание титра антител. При остром течении заболевании уровень антител в сыворотке крови начинает снижаться со второго месяца от начала болезни. При хронических формах орнитоза антитела сохраняются в течение нескольких лет, что связано с длительным персистированием хламидий в организме.

3.12. Культуральный метод обнаружения *C. psittaci* признается наиболее специфичным.

3.13. Выделенные культуры возбудителя орнитоза передают в установленном порядке в референс-центр по мониторингу за инфекциями верхних и нижних дыхательных путей и национальный центр верификации результатов диагностической деятельности, осуществляющий функции государственной коллекции патогенных бактерий для проведения окончательной идентификации и генетического типирования штаммов возбудителя орнитоза и пополнения национального коллекционного фонда штаммов возбудителя орнитоза.

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

4.1. При получении экстренного извещения о случае заболевания (подозрении на заболевание) орнитозом орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводит эпидемиологическое (эпизоотолого-эпидемиологическое) расследование и организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

4.2. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага орнитоза проводится с целью установления границ очага, выявления источника инфекции, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

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

4.3. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия с целью локализации и ликвидации очага орнитоза начинают немедленно, одновременно с эпидемиологическим расследованием.

Комплекс мероприятий включает:

- подготовку плана противоэпидемических мероприятий, утверждаемого органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации);

- организацию взаимодействия с органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации), органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, ветеринарной службой и другими заинтересованными ведомствами; формирование оперативного штаба, определение порядка его работы;

- активное выявление больных (подозрительных на заболевание) методом опроса, осмотра, включая медосмотры работников птицефабрик, мясокомбинатов, зоомагазинов и др., подворных (поквартирных) обходов и их госпитализацию;

- разобщение больных от контактов с больной или подозрительной на заболевание птицей;

- проведение дезинфекционных мероприятий в эпидемическом очаге;

- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с заболевшим орнитозом условиях заражения (30 дней);

- экстренная профилактика контактных антибиотиками группы макролидов или тетрациклинового ряда;

- взятие материала от больных и подозрительных на заболевание;

- проведение обследования возможных источников инфекции, выявленных в результате эпидемиологического расследования (декоративные птицы у частных лиц, птицеводческих хозяйств, зоопарков, городские голуби, сельскохозяйственные животные, контаминированные пищевые продукты и др.). Объем и число проб определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;

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

4.4. При выявлении заболеваний среди птиц в птицеводческих хозяйствах, зоопарках, зоомагазинах необходимо введение режима ветеринарного карантина и других мероприятий, предусмотренных действующими нормативно-методическими документами.

4.5. После госпитализации больного из очага, специалисты дезинфекционного профиля проводят заключительную дезинфекцию с целью обеззараживания всех объектов, контаминированных возбудителем. Обеззараживанию подлежат помещение, где находился больной, предметы обстановки, нательное и постельное белье, предметы ухода за больным, мокрота больного.

4.6. В случае выявления больного орнитозом на амбулаторно-поликлиническом приеме, после изоляции больного, в кабинете, а также в помещениях, где находился больной, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данного учреждения в соответствии с действующими нормативными документами.

4.7. Для обеззараживания объектов при орнитозе применяют физические (кипячение, водяной насыщенный пар в дезинфекционных камерах) и химические дезинфицирующие средства, имеющие разрешительные документы для применения на территории Российской Федерации.

4.8. При проведении заключительной дезинфекции проводят дезинсекционные мероприятия по борьбе с насекомыми, потенциальными механическими переносчиками возбудителя орнитоза, для чего используют инсектицидные средства, имеющие разрешительные документы для применения на территории Российской Федерации.

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за орнитозом представляет собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом орнитоза, целью которого является оценка ситуации, тенденций возможного развития эпидемиологического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости орнитозом, предупреждение возникновения групповых заболеваний.

5.2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за орнитозом среди людей включает:

- мониторинг заболеваемости, учёт всех случаев заболевания;

- слежение за эпизоотологической обстановкой среди диких, домашних и декоративных птиц;

- контроль за состоянием среды обитания и содержания птиц;

- оценка эффективности проводимых мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за орнитозом проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение возникновения и распространения случаев орнитоза среди людей.

6.2. Граждане, индивидуальные предприниматели, юридические лица, осуществляющие разведение и продажу птицы обязаны выполнять требования, направленные на обеспечение безопасности для населения.

6.3. Мероприятия по недопущению возникновения случаев орнитоза среди людей включают:

- благоустройство населенных пунктов;

- регулирование численности городских птиц;

- соблюдение ветеринарно-санитарных правил при ввозе декоративных и сельскохозяйственных птиц в страну из других территорий, их транспортировке, содержании и продажи в птицеводческих хозяйствах, зоомагазинах, зоопарках и т.д., осуществление дезинфекции, дератизации и дезинсекции помещений;

- соблюдение правил личной гигиены лицами, работающими на птицеводческих фермах, в животноводческих хозяйствах и т.д.;

- своевременное выявление эпизоотии и проведение противоэпизоотических мероприятий ветеринарными службами.

6.4. Благоустройство населенных пунктов обеспечивается за счет:

- недопущения замусоривания территории;

- содержания контейнеров по сбору твердых бытовых отходов, их своевременной очистки и обеззараживания;

- выполнение санитарно-эпидемиологических требований по содержанию чердачных помещений.

6.5. Специфическая иммунопрофилактика людей не разработана.

6.6. Дезинфекционные мероприятия по профилактике заболевания людей орнитозом

6.6.1. В целях предупреждения заражения людей от больных орнитозом птиц при работе в неблагополучных по орнитозу хозяйствах, периодически очищаются и дезинфицируются птичники, выгульные дворики и другие места содержания птицы, инвентарь и предметы ухода за птицей. Экскременты птиц заливают раствором дезинфицирующих средств, имеющих разрешительные документы для применения на территории Российской Федерации.

6.6.2. Помещения и инвентарь каждые три часа подвергают влажной уборке, а оборудование и полы обрабатывают растворами дезинфицирующих средств, разрешенных для этой цели в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.

6.6.3. После работы спецодежду (халаты, фартуки, нарукавники) замачивают в растворе дезинфицирующего средства, разрешенного для этой цели в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению или кипятят.

6.6.4. Все работники, занятые выращиванием, уходом, кормлением и разделкой (обработкой) птицы в птицеводческих хозяйствах и птицеперерабатывающих комбинатах, подвергаются постоянному медицинскому обследованию и наблюдению за состоянием их здоровья. Они должны быть обеспечены спецодеждой, дезинфицирующими растворами и кожными антисептиками для гигиенической обработки рук, мылом, умывальниками и душевыми установками.

6.7. Дезинсекционные мероприятия по профилактике орнитоза.

6.7.1. Насекомые – мухи, а также клопы, блохи, клещи, вши, паразитирующие на птицах, являются неспецифическими переносчиками возбудителя орнитоза (*C. psittaci*), перенося его механическим путем (на лапках и покровах).

6.7.2. Во всех птицеводческих хозяйствах производят периодически не менее одного раза в неделю осмотр помещений на наличие паразитов у птиц; один раз в 10 дней профилактическую дезинсекцию (механическая очистка, обмывание горячей водой с последующей обработкой дезсредством). Перевод птиц из птичников, заселенных эктопаразитами, в благополучные помещения внутри хозяйства не допускается впредь до полной ликвидации эктопаразитов. Сроки и объемы мероприятий определяются уровнем коммунального благоустройства и санитарным состоянием помещений.

6.7.3. Истребительные мероприятия против эктопаразитов осуществляют организации, имеющие право заниматься дезинфекционной деятельностью, используя зарегистрированные средства дезинсекции для борьбы с членистоногими в соответствии с инструкциями по их применению. Для этих целей используют различные методы (механический, химический) и средства борьбы, рекомендованные для этих целей (инсектициды, регуляторы развития, биологические инсектициды), с помощью которых либо полностью уничтожают членистоногих, либо снижают их численность до безопасного уровня для человека.

6.8. Дератизационные мероприятия проводят с целью снижения численности синантропных грызунов как потенциальных переносчиков возбудителя орнитоза.

### VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики орнитоза.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя предоставление информации об основных симптомах заболевания, путях и механизмах передачи, источниках заражения, мерах неспецифической профилактики (недопущение приобретения декоративных, певчих и других комнатных птиц без соответствующих документов ветеринарной службы, удостоверяющих состояние их здоровья, необходимость немедленного обращения в ветеринарную клинику при подозрении на заболевание орнитозом птиц, содержащихся в домашних условиях, недопущение контакта с больными или подозрительными на заболевания орнитозом птицами, как в дикой природе, так и в городской популяции и др.) с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие формы.

7.3. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы и учреждения ветеринарии, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

## 7.2.7. Профилактика коксиеллеза (Лихорадка Ку)

### I. Общие положения

1.1. Коксиеллез (лихорадка Ку) - природно-очаговое заболевание, общее для человека и животных, с потенциальной возможностью перехода в хроническую форму. Код А78 по международной классификации болезней МКБ-10.

1.2. Диагноз коксиеллеза устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Критерии постановки диагноза «лихорадка Ку, коксиеллез». Эпидемиологические:

- случай любых проявлений инфекционного заболевания с наличием в анамнезе контакта с абортировавшим животным, употреблением некипячёного молока животных, невыдержанных (рассольных) сыров (в первую очередь козьего и других);

- заболевание у лиц, профессионально связанных с обслуживанием животных или переработкой сырья животного происхождения;

- случай любых проявлений инфекционного заболевания в эпизоотологически и (или) эпидемиологически подтверждённом очаге коксиеллёза.

Клинические:

- лихорадка, общетоксические симптомы, бронхит, специфическая атипичная пневмония, поражение ЦНС и других систем организма. При хронизации инфекционного процесса, как правило, развивается эндокардит.

Лабораторные:

- выявление ДНК возбудителя коксиеллеза методом ПЦР в клиническом материале;

- выявление антител класса IgM методом ИФА через 5-7 дней от начала заболевания и выявление антител класса IgG в парной сыворотке;

- 4-кратное увеличение титра антител класса IgG в парных сыворотках

1.3. Возбудителем болезни являются бактерии вида *Coxiella burnetii*, которые относятся к классу гамма-протеобактерий, порядку *Legionellales*, семейству *Coxiellaceae*, роду *Coxiella* (II группа патогенности). Коксиеллы являются грамотрицательными, облигатными внутриклеточными патогенами, вызывающими заболевание у большого числа видов домашних, промысловых и диких млекопитающих и птиц, человека. Коксиеллы высоко вирулентны для человека (инфекционная доза в ряде случаев составляет менее 10 микробных клеток), обладают высокой инвазивностью, могут проникать через неповрежденные слизистые и через микротравмы кожных покровов, обычно при оказании акушерской и ветеринарной помощи, при убое и разделке туш животных, в лабораторных условиях (культивирование микроорганизма).

1.4. Резервуар и источники возбудителя. В природных очагах резервуаром коксиелл являются иксодовые и аргасовые клещи, дикие мелкие млекопитающие. Среди сельскохозяйственных животных основными носителями является мелкий и крупный рогатый скот.

В ряде случаев источниками инфекции могут быть собаки, лошади, верблюды, яки, кошки, пушные животные в звероводческих хозяйствах, птицы в птицеводческих хозяйствах, декоративные птицы и другие животные.

У сельскохозяйственных животных коксиеллез отличается полиморфизмом, протекает энзоотически, часто бессимптомно. Аборты и роды у инфицированных животных сопровождаются массивным и длительным выделением коксиелл с абортированным плодом, околоплодными водами, плацентой, выделениями из половых и родовых путей. Происходит инфицирование кожных покровов и шерсти животных, стойла, подстилок, предметов ухода, помещения, остатков кормов, а также пастбищ и мест водопоя. Коксиеллы выделяются больными животными также с мочой и молоком от нескольких месяцев до года и более.

1.5. Механизмы и факторы передачи возбудителя.

Существуют несколько механизмов передачи инфекции: трансмиссивный - через укусы инфицированных клещей; фекально-оральный с пищевым или контактно-бытовым путями передачи; алиментарный - при употреблении в пищу термически не обработанных молока, мяса; аспирационный - с воздушно-пылевым путем передачи через контаминированные возбудителем частички пыли.

Роль человека в передаче коксиелл эпидемиологического значения не имеет.

1.6.1. Инкубационный период при коксиеллезе составляет от 3 до 32 дней, в среднем 1-2 недели. У человека коксиеллез характеризуется полиморфизмом клинической картины, часто подострым и хроническим течением.

1.6.2. Клинически коксиеллёз у человека проявляется лихорадкой, другими общетоксическими симптомами, развитием бронхита, специфической атипичной пневмонии, поражением ЦНС и других систем организма. При хронизации инфекционного процесса, как правило, развивается эндокардит.

### II. Выявление, учёт и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Лица с подозрением на заболевание коксиеллёзом должны быть госпитализированы в инфекционные или отдельные палаты профильных отделений стационаров по клиническим показаниям.

2.3. Медицинские работники, выявившие лиц, подозрительных на заболевание коксиеллёзом (лихорадкой Ку), обязаны собрать эпидемиологический анамнез, незамедлительно сообщить о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и ветеринарный надзор.

2.4. Случаи впервые выявленных заболеваний коксиеллёзом учитывают в формах государственного статистического наблюдения №1 и №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в установленном порядке.

2.8. В случае подозрения на профессиональное заболевание коксиеллёзом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме («Извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания») и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.8.1. Каждый случай профессионального заболевания коксиеллёзом подлежит специальному расследованию врачом-эпидемиологом в течение 24 часов с момента получения экстренного извещения. По результатам специального расследования в 4 экземплярах составляется акт расследования профессионального заболевания (отравления) установленной формы, в котором, помимо анкетных данных заболевшего, указываются обстоятельства, причины и санитарно-эпидемиологические нарушения, повлёкшие профессиональное заболевание коксиеллёзом.

2.9. При выявлении среди населения трёх и более случаев коксиеллёза, возникших в пределах одного инкубационного периода или на одной территории (групповые заболевания), территориальный орган Роспотребнадзора немедленно информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и направляет внеочередное донесение о возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера (далее по тексту - чрезвычайные ситуации) в срок не позднее 12 часов после установления факта чрезвычайной ситуации.

2.10. Регистрацию чрезвычайной ситуации и организацию оперативного реагирования со стороны территориальных органов Роспотребнадзора осуществляют по предварительным диагнозам и уточняют при получении результатов лабораторных исследований и установлении окончательного диагноза.

2.11. Орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, в ежедневном режиме в виде внеочередных донесений информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека о ходе эпидемиологического расследования и проводимых мероприятиях по ликвидации чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера.

2.12. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага коксиеллёза подлежит регистрации в установленном порядке и завершается подготовкой «Акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи» не позднее чем через 10 дней после ликвидации чрезвычайной ситуации.

2.13. По окончании эпидемиологического расследования чрезвычайной ситуации «Акт эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи» направляется территориальным органом Роспотребнадзора в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека почтой не позднее чем через 10 дней после ликвидации чрезвычайной ситуации.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторная диагностика коксиеллёза у людей осуществляется в соответствии с действующими нормативными и методическими документами с использованием диагностических препаратов (тест-системы, тест-наборы, диагностикумы и др.), разрешённых к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.2. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем коксиеллёза, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, регламентирующими деятельность с возбудителями I-II групп патогенности.

3.3. Серологические исследования, молекулярно-генетические исследования без накопления возбудителя могут быть проведены в бактериологических лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности.

Для серологической диагностики коксиеллёза применяют иммуноферментный анализ – ИФА для выявления антигенов возбудителя в биологическом материале, а также выявление антител класса IgM и IgG в сыворотках крови больных людей, а также выявление антител класса IgG в сыворотках крови КРС.

3.4. Исследования по выделению из материала от больных возбудителя инфекции или его генома, связанные с накоплением возбудителя (микробиологические, молекулярно-генетические исследования), проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, заражённым или подозрительным на заражённость микроорганизмами I-II групп патогенности.

3.5. Во всех случаях выделения культур коксиелл от людей проводят дифференциацию возбудителя до вида.

3.6. Материалом для исследований на коксиеллёз является:

- от больных или подозрительных на заболевание людей - кровь, моча, мокрота, смыв с первичного аффекта, промывные воды бронхов, спинномозговая жидкость, экссудаты и другие;

- трупный материал - кровь, экссудаты, кусочки органов (лёгкие, сердце и другие);

- материал от животных;

- продовольственное сырье и продукты животного происхождения;

-эктопаразиты (иксодовые и аргасовые клещи);

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

3.7. Отбор материала для лабораторных исследований в эпидемических очагах (от больных лиц, подозрительных на заболевание, животных, окружающей среды) проводят по решению органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории.

3.8. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

3.9. Выделенные штаммы возбудителя коксиеллёза передают в установленном порядке в референс-центр по мониторингу за возбудителями риккетсиозов и национальный центр верификации результатов диагностической деятельности, выполняющий функции государственной коллекции патогенных бактерий для проведения окончательной идентификации и генетического типирования штаммов возбудителя коксиеллёза и пополнения национального коллекционного фонда штаммов возбудителя коксиеллёза.

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

4.1. В эпидемическом очаге коксиеллёза (лихорадки Ку) с единичным или групповым случаем заболевания среди людей проводят:

- эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи формирования очага;

- комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага.

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

4.3. Эпидемиологическое расследование очагов с единичным заболеванием и очагов с групповой заболеваемостью с установлением причинно-следственной связи, а также организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.4. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем заполняют карту эпидемиологического обследования очага установленной формы, с групповой заболеваемостью - составляют акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага коксиеллёза.

В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание коксиеллёзом, связанное с профессиональной деятельностью) составляют акт расследования профессионального заболевания в соответствии с установленными требованиями.

4.5. В соответствии с клинико-эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) с целью локализации и ликвидации очага коксиеллёза (лихорадки Ку) проводят комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, который включает:

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

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

- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (30 дней);

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

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

- приостановку работ, запрещение пребывания людей на территории предприятия, где сформировался очаг коксиеллёза;

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

- организацию дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

- введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлечённых в эпидемический процесс;

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

4.6. Лица с повышенной температурой тела и/или другими признаками инфекционного заболевания среди подвергшихся риску заражения подлежат обязательному лабораторному обследованию на коксиеллёз.

Лица с положительными серологическими реакциями на коксиеллёз подлежат повторному серологическому обследованию (в «парных сыворотках») и углублённому клиническому осмотру.

4.7. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах коксиеллёза проводят организации, аккредитованные для дезинфекционной деятельности в установленном порядке.

4.8. Больных коксиеллёзом (подозрительных на заболевание) людей госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары или, в случае отсутствия такой возможности, помещают в отдельные терапевтические палаты. Выписку больных производят после исчезновения клинических явлений.

После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению врача-инфекциониста 2 раза в год в течение 2 лет.

4.9. В домашних очагах (в случае смерти больного или госпитализации) заключительную дезинфекцию проводят специализированные учреждения дезинфекционного профиля в течение 6 часов с момента госпитализации больного или удаления трупа погибшего от коксиеллёза.

4.10. В организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, текущую и заключительную дезинфекцию организует главный врач, а осуществляет средний и младший персонал отделения в соответствии с их должностными обязанностями и требованиями нормативно-методических документов.

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

4.11. Мероприятия по предупреждению заражения людей в эпизоотических очагах коксиеллёза:

4.11.1. При выявлении случаев заболевания коксиеллёзом сельскохозяйственных животных руководство органов управления ветеринарией в субъекте Российской Федерации информирует об этом руководство органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации.

4.11.2. При выявлении случаев коксиеллёза в животноводческих хозяйствах вне зависимости от форм собственности Главный государственный ветеринарный инспектор административной территории совместно с Главным государственным санитарным врачом территории вносят предложения в органы муниципальной власти по защите от заражения коксиеллами людей.

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

- организовать проведение внеочередного профилактического медицинского осмотра работников для раннего выявления заболевших коксиеллёзом, включая серологическое обследование;

- приказом по хозяйству закрепить работников, занятых уходом за больным и положительно реагирующим на коксиеллёз поголовьем сельскохозяйственных животных. При этом не допускать к работе лиц, не достигших 18-летнего возраста, беременных и кормящих женщин, сезонных рабочих, больных острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, работников с положительными серологическими реакциями на коксиеллёз, больных коксиеллёзом, работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований безопасности;

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

- обеспечить всех работников, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения коксиеллезом, в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, защитные маски, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, специальная обувь и другие), своевременную их замену и централизованную стирку;

- принять меры по обеспечению работников надлежащими условиями для соблюдения личной гигиены (туалетные комнаты, душевые, мыло, индивидуальные полотенца и другие), бытовыми помещениями для приёма пищи и отдыха, отдельными шкафчиками для хранения личной, рабочей и санитарной одежды;

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

4.11.4. Кипячёное молоко от коров, положительно реагирующих на коксиеллёз, разрешается использовать на пищевые цели, при этом поставка его в медицинские, детские и школьные учреждения не допускается.

4.11.5. Молоко (сливки) от отрицательно реагирующих на коксиеллёз коров неблагополучного стада обеззараживают кипячением. В таком же порядке обеззараживают молоко для внутрихозяйственных нужд (в том числе для заменителя цельного молока).

4.11.6. Пахту и обрат, полученные при изготовлении топлёного масла, используют в корм животным только на данной ферме, скармливание их животным благополучных ферм, хозяйств и вывоз в другие хозяйства запрещается.

4.11.7. Запрещается изготовление брынзы и сыров из овечьего (козьего) молока животных из неблагополучных по коксиеллёзу хозяйств.

4.11.8. При выявлении в индивидуальных хозяйствах положительно реагирующего на коксиеллёз поголовья или больных животных специалисты органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор:

- уточняют список лиц, занимающихся уходом за животными, а также употреблявших животноводческую продукцию, полученную от больного поголовья;

- дают предписания по проведению медицинского обследования, включая серологические исследования, контактных с больным животным для раннего выявления больных коксиеллёзом;

- совместно со специалистами ветеринарной службы проводят инструктаж с индивидуальными владельцами по соблюдению мер профилактики заражения коксиеллёзом при уходе за больным и положительно реагирующим на коксиеллёз поголовьем животных, об опасности заражения коксиеллёзом алиментарным путём: при употреблении молока и молочных продуктов (рассольные сыры), не прошедших достаточную термическую обработку.

4.11.9. Запрещается реализация населению продуктов от животных (молочные продукты, мясо и субпродукты от животных, не прошедшие достаточной термической обработки), положительно реагирующих на коксиеллёз.

4.12. На предприятиях, перерабатывающих продукты и сырье животного происхождения:

- проводят дезинфекцию помещений, оборудования, спецодежды и других объектов, возможных факторов передачи возбудителя, а также дезинсекционные и дератизационные мероприятия в соответствии с действующими нормативными методическими документами;

- при отсутствии заболевания людей коксиеллёзом обеззараживают объекты внешней среды, которые могут быть контаминированы возбудителем коксиеллёза при контакте с больными животными, их трупами, продуктами и сырьём животного происхождения. К ним относятся спецодежда, одежда, обувь, поверхности оборудования, мебели, посуды, постельные принадлежности и другие;

- при наличии больных коксиеллёзом проводится очаговая дезинфекция: текущая и заключительная;

- ответственными за организацию и проведение дезинфекционных мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей коксиеллезом, являются руководители организаций, учреждений, независимо от организационно-правовой формы собственности.

4.13. Для обеззараживания объектов, контаминированных возбудителем коксиеллёза, применяют:

- физические методы - высокую температуру путём кипячения, действие сухого горячего воздуха, насыщенного водяного пара;

- камерные методы обеззараживания вещей с использованием парового, паровоздушного и пароформалинового методов;

- химические дезинфицирующие средства по режимам, рекомендованным для применения при бактериальных инфекциях; обеззараживание медицинских изделий - по режимам, рекомендованным для применения при вирусных инфекциях.

4.14. В эпизоотическом очаге проводятся дератизационные, дезинсекционные и дезинфекционные мероприятия в соответствии с установленными требованиями.

4.15. В качестве средств дезинфекции, дератизации и дезинсекции используют препараты, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке. Препараты применяют по инструкциям, утвержденной для каждого конкретного средства.

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Эпидемиологический надзор за коксиеллёзом среди людей представляет собой непрерывное наблюдение за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение. Цель эпидемиологического надзора: получение и оценка объективной эпидемиологической информации для разработки, осуществления и корректировки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на недопущение распространения инфекции среди людей и формирования эпидемических очагов.

5.2. Задачи эпидемиологического надзора за коксиеллёзом:

- объективная оценка и характеристика распространения коксиеллёза на каждой конкретной территории;

- выявление тенденций развития эпидемического процесса;

- выявление регионов, областей, населенных пунктов и организаций с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

- выявление контингентов, наиболее подверженных риску заражения;

- выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости коксиеллёзом на каждой конкретной территории;

- контроль и оценка качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки (разработка управленческих и управляющих решений);

- разработка прогноза эпидемиологической ситуации.

5.3. Эпидемиологический надзор за коксиеллёзом включает:

- мониторинг заболеваемости коксиеллёзом людей с учётом условий районирования (территориальности), сезонности, цикличности эпидемических и эпизоотических процессов;

- мониторинг за циркуляцией возбудителя;

- мониторинг за уровнем охвата вакцинопрофилактикой лиц, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения коксиеллёзом;

- оценку эпидемиологической ситуации и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

5.4. Эпидемиологический надзор за коксиеллёзом среди людей проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. На территориях субъектов Российской Федерации, где регистрируются случаи коксиеллёза среди животных, должны быть разработаны целевые программы или комплексные планы по профилактике коксиеллёза, разрабатываемые при участии органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и других заинтересованных ведомств.

Планы и программы утверждаются руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

6.2. Контроль за выполнением мероприятий по профилактике заражения людей коксиеллёзом проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

- выполнять требования по профилактике, своевременному выявлению заражения возбудителем коксиеллёза поголовья сельскохозяйственных животных;

- обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты, предусматривать наличие бытовых помещений на производстве (в хозяйстве);

- организовывать проведение периодических медицинских осмотров в установленном порядке.

6.4. На неблагополучных по коксиеллёзу административных территориях субъекта Российской Федерации индивидуальные владельцы сельскохозяйственных животных обязаны один раз в год проходить серологическое обследование на коксиеллёз с целью своевременного выявления заболевания.

6.5. Мероприятия по профилактике коксиеллёза на мясоперерабатывающих предприятиях:

6.5.1. Предприятие должно быть обеспечено необходимым набором бытовых помещений, построенными по типу санпропускника, и иметь гардеробные для раздельного хранения домашней, санитарной и специальной одежды и обуви персонала, душевые установки, помещения для приёма пищи (в цехах принимать пищу запрещается).

6.5.2. Во всех производственных помещениях, где перерабатывают туши скота, положительно реагирующий на коксиеллёз, и продукты его убоя, должны быть водонепроницаемые полы без выбоин с достаточным количеством трапов для удаления смывных вод, облицованные плиткой на высоту 1,8 м стены, у входа - коврики, пропитанные дезинфицирующим раствором. Для сбора субпродуктов должна быть выделена водонепроницаемая, хорошо поддающаяся санитарной обработке тара с маркировкой «Коксиеллёз», а для конфискатов - закрывающаяся водонепроницаемая тара с маркировкой «Конфискаты».

6.5.3. После окончания убоя помещение санитарной бойни, убойного цеха, базы предубойного содержания, цеха по переработке продукции, технологическое оборудование, инвентарь, санитарную и специальную одежду и обувь, используемые при переработке скота и продуктов его убоя, подвергают дезинфекции согласно действующим нормативным документам.

6.5.4. Отходы убоя подвергают сжиганию на территории мясоперерабатывающего предприятия.

6.5.5. Для предупреждения инфицирования возбудителем коксиеллёза работников мясоперерабатывающего предприятия должны быть выполнены следующие требования:

- к приёму, транспортировке и убою на коксиеллез животных, разделке туш и переработке сырья, получаемого от них, допускают только постоянных работников предприятия, прошедших диспансерное обследование на коксиеллёз и привитых против коксиеллёза, а также с положительными иммунологическими реакциями при обследовании на коксиеллез, не имеющих диагностических титров или роста титров в динамике, в отношении которых соответствующими медицинскими учреждениями исключено заболевание коксиеллёзом;

- лица, имеющие на кистях рук порезы, ссадины и другие повреждения кожи, могут быть допущены к работе только в резиновых перчатках после предварительной обработки поражённого участка кожи. При переработке скота всех видов (и продуктов его убоя), положительно реагирующего при обследовании на коксиеллёз, поступившего из хозяйств, неблагополучных по коксиеллёзу, все участвующие в этих работах должны быть в резиновых перчатках;

- запрещается допускать к приему, убою реагирующих на коксиеллез животных и переработке туш и сырья, полученного от них, лиц, не достигших 18-летнего возраста; беременных и кормящих женщин; сезонных рабочих; работников, не привитых против коксиеллёза или привитых, но до истечения 1 месяца после прививки; больных с острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, больных с клиническими проявлениями коксиеллёза, работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований безопасности;

- список работников, допущенных к работе по убою, переработке положительного на коксиеллёз поголовья животных, должен быть утверждён руководителем предприятия;

- до начала работ с положительно реагирующим поголовьем в обязательном порядке с каждым работником должен быть проведён инструктаж под роспись о необходимости соблюдения техники безопасности, использовании средств индивидуальной защиты и соблюдении гигиенических требований для профилактики профессионального заражения возбудителем коксиеллёза;

- администрация предприятия обязана обеспечить персонал в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеёнчатые фартуки, специальная обувь и другие), моющими и дезинфицирующими средствами;

- на предприятиях должна быть организована централизованная дезинфекция, стирка и чистки спецодежды.

6.5.6. Дезинфекцию помещений, оборудования, спецодежды и других объектов, возможных факторов передачи возбудителя, а также дезинсекционные и дератизационные мероприятия проводят в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

6.5.7. Ответственность за выполнение на предприятии требований биологической безопасности при осуществлении работ по убою животных и переработке сырья, инфицированного коксиеллами, возлагается на руководителя предприятия.

6.5.8. Администрация предприятия обязана ставить в известность органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о времени поступления и переработки животных с положительными серологическими реакциями на коксиеллёз.

6.6. Специфическая профилактика коксиеллёза

6.6.1. Специфическая профилактика коксиеллёза включает вакцинацию против коксиеллёза (лихорадки Ку), которую проводят в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Решение о проведении и объёмах вакцинации людей против коксиеллёза принимает орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с учётом эпизоотических и эпидемических показаний.

6.6.2. Вакцинацию организуют и проводят органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации.

6.6.3. Контроль за проведением вакцинации, транспортировкой и хранением иммунобиологических препаратов проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории.

6.6.4. Вакцинацию проводят в очагах козье-овечьего типа следующим категориям лиц, достигших 18 лет:

- выполняющим работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота коксиеллёзом; по убою скота, больного коксиеллёзом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов;

- животноводам, ветеринарным работникам, зоотехникам в хозяйствах энзоотичных, неблагополучных по коксиеллёзу;

- работникам бактериологических лабораторий, работающим с живыми культурами коксиелл.

6.6.5. Вакцинацию постоянным и временным работникам, занятым в животноводстве, проводят по эпидемическим показаниям до отсутствия регистрации в хозяйствах случаев коксиеллёза среди животных - как мелкого, так и крупного рогатого скота, а персоналу предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства - до окончания регистрации случаев коксиеллёза в хозяйствах, откуда поступает скот, сырье и продукты животноводства.

6.6.6. Для иммунизации людей против коксиеллёза применяются вакцины, зарегистрированные на территории Российской Федерации в установленном порядке.

6.6.7. Перед проведением иммунизации проводится медицинский осмотр всех лиц, подлежащих вакцинации (ревакцинации), с обязательным серологическим (РНИФ, ИФА, РСК и другие) обследованием.

6.6.8. Вакцинации подлежат лица с чёткими отрицательными серологическими реакциями на коксиеллёз.

6.6.9. Прививки не проводят лицам моложе 18 лет, женщинам в период беременности и кормящим матерям, так как эти контингенты не должны привлекаться к работам, связанным с риском заражения коксиеллёзом; а также лицам, имеющим положительные серологические реакции на коксиеллёз.

6.6.10. К работе с инфицированными животными или сырьём люди могут допускаться не ранее чем через 1 месяц после вакцинации.

6.6.11. Иммунитет сохраняет наивысшую напряжённость в течение 5-6 месяцев. В связи с этим при определении сроков проведения вакцинации в животноводческих хозяйствах необходимо строго руководствоваться данными о времени окота (ранний окот, плановый, внеплановый).

6.7. Организация периодических медицинских осмотров профессиональных контингентов:

6.7.1. Диспансерным профилактическим осмотрам с обязательным серологическим обследованием при поступлении на работу и не реже 1 раза в год подлежат контингенты, подвергающиеся риску заражения коксиеллёзом:

- постоянные и временные работники животноводческих, звероводческих хозяйств (ферм), как благополучных, так и неблагополучных по коксиеллёзу;

- лица, занятые обслуживанием, стрижкой, забоем животных, первичной обработкой и транспортированием сырья и продуктов животноводства из этих хозяйств;

- постоянные и временные работники предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства, поступающих из районов и хозяйств, неблагополучных по коксиеллёзу любого вида животных;

- медицинский, ветеринарный, зоотехнический и другой персонал, работающий с живыми культурами коксиелл или заражённым материалом, с больными и подозрительными на заражение коксиеллами.

6.7.2. Ответственность за организацию предварительных и периодических медицинских осмотров работников возлагается на руководителя предприятия, хозяйства.

6.7.3. Диспансеризацию групп риска проводят медицинские организации, аккредитованные для данного вида деятельности.

6.7.4. Контроль полноты охвата контингентов, подлежащих периодическим медицинским осмотрам на коксиеллёз и диспансерному наблюдению, проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории.

6.7.5. При проведении медицинского осмотра в обязательном порядке проводится серологическое обследование работников на коксиеллёз. На территориях, благополучных по коксиеллёзу сельскохозяйственных животных (в течение 5 лет), серологическое обследование работников проводят один раз в два года.

6.7.6. Проведение медицинских осмотров осуществляет врач-терапевт. Больные с клиническими проявлениями, характерными для коксиеллёза (лихорадка, поражение органов дыхания, эндокардиты), подлежат углублённому медицинскому осмотру с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений (инфекционист, кардиолог, пульмонолог).

6.7.7. Лица с положительными и сомнительными результатами серологических реакций без клинических проявлений подлежат тщательному обследованию врачом-инфекционистом два раза в год с обязательным лабораторным исследованием сыворотки крови на коксиеллёз и при необходимости - специалистами по профилю выявленной патологии.

6.7.8. Профилактические медицинские осмотры животноводов следует проводить через 1-2 месяца после окончания массового окота и отёла животных (обычно II квартал), работников предприятий по переработке сырья и продуктов животноводства - через 1-2 месяца после массового забоя скота (не позднее III квартала).

6.7.9. Лица, временно привлекаемые к уходу за животными и к переработке сырья и продуктов животноводства, должны быть обследованы через 1-2 месяца после сезонных работ. Контроль полноты охвата этих контингентов проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.7.10. Во время проведения периодических медицинских осмотров и лабораторного обследования проводят информационно-разъяснительную работу среди обследуемых контингентов.

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики коксиеллёза.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает: представление населению подробной информации о коксиеллёзе, мерах специфической и неспецифической профилактики, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших животных, необходимостью их изоляции и проведения санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальных бесед и других.

7.3. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы и учреждения ветеринарии, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

## 7.3. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных вирусной этиологии

## 7.3.1. Профилактика крымской геморрагической лихорадки

### I. Общие положения

1.1. Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго) (далее – КГЛ) – арбовирусная трансмиссивная природно-очаговая инфекционная болезнь, возбудитель которой передается иксодовыми клещами. Код А98.0 по международной классификации болезней МКБ-10.

1.2. Диагноз КГЛ устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

1.2.1. Эпидемиологические:

* проживание больного в эпидемиологически неблагополучном регионе или пребывание на энзоотичной территории;
* наличие в анамнезе у больного присасывания клеща или контакта с ним (снятие, раздавливание, наползание) на энзоотичной 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.

1.2.2. Клинические:

* острое начало заболевания с выраженной лихорадкой (>38,5°С);
* интенсивные головные боли, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, миалгия;
* в первые дни от начала заболевания – одутловатость и гиперемия лица и шейно-воротниковой зоны, инъекция сосудов склер, умеренная гиперемия зева, гепатомегалия с 3-5-го дня от начала заболевания;
* зона укуса клеща (первичный аффект) – без патологических особенностей;
* апирексия (промежуток между двумя приступами перемежающейся лихорадки) на 4–6-й день болезни с последующим развитием геморрагического синдрома (геморрагическая сыпь, гематомы в местах инъекций, кровоточивость десен, полостные кровотечения и др.).

1.2.3. Лабораторные:

* лейкопения, тромбоцитопения, нормальная или замедленная СОЭ;
* определение в сыворотке крови РНК вируса ККГЛ, специфических IgM, IgG.

Вирусологический метод, как правило, имеет ретроспективное значение в диагностике КГЛ.

1.3. Возбудитель инфекции – РНК-содержащий вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки (*Crimean-Congo hemorrhagic fever orthonairovirus*) (далее – ККГЛ) относится к роду *Orthonairovirus* семейства *Nairoviridae* порядка *Bunyavirales*. В соответствии с классификацией биологических агентов, вызывающих болезни человека, по группам патогенности относится ко II группе.

1.4. Основным резервуаром и переносчиком вируса ККГЛ на территории Российской Федерации являются иксодовые клещи *Hyalomma marginatum*, сохраняющие вирус пожизненно. Распространение КГЛ в Российской Федерации совпадает с ареалом обитания клещей данного вида (степные, полупустынные и лесостепные ландшафты Южного и Северо-Кавказского федеральных округов). Вирус ККГЛ также обнаружен в клещах, относящихся к родам *Hyalomma*, *Haemaphysalis*, *Rhipicephalus*, *Dermacentor*, *Boophilus* и *Amblyomma*.

1.5. Основными прокормителями имаго клещей *H. marginatum* в хозяйственных условиях являются крупный (КРС) и мелкий (МРС) рогатый скот, в природных биотопах – крупные дикие животные (косули, волки и др.), преимагинальных фаз клещей – зайцы, ежи, птицы семейства врановых (грачи, вороны, сороки) и отряда куриных (куропатки, индейки и др.).

1.6. Ведущий механизм передачи вируса ККГЛ – трансмиссивный с реализацией инокуляционного (при укусе зараженными клещами) или контаминационного (при раздавливании клеща) путей передачи возбудителя. Также заражение человека происходит при контакте с кровью и биологическими выделениями больного (содержащими кровь); возможно инфицирование во время убоя и разделки туш КРС и МРС, зайцев и других животных, а также при вдыхании аэрозолей, содержащих вирус ККГЛ (в лабораторных условиях во время аварий при центрифугировании инфицированного материала).

1.7. 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.

1.8. В течение инфекционного процесса КГЛ выделяют периоды: инкубационный, начальный, геморрагических проявлений и органных поражений (или период разгара болезни) и реконвалесценции.

Болезнь характеризуется острым началом, интоксикационным, болевым и геморрагическим синдромами (локальным и генерализованным), отсутствием продромальных явлений, двухволновой лихорадкой, лейкопенией и тромбоцитопенией.

Различают клинические формы болезни:

* с геморрагическим синдромом (с полостными кровотечениями или их отсутствием) – тяжелая и среднетяжелая формы;
* без геморрагического синдрома – среднетяжелая и легкая формы.

1.9. Инкубационный период варьирует от 1 до 14 дней. Чаще 2-9 дней.

### II. Выявление, учёт и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. В рамках санитарной охраны территории Российской Федерации выявление больных также осуществляют при проведении санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации (лица с характерными признаками заболевания, прибывшие из эндемичных по КГЛ регионов).

2.3. В случае подозрения на заболевание КГЛ принимают меры по экстренной госпитализации больного в инфекционный стационар с целью дифференциальной диагностики и лечения вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

2.4. Больных (с подозрением на заболевание) 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. Ответственность за соблюдение требований биологической безопасности на этапах транспортировки и оказания медицинской помощи несет руководитель соответствующей медицинской организации.

2.5. Каждый случай обращения за медицинской помощью по поводу присасывания клеща подлежит регистрации и учету в установленных формах медицинской документации МО, в которую обратился пациент, независимо от его места жительства.

2.6. Учреждения, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренных извещений проводят учет необходимых сведений в формах федерального статистического наблюдения, а также анализируют природные биотопы, в которых произошло присасывание клещей. При выявлении территорий с наибольшим количеством таких случаев оперативно информируют орган, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, для принятия мер по проведению противоклещевых мероприятий.

2.7. При обращении человека за медицинской помощью по поводу присасывания клеща на энзоотичных по КГЛ территориях медицинские работники осуществляют медицинское наблюдение в течение 14 дней с ежедневной двукратной термометрией и фиксацией результатов в листе наблюдений. При подъеме температуры у наблюдаемого лица необходимо организовать его провизорную госпитализацию в инфекционный стационар, особенно у лиц с риском заражения КГЛ (присасывание клеща при уходе за сельскохозяйственными животными, при посещении природных биотопов, выполнении полевых работ).

2.8. Руководители учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории представляют в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека внеочередные донесения о каждом больном КГЛ.

2.9. В случае подозрения на заболевание КГЛ, связанное с выполнением профессиональных обязанностей, руководители организаций, где произошел случай (случаи) профессионального заболевания КГЛ, проводят эпидемиологическое расследование, по результатам которого составляют акт расследования профессионального заболевания, который подают в территориальный орган Роспотребнадзора.

2.10. Все случаи заболевания КГЛ подлежат регистрации и учету в соответствующих формах федерального статистического наблюдения.

### III. Лабораторная диагностика

1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем КГЛ, включая забор, транспортировку и подготовку материала для лабораторных исследований, проводят в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обеспечению безопасности при работе с микроорганизмами II группы патогенности.

Лабораторные исследования клинического, секционного, зоологического и энтомологического материала, подозрительного на заражение вирусом ККГЛ, независимо от используемых методов, проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с материалом, зараженным или подозрительным на заражение микроорганизмами II-IV групп патогенности.

1. При проведении лабораторной диагностики исследуют:

* от больных людей: цельную кровь, плазму, сыворотку крови, сгусток крови;
* от умерших людей: печень, легкие, селезенку, почки.

Для лабораторной диагностики КГЛ у людей используют молекулярно-генетический (ПЦР – полимеразная цепная реакция), иммунологический (ИФА – иммуноферментный анализ) и вирусологический методы.

Материалом для исследования методами ПЦР и ИФА служат плазма и сыворотка крови, для исследования вирусологическим методом – цельная кровь, сгусток крови.

Клинический диагноз КГЛ считают подтвержденным в случаях:

* выявления РНК вируса ККГЛ в клиническом и аутопсийном материале,
* обнаружения антител класса IgM в сыворотке крови, взятой в раннем периоде заболевания, в совокупности с выявлением антител класса IgG в парной сыворотке крови;
* четырехкратного роста титра антител класса IgG при исследовании парных сывороток крови;
* выделения вируса ККГЛ из крови больного.

1. Забор материала от больного (подозрительного на заболевание) человека проводят как до начала специфического лечения, так и в течение всего периода клинических проявлений. Забор материала от больного осуществляют два медицинских работника стационара (в который госпитализирован больной), один из них должен быть врач-инфекционист, подготовленный по вопросам диагностики особо опасных инфекций и обученный правилам биологической безопасности при работе с клиническим материалом, подозрительным на заражение возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности.
2. В случае необходимости проведения вскрытия трупа человека, которому ранее при жизни был установлен диагноз «Подозрение на КГЛ» или «Лихорадка неясного генеза» на эндемичной по КГЛ территории, и не был прижизненно выполнен забор клинического материала для лабораторного исследования на маркеры вируса ККГЛ, секционный материал отбирают медицинские работники патологоанатомических отделений (Бюро судебно-медицинской экспертизы) в присутствии специалиста отдела (лаборатории) особо опасных инфекций ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации или противочумного учреждения.
3. При эпизоотологическом мониторинге в природном биотопе, где предположительно произошло заражение человека, исследуют собранных из окружающей среды и с сельскохозяйственных животных иксодовых клещей, пробы крови КРС и МРС, а также органы мелких млекопитающих – зайцев, ежей, мышевидных грызунов (печень, головной мозг).

3.6. Пулы иксодовых клещей, органы мелких млекопитающих и пробы крови КРС и МРС исследуют молекулярно-генетическим методом (ОТ-ПЦР) с целью выявления РНК вируса ККГЛ, иммуносерологическим методом (ИФА) с целью выявления антигена возбудителя (в случае обнаружения антигена вируса ККГЛ методом ИФА необходимо подтвердить результат методом ПЦР) и вирусологическим методом для изоляции вируса. Пробы сыворотки крови КРС и МРС исследуют серологическими методами на наличие специфических антител к вирусу ККГЛ

3.7. Для лабораторной диагностики КГЛ используются зарегистрированные в Российской Федерации тест-системы.

* 1. Материал от больных КГЛ, впервые выявленных на не энзоотичной по КГЛ территории Российской Федерации, клинический, зоологический и энтомологический материал из зарегистрированных эпидемических очагов, в котором выявлена РНК вируса ККГЛ, патологоанатомический материал, подлежат передаче в Референс-центр по мониторингу за возбудителем КГЛ.

### IV. Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге

* 1. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий
     1. На территориях Российской Федерации, эндемичных по КГЛ, организацию и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий осуществляют органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при участии ветеринарных служб в субъекте Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные организации в части[[37]](#footnote-37), отнесенной к их компетенции, в рамках комплексных планов по профилактике КГЛ, утвержденных органом исполнительной власти субъекте Российской Федерации.
     2. При неустойчивой в регионе эпизоотической (выявлении маркеров вируса ККГЛ из полевого материала, высокой численности основных источников и переносчиков вируса) и эпидемической обстановке (регистрация случаев заболевания КГЛ у населения) вопросы организации и проведения санитарно-противоэпидемических, медицинских мероприятий заслушивают на заседаниях санитарно-противоэпидемической комиссии (СПЭК) административной территории, которые проводят не менее двух раз в год.
     3. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинские организации обеспечивают готовность госпитальной базы к приему и лечению больных (создание резерва медицинских лекарственных препаратов).
  2. Мероприятия в очаге заболевания КГЛ
     1. При получении экстренного извещения из МО о выявлении случая заболевания КГЛ или подозрения на заболевание КГЛ органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов организуют проведение эпидемиологического обследования очага, при необходимости с энтомологическим обследованием и привлечением соответствующих специалистов; при наличии в очаге сельскохозяйственных животных – специалистов ветеринарной службы. При проведении эпидемиологического обследования определяют границы очага, путь передачи возбудителя инфекции, уточняют природный биотоп, на территории которого могло произойти заражение (присасывание клеща или контакт с ним), производственные зоны (животноводческие объекты), объем санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Выявляют лиц, находившихся одновременно с заболевшим в эпидемиологически опасном природном биотопе, контактировавших с больным КГЛ.
     2. По результатам комплексного обследования очага составляется акт с эпидемиологическим заключением и предложениями (предписанием) в адрес хозяйствующего субъекта по объемам и срокам проведения противоэпидемических и комплекса профилактических мероприятий.
     3. Должностные лица органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдают предписание территориальной МО о проведении медицинского наблюдения за контактными лицами в течение 14 дней. С контактными лицами проводят разъяснительную работу о соблюдении мер индивидуальной профилактики заражения КГЛ и признаках заболевания.
     4. В ходе энтомологического обследования очага определяют эпидемиологические показатели риска заражения населения, проживающего или находящегося в пределах природного биотопа (численность и активность иксодовых клещей, их видовой состав, индексы обилия клещей на сельскохозяйственных животных). При обнаружении на территории очага источников и переносчиков возбудителя инфекции по решению специалистов, проводящих эпидемиологическое расследование, проводят отбор проб для лабораторного исследования.
     5. По результатам энтомологического обследования очага составляют Акт обследования очага, на основании которого должностные органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдают предписание муниципальным органам власти, ветеринарной службе, хозяйствующим субъектам о проведении противоклещевых обработок и других мероприятий, направленных на снижение численности источников и переносчиков инфекции.
     6. При наличии эпидемиологических показаний орган Роспотребнадзора, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организует при участии представителей муниципальных образований, ветеринарной службы, медицинских организаций сходы граждан, подворные обходы для проведения разъяснительной работы с населением.
     7. В домашних очагах КГЛ и МО при наличии больных КГЛ проводят текущую и заключительную дезинфекцию дезинфицирующими средствами, разрешёнными для применения при вирусных инфекциях, вызываемых устойчивыми к дезинфицирующим средствам вирусами. Обеззараживанию подлежат все предметы, загрязнённые или подозрительные на загрязнение кровью и выделениями больного, а также имевшие контакт со слизистыми оболочками больного.
     8. Проведение комплекса дезинфекционных мероприятий осуществляют организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью на территории населенного пункта и имеющие лицензию на данный вид деятельности.
  3. Противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях
     1. Ежегодно до начала эпидемического сезона КГЛ (не позднее апреля) 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.
     2. 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 (опасности).
     3. Ответственность за соблюдение установленных требований возлагается на руководителя и ответственных должностных лиц МО.
     4. При госпитализации больного с подозрением на КГЛ в многопрофильный стационар больной, минуя приёмный покой, должен быть немедленно помещён в бокс инфекционного отделения.
     5. 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.
     6. Все медицинские работники, участвующие в оказании медицинской помощи больным КГЛ, включая лаборантов клинико-диагностической лаборатории, должны пройти инструктаж о соблюдении требований биологической безопасности под роспись, который проводит ответственное лицо МО.
     7. 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 противочумные костюмы I типа, с соблюдением принципа парности.
     8. Для предотвращения аспирационного заражения не допускается проведение больным КГЛ медицинских процедур с использованием ингалятора-небулайзера.
     9. Обеззараживание медицинских изделий, использованных при проведении медицинских манипуляций больному, проводят в боксе. Не допускается вынос необеззараженных отходов за пределы бокса.
     10. 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 дней с ежедневной термометрией и фиксацией результатов в листе наблюдений.
     11. В случае попадания крови больного КГЛ на слизистые оболочки и незащищённые кожные покровы медицинского работника с целью экстренной профилактики рекомендуется назначение противовирусных препаратов (рибавирина) по усмотрению врача-инфекциониста.
     12. При ухудшении состояния медицинского работника, повышении температуры необходима немедленная провизорная госпитализация в инфекционный стационар.
     13. Должностные лица органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в ходе эпидемиологического расследования случая заболевания КГЛ оценивают соблюдение противоэпидемического режима в инфекционном стационаре для предупреждения формирования внутрибольничного очага с применением мер административного воздействия при выявлении нарушений.
  4. Патологоанатомическое вскрытие и захоронение людей, умерших от КГЛ
     1. Трупы людей, умерших от КГЛ с лабораторным подтверждением диагноза, с учётом высокого риска заражения персонала вскрытию не подлежат.

В случае крайней необходимости вскрытие трупа производит только врач-патологоанатом (желательно в присутствии специалиста-эпидемиолога, специалиста по особо опасным инфекциям) с обязательной последующей заключительной дезинфекцией помещений, всех предметов, инструментария, бывших в употреблении халатов, перчаток, обуви.

* + 1. Все манипуляции с трупом при подготовке его к захоронению проводит персонал медицинских организаций с соблюдением требований биологической безопасности. Родственникам разъясняют требования безопасности при прощании с умершим.
    2. До выноса из помещения труп укладывают в гроб, выстланный пластиковой плёнкой, такой же плёнкой плотно накрывают труп сверху для исключения контакта с кожей лица и рук трупа. Под плёнку на дно гроба насыпают слой гипохлорита кальция или хлорамина .

В виде исключения при отсутствии гроба (по религиозным мотивам) допускается захоронение трупов людей, завёрнутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпают гипохлорит кальция или хлорамин .

* + 1. Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от КГЛ, производят на обычном кладбище, в общих крематориях в соответствии с правилами захоронения умерших в установленном порядке.
    2. Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляют на любом транспорте в металлическом или плотно закрытом деревянном гробу в сопровождении специалистов территориальных органов, уполномоченных на осуществление санитарно-эпидемиологического контроля.
    3. Дезинфекцию предметов по месту жительства умершего больного проводят в том случае, если имела место их контаминация его биологическими жидкостями.

### V. Требования к проведению эпидемиологического надзора

* 1. В целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляют постоянное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, изучение эндемичности территории, наблюдение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.
  2. Проводят оценку эпидемиологической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на минимизацию рисков для заражения населения КГЛ в эндемичных районах, на снижение заболеваемости КГЛ среди людей, предупреждение возникновения массовых случаев заболевания, недопущение формирования тяжелых клинических форм течения инфекции и летальных исходов.
  3. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:
* определение природных биотопов повышенного эпидемического риска (активные природные очаги), на территории которых регистрируют случаи заболевания людей, выявляют маркеры вируса ККГЛ (РНК) из объектов окружающей среды (от клещей, грызунов, диких и домашних животных);
* ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости КГЛ среди людей по условиям заражения, тяжести клинического течения, летальности, ее территориальное распределение, а также анализ заболеваемости отдельных групп населения (городского, сельского, по возрастным и социально-профессиональным группам);
* контроль своевременности выявления больных КГЛ, полноты их лабораторного обследования;
* установление контингентов населения, групп повышенного риска, находящихся или выезжающих в природные очаги (или зоны риска), с целью проведения среди них целенаправленной работы по вопросам профилактики КГЛ;
* анализ иммунной структуры населения;
* определение периода эпидемического сезона по КГЛ на территории (по зоолого-энтомологическим показателям);
* проведение зоолого-энтомологического обследования территории с целью наблюдения за циркуляцией возбудителя, переносчиками вируса ККГЛ;
* формирование предложений по срокам и объемам проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с подготовкой управленческих решений;
* контроль полноты и эффективности проводимых мероприятий.

### VI. Профилактические мероприятия

* 1. Специфическая иммунопрофилактика людей не разработана.
  2. Неспецифическая профилактика при КГЛ, включает противоклещевые обработки природных биотопов и сельскохозяйственных животных, меры индивидуальной противоклещевой защиты и гигиеническое воспитание населения.
  3. Борьба с клещами-переносчиками возбудителя КГЛ носит комплексный характер и включает меры экологического, хозяйственного и химического воздействия на популяцию клещей на всех фазах его развития. Мероприятия по уничтожению клещей проводят в соответствии с общими требованиями к проведению дезинсекционных мероприятий.
  4. Акарицидные обработки природных биотопов проводят в течение эпидемического сезона на энзоотичных территориях. При этом используют акарицидные (инсектоакарицидные) средства, разрешённые в установленном порядке и рекомендованные для борьбы с иксодовыми клещами в природных биотопах. Применение акарицидных средств осуществляют в соответствии с действующими нормативно-методическими документами и инструкциями по применению средств. Эффективность нанесения средств обеспечивается использованием соответствующего оборудования.
  5. Акарицидами обрабатывают природные биотопы, где обитают основные переносчики возбудителя КГЛ – клещи *H. marginatum* и являющиеся эпидемиологически опасной зоной (пастбища, лесополосы); наиболее посещаемые населением участки территории: места массового отдыха, летние оздоровительные учреждения, кладбища, садовые участки, детские образовательные организации, базы отдыха, летние места хозяйственной деятельности (места прокладки средств коммуникации, газо- и нефтепроводов, электрических сетей и пр.) и другие природные биотопы, где зафиксированы случаи присасывания клещей к людям.

6.6. Запрещается обрабатывать территории, расположенные ближе 500 м от рыбохозяйственных и питьевых водоемов.

6.7. Акарицидным обработкам предшествует энтомологическое обследование с целью определения видового состава и обилия иксодовых клещей. Показаниями к проведению акарицидных обработок является средний индекс обилия клещей на животных в период их максимальной сезонной и суточной активности, равное или превышающее 2 особиили 0,5 особи на единицу учета (1 флаго-км, или 1 флаго-час, или 1 человеко-час).

* 1. Для обработок природных биотопов против клещей родов *Hyalomma, Dermacentor, Haemaphysalis, Rhipicephalus* применяют инсектоакарицидные средства с увеличением их нормы расхода в 2-3 раза по сравнению с рекомендуемой для борьбы с клещами рода *Ixodes* при отсутствии в инструкции по применению средства специальных указаний.
  2. После проведения акарицидных обработок (через 3-5 дней) проводят контроль их эффективности, который необходимо повторить при отсутствии находок или случаев присасывания через 28-30 дней (предполагаемое время окончания действия средства) и далее ежедекадно до полного исчезновения клещей на необработанных аналогичных территориях (окончание сезона активности клещей). При наличии сведений о находках или случаев присасывания клещей на обработанной территории необходимо провести контроль эффективности обработок. Обработка считается эффективной, если численность переносчиков вируса ККГЛ не превышает или ниже 0,5 особей/флаго-км. При более высокой численности клещей обработку следует повторить. На эпидемически значимых объектах (территории МО, детские образовательные организации, базы отдыха и др.) наличие клещей не допускается.
  3. Все профилактические противоклещевые мероприятия на территории населённых пунктов координируют главы муниципальных образований или их уполномоченные представители. Акарицидные обработки проводят в присутствии представителя администрации муниципального образования (Заказчика) или уполномоченного лица.

6.11. Администрация муниципального образования за 10 дней до начала работ информирует через печать или радио население, использующее пастбища и проживающее вблизи обрабатываемой территории, о местах и сроках проводимых обработок. Информация должна включать следующие сведения: опасность клещей-переносчиков вируса ККГЛ, необходимость обработки, безопасность средства в рекомендованном режиме применения для здоровья людей, указание конкретных территорий, сроков проведения работ, необходимых мерах предосторожности, возможных «сроках ожидания» – периода, после которого возможно пребывание людей в зоне ранее проведённой обработки, сбора грибов и ягод, сенокошения и выпаса животных, исходя из мер предосторожности в соответствии с инструкциями по применению конкретных инсектоакарицидных средств. После обработки необходимо устанавливать предупреждающие знаки с информацией о том, что данная территория обработана, и датами ограничений посещения территории. Знаки убирают только после окончания установленных «сроков ожидания».

6.12. Во время обработки пастбищ и до момента начала его использования до окончания «срока ожидания» следует перевести скот на стойловое содержание или на другое пастбище. При наличии возможности целесообразно использовать систему сменных пастбищ.

6.13. В целях защиты пасек от воздействия инсектоакарицида необходимо своевременно известить владельцев пасек о местах и сроках проведения обработок (не менее чем за 2 суток до обработок) и необходимости защиты пчёл. В целях защиты пасек от воздействия средства их выводят к другому источнику медосбора на расстояние не менее 5 км от обрабатываемых участков или изолируют любым способом на срок до 10 суток после обработки. Ограничение лёта пчел – 96-120 часов.

6.14. Ответственность за безопасность работ при проведении противоклещевых обработок возлагается на администрацию организации, которая проводит обработки.

6.15. После окончания обработки составляют акт в произвольной форме в трёх экземплярах, который подписывают все лица, участвующие в проведении работ. В акте в обязательном порядке указывают наименование препарата, норму его расхода, тип применяемой аппаратуры и техники.

6.16. В случае падежа домашних животных при подозрении на отравление их акарицидами Заказчик работ должен принять все меры для установления действительной причины гибели животных, в частности, должен быть произведён химический анализ на содержание инсектоакарицидов в пищеварительном тракте павших животных. При гибели пчёл также проводят анализ на содержание в них инсектоакарицидов.

6.17. Ответственными за проведение акарицидных мероприятий являются:

- органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований;

- юридические лица, индивидуальные предприниматели, хозяйствующие субъекты, руководители садово-огородных и дачных объединений граждан.

6.18. Органы исполнительной власти Российской Федерации, муниципальных образований обеспечивают разработку и реализацию программ (планов) по профилактике КГЛ, предусматривающих:

- проведение энтомологического, зоолого-паразитологического обследования территории с целью установления численности переносчиков и контроля циркуляции возбудителя КГЛ;

- проведение комплексных мероприятий по снижению численности популяции иксодовых клещей ниже порога эпидемической опасности;

- проведение акарицидных обработок природных биотопов в течение эпидемического сезона в неблагополучных по КГЛ районах с использованием акарицидных средств, разрешённых для применения;

- уничтожение клещей на сельскохозяйственных и домашних животных акарицидными средствами, разрешёнными для этих целей в ветеринарии;

- снижение численности популяции птиц семейства врановых – прокормителей преимагинальных стадий переносчиков вируса ККГЛ;

- улучшение сельскохозяйственных угодий посредством комплекса агротехнических мероприятий (распашка, окультуривание выпасов, пастбищ и др.);

- осуществление ротации пастбищ с регулируемым выпасом скота;

- определение маршрутов прогона сельскохозяйственных животных;

- благоустройство территорий населённых пунктов, парков, скверов, оздоровительных организаций, сельскохозяйственных объектов, мест массового отдыха и пребывания населения;

- ликвидацию самопроизвольных свалок мусора;

- организацию в средствах массовой информации работы по гигиеническому воспитанию населения, связанной с вопросами профилактики КГЛ, клиническими проявлениями КГЛ, условиями заражения и средствами индивидуальной защиты;

- обеспечение на территориях в эпидемический сезон запаса эффективных акарицидно-репеллентных средств для индивидуальной защиты в доступной продаже.

Объёмы и сроки проведения профилактических мероприятий определяются органами, осуществляющими санитарно-эпидемиологический надзор, по зоолого-паразитологическим показаниям.

6.19. На юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, хозяйствующих субъектов, граждан, руководителей садово-огородных кооперативов возлагается ответственность:

- за благоустройство территории организации, участков и прилегающих территорий;

- за организацию и проведение акарицидных обработок принадлежащей им территории по результатам энтомологического обследования. При наличии эпидемиологических показаний (регистрация случаев присасывания клещей, случаев заболевания КГЛ на принадлежащей территории) обработку необходимо повторить с последующей оценкой эффективности проведённых работ.

6.20. Руководители летних детских загородных оздоровительных организаций, расположенных в зоне природных очагов (или зонах риска) КГЛ, перед началом и в течение эпидемического сезона обязаны обеспечить:

* расчистку прилегающих территорий (лесных массивов, полян и другие) от мусора, валежника, сухостоя в радиусе 50-100 метров вокруг учреждения;
* покос и расчистку от травяной растительности территории организации;
* ограждение территорий забором, полосой зелёных насаждений или другим естественным ограждением по периметру с целью предотвращения захода диких и домашних животных;
* проведение бесед о мерах защиты от нападения клещей с персоналом учреждения и детьми при заезде последних в летние оздоровительные учреждения;
* проведение барьерных акарицидных обработок, создавая ширину барьера не менее 100 м по периметру ограждения; акарицидные обработки проводят по факту обнаружения клещей за 5-7 дней до заезда детей с обязательной оценкой эффективности проведённых работ;
* при выходе за пределы территории учреждения (походы) необходимо обеспечить соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории, применение специальных акарицидных химических средств для обработки верхней одежды.

6.21. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, занимающиеся содержанием сельскохозяйственных животных, индивидуальные владельцы КРС и МРС должны проводить систематические акарицидные обработки поголовья. Рекомендуемые сроки обработок: через 10 дней от начала выпаса на пастбищах (март-апрель) с максимальным охватом на пике паразитирования клещей (апрель-май).

6.22. К уходу за поголовьем при высоких рисках заражения КГЛ дети и подростки не допускаются.

### VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения проводят органы исполнительной и муниципальной власти, медицинские и образовательные организации, ветеринарная служба, органы и учреждения, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает: предоставление населению подробной информации о носителях и переносчиках возбудителя болезни, возможных условиях заражения и путях передачи вируса, основных симптомах заболевания, его тяжести и последствиях, мерах неспецифической профилактики КГЛ.

7.3. Информационно-разъяснительную работу проводят путем лекций, индивидуальных бесед, с использованием средств массовой информации, печатной продукции, активизируя работу перед началом и во время эпидемически опасного периода.

7.4. Проводят инструктажи населению из групп риска (особенно владельцам частного скота) перед началом эпидемического сезона и в течение всего эпидемического периода.

7.5. Проводят инструктажи о мерах индивидуальной (личной) профилактики среди работников организаций и предприятий, выполняющих различного рода работы в природных биотопах на эндемичной по КГЛ территории.

## 7.3.2. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом

### I. Общие положения

1.1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - острое вирусное природно-очаговое заболевание зоонозной природы, характеризующееся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами с характерным поражением почек по типу острого интерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности. В Российской Федерации ГЛПС занимает ведущее место по заболеваемости людей среди всех природно-очаговых инфекционных болезней.

1.2. Диагноз ГЛПС устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

1.3. Возбудители ГЛПС входят в область *Riboviria,* тип *Negarnaviricota*, подтип *Polyploviricotina*, класс *Ellioviricetes,* порядок *Bunyavirales,* семейство *Hantaviridae*, подсемейство *Mammantavirinae*, род *Orthohantavirus* (Virus Taxonomy: 2018b Release). К настоящему времени международным таксономическим комитетом зарегистрировано 36 хантавирусов, включая непатогенные для человека. У человека хантавирусы вызывают заболевание геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) и хантавирусного пульмонального синдрома (ХПС). В отличие от ГЛПС в клинической картине ХПС ведущим является поражение легких (интерстициальная пневмония), сопровождающееся, как правило, очень тяжелым течением болезни (отек легких, кардиошок), в 40 - 50% случаев заканчивающимся летальным исходом.

Хантавирусы относятся ко II группе патогенности (опасности) по классификации патогенности, действующей на территории Российской Федерации.

1.3.1. В Российской Федерации около 97% от общего количества ежегодно регистрируемых случаев ГЛПС приходится на Европейскую и 3% - на Азиатскую часть страны. Распространение ГЛПС ограничивается тремя крупными ландшафтно-климатическими зонами, расположенными в Европейской и Западно-Сибирской частях России и на Дальнем Востоке, в основном в лесных биотопах.

Резервуарными хозяевами патогенных для человека хантавирусов являются грызуны из семейств мышиные (Muridae) и хомяковые (Сricetidae).

1.3.2. На территории Европейской части России ГЛПС вызывают вирусы: Пуумала и два геноварианта вируса Добрава-Белград – вирусы Куркино и Сочи. Природными резервуарами для вируса Пуумала является рыжая полёвка (*Myodes glareolus*), для Добрава-Белград (Куркино) - западный подвид полевой мыши (*Apodemus agrarius agrarius)*, для Добрава-Белград (Сочи) - кавказская лесная мышь (*Apodemus ponticus*).

На этой территории, более 98% случаев ГЛПС этиологически обусловлены вирусом Пуумала. Менее 3% случаев ГЛПС вызваны вирусом Добрава-Белград (Куркино) в лесостепной зоне Центрального Черноземья и вирусом Добрава-Белград (Сочи) в Причерноморье. Наиболее активная очаговая территория в Европейской части расположена в оптимуме ареала основного хозяина вируса Пуумала - рыжей полёвки – в широколиственных и хвойно-широколиственных лесах Среднего Поволжья и Приуралья. Почти 90% всех регистрируемых в Российской Федерации случаев ГЛПС приходится на Приволжский федеральный округ.

В Западной Сибири заболевания ГЛПС вызывают сибирские варианты вирусов Пуумала и Добрава-Белград. Природными резервуарами для сибирского варианта вируса Пуумала является рыжая (*Myodes glareolus*) и красно-серая (*Clethrionomys rufocanus*) полёвки, для Добрава-Белград сибирского варианта вируса - западный подвид полевой мыши (*Apodemus agrarius agrarius*). Для Западной Сибири характерна спорадическая заболеваемость в пределах лесной ландшафтной зоны (подтайги и южной подзоны тайги Тюменской и Омской областей), обусловленная сибирскими геновариантами вирусов Пуумала и Добрава-Белград.

В дальневосточных регионах Российской Федерации ГЛПС вызывают вирусы Хантаан, Амур и Сеул. Природными резервуарами для вируса Хантаан является восточный подвид полевой мыши *(Apodemus agrarius mantchuricus*), для вирусов Амур - восточноазиатская мышь (*Apodemus peninsulae*), для Сеул - серая крыса (*Rattus norvegicus*).

1.4. ГЛПС - нетрансмиссивный зооноз, вирус циркулирует без участия членистоногих переносчиков. У каждого хантавируса или его геноварианта, как правило, один резервуарный хозяин (вид или подвид), связанный с ним эволюционно, способный поддерживать очаги. Следствием этого является отсутствие очагов данного вируса за пределами ареала основного хозяина, который служит источником инфекции в природных очагах и отвечает за заражения людей на всех фазах эпизоотического цикла и на всем протяжении ареала данного вируса.

В организме спонтанно инфицированных вирусоносителей, инфекция протекает в бессимптомной форме (латентная, инаппарантная форма инфекции), не влияющей на их жизнедеятельность (рост, размножение, подвижность, продолжительность жизни) и, соответственно, на численность и половозрастную структуру популяций.

В организме резервуарного хозяина вирус сохраняется пожизненно (до 15 месяцев), с активизацией его размножения и выделения во внешнюю среду с экскретами (слюной, мочой, калом), чаще всего - в первый месяц после заражения.

В популяции хозяина осуществляется горизонтальная (эстафетная) передача возбудителя преимущественно воздушно-пылевым путем.

Хантавирусы относительно устойчивы во внешней среде, что обеспечивает их эстафетную передачу в популяции хозяина и возможность заражения животных и людей без непосредственного контакта с вирусоносителями, при достаточной концентрации возбудителя во внешней среде.

1.5. Основным механизмом заражения человека является аспирационный (аэрогенный) с реализацией воздушно-капельного и воздушно-пылевого пути, при котором возбудитель, содержащийся в выделениях зверьков, в виде аэрозоля или пылевого облака попадает через верхние дыхательные пути в лёгкие человека, где условия для его размножения наиболее благоприятны, с последующей диссеминацией через кровь в другие органы и ткани. Возможен алиментарный механизм передачи при употреблении воды и продуктов, загрязненных выделениями грызунов, а также контактный механизм передачи инфекционной болезни при контакте с инфицированными экскрементами грызунов через поврежденную кожу, слизистую оболочку рта, глаза, носа или со слюной при укусе зверьком человека.

От человека к человеку инфекция не передаётся.

1.6. Заболеваемость ГЛПС регистрируется на территории Российской Федерации в течение всего года. Максимальное количество заболевших регистрируется в сезоны наибольшей эпизоотической активности очагов разного типа.

1.6.1. Сезонная динамика заболеваемости для разных очагов различна: в активных очагах, связанных с хантавирусами Пуумала, как правило - летне-осенняя, Амур – весенне-летняя, Сеул – весенняя, а в очагах Добрава-Белград (Куркино) и Хантаан – осенне-зимняя.

1.6.2. Вспышечная заболеваемость в летний период, вызванная вирусом Пуумала, возможна в объектах, примыкающих или стоящих на территории леса. С наступлением холодов вспышки, как правило, провоцируются интенсивной миграцией хозяина этого вируса – рыжей полевки в строения (жилые дома, надворные постройки, сельскохозяйственные помещения, транспортные объекты). Зимние вспышки особенно характерны для очагов циркуляции вирусов Добрава-Белград (Куркино) и Хантаан. Хозяевами этих вирусов являются западный и восточный подвиды полевой мыши, которые активно мигрируют в населенные пункты, а также концентрируются в стогах и ометах в холодное время года.

1.7. Для территорий с высокой эпидемической активностью многолетняя динамика заболеваемости характеризуется периодичностью. Подъемы совпадают с ростом эпизоотической активности в популяциях носителей возбудителей ГЛПС и повторяются в очагах циркуляции вирусов Пуумала и Амур каждые 2-4 года; в очагах циркуляции вирусов Добрава-Белград (Куркино), Добрава-Белград (Сочи), Хантаан и Сеул периодичность менее выражена.

1.7.1. В очагах ГЛПС среди людей, заразившихся вирусами Пуумала и Сеул, преобладают городские жители, а вирусами Добрава-Белград (Куркино), Амур и Хантаан– сельские жители. Риск заражений особенно велик в больших городах, расположенных на очаговых территориях.

Заболевают чаще мужчины (70-90% больных) наиболее активного возраста (от 16 до 50 лет), преимущественно рабочие промышленных предприятий, водители, трактористы, работники сельского хозяйства. Заболеваемость регистрируется реже у детей (3-5%) и лиц пожилого возраста вследствие меньшего контакта с природной средой и, вероятно, иммуногенетическими особенностями.

1.7.2. Заражение людей в природных очагах, с циркуляцией вирусов Пуумала и Амур, происходит в основном на садово-дачных участках, при кратковременном посещении леса с различными целями (туризм, охота, рыбная ловля, сбор грибов и ягод), а также среди лиц, работа которых связана с длительным пребыванием на территории природного очага (вырубка леса, геолого-разведывательные, строительные, дорожные работы, строительство нефте и газопроводов и др.). В очагах хантавирусов Добрава-Белград и Хантаан заражение чаще происходит в бытовых условиях среди сельских жителей, во время выполнения сельскохозяйственных работ, связанных с уходом за животными, при погрузке, транспортировке и раздаче сена, соломы, фуража. Заражение людей хантавирусом Сеул происходит в условиях города.

1.8. Различают природные, антропоургические и природно-антропоургические очаги ГЛПС. Выделяют 5 эпидемиологических типов заражения: лесной, бытовой, садово-дачный, производственный и сельскохозяйственный.

1.9. Интенсивность эпидемического процесса и рост заболеваемости ГЛПС определяется эпизоотической активностью природных очагов, частотой и плотностью контактов населения с возбудителем в очагах инфекции.

Эпидемическая активность очаговой территории ГЛПС определяется уровнем заболеваемости: высокий - более 10.0, средний - от 1.0 до 10.0 и низкий - менее 1.0 на 100 тысяч населения.

1.10. Эпидемиологические аспекты течения инфекции.

1.10.1. Инкубационный период продолжается от 4 до 49 дней (чаще всего от 14 до 21 дня).

1.10.2. Болезнь характеризуется циклическим течением и многообразием клинических вариантов от абортивных лихорадочных форм до тяжелых форм с массивным геморрагическим синдромом и стойкой почечной недостаточностью.

Различают следующие периоды болезни: инкубационный (от 1 до 5 недель, в среднем 2-3 недели), лихорадочный (начальный, общетоксический), продолжающийся в среднем от 3-х до 7-и дней; олигурический (в среднем 6-12 дней), полиурический (в среднем 6-14 дней), период реконвалесценции (ранний – до 2 мес. и поздний – до 2-3 лет)

Летальность при ГЛПС составляет до 1 - 2% в европейских и до 5-10% в дальневосточных районах Российской Федерации.

Перенесённая инфекция оставляет стойкий пожизненный типоспецифический иммунитет.

### II. Выявление, регистрация и учет больных ГЛПС и лиц с подозрением на заболевание ГЛПС

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. При обращении за медицинской помощью человека с симптомами ГЛПС, медицинские работники обязаны собрать эпидемиологический анамнез и при установлении факта пребывания в эндемичной по ГЛПС местности, немедленно госпитализировать его с целью дифференциальной диагностики и лечения.

2.3. В случае подозрения на развитие ГЛПС у больных, находящихся на амбулаторном лечении по поводу лихорадок не установленной этиологии и присоединения геморрагического синдрома, медицинскими работниками принимаются меры по экстренной госпитализации их в инфекционное отделение, вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

2.4. При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают (с указанием места и времени) наличие данных о посещении природных и антропургических очагов ГЛПС.

2.6. Отчеты о заболеваниях ГЛПС составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

2.7. В случае подозрения на профессиональное заболевание ГЛПС медицинский работник медицинской организации, в котором впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.7.1. Каждый случай профессионального заболевания ГЛПС подлежит специальному расследованию специалистами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

По результатам специального расследования в 4-х экземплярах составляется акт расследования профессионального заболевания (отравления) установленной формы.

### III. Лабораторная диагностика ГЛПС

3.1. Лабораторную диагностику ГЛПС и индикацию возбудителей ГЛПС осуществляют в следующих случаях:

- проведение диагностических исследований биологического материала от людей с подозрением на заболевание ГЛПС, а также умерших лиц при подозрении на ГЛПС, либо умерших от лихорадки неясного генеза на эндемичных по ГЛПС территориях;

- изучение иммунной прослойки выборочных групп населения, проживающего на изучаемой территории;

- исследование зоологического материала, собранного на изучаемой территории.

3.2. Для лабораторной диагностики ГЛПС и индикации возбудителей ГЛПС используют иммунологические, молекулярно-генетические и вирусологические методы исследований.

3.3. Отбор проб, доставка и исследование материала проводится в соответствии с действующими нормативными документами.

3.4.Лабораторные исследования клинического, секционного материала при подозрении на инфицированность возбудителями ГЛПС, а также исследования зоологического материала, сопровождающиеся выделением возбудителя инфекции, проводятся лабораториями, имеющими санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с вирусами II группы патогенности с их накоплением.

Исследования на наличие маркеров возбудителей ГЛПС в материале от людей и переносчиков с использованием серологических и молекулярно-генетических (без накопления возбудителя) методов могут проводиться в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности.

3.5. Используемые на этапах первичного исследования материала тест-системы и наборы реагентов должны быть разрешены к применению в Российской Федерации в установленном порядке.

3.6. Для установления этиологии заболевания и лабораторного подтверждения клинического диагноза ГЛПС проводится исследование клинического материала больных (кровь, сыворотка, плазма крови, моча) и секционного материала (почки, печень, лёгкие, селезенка).

3.7. Лабораторную диагностику ГЛПС у больных и лиц с подозрением на заболевание проводят методами флуоресцирующих антител (МФА), иммуноферментного анализа (ИФА), иммуноблота с целью выявления специфических суммарных антител или антител класса М (IgM) и класса G (IgG); методом ОТ-ПЦР (полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией) для детекции РНК возбудителей ГЛПС; при необходимости, вирусологическим методом для выделения хантавирусов. Основным методом специфической лабораторной диагностики ГЛПС у людей является иммунологический.

3.8. В отдельных случаях используют: для выявления специфических антител к возбудителям ГЛПС - реакцию связывания комплемента (РСК), реакцию гемагглютинации (РГА), реакцию нейтрализации (РН) в клеточных культурах; для определения нуклеотидных последовательностей – секвенирование; для выявления антигенов возбудителей ГЛПС в суспензиях тканей органов, взятых при аутопсии - ИФА.

3.9. Клинический диагноз ГЛПС считают подтвержденным в следующих случаях:

- обнаружение с помощью МФА суммарных антител (IgM и IgG) к возбудителям ГЛПС одновременно в сыворотке крови и в моче или выявление 4-кратного и более увеличения титра антител в парных сыворотках крови;

- выявление IgM к возбудителям ГЛПС в сыворотке крови в острый период заболевания в совокупности с выявлением IgG в парной сыворотке;

- выявление 4-кратного и более увеличения титра IgG к возбудителям ГЛПС в парных сыворотках, либо сероконверсии;

- обнаружение в исследуемых образцах специфического фрагмента РНК хантавирусов – возбудителей ГЛПС;

- выделение хантавирусов – возбудителей ГЛПС.

3.10. При обследовании больных, с явными клиническими проявлениями ГЛПС и характерным эпиданамнезом, в 1-2% случаев антитела к вирусам-возбудителям ГЛПС не выявляются, что может свидетельствовать о наличии серонегативных заболеваний.

3.11. Дополнительным критерием интенсивности циркуляции возбудителя на изучаемой территории являются результаты сероэпидемиологических исследований (определение уровня иммунной прослойки населения), которые осуществляются путем выявления антител класса G или суммарных специфических антител к хантавирусам – возбудителям ГЛПС (обычно используют ИФА или МФА).

3.12. Для определения степени напряжённости эпизоотического процесса на природно-очаговой территории определяют уровень инфицированности мелких млекопитающих. С этой целью исследуют обычно суспензии легких и почек мелких млекопитающих с помощью ИФА (выявление антигенов возбудителей ГЛПС), ОТ-ПЦР (детекция РНК вирусов), выделения хантавирусов на чувствительной биологической модели.

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

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

- материал от больных ГЛПС в случаях вспышек заболевания (выборочно);

- секционный материал от умерших от ГЛПС;

- зоологический материал при первичном выявлении маркеров возбудителей ГЛПС на территории;

- зоологический материал, собранный в период вспышек заболевания (при необходимости);

- зоологический материал, при неоднократном выявлении маркеров возбудителей ГЛПС в образцах от неосновных носителей хантавирусов.

### IV. Требования к проведению эпидемиологического надзора за ГЛПС

4.1. Эпидемиологический надзор за ГЛПС представляет собой постоянное наблюдение за динамикой эпидемического процесса, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя, мониторинг генетической изменчивости вируса, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

4.2. Целью эпидемиологического надзора является оценка эпидемиологической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ГЛПС среди людей, предупреждения возникновения групповых случаев заболеваний, недопущения формирования тяжелых клинических форм течения инфекции и летальных исходов.

4.3. Эпидемиологический надзор включает:

4.3.1. Выявление и инвентаризацию природных, антропоургических и природно-антропоургических очагов ГЛПС и прогнозирование их активности;

4.3.2. Дифференциацию природных очагов ГЛПС на отдельные участки территории по степени риска заражения людей или по величине показателя потенциальной эпидемической опасности;

4.3.3. Слежение за заболеваемостью людей ГЛПС, её территориальным распространением (по административным территориям, ландшафтно-географическим зонам) и заболеваемостью отдельных групп населения (городское, сельское, по возрастным и профессиональным группам), сезонностью, условиями заражения, с целью выявления основных факторов и категорий эпидемиологического риска (время, место, контингенты) инфицирования ГЛПС;

4.3.4. Проведение зоологического обследования стационарных участков кратностью не менее 4 раз в год (один раз в каждый сезон), с целью определения видовой структуры мелких млекопитающих, численности и мест концентрации грызунов - основных источников инфекции, их генеративного состояния и возраста;

4.3.5. Анализ эпизоотологических данных, полученных при обследовании природных очагов ГЛПС: наблюдение за динамикой численности, генеративным состоянием и уровнем инфицированности основных хозяев хантавирусов;

4.3.6. Контроль за активным выявлением медицинскими организациями заболевших ГЛПС из числа больных, с диагнозами, не исключающими данное заболевание, своевременной госпитализацией больных, обратившихся за медицинской помощью, лабораторным обследованием на ГЛПС;

4.3.7. Проведение серологического мониторинга и изучение иммунной структуры населения к ГЛПС;

4.3.8. Контроль санитарного состояния и проведения дератизационных мероприятий в городах, сельских поселениях, садоводческих некоммерческих товариществах, предприятиях, оздоровительных учреждениях и других объектах, расположенных на эндемичных по ГЛПС территориях;

4.3.9. Слежение за контингентами, профессионально связанными с риском заражения ГЛПС при выполнении работ на территории природных очагов ГЛПС (соблюдение санитарно-гигиенических условий работы и проживания, своевременное проведение дератизационных, дезинфекционных профилактических мероприятий);

4.3.10. Оценка качества, своевременности и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью оптимизации управленческих решений;

4.3.11. Разработка прогнозов эпидемиологической и эпизоотологической ситуации на энзоотичных территориях, обоснование объемов и сроков проведения профилактических мероприятий.

4.4. Эпидемиологический надзор за ГЛПС проводится органами и организациями, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.5. Эпидемиологический надзор за ГЛПС основывается на результатах эпидемиологической, клинической, лабораторной диагностики и эпидемиологического районирования энзоотичной территории.

4.5.1. Эпидемиологическая диагностика ГЛПС включает в себя эпидемиологический анализ, который подразделяется на ретроспективный и оперативный.

4.5.2. Ретроспективный эпидемиологический анализ проводится специалистами территориальных органов Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации и включает в себя изучение многолетней и помесячной динамики заболеваемости населения, анализ эпизоотологической ситуации, определение тенденций развития и прогнозирование ситуации.

4.5.3.Оперативный эпидемиологический анализ проводится за определённый промежуток времени на конкретной территории с целью оценки эпидемиологической обстановки, составления прогноза и проведения адекватных противоэпидемических и профилактических мероприятий. Основной задачей ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализов является контроль над складывающейся эпидемической ситуацией, выявление причин и предпосылок к возможному ухудшению ситуации, разработка адекватных противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на недопущение заражений людей в природных очагах, в бытовых условиях и на производстве.

4.5.4. Эпидемиологическое районирование энзоотичной по ГЛПС территории проводится по степени риска заражения людей или величине показателя потенциальной эпидемической опасности участка природного очага.

### V. Требования к организации профилактических мероприятий в очагах ГЛПС

5.1. Основой профилактических мероприятий на очаговых по ГЛПС территориях остается неспецифическая профилактика, включающая в себя комплекс методов и средств дератизации и дезинфекции.

5.2. Организацию и проведение дератизационных и дезинфекционных работ осуществляют работники учреждений, организаций, предприятий и др., занимающиеся дезинфекционной деятельностью и прошедшие специальную подготовку по дезинфектологии, полученную в установленном порядке в учреждениях, имеющих лицензию на образовательную деятельность по указанной специальности. Дератизационные мероприятия - комплекс профилактических и истребительных мер, осуществление которых позволяет снизить численность грызунов на территории природных и антропургических очагов ГЛПС методами и средствами дератизации.

5.2.1. Дератизационные истребительные мероприятия при ГЛПС проводят в соответствии с действующими методическими указаниями, с использованием физических и химических средств борьбы с грызунами. Применяемые средства должны иметь свидетельство о государственной регистрации и инструкцию (методические указания) по применению в соответствии с действующими нормативными документами.

5.3. Планирование и проведение профилактических мероприятий осуществляют с учетом полученной оперативной информации об эпизоотологической и эпидемиологической обстановке, а также на основании прогнозирования тенденций их развития. На основании результатов дифференциации очаговых территорий и прогнозов эпидемиологической обстановки предусматривают адекватное увеличение кратности и интенсивности профилактических работ по мере роста потенциальной эпидемической опасности очаговых территорий.

5.4. Выполнение комплекса неспецифических профилактических мероприятий на территориях, объектах или в местах временного отдыха населения в очагах ГЛПС обеспечивают органы государственной власти и местного самоуправления, предприятия, организации, учреждения всех форм собственности, индивидуальные предприниматели и граждане за счет федерального, местного бюджетов или собственных средств.

5.4.1. Кратность обработок зависит от потенциальной эпидемической опасности территории и определяется Управлением Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

5.4.2. Проведение систематических неспецифических профилактических, а также экстренных мероприятий в очагах ГЛПС включают в федеральные, региональные и областные целевые программы охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения.

5.5. Организацию борьбы с грызунами на территории очагов осуществляют в форме систематической, выборочной, очаговой (экстренной), по эпидемическим показаниям, барьерной дератизации, дезинфекции помещений и инфицированных объектов внешней среды (места временного отдыха населения, неорганизованные свалки мусора).

5.5.1. Систематическая дератизация предусматривает регулярное эпизоотологическое обследование и осуществление комплекса дератизационных мероприятий на территории очага и в объектах населенного пункта, расположенных в зеленой зоне.

5.5.2. Выборочная дератизация предусматривает проведение дератизационных мероприятий на территории очага в местах концентрации грызунов – носителей патогенных хантавирусов или на отдельных объектах и территориях, имеющих эпидемиологическое значение.

5.5.3. Очаговая дератизация предусматривает проведение экстренных дератизационных и дезинфекционных мероприятий на ограниченной территории очага, в отдельных строениях, где были случаи заболевания людей, либо отмечаются эпизоотии среди грызунов.

5.5.4. Барьерная дератизация предусматривает проведение дератизационных мероприятий путем создания территории (барьера) с низкой численностью грызунов в виде полосы шириной от 200 до 500 м по границе населенного пункта или внутри его (заросшие пустыри, лесопарки, зоны отдыха, лесополосы, сады, огороды, кладбища, свалки и др.), защищающей его от проникновения грызунов извне.

5.5.5. Барьерная дератизация в летних оздоровительных учреждениях, расположенных на территории природных очагов ГЛПС, проводится в виде полосы шириной 500 метров от границы участка.

5.5.6. Дератизация предусматривает контроль ее эффективности, которая определяется при сравнении уровня численности грызунов до обработки и после нее, либо ее показателей на дератизированной и контрольной необработанной территории со сходными условиями обитания зверьков.

5.5.7. Дератизация и дезинфекция по эпидемическим показаниям, осуществляется на основании предписания Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации.

5.6. Мероприятия по профилактике ГЛПС организуют:

5.6.1. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований:

- благоустройство территорий населенных пунктов, парков, скверов, кладбищ, оздоровительных учреждений, мест массового отдыха и пребывания населения (в т.ч. баз отдыха) и площадей за территориями (на расстоянии не менее 50 метров);

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

- проведение инвентаризации ветхих строений в пригородных зонах и решение вопросов об их сносе;

- ликвидацию самопроизвольных свалок, очистку от мусора, сухостоя, густого подлеска лесных массивов, примыкающих к населенным пунктам, садоводческим некоммерческим товариществам, оздоровительным учреждениям;

- организацию и проведение дератизационных мероприятий против мышевидных грызунов на территории населенных пунктов, лесопарковых зон (парков, скверов), кладбищ, оздоровительных учреждений (в т.ч. баз отдыха), сельскохозяйственных объектов, мест массового отдыха и пребывания населения;

- профилактические дератизационные мероприятия против мышевидных грызунов на расчищенных территориях осенью и весной;

- проведение работ по обеспечению грызунонепроницаемости общественных и жилых зданий и проведение в них дератизационных мероприятий;

- проведение дератизации на объектах сельского хозяйства на территориях, эндемичных по ГЛПС, в планово-систематическом режиме;

- проведение сплошной домовой дератизации в прилегающих к природным очагам ГЛПС постройках в осенний период (октябрь - декабрь), особенно при неустойчивой погоде с оттепелями и морозами, а также санитарную очистку и дератизацию (весной и осенью) в садоводческих некоммерческих товариществах;

- организацию работы по гигиеническому воспитанию населения в средствах массовой информации о мерах профилактики ГЛПС, о проявлениях и последствиях ГЛПС, условиях заражения и использовании индивидуальных средств защиты.

5.6.2. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и медицинских организаций осуществляют:

- выявление, диагностику, своевременную госпитализацию и лечение больных ГЛПС;

- регистрацию, учет и статистическое наблюдение случаев заболевания ГЛПС;

- информирование органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о случаях заболеваний ГЛПС в установленные сроки;

- подготовку медицинских работников по вопросам эпидемиологии, клиники, лабораторной диагностики, лечения и профилактики ГЛПС;

- работу по информированию населения о мерах профилактики ГЛПС в средствах массовой информации.

5.6.3. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители садоводческих некоммерческих товариществ, граждане обеспечивают:

- благоустройство территорий организации, участков и прилегающих территорий;

- организацию и проведение дератизационных мероприятий против мышевидных грызунов на принадлежащей им территории, обеспечение грызунонепроницаемости зданий и построек;

- проведение профилактических дератизационных мероприятий против мышевидных грызунов на принадлежащей им территории, в том числе на расчищенных участках лесных массивов от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска, осенью и весной;

5.6.4. Руководители организаций и учреждений, имеющих летние оздоровительные учреждения, расположенные в зоне природных очагов ГЛПС, перед их открытием обязаны обеспечить:

- проведение эпизоотологического обследования территории учреждения для определения численности и инфицированности мышевидных грызунов хантавирусами;

- расчистку лесных массивов от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска в 500-метровой полосе вокруг учреждения, приведение указанной территории в лесопарковое состояние;

- грызунонепроницаемость хозяйственных построек и жилых помещений;

- проведение мероприятий по истреблению мышевидных грызунов на территории учреждения и в постройках;

- организацию барьерной дератизации 500-метровой зоны с применением длительно действующих отравленных приманок;

- проведение камерной обработки постельных принадлежностей и дезинфекции помещений.

Перед закрытием летних оздоровительных учреждений на зиму обеспечить консервацию всех помещений с применением длительно действующих отравленных приманок.

### VI. Требования к организации и проведению противоэпидемических мероприятий.

6.1. Мероприятия, направленные на источник инфекции:

Противоэпидемические мероприятия проводятся по показаниям на основании предписаний должностного лица, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.1.1. Выявление. При проведении эпизоотологического обследования возникшего эпидемического очага осуществляется обнаружение и отлов грызунов, сбор полевого материала (подстилка нор, пробы кормов, воды).

6.1.2. Диагностика. Проводится обследование животных и собранного полевого материала серологическими методами и методом ПЦР.

6.1.3. Организация дератизационных мероприятий в очагах ГЛПС. Истребительная дератизация проводится по показаниям на основании предписаний должностного лица, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.2. Мероприятия, направленные на прерывание механизма передачи.

6.2.1. Очаговая дезинфекция. В эпидемических очагах ГЛПС показана заключительная дезинфекция по месту заражения больного (контаминированная пыль, солома, высохшие фекалии и моча животных, предметы обихода, продукты питания, вода).

6.2.2. Информирование органов исполнительной власти о необходимости ограничения посещения гражданами территорий высокого риска заражения ГЛПС.

6.3. Мероприятия в отношении больного.

6.3.1. Выявление осуществляется на основании обращения за медицинской помощью, клинических и эпидемиологических данных, результатов лабораторного исследования. См. раздел 2 «Выявление, регистрация и учет больных ГЛПС и лиц с подозрением на заболевание ГЛПС».

6.4. Мероприятия в отношении восприимчивых лиц в эпидемическом очаге.

6.4.1. При регистрации случая ГЛПС выявляются лица, находившиеся в одинаковых с заболевшим условиях и также подвергавшиеся риску заражения на протяжении 21 дня до момента появления у больного первых клинических признаков заболевания. При профессиональном характере заболевания в круг восприимчивых лиц попадают профессиональные группы работающих. В остальных случаях в круг восприимчивых попадают проживающие с больным, посещавшие вместе с ним территорию природного очага с целью отдыха, работы, прибывшие вместе с больным с неблагополучных территорий, употреблявшие пищевые продукты и воду, имевшие контакт с грызунами или их выделениями и т.д.

На территории очага осуществляется:

- медицинское наблюдение за населением;

- серологическое обследование длительно лихорадящих больных.

6.4.2. Клинический осмотр осуществляется участковым врачом, врачом учреждения (для профессиональных групп) и включает оценку общего состояния, наличия лихорадки и симптомов патогномичных для ГЛПС.

6.4.3. При сборе эпидемиологического анамнеза выясняется наличие факторов риска заражения за предшествующий 21 день: возможное нахождение на неблагополучной по ГЛПС территории, уборка чердачных и подвальных помещений, работа на садово-огородных участках, употребление продуктов, не прошедших термическую обработку, и воды, контакт с грызунами и их выделениями, проведение сельскохозяйственных работ.

6.4.4. За лицами, находившимися в одинаковых с больным ГЛПС условиях и подвергавшихся риску инфицирования, устанавливают медицинское наблюдение на срок 21 день. Результаты наблюдения отмечаются в медицинских документах. Разобщение не проводится.

6.4.5. Лабораторное обследование. Проводится серологическое обследование профессиональных групп, лиц, подвергавшихся риску заражения, для выявления больных, а также населения, проживающего на территории, для выявления субклинических форм инфекции, наличия постинфекционного иммунитета, оценки активности эпидемического процесса на эндемичной территории и циркуляции хантавирусов.

6.4.6. Санитарное просвещение. Проводится беседа о ГЛПС и мероприятиях по ее профилактике. Осуществляется информационно-разъяснительная работа среди населения об эпидемической ситуации.

### VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики ГЛПС.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о ГЛПС, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы, информирования при помощи сервисов операторов мобильной связи.

## 7.3.3. Профилактика клещевого вирусного энцефалита

### I. Общие положения

1.1. Клещевой вирусный энцефалит (далее – КВЭ) является природно-очаговой острой вирусной инфекционной болезнью с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется преимущественным поражением центральной нервной системы, полиморфизмом клинических проявлений. Последствия заболевания разнообразны – от полного выздоровления до тяжелых нарушений здоровья, приводящих к инвалидности и летальным исходам.

1.2. Природные очаги КВЭ широко распространены в умеренной климатической зоне Евразийского континента. Наиболее активные очаги находятся в зоне широколиственных, смешанно-широколиственных, южно- и средне-таежных лесов.

1.3. Возбудитель болезни – вирус клещевого энцефалита (далее – вирус КЭ), является представителем семейства Flaviviridae, рода *Flavivirus,* включает три основные субтипы – европейский, дальневосточный и сибирский. Ареал вируса КЭ совпадает с ареалом основных переносчиков возбудителя – иксодовых клещей: *Ixodes persulcatus* и *Ixodes ricinus*, а также дополнительных представителей родов *Haemaphysalis* и *Dermacentor*. В ряде районов Сибири и Дальнего Востока определенную роль в передаче возбудителя КВЭ имеет *Ixodes pavlovskyi*.

1.4. Резервуаром вируса КЭ являются иксодовые клещи и мелкие млекопитающие. Последние наряду с крупными млекопитающими и птицами выполняют роль прокормителей различных фаз развития иксодовых клещей.

1.5. Ведущим механизмом передачи возбудителя является трансмиссивный. Значительно реже заражение человека происходит алиментарным путем при употреблении в пищу сырого молока коз (очень редко – коров). В отдельных случаях заражение реализуется контактным путем при попадании возбудителя на кожу и на слизистые оболочки при раздавливании клеща.

1.6. Различают природные и антропоургические очаги КВЭ.

1.6.1. Природным очагом является территория определенного географического ландшафта, на котором эволюционно сложились межвидовые взаимоотношения между возбудителями болезни, дикими животными (носителями) и членистоногими (переносчиками).

1.6.2. Антропоургическим является очаг, возникший в результате хозяйственной деятельности человека на территории проживания или при освоении ранее не обжитых территорий.

1.7. Группами риска заболевания КВЭ являются городские и сельские жители проживающие или посещающие эндемичные территории. К профессиональным группам риска заболевания КВЭ относятся лица, занятые в сельскохозяйственной, гидромелиоративной, строительной, заготовительной, промысловой, геологической, изыскательской, экспедиционной, дератизационной, дезинсекционной, озеленительной, лесозаготовительной, лесоустроительной деятельности, а также работники лабораторий, осуществляющие вирусологические исследования – изоляцию и накопление вируса КЭ.

1.8. Эндемичной по КВЭ является административная территория с наличием устойчиво функционирующих эпидемических и эпизоотических очагов КВЭ. Для решения вопроса о признании административной территории эндемичной по КВЭ оцениваются следующие критерии: наличие переносчиков КВЭ, обнаружение вируса или его маркеров (антигена/РНК) в переносчиках, показатели заболеваемости людей, в том числе показатель повторяемости заболеваемости, интенсивности контактов населения с клещами и иммунной прослойки у местного населения к вирусу клещевого энцефалита.

1.8.1. Административная территория считается эндемичной по КВЭ при совместном наличии следующих составляющих:

- наличие переносчиков возбудителя КВЭ (в природных и антропоургических очагах);

- подтвержденная лабораторными методами циркуляция вируса КЭ или обнаружение его маркеров (антиген/РНК) в клещах, отобранных в природных биотопах и снятых с людей;

- наличие иммунитета к вирусу КЭ среди непривитого населения;

- наличие иммунитета к вирусу КЭ среди животных – прокормителей клещей - при условии распространения иксодовых клещей на территории в течение не менее 5-летнего периода;

или:

- регистрация лабораторно подтвержденных случаев заболевания людей КВЭ при активном обследовании лихорадящих больных с неустановленным диагнозом, больных с менингеальными состояниями и с симптомами очаговых поражений головного и спинного мозга неустановленной этиологии;

- наличие переносчиков вируса (иксодовые клещи) на административной территории;

- подтвержденное лабораторными методами наличие вируса КЭ или его маркеров (антигена/РНК) в клещах, отобранных в природных биотопах и снятых с людей;

- наличие иммунитета к вирусу КЭ среди не привитого населения;

или:

- регистрация подтвержденных случаев заболеваний КВЭ;

- наличие переносчиков возбудителя КЭ на административной территории, подтвержденное лабораторными методами наличие вируса КЭ или его маркеров (антиген/РНК) в клещах, отобранных в природных биотопах и снятых с людей;

- наличие иммунитета к вирусу КЭ среди не привитого населения.

1.8.2. Решение о включении (исключении) административной территории в перечень эндемичных по КВЭ принимается территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор после письменного согласования с Референс-центром по мониторингу за КВЭ.

1.9. Эпидемический сезон КВЭ длится с апреля по октябрь с весенне-летним пиком заболеваемости во время наибольшей активности перезимовавших клещей. На отдельных административных территориях, как правило, где обитает *I. ricinus* или (и) клещи рода *Dermacentor,* регистрируют два пика заболеваемости – весенний (май-июнь) и осенний (август-сентябрь).

1.10. Инкубационный период при трансмиссивном пути передачи длится 7—14 дней, при алиментарном — 4-7 дней.

Различают следующие острые формы КВЭ: лихорадочная, менингеальная и очаговая с различными сочетаниями поражения головного и спинного мозга (менингоэнцефалитическая, полиоэнцефалитическая, полиоэнцефалимиелитическая, полиомиелитическая). У 1-3 % переболевших острым КВЭ болезнь переходит в прогредиентную (хроническую) форму. КВЭ может протекать бессимптомно.

### II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.3. При обращении человека за медицинской помощью по поводу присасывания клеща медицинские работники обязаны:

2.3.1. Удалить клеща;

2.3.2. Проинформировать пострадавшего о необходимости провести исследование клеща на наличие маркеров вируса КЭ и других возбудителей трансмиссивных инфекицй, эндемичных для территории, и объяснить правила доставки клеща в лабораторию;

2.3.3. По результатам лабораторного исследования клеща, снятого с человека, принять решение о необходимости проведения экстренной профилактики.

2.3.4. Собрать эпидемиологический анамнез;

2.3.5. Проинформировать пострадавшего от присасывания клеща о необходимости обращения за медицинской помощью, в случае возникновения симптомов заболевания в течение 3 недель после укуса.

2.4. При регистрации случаев присасывания клеща на территории летнего оздоровительного учреждения (ЛОУ), медицинские работники обязаны:

2.4.1. Удалить клеща и организовать его отправку в лабораторию для исследования на наличие маркеров (антигена/РНК) ВКЭ и других трансмиссивных инфекций, эндемичных для территории, с соблюдением установленных требований биологической безопасности при транспортировке биологического материала.

2.4.2. В течение 2 часов после регистрации присасывания проинформировать о случае территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, независимо от места проживания пострадавшего.

2.4.3. В течение 24 часов после присасывания клеща направить пострадавшего в специализированную медицинскую организацию.

2.5. При обращении за медицинской помощью человека с симптомами болезни, не исключающими КВЭ, и находившегося на эндемичной по КВЭ административной территории в период сезонной активности клещей или употреблявшего некипяченое козье (коровье) молоко, необходимо принять меры по его госпитализации в неврологическое или инфекционное отделение на основании клинико-эпидемиологических данных, не зависимо от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

2.6. Диагноз КВЭ устанавливают на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Кроме типичных клинических симптомов, КВЭ может быть заподозрен в случае соответствующего эпидемиологического анамнеза при некупирующейся жаропонижающими средствами лихорадке, сохранении головной боли на фоне снижения температуры, выраженного болевого синдрома в области спины. Подозрение на заболевание КВЭ является показанием для экстренной госпитализации больного в неврологическое или инфекционное отделение вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

2.7. При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают:

2.7.1. Наличие данных о присасывании клеща или контактов с клещом (с указанием места и времени), употреблении сырого козьего или коровьего молока.

2.7.2. Наличие данных о посещении эндемичных по КВЭ административных территорий.

2.7.3. Прививочный анамнез пациента, подтвержденный отметками в прививочном сертификате или в медицинских документах по учету профилактических прививок установленной формы.

2.7.4. Данные об экстренной специфической профилактике иммуноглобулином человека против КВЭ.

2.10. Отчеты составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

2.11. В случае подозрения на профессиональное заболевание КВЭ медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный КВЭ, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.11.1. Каждый случай профессионального заболевания КВЭ подлежит специальному расследованию врачом-эпидемиологом в течение 24 часов с момента получения экстренного извещения. По результатам специального расследования составляют акт расследования профессионального заболевания установленной формы, в котором, помимо анкетных данных заболевшего, указывают обстоятельства, причины и санитарно-эпидемиологические нарушения, повлекшие профессиональное заболевание КВЭ.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение вирусом КЭ, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности).

3.2. Лабораторные исследования клинического, секционного и полевого материала, подозрительного на заражение вирусом КЭ, сопровождающиеся выделением вируса, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности) в лабораториях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей II–IV групп патогенности.

3.3. Исследования на наличие маркеров вируса КЭ в материале от людей, зоологическом и энтомологическом материале с использованием методов ИФА и ОТ-ПЦР без выделения возбудителя могут быть проведены в лабораториях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей III - IV групп патогенности.

3.4. Для обследования больных с подозрением на КВЭ используются следующие методы лабораторной диагностики:

3.4.1. Вирусологический – основанный на выделении вируса КЭ.

3.4.2. Молекулярно-генетический (ОТ-ПЦР) – основанный на выявлении РНК вируса КЭ.

3.4.3. Серологический (ИФА) – основанный на выявлении иммуноглобулинов классов IgM и IgG, антигена вируса КЭ.

3.5. Исследования клещей, снятых с пациентов, на наличие маркеров вируса КЭ (антиген/РНК) для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики иммуноглобулином человека против КЭ проводят методами ИФА или ОТ-ПЦР.

3.6. Материалом для вирусологического, серологического, молекулярно-генетического исследований являются кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость больных, мозг погибших людей, иксодовые клещи разных фаз развития.

3.7. При подозрении на КВЭ кровь и спинномозговую жидкость для лабораторного исследования необходимо забирать в первый день госпитализации больного до начала лечения специфическим иммуноглобулином. Для серологического исследования вторую порцию крови отбирают через 10 - 14 дней после взятия первой пробы. В некоторых случаях требуется исследование 3 и 4 сыворотки. В случае летального исхода исследуют суспензии мозговой ткани, взятой из различных отделов головного и спинного мозга (продолговатого мозга, ствола, подкорковых структур (базальных ядер) и верхне-шейного отдела спинного мозга). Вскрытие необходимо проводить не позднее 6 - 12 часов после смерти.

3.8. Клинический диагноз ВКЭ считают подтвержденным в следующих случаях:

- выявление IgM к вирусу КЭ в сыворотке крови в острый период заболевания в совокупности с выявлением IgG в парной сыворотке;

- выявление 4-кратного и более увеличения титра IgG к вирусу КЭ в парных сыворотках, либо сероконверсии;

- обнаружение в исследуемых образцах крови и/или ликвора специфического фрагмента РНК вируса КЭ;

- выделение вируса КЭ.

3.9. Весь направляемый материал доставляют с соблюдением «холодовой цепи» и сопроводительными документами.

3.10. Тест-системы, используемые для лабораторной диагностики должны иметь регистрационные документы.

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

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

- секционный материал от умерших от КВЭ;

- зоологический и энтомологический материал при первичном выявлении маркеров возбудителя КВЭ на территории;

- зоологический и клинический материал, собранный в период вспышек заболевания (вспышке с алиментарным путем передачи возбудителя);

3.12. Работа по сбору, хранению, транспортировке и обследованию зоологического, энтомологического материала из природных очагов, материала от больных КВЭ и лиц, обратившихся по поводу укусов клещей, проводится при строгом соблюдении правил биологической безопасности.

### IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

4.1. Мероприятия по профилактике КВЭ осуществляют:

4.1.1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований.

4.1.2. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и медицинских организаций.

4.1.3. Органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.1.4. Работодатели (юридические лица, индивидуальные предприниматели);

4.1.5. Граждане.

4.2. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и медицинских организаций осуществляют:

4.2.1. Оказание медицинской помощи пострадавшим от присасывания клещей.

4.2.2. Выявление, диагностику, своевременную госпитализацию, лечение и диспансеризацию больных КВЭ.

4.2.3. Выявление больных профессиональным заболеванием КВЭ.

4.2.4. Регистрацию, учет и статистическое наблюдение случаев присасывания клещей к людям, заболеваний КВЭ и одновременно другими инфекциями, передаваемыми иксодовыми клещами.

4.2.5. Информирование территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор о случаях присасывания клещей и заболеваниях КВЭ, в том числе профессиональных заболеваниях КВЭ, в установленные сроки.

4.2.6. Проведение анализа заболеваемости КВЭ, инвалидности и летальности от КВЭ.

4.2.7. Планирование, организацию, проведение и анализ достоверности учета профилактических прививок на закрепленной территории. Своевременное представление отчетов в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Согласование с территориальным органом, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор планов вакцинации населения на закрепленных территориях. Ведение на бумажных и электронных носителях картотек профилактических прививок.

4.2.8. Определение потребности МО в медицинских иммунобиологических препаратах (далее – МИБП) для проведения плановой и экстренной профилактики КВЭ. Согласование заявок на МИБП с территориальным органом, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.2.9. Сбор донорской крови и приготовление специфического иммуноглобулина для профилактики и лечения КВЭ.

4.2.10. Санитарно-просветительскую работу среди населения обслуживаемой территории.

4.3. Органы и учреждения Роспотребнадзора субъектов Российской Федерации:

4.3.1. Осуществляют контроль профилактических и противоэпидемических мероприятий, вносят предложения по их совершенствованию.

4.3.2. Проводят испытания и выдают разрешение на применение, в соответствии с инструкциями, акарицидных и репеллентных средств, защитных костюмов.

4.3.3. Проводят ретроспективный эпидемиологический анализ и прогноз на предстоящий сезон заболеваемости населения КВЭ.

4.3.4. Участвуют в разработке и согласовании региональных целевых программ по профилактике КВЭ, планов профилактических прививок против КВЭ и заявок на МИБП.

4.4. Работодатели (юридические лица, индивидуальные предприниматели) с целью предупреждения заболеваемости КВЭ проводят организацию профилактических мероприятий:

4.4.1. Качественную расчистку и благоустройство территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных баз и организаций, мест массового отдыха и пребывания населения, а также прилегающих к ней территорий на расстоянии не менее 50 метров.

4.4.2. Противоклещевые (акарицидные) обработки территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, мест массового отдыха и пребывания населения и лиц, относящихся к профессиональным группам риска, а также прилегающих к ней территорий на расстоянии не менее 50 метров.

4.4.3. Дератизационные мероприятия против диких мелких млекопитающих на расчищенных территориях осенью и весной (в обязательном порядке по периметру оздоровительных организаций и баз отдыха).

4.4.4. Энтомологическое обследование территорий на заселенность клещами до и после акарицидной обработки, контроль ее эффективности (в т. ч. на расстоянии не менее 50 метров за территорией оздоровительных организаций и баз отдыха).

4.4.5. Обеспечение профессиональных групп риска средствами индивидуальной защиты, специальной защитной одеждой от вредных биологических факторов (насекомых и паукообразных), аэрозольными акарицидными (инсектоакарицидными) и/или репеллентными средствами, предназначенными для нанесения на одежду с целью защиты от иксодовых клещей.

4.4.6. Ежегодно составляют списки профессиональных групп риска, подлежащих вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита, и обеспечивают явку работающих для ее проведения в медицинские организации. Не допускают людей к работе на эндемичной по КВЭ территории в эпидемический сезон без предварительной вакцинации.

4.4.7. Проводят информационно-разъяснительную работу о характере проявлений и последствиях КВЭ, факторах и условиях заражения, методах защиты от клещей; разъясняют значение и эффективность вакцинации и ревакцинации против КВЭ, а также важности соблюдения сроков прививок и значение экстренной профилактики.

4.5. Граждане:

4.5.1. Соблюдают правила поведения на эндемичной территории

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Эпидемиологический надзор за КВЭ осуществляют территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При этом проводят:

5.1.1. Выявление и инвентаризацию природных и антропургических очагов КВЭ и прогнозирование их активности.

5.1.2. Ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости КВЭ по условиям заражения, тяжести клинического течения, осложнений, летальности.

5.1.3. Контроль за своевременным выявлением больных КВЭ, и лабораторно-диагностическими исследованиями.

5.1.4. Наблюдение, оценку и прогнозирование заболеваемости населения, инвалидности и летальности.

5.1.5. Плановое эпидемиологическое обследование населения на эндемичных по КВЭ административных территориях методами опроса и серологического обследования.

5.1.6. Анализ иммунной структуры населения.

5.1.7. Надзор за организацией профилактических прививок населению, проживающему на эндемичных по КВЭ административных территориях и профессиональным группа риска.

5.1.8. Организацию профилактических и противоэпидемических мероприятий, оценку их эффективности, в том числе контроль за качеством акарицидных обработок.

5.1.9. Государственный санитарно-эпидемиологических надзор при размещении жилых, производственных и общественных зданий, выделении участков под садоводческие хозяйства на территории природных очагов КВЭ.

5.1.10. Контроль за обеспечением профессиональных групп риска заражения КВЭ средствами индивидуальной защиты.

5.1.11. Учет организаций, работники которых осуществляют деятельность, связанную с угрозой заражения КВЭ.

5.1.12. Изучение санитарно-эпидемиологической обстановки на обслуживаемой территории.

5.1.13. Обоснование объемов и сроков проведения мероприятий по подавлению активности очагов.

5.1.14. Выявление и учет групп населения, имеющих риск инфицирования вирусом КЭ.

5.2. Зоолого-энтомологический надзор на эндемичных территориях осуществляют учреждения Роспотребнадзора. При этом проводят:

5.2.1. Определение зоолого-энтомологической обстановки на эндемичных территориях природных очагов по сезонам года, изучение видового состава клещей, сезонного хода численности клещей и мелких млекопитающих (их прокормителей), мест их расселения и характер контакта с человеком.

5.2.2. Ландшафтно-географическое районирование эндемичной территории с учетом геоботанических особенностей обследованных местностей с целью выявления и локализации наиболее активных природных очагов КВЭ.

5.2.3. Прогнозирование численности клещей и их прокормителей (мелких млекопитающих).

5.2.4. Ежегодный сбор клещей и их исследование на зараженность вирусом КЭ.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. Специфическая профилактика (плановая и по эпидемическим показаниям) проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов

6.1.1. Профилактические прививки против КВЭ проводят гражданам для предупреждения заболевания КВЭ.

6.1.2. Профилактические прививки против КВЭ населению проводят государственные, муниципальные и частные организации здравоохранения, имеющие лицензию на медицинские виды деятельности.

6.1.3. Профилактические прививки против КВЭ проводят:

- лицам до 18 лет, проживающим на административных территориях эндемичных по КВЭ, с охватом не менее 95 %;

- взрослому населению, проживающему на административных территориях с высоким риском заболевания, с учетом дифференциации административных территорий по риску заражения населения вирусом КЭ, с охватом не менее 95 %.

- взрослому населению, по виду деятельности или роду занятий связанному с пребыванием в природных стациях, а также в садоводствах, расположенных в административных районах, эндемичных по КВЭ.

- населению, выезжающему в административные районы, эндемичные по КВЭ.

- лицам, связанным с трудовой деятельностью в административных районах, эндемичных по КВЭ (профессиональные группы риска), в частности, осуществляющих:

сельскохозяйственные, лесозаготовительные гидромелиоративные, строительные, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные, дезинсекционные работы; работы по выемке и перемещению грунта, расчистке и благоустройству леса

- лицам, чья деятельность связана с использованием вируса КЭ;

- лицам, осуществляющим другие виды работ, связанные с угрозой заражения КВЭ.

6.1.4. Привитым против КВЭ считается лицо, получившее законченный курс вакцинации и 1 (или более) ревакцинацию.

6.1.5. Для вакцинопрофилактики КВЭ используют медицинские иммунобиологические препараты (МИБП), разрешенные к применению в Российской Федерации.

6.1.6. Хранят и транспортируют МИБП на всех этапах с соблюдением санитарных правил.

6.1.7. Профилактические прививки против КВЭ, а также случаи необычных реакций и осложнений после них подлежат обязательной регистрации и учету по месту их проведения в медицинских, детских, общеобразовательных и других организациях независимо от организационно-правовой формы собственности, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

6.1.8. Экстренное извещение на необычную реакцию, осложнение после прививки против КВЭ передается в течение 12 часов в органы и учреждения Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации, обеспечивающие учет и регистрацию инфекционных и паразитарных болезней на данной территории.

6.1.9. В медицинских и других организациях, где осуществляют профилактические прививки, проводят учет населения, подлежащего профилактическим прививкам.

6.1.10. Факт проведения профилактической прививки или отказа от нее фиксируют в медицинских документах постоянного хранения.

6.1.11. Вакцинопрофилактику против КВЭ проводят в основном в зимний период в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями вакцинами, разрешенными в установленном порядке в Российской Федерации, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.

6.1.12. Все вакцины взаимозаменяемы. При смене одного препарата на другой интервал между вакцинацией и ревакцинацией, а также между прививками при ревакцинации, должен соответствовать сроку, указанному в инструкции препарата, которым проведена последняя прививка.

6.1.13. Минимальный возраст вакцинируемых регламентирован инструкцией по применению препарата. На административных территориях, эндемичных по КВЭ, массовую вакцинопрофилактику рекомендуется начинать детям с 4-летнего возраста.

6.1.14. При установлении факта нарушения курса вакцинации, отсутствии документов, подтверждающих проведение полноценного курса вакцинации, для принятия решения о назначении отдаленной ревакцинации необходимо провести серологическое исследование сыворотки крови в ИФА с целью изучения напряженности постпрививочного иммунитета:

6.1.14. В случаях обнаружения антител к вирусу КЭ (IgG) в титрах менее 1:800 следует назначить курс вакцинации или отдаленной ревакцинации.

6.1.15. В случаях обнаружения антител к вирусу КЭ (IgG) в титрах 1:800 и более (порог защиты от вируса КЭ) ревакцинацию необходимо отложить на один год.

6.1.16. В случаях отсутствия антител к вирусу КЭ (IgG) у ранее привитого (ревакцинированного) лица или при отсутствии возможности проведения данных исследований следует назначить вакцинацию по первичному курсу.

6.2. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита

6.2.1.Экстренная профилактика показана в случае обнаружения антигена вируса КЭ методом иммуноферментного анализа (ИФА) и/или РНК вируса КЭ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) у непривитых против КВЭ, у лиц, получивших неполный курс прививок, имеющих дефекты в вакцинальном курсе, не имеющих документального подтверждения о профилактических прививках. Лицам до 18 лет, не привитым против КВЭ, следует проводить иммуноглобулинопрофилактику без учета результатов исследования клеща.

6.2.2. Экстренная профилактика противоклещевым иммуноглобулином должна проводиться в течение 72 часов после присасывания клеща

6.2.3. Сертифицированный иммуноглобулин человека против КЭ вводят в соответствии с указаниями, приведенными в инструкции по применению.

6.2.4. Иммуноглобулинопрофилактику проводят в медицинских организациях, определяемых органами управления здравоохранением муниципальных образований.

6.3. Неспецифическая профилактика КВЭ и других трансмиссивных инфекция, передаваемых клещами.

6.3.1. Неспецифическая профилактика КВЭ направлена на предотвращение присасывания клещей-переносчиков к людям.

6.3.2. Мероприятиями по неспецифической профилактике КВЭ являются:

- индивидуальная (личная) защита людей;

- уничтожение клещей (противоклещевые мероприятия) в природных биотопах с помощью акарицидных средств;

- экологически безопасное преобразование окружающей среды;

- истребление мелких млекопитающих (дератизационные мероприятия);

- информационно-разъяснительная работа.

6.3.3. Индивидуальная (личная) защита людей включает в себя:

6.3.4. Соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории: проведение само- и взаимоосмотров каждые 10 - 15 минут для обнаружения клещей; минимизация контактов с лесной подстилкой; устройство стоянок и ночевок в лесу на участках, лишенных травяной растительности или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах; тщательный осмотр после возвращения из леса или перед ночевкой снятой верхней одежды, тела и предметов, на которых могут оказаться клещи; исключение заноса в помещения растений непосредственно из леса; осмотр собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей.

6.3.5. Ношение специальной одежды для защиты от опасных насекомых и паукообразных, соответствующих ГОСТ Р 12.4.296-2013. При отсутствии специальной такой одежды необходимо одеваться таким образом, чтобы облегчить быстрое обнаружение клещей: носить однотонную и светлую одежду; брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды - в брюки; манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке; ворот рубашки и брюки должны не иметь застежки или иметь плотную застежку, под которую не может проползти клещ; на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке, или заправлять волосы под косынку, шапку.

6.3.6. Применение специальных химических средств индивидуальной защиты от клещей: инсектоакарицидных (предназначены для обработки верхней одежды, нанесение на кожу недопустимо) и репеллентных средств (предназначены для обработки верхней одежды, нанесение на кожу возможно для защиты от кровососущих насекомых). Применять средства необходимо в соответствии с прилагаемой инструкцией или этикеткой.

6.3.7. Истребление клещей в природных биотопах с помощью акарицидных (инсектоакарицидных) средств проводят по эпидемиологическим показаниям на участках высокого риска заболевания людей КВЭ на территориях социально-значимых объектов (школьные лагеря, санатории, базы отдыха, кладбища и т. п.), мест хозяйственной деятельности (места прокладки средств коммуникации, газо- и нефтепроводов, электрических сетей и т. д.), а также на участках не менее 50 м прилегающих к ним территорий.

6.3.8. Мероприятия по борьбе с иксодовыми клещами проводят в соответствии с общими требованиями к проведению дезинсекционных мероприятий. Допускается использование средств, разрешенных к применению для борьбы с иксодовыми клещами в природных биотопах в установленном порядке (прошедших процедуру государственной регистрации и включенных в Реестр свидетельств о государственной регистрации) в соответствии с действующими нормативно-методическими документами и инструкциями по применению средств. Эффективность обработок обеспечивается использованием соответствующей аппаратуры.

6.3.9. Показаниями к проведению акарицидных обработок является обилие клещей в период их максимальной сезонной и суточной активности, равное или превышающее 0,5 особей на 1 учетный флаго-км или флаго-час. Эпидемиологическим показанием к обработкам является ежегодная регистрация в последние 5 лет случаев присасывания клещей, обнаружения вируса КЭ в переносчиках и случаев КВЭ. Обработку природных биотопов проводят за 3-5 дней до наступления эпидемического сезона или заезда людей на опасную территорию.

6.3.10. После проведения акарицидных обработок (через 3-5 дней) проводят контроль их эффективности, который необходимо повторить при отсутствии находок или случаев присасывания через 28-30 дней (предполагаемое время окончания действия средства) и далее ежедекадно до полного исчезновения клещей на необработанных аналогичных территориях (окончание сезона активности клещей). При наличии сведений о находках или случаев присасывания клещей на обработанной территории необходимо провести контроль эффективности обработок. Обработка считается эффективной, если численность переносчиков не превышает 0,5 особей/флаго-км. При более высокой численности клещей обработку следует повторить. На большинстве эндемичных территорий при использовании современных быстроразрушающихся в окружающей среде акарицидов требуется проведение двух и более обработок территорий эпидемиологически значимых объектов за один сезон.

6.3.11 Экологически безопасное преобразование окружающей среды направлено на создание неблагоприятных условий для развития клещей, в том числе на снижение численности мелких и средних млекопитающих – прокормителей клещей.

6.3.12. Необходимо проводить благоустройство лесных массивов, в том числе санитарные рубки и удаление сухостоя, валежника и прошлогодней травы, разреживание кустарника, уничтожение свалок бытового и лесного мусора. Участки территории, наиболее часто посещаемые людьми, необходимо оградить от проникновения домашних и диких животных, которые могут занести клещей. Особое внимание необходимо уделять парковым дорожкам, детским площадкам, кладбищам и другим местам массового пребывания людей, где травяная растительность должна быть скошена.

6.3.13. Оздоровительные (особенно детские) организации следует размещать на участках, где зарегистрировано отсутствие или низкая численность клещей.

6.3.14 Дератизационные мероприятия направлены на уменьшение численности прокормителей клещей (диких мелких млекопитающих), их проводят на расчищенных территориях социально-значимых объектов в осенний и весенний период.

### VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики КВЭ.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя представление населению подробной информации о КВЭ: путях передачи возбудителей, основных симптомах заболевания, о его тяжести и последствиях, мерах специфической и неспецифической профилактики КВЭ. Санитарно-просветительную работу проводят путем лекций, индивидуальных бесед, с использованием средств массовой информации, печатной продукции и т. д., усиливая ее перед и во время эпидемически опасного периода.

## 7.3.4. Профилактика лихорадки Зика

### I. Общие положения

1.1. Лихорадка Зика (далее – ЛЗ) – зоонозная природно-очаговая арбовирусная инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя.

1.2. Диагностика проводится на основании данных анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, симптомов, данных лабораторного обследования с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания. На территориях Российской Федерации, в которых найдены переносчики ЛЗ, при диагностике подозрительного случая учитывается также сезон возникновения заболевания и данные эпидемиологического и энтомологического обследования территории.

1.3. Вирус Зика (далее – ВЗ) относится к семейству *Flaviviridae,* роду *Flavivirus,* вирусам группы Спондвени *(Spondweni virus group)*. В соответствии с классификацией патогенных для человека микроорганизмов, ВЗ относится ко II группе патогенности (опасности).

Выделяются 3 генетические линии (генотипа) ВЗ – Африканский генотип 1, Африканский генотип 2 и Азиатский генотип. Эпидемические проявления ЛЗ связаны с распространением вируса Азиатского генотипа.

1.4. ВЗ распространен в регионах Центральной и Южной Америки, юга США, островов Карибского бассейна и Атлантического побережья Южной Америки, Африки, Центральной, Южной и Юго-Восточной Азии, островах Тихоокеанского региона. Завозные случаи ЛЗ зарегистрированы практически во всех странах мира, включая Российскую Федерацию.

1.5. Основной механизм передачи ВЗ – трансмиссивный. Кроме трансмиссивного механизма передачи ВЗ, описаны случаи трансплацентарной передачи ВЗ, половой передачи, передачи ВЗ при гемотрансфузии, лабораторного заражения. Не исключается передача вируса при трансплантации органов и грудном вскармливании.

1.6. К группам населения, имеющим повышенный риск заражения ЛЗ, относятся:

1) лица, посещающие регионы, неблагополучные по ЛЗ (проживающие на территории данных регионов);

2) лица, получающие медицинскую помощь с инвазивным вмешательством в медицинских учреждениях стран, неблагополучных по ЛЗ;

3) персонал воздушных и морских транспортных средств, совершающих международные рейсы в страны, неблагополучные по ЛЗ;

4) персонал международных аэро- и морских портов с интенсивным транспортным сообщением со странами, неблагополучными по ЛЗ;

5) новорожденные от женщин, больных ЛЗ;

6) половые партнеры больных ЛЗ.

1.7. Эпидемиологически различаются 2 типа ЛЗ: лесной (энзоотический), при котором основным источником и резервуаром вируса в биотопах влажных тропических лесов являются отдельные виды низших приматов, и городской (антропонозный, эпидемический), в котором роль основного резервуара возбудителя играет человек.

Переносчиками ВЗ являются комары рода *Aedes,* наибольшее эпидемиологическое значение имеют виды *Ae. aegypti и Ae. albopictus.* Комары *Ae. aegypti и Ae. albopictus* синантропны. Развитие их преимагинальных стадий может проходить в разнообразных искусственных скоплениях воды у жилищ человека и внутри них. Личинки могут развиваться также в естественных скоплениях воды, образующихся в дуплах, трещинах скал, понижениях рельефа. Личинки способны развиваться в относительно загрязненных водах.

1.8.1. Инкубационный период ЛЗ составляет от 3 до 12 суток. Продолжительность заболевания составляет 2–7 суток при отсутствии осложнений. ЛЗ по клинической симптоматике имеет сходство с лихорадками денге, чикунгунья и другими арбовирусными инфекциями. В большинстве случаев (до 80 %) ЛЗ протекает бессимптомно, либо со слабо выраженной симптоматикой. Среди наиболее часто встречаемых симптомов ЛЗ отмечаются лихорадка, макулопапулезные высыпания, миалгии и артралгии, сопровождающиеся отеками суставов конечностей, головная боль, негнойный конъюнктивит, ретро-орбитальные боли. При тяжелой форме заболевания у больных отмечаются неврологические расстройства (синдром Гийена-Барре), а при инфицировании беременных женщин могут наблюдаться различные аномалии развития нервной системы плода, в том числе микроцефалия.

1.8.2. Случаи манифестации неврологической симптоматики при ЛЗ (синдром Гийена-Барре, острая аутоиммунная воспалительная полирадикулоневропатия) относится к неотложному состоянию, при котором требуется срочная госпитализация в отделения интенсивной терапии.

1.9. Специфические методы лечения ЛЗ отсутствуют, проводится синдромная терапия. Специфическая иммунопрофилактика ЛЗ не разработана. Конкретные временные сроки сохранения и напряженности противовирусного иммунитета при ЛЗ не известны.

### II. Выявление, учет и регистрация больных

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Лица, заболевшие ЛЗ или подозрительные на заболевание, подлежат госпитализации по клиническим показаниям. Госпитализация больных в зависимости от тяжести состояния осуществляется в инфекционные отделения или в палаты интенсивной терапии, с обеспечением изоляции больного от комаров (помещения с засетченными окнами) на территориях с потенциальной возможностью локальной передачи. Больные с легкой формой заболевания могут лечиться амбулаторно при условии надлежащего врачебного наблюдения и обеспечения изоляции больного от комаров (в регионах, где выявляют комаров-переносчиков ЛЗ).

2.3. Меры по выявлению случаев ЛЗ и предотвращению дальнейшего распространения заболевания включают:

1) выявление, диагностику, госпитализацию и лечение больных ЛЗ, изоляцию больного от комаров (в регионах, где выявляют комаров-переносчиков ЛЗ);

2) обследование доноров крови, органов и биологических жидкостей от лиц из групп риска по ЛЗ, на наличие РНК ВЗ;

3) обследование беременных, прибывших из регионов, неблагополучных по ЛЗ, на наличие маркеров ВЗ;

4) наблюдение (обследование) за новорожденными от матерей, перенесших ЛЗ во время беременности и (или) больных ЛЗ;

5) обследование лиц, имевших половой контакт с больным ЛЗ, на наличие маркеров ВЗ;

6) информирование органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о случаях заболеваний ЛЗ в установленные сроки;

7) эпидемиологическое расследование и организация комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (дезинсекционных мероприятий по энтомологическим показаниям).

8) подготовка медицинских работников по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики ЛЗ.

2.4. Порядок сбора и предоставления информации о возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера в субъекте Российской Федерации определяется на основании действующих нормативных и распорядительных документов.

2.6. При получении экстренного извещения о случае заболевания ЛЗ, или подозрения на заболевание, специалистами органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование и организация комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

### III. Лабораторная диагностика лихорадки Зика

3.1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение вирусом Зика, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами II групп патогенности (опасности).

3.2. Лабораторные исследования клинического, секционного, энтомологического материала, подозрительного на заражение ВЗ, сопровождающиеся выделением вируса, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности) в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с микроорганизмами II–IV групп патогенности.

3.3. Исследования на наличие маркеров ВЗ в материале от людей и энтомологическом материале без выделения возбудителя серологическими методами и методом амплификации нуклеиновых кислот могут быть проведены в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с микроорганизмами III –IV групп патогенности.

3.4. Для установления этиологии заболевания и лабораторного подтверждения клинического диагноза ЛЗ проводят исследование клинического материала:

1) от больных (подозрительных на заболевание): кровь, сыворотка, плазма крови, слюна, моча, сперма (по показаниям), вагинальный мазок, амниотическая жидкость (по показаниям), плацента, грудное молоко;

2) от новорожденных от матерей с подтвержденной ЛЗ: плазма крови, пуповинная кровь, фрагмент пуповины, моча, слюна, спинномозговая жидкость (по показаниям);

3) аутопсийного материала: ткани селезенки, лимфоузлов, мозга, легких, печени, почек.

3.5. Материалом для исследования могут служить объекты окружающей среды – кровососущие комары *Ae. aegypti и Ae. albopictus*.

3.6. Забор, упаковку и доставку материала от больных проводят медицинские работники медицинских организаций. Процедуру по забору материала осуществляют в защитной одежде, соответствующей противочумному костюму II типа, разрешенной к применению в установленном порядке.

3.7. Иммунологические (серологические) исследования и ПЦР-исследования проводят в боксированном помещении, оборудованном системами приточной и вытяжной вентиляции или в боксах микробиологической безопасности II класса.

3.8. Лабораторную диагностику ЛЗ проводят серологическими, молекулярно-генетическими и вирусологическими методами. Комплексная диагностика включает:

1) выявление антигена ВЗ в исследуемом биологическом материале с помощью ИФА или реакций нейтрализации вируса (далее – РН);

2) определение в сыворотке крови больного специфических IgM и IgG (или суммарных) антител к ВЗ с помощью ИФА или РН, а также МФА, ИХА;

3) выявление в образцах биологического материала РНК ВЗ с помощью ОТ-ПЦР;

4) изоляция вируса при проведении обогатительного пассажа в культурах клеток или при инфицировании чувствительных лабораторных животных с последующей его идентификацией.

3.10. Для лабораторной диагностики ЛЗ используют диагностические наборы, зарегистрированные в Российской Федерации.

3.11. ВЗ или его специфические маркеры (РНК или антиген) могут быть обнаружены в биологических жидкостях больного в первые дни болезни; в более поздние сроки заболевания и в период реконвалесценции диагностическим критерием служит выявление антител к возбудителю.

3.12. Определение РНК ВЗ проводят:

1) в моче – в течение первых двух недель заболевания с пиком на 5–7 сутки, детекция возможна до 20 дней и более;

2) в слюне – в первые 7–10 дней болезни с пиком на 5–7 сутки, в ряде случаев РНК вируса детектируется в слюне до 30 дней и более;

3) в сыворотке и плазме крови – в течение 3–5 дней после начала клинических проявлений; максимальная концентрация, в основном, обнаруживается в первые два дня заболевания. У инфицированных ВЗ беременных в результате амплификации вируса в плаценте и возможном внутриутробном инфицировании плода РНК вируса обнаруживается в плазме и сыворотке крови в течение трех месяцев от момента заболевания;

4) в цельной крови (в ряде случаев более эффективно, чем в ее плазме или сыворотке) в период реконвалесценции – в течение трех месяцев от начала заболевания;

5) в семенной жидкости – до полугода;

6) в вагинальном секрете РНК ВЗ определяется в первые десять дней заболевания;

7) в грудном молоке РНК ВЗ обнаруживается в том случае, если инфицирование беременной произошло на поздних гестационных сроках: после 35 недели.

3.13. Ввиду низкой концентрации вируса в плазме и сыворотке крови эффективно обнаружение РНК ВЗ в комбинации образцов моча/слюна/кровь.

3.14. В случае трансплацентарной передачи ВЗ, вирусная РНК может быть обнаружена в амниотической жидкости (амниоцентез не проводят ранее 14 недели гестации). В случае гибели плода во время беременности или родов исследуют ткани плаценты, пуповины и ткани внутренних органов плода на наличие РНК ВЗ.

3.15. При обследовании новорожденного от матери, у которой диагностирована ЛЗ, либо данные обследования матери отсутствуют, но имеется соответствующий эпидемиологический анамнез (выезд во время беременности в эндемичный по ЛЗ регион), проводят исследование пуповинной крови, трех фрагментов пуповины длиной 1 см, взятых в центральной и двух периферийных частях сразу после родов, а также плаценты. Также исследуют сыворотку крови, взятую в первые двое суток после рождения, на наличие РНК ВЗ и специфических IgM. В первую неделю после рождения исследуют мочу новорожденного на наличие РНК ВЗ. В случае обнаружения нарушений развития ЦНС в первые двое суток жизни ребенка проводят исследование спинномозговой жидкости на наличие РНК ВЗ.

3.16. Определение специфических IgM рекомендуется на 5–6 день после начала клинических проявлений заболевания. Концентрация специфических IgM достигает максимума на 2 неделе заболевания. Забор парных сывороток для подтверждения сероконверсии осуществляется с интервалом 10–14 дней. Специфические IgG начинают определяться в среднем с 10–14 дня болезни.

3.17. При анализе результатов ИФА на специфические антитела к ВЗ следует учитывать возможность перекрестных реакций с другими флавивирусами (вирусами денге, Западного Нила, желтой лихорадки, японского энцефалита, энцефалита долины Мюррей). Для дифференциальной серологической диагностики используют диагностические наборы для выявления антител к вышеперечисленным арбовирусам с учетом эпидемиологического анамнеза.

3.18. Клинический диагноз ЛЗ считают подтвержденным при наличии одного из критериев:

1) обнаружение РНК ВЗ в биологическом материале;

2) обнаружение антигена ВЗ в биологическом материале;

3) изоляция и идентификация ВЗ из биологического материала;

4) обнаружение IgM к ВЗ в сыворотке крови в острый период заболевания в совокупности с выявлением IgG в парной сыворотке;

5) обнаружение сероконверсии или четырехкратного возрастания титров специфических антител IgG к ВЗ в парных сыворотках крови, взятых с интервалом 10-14 суток.

3.19. Положительные на ВЗ образцы направляют для верификации и дополнительных исследований в Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности, курирующий данную территорию, в Референс-центр по мониторингу за ЛЗ и Центр верификации диагностической деятельности в отношении возбудителей вирусных инфекционных болезней, осуществляющий функцию государственной коллекции Роспотребнадзора.

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

4.1. При получении внеочередного донесения по установленной форме из медицинской организации о выявлении случая заболевания ЛЗ, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют проведение эпидемиологического расследования.

4.2. С целью установления причин и выявления условий возникновения ЛЗ, при необходимости, определяется план и объемы лабораторного обследования контактных лиц, отдельных групп населения, а также переносчиков (при их завозе транспортными средствами и (или) отловленных в очаге) для расчета эпидемического риска очага.

4.3. По результатам комплексного обследования очага составляется акт с эпидемиологическим заключением и предложениями (предписанием) в адрес хозяйствующего субъекта по объемам и срокам проведения противоэпидемических и комплекса профилактических мероприятий.

4.4. По месту проживания больного, на территориях, в которых установлены специфические переносчики ВЗ, проводятся дезинсекционные мероприятия по энтомологическим показаниям.

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Эпидемиологический надзор за ЛЗ направлен на слежение за динамикой эпидемического процесса и проводится ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации при научно-методической поддержке Референс-центра по мониторингу за возбудителем ЛЗ, под контролем органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации[[38]](#footnote-38).

5.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

1) мониторинг эпидемиологической ситуации по ЛЗ;

2) энтомологический мониторинг за основными переносчиками ВЗ, их численностью, ареалом распространения, инфицированностью;

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

4) контроль за своевременностью выявления больных ЛЗ, въезжающих на территорию Российской Федерации в пунктах пропуска через государственную границу, и организация комплекса мероприятий по санитарной охране территории в случае их выявления;

5) контроль за готовностью медицинских и иных организаций к оказанию медицинской помощи больным (подозрительным на заболевание) ЛЗ;

6) контроль за организацией обследования доноров крови, органов и биологических жидкостей от лиц из групп риска по ЛЗ;

7) оценку своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

8) своевременное принятие управленческих решений.

### VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

6.1.Специфическая профилактика ЛЗ в настоящий момент отсутствует.

6.2.Система профилактических мероприятий в отношении лихорадки Зика включает меры по своевременному выявлению случаев заболевания лихорадкой Зика и предотвращению дальнейшего распространения заболевания, меры по контролю численности потенциальных переносчиков ВЗ, меры индивидуальной защиты.

6.3. В отношении потенциального источника инфекции проводят профилактические мероприятия, снижающие вероятность передачи вируса:

1) не допускаются к сдаче крови, спермы и изъятию органов для пересадки доноры, у которых была подтверждена ЛЗ – в течение 6 месяцев;

2) не допускаются к сдаче крови, спермы и изъятию органов для пересадки доноры в течение 2 месяцев после возвращения с эндемичной территории по ЛЗ или полового контакта с партнером, у которого диагностирована ЛЗ;

3) проводится лабораторное обследование доноров крови, спермы и органов, посещавших неблагополучные по ЛЗ территории (и (или) бывших в половом контакте с больным ЛЗ), в период от 2 до 6 месяцев после возвращения (контакта), а также проводится скрининг препаратов донорской крови и ее компонентов от этих групп.

6.4. Для оценки риска передачи ВЗ плоду и выявления пороков развития у новорожденных проводят обследование беременных женщин, в том числе без проявлений клинических симптомов, прибывших из неблагополучных по ЛЗ регионов, с использованием генодиагностических и иммунодиагностических методов, методов утразвуковой диагностики.

6.4. Для предотвращения инфицирования ВЗ в семьях лиц, в случае, если один из супругов посещал неблагополучные по ЛЗ территории в последние 2 месяца (или имел половые контакты с возможными больными ЛЗ), медицинские работники должны рекомендовать лабораторное обследование обоих супругов.

6.5. В целях контроля численности переносчиков ВЗ на территориях ареала распространения организуют энтомологический мониторинг.

Мониторинговые точки наблюдения за комарами *Aedes aegypti* и *Aedes аlbopictus* устанавливают, исходя из следующих приоритетов:

1) вблизи эпидемически значимых объектов (аэропорты, железнодорожные вокзалы, автобусные станции, морские порты, медицинские организации, гостиницы, дома отдыха, оздоровительные организации);

2) с охватом основных элементов городских ландшафтов: многоэтажные застройки, парки внутри города, городские кладбища, частная и малоэтажная застройка, лесопарковые зоны.

Наблюдения за численностью и распространением комаров *Aedes aegypti* и *Aedes аlbopictus* проводятся 1 раз в 7-10 дней, с даты начала лета имаго комаров в весенний период до окончания их лёта осенью.

6.6. Снижение численности переносчиков ВЗ в установленных местах их распространения проводят методами и средствами дезинсекции.

6.6.1. Организацию и проведение дезинсекционных мероприятий, направленных на снижение численности переносчиков инфекции на территории субъектов Российской Федерации, и контроль за их проведением осуществляют органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также индивидуальные предприниматели и юридические лица на принадлежащей им территории.

6.6.2. Комплекс дезинсекционных мероприятий проводят по предписанию органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью на территории населенного пункта и имеющие лицензию на данный вид деятельности, с использованием биологических, физических и химических средств борьбы с переносчиками ВЗ.

6.7. Основными мерами по ликвидации мест размножения переносчиков ВЗ являются:

1) благоустройство территорий населенных пунктов, водоемов, парков, скверов, оздоровительных учреждений, мест массового отдыха и пребывания населения;

2) санитарная очистка территорий населенных мест от мусора, в том числе емкостей, в которых может скапливаться дождевая вода (старые автопокрышки, пластиковые бутылки, полиэтиленовые пакеты, банки);

3) благоустройство кладбищ, ликвидация мелких емкостей для воды, в которых возможно развитие личинок, содержание территории в санитарном состоянии, предотвращающем размножение переносчиков ВЗ;

4) содержание мелких искусственных водоемов (с твердыми стенками) для культурно-бытовых целей в селитебной зоне в надлежащем санитарном состоянии, препятствующем выплоду переносчиков.

6.8. Меры индивидуальной защиты включают ношение одежды (предпочтительно светлой), максимально закрывающей тело; использование физических барьеров (использование противокомариных (противомоскитных) сеток на окнах и дверях), нанесение на кожу или одежду репеллентов.

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики лихорадки Зика

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики ЛЗ и включает в себя: предоставление населению информации о заболевании, его основных симптомах и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы.

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

## 7.3.5. Профилактика бешенства

I. Общие положения

1.1. Бешенство (синонимы - гидрофобия, лиссавирусный энцефалит) – остро протекающая зоонозная особо опасная вирусная инфекция, передающаяся, главным образом, через укусы теплокровных животных со слюной и проявляющаяся тяжелым поражением центральной нервной системы с высокой летальностью (практически 100%).

1.2. Диагноз бешенства устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Критерии постановки диагноза.

Клинический критерий: острый прогрессирующий энцефаломиелит, как правило, приводящий к смерти в течение 10 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.

Лабораторные критерии: выделение вируса, обнаружение вирусных антигенов или РНК в головном мозге посмертно; прижизненное обнаружение вирусных антигенов или РНК в биоптатах кожи волосистой части головы, отпечатках роговицы или слюне, слезной жидкости, моче; обнаружение вирусспецифических антител в спинномозговой жидкости, нарастание титра антител в сыворотке крови в динамике у невакцинированных пациентов.

Случаем, подозрительным на заболевание бешенством считается:

- случай заболевания с характерной клинической картиной (приступы водобоязни, светобоязни) на фоне неврологических нарушений у лиц, обратившихся за медицинской помощью;

- случай острого энцефаломиелита без симптомов водобоязни и светобоязни, с летальным исходом или комой, наступившими в течение около 10 дней после появления клинических симптомов болезни при наличии в анамнезе контакта с животными.

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).

1.3. Этиология. Возбудитель болезни – лиссавирус бешенства (вид: Rabies lyssavirus) и родственные ему виды рода Lyssavirus (семейство Rhabdoviridae) могут вызывать неразличимые по клиническим проявлениям заболевания, которые регистрируются как бешенство. На территории Российской Федерации доказана циркуляция 4 видов лиссавирусов – лиссавируса бешенства (Rabies lyssavirus), европейского лиссавируса летучих мышей 1 типа (European bat 1 lyssavirus), лиссавируса Иркут (Irkut lyssavirus) и западно-кавказского лиссавируса летучих мышей (West Caucasian bat lyssavirus). Подавляющее большинство случаев заболевания людей связано с лиссавирусом бешенства; заболевания, вызванные другими лиссавирусами, регистрируются спорадически. С помощью современных лабораторных методов в пределах каждого вида лиссавирусов удается дифференцировать антигенные и генетические варианты (филогенетические линии), связанные с различными видами животных и географическими районами, например, вирус арктического бешенства.

1.4. Источником инфекции для человека могут быть любые теплокровные животные, но чаще всего это хищные млекопитающие. Собаки, кошки, домашние хорьки могут представлять опасность в течение 10 дней до появления признаков болезни и в течение всего клинического периода заболевания. В отношении других видов животных этот срок точно не установлен. Отсутствие видимых клинических признаков болезни у животного не исключает возможности заражения. Трупы животных представляют опасность, так как вирус в течение нескольких дней (в зимнее время - несколько месяцев) может сохранять жизнеспособность в тканях трупа.

Резервуаром лиссавируса бешенства являются собаки и дикие хищные млекопитающие, в Российской Федерации, главным образом представители семейства псовых (лисица, енотовидная собака, волк, песец, корсак). Резервуаром других лиссавирусов служат рукокрылые (летучие мыши). Кошки, различные сельскохозяйственные и дикие животные других отрядов также вовлекаются в циркуляцию лиссавирусов, но не обеспечивают непрерывность эпизоотического процесса. Различают природные и антропургические (городские) очаги бешенства. Очаги природного типа в настоящее время в РФ имеют основное эпидемиологическое значение.

1.5. Механизм передачи возбудителя - контактный. Инфицирование человека вирусом бешенства происходит через укусы и царапины животных, при ослюнении поврежденных кожных покровов, при попадании слюны и (или) другого вируссодержащего материала на слизистые оболочки. Это основной путь передачи. В редких случаях возможна непрямая передача вируса через предметы, контаминированные слюной или мозгом больных животных. Аэрозольный механизм передачи инфекции может реализоваться в лабораторных условиях при работе с концентрированными препаратами вируса. Зарегистрированы случаи заражения от человека при трансплантации органов и тканей. Возможна передача вируса от матери ребенку в родах.

1.6. К группе риска относятся мужчины трудоспособного возраста, а также пенсионеры и дети, проживающее (пребывающее) в сельской местности.

1.7. Бешенство - инфекция с глобальным распространением, поэтому возможны завозные случаи заболевания людей, связанные с заражением в других странах. Наиболее неблагополучным районом мира считается юго-восточная Азия. В Российской Федерации бешенство среди животных регистрируется в большинстве субъектов Российской Федерации, но распространено неравномерно. Наиболее активные эпизоотии характерны для центральных и юго-западных регионов европейской части страны, южных районов Урала, Сибири и Дальнего Востока.

Выявление случаев заболевания людей бешенством и регистрация зоонозного очага с вовлечением людей квалифицируется как чрезвычайная ситуация эпидемиологического характера (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.04.2016 № 48).

1.8.1 Продолжительность инкубационного периода у человека составляет от нескольких дней до нескольких лет (обычно 2-3 месяца, редко более 1 года).

1.8.2. Инфекция у человека проявляется в форме острого энцефаломиелита, как правило, приводящего к смерти, в течение 10 дней после появления клинических симптомов болезни.

Различают две основных клинических формы бешенства - типичную (с характерными симптомами водобоязни и возбуждения) и паралитическую. При паралитической форме болезни диагностика по клиническим данным затруднена, поэтому в случае смерти человека от острого энцефаломиелита неустановленной этиологии в пределах 10-15 дней от начала болезни рекомендуется исследование секционного материала на бешенство.

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

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Регистрация случая бешенства у человека и организация оперативного реагирования территориальных органов Роспотребнадзора осуществляется по предварительным диагнозам и уточняется при получении результатов лабораторных исследований и установлении окончательного диагноза. Информация о ходе эпидемиологического расследования и проводимых мероприятиях направляется в Роспотребнадзор в ежедневном режиме в виде внеочередных донесений.

2.3. При подтверждении диагноза заболевание регистрируют в ежемесячных и ежегодных формах государственного статистического наблюдения – ф. № 1 и ф. № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Коды по МКБ 10: бешенство А 82; бешенство городское - А 82.1; бешенство лесное - А 82.2; бешенство неуточненное - А 82.3.

2.4. Лица с подозрением на заболевание бешенством подлежат немедленной госпитализации в отдельной палате инфекционного стационара; допускается госпитализация в неврологическом отделении или ОРИТ.

2.5. При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают место, время и обстоятельства контакта с предполагаемым источником инфекции, уточняют сведения о животных, контакт с которыми мог привести к заражению. Для этого опрашивают больного, а также его родственников, так как из-за поражения ЦНС больные не всегда способны адекватно отвечать на вопросы. В медицинских документах фиксируются сведения о наличии заживших шрамов от повреждений, нанесенных животными, а также сведения об обращении пациента за медицинской помощью после контакта с подозрительными на бешенство животными и проведении антирабических прививок.

2.6. В связи с опасностью заболевания проводится не только выявление больных людей, но также выявление, регистрация и учет лиц, подвергшихся риску заражения вирусом бешенства. Вероятность заражения вирусом бешенства возникает после контакта с бешеными и подозрительными на бешенство животными, при этом различают следующие категории животных: животные с лабораторно и клинически подтвержденным диагнозом бешенства, неизвестные животные (за которыми не может быть установлено наблюдение) и внешне здоровые животные с известным владельцем.

2.7. Лиц, подвергшихся риску заражения, специалисты санитарно-эпидемиологической службы направляют к врачу-травмотологу (врачу-хирургу) для оказания квалифицированной антирабической помощи.

2.8. Регистрация лиц с повреждениями, нанесенными животных, осуществляется работниками медицинских организаций (поликлиник, стационаров) при обращении пострадавших за медицинской помощью. Регистрация ведется в отдельном журнале (ф. № 60. Журнал учета инфекционных заболеваний) и электронной базе данных медицинской организации. На каждого пациента заполняется карта 045-у «Карта обратившегося за антирабической помощью) и в установленном порядке подается экстренное извещение в территориальный орган Роспотребнадзора, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и в ветеринарную службу. Учет лиц, получивших укусы, ослюнения и царапины, нанесенные животными, осуществляется в формах государственного статистического наблюдения ф. № 1. и ф. № 2. «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», коды по МКБ 10 - W53-W55.

III. Лабораторная диагностика

3.1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение вирусом бешенства, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по безопасности работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности).

3.2. Для посмертной диагностики бешенства применяются следующие методы:

- метод флюоресцирующих антител (МФА), для детекции нуклеопротеина вируса в отпечатках головного мозга: аммонова рога, мозжечка и стволовой части (основной метод, «золотой стандарт»);

- выделение вируса in vitro (в культуре клеток) и in vivo (при заражении лабораторных животных) с последующим подтверждением МФА;

- ОТ-ПЦР для детекции РНК лиссавируса бешенства.

3.3. Для прижизненной диагностики бешенства используют биоптаты кожи затылка в области волосяных луковиц для обнаружения антигена в МФА и детекции РНК лиссавируса бешенства в ПЦР, слюну, слезную жидкость, ликвор, мочу для детекции РНК вируса бешенства в ПЦР и выделения возбудителя в культуре клеток или путем заражения лабораторных животных, а также кровь и ликвор для определения антител к вирусу бешенства в парных пробах в динамике в реакции нейтрализации на культуре клеток, различные варианты иммуноферментного анализа (ИФА).

3.4. Из-за особенностей патогенеза бешенства прижизненная лабораторная диагностика менее эффективна, чем посмертная.

3.5. Лабораторная диагностика бешенства у животных осуществляется специалистами ветеринарных лабораторий в соответствии ГОСТ 26075-13 «Межгосударственный стандарт. Животные. Методы лабораторной диагностики бешенства».

3.6. Тест-системы, используемые для лабораторной диагностики бешенства, должны быть разрешены к применению в установленном порядке.

3.7. Дополнительным диагностическим тестом служит определение нуклеотидной последовательности генома вируса или его фрагментов (секвенирование). Результаты секвенирования имеют важное значение для эпидемиологического расследования и используются для подтверждения завозных случаев и случаев заражения от летучих мышей.

IV. Организация и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий. Мероприятия в очаге

4.1. Выявление случаев заболевания людей бешенством и регистрация зоонозного очага с вовлечением людей квалифицируется как чрезвычайная ситуация эпидемиологического характера. Каждый случай подлежит немедленному расследованию специалистами органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с направлением внеочередного донесения в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 10-дневный срок, в котором излагаются все обстоятельства инцидента (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.04.2016 № 48*).*

4.2. Медицинский персонал, обслуживающий, больного бешенством должен 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.

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

4.4. Тела людей, умерших от бешенства, представляют низкий риск распространения инфекции. Умерших кремируют или хоронят на общих кладбищах.

4.5. При организации и проведении противоэпидемическихмероприятий в очаге следует различать следующие понятия: эпизоотический очаг, эпидемический очаг, неблагополучный пункт, угрожаемая территория.

Эпизоотический очаг - место нахождения источника или факторов передачи возбудителя инфекции (больное животное, труп животного, контаминированные предметы) в тех границах, в которых возможна передача возбудителя восприимчивым животным или людям (населенный пункт или его часть, животноводческое помещение, сельское подворье, квартира и другие).

Эпидемический очаг - территория, на которой зарегистрирован случай (случаи) заболевания людей, а также эпизоотический очаг, в котором зарегистрированы (выявлены) контакты людей с бешеным (подозрительным на бешенство) животным. Границами очага является территория, на которой находятся люди, имевшие риск заражения с учетом особенностей социально-бытовой обстановки и среды, в которой пребывает источник инфекции. Границы очага определяются совместно со специалистами ветеринарной службы, действующими в соответствии с ветеринарными нормативными документами.

Неблагополучный пункт - населенный пункт, в котором зарегистрировано заболевание бешенством среди животных.

Угрожаемая территория - это животноводческие хозяйства, населенные пункты, административные районы, в которых имеется угроза возникновения случаев заболевания животных или людей бешенством. Границы угрожаемой территории определяют органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор с учетом эпизоотической ситуации, ландшафтно-географических условий.

4.6. В эпидемическом очаге проводится комплекс мероприятий, направленных, прежде всего, на выявление круга лиц, которые могли подвергнуться риску заражения одновременно с заболевшим в том же населенном пункте, и недопущение других случаев заболевания.

4.7. При проведении обследования эпизоотического (эпидемического) очага активно выявляются лица, которые были в контакте с предполагаемым источником инфекции. В неблагополучных населенных пунктах для активного выявления пострадавших используются подворные (поквартирные) обходы. Выявленные лица направляются в медицинские организации для проведения постэкспозиционной профилактики бешенства.

4.8. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага бешенства, подлежащего регистрации в установленном порядке, завершается подготовкой «Акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи» (утвержденного постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133, зарегистрированным в Минюсте России 25.11.2011, регистрационный № 19040), который территориальный орган Роспотребнадзора направляет в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в органы прокуратуры и руководителю учреждения (организации), в связи с действиями которого произошло формирование эпидемического очага, не позднее, чем через 10 дней после ликвидации чрезвычайной ситуации.

4.9. Специалисты государственного санитарно-эпидемиологического надзора совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают комплексные планы санитарно-эпидемиологических мероприятий по профилактике бешенства и обеспечивают контроль за их выполнением как в неблагополучных, так и в длительно благополучных по бешенству субъектах Российской Федерации.

4.10. При ухудшении эпизоотической ситуации и регистрации эпидемических (эпизоотических) очагов разрабатываются оперативные комплексные планы локализации и ликвидации очагов (вспышек).

4.11. Сотрудники территориальных органов Роспотребнадзора проводят обследование эпизоотического очага совместно со специалистами ветеринарной службы с заполнением соответствующей документации.

V. Эпидемиологический надзор

 5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор представляет собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, целью которого является оценка ситуации и разработка адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования людей вирусом бешенства и формирования эпидемических очагов инфекции, а также предупреждение развития бешенства у инфицированных людей.

5.2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и включает:

5.2.1. мониторинг заболеваемости бешенством среди людей, анализ многолетней динамики и структуры заболеваемости;

5.2.2. активное выявление лиц, контактировавших с бешеными и подозрительными на бешенство животными при проведении эпидемиологического обследования в эпидемических и эпизоотических очагах;

5.2.3. мониторинг за циркуляцией вируса бешенства среди животных, выявление, учет и постоянное слежение за состоянием эпизоотической ситуации в природных и антропургических очагах (совместно с ветеринарными специалистами);

5.2.4. мониторинг обращаемости населения за медицинской помощью в связи с повреждениями, нанесенными животными качеством постэкпозиционной профилактики бешенства после контактов с бешеными и подозрительными на бешенство животными;

5.2.5. мониторинг проведения профилактической вакцинации лицам, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения бешенством;

5.2.6. надзор за наличием неснижаемого запаса, хранением и транспортировкой антирабических препаратов, определение потребности населения в препаратах для профилактики бешенства;

5.2.7. надзор за санитарным состоянием населенных пунктов в части соблюдения правил содержания домашних животных;

5.2.8. надзор за проведением выставок и других массовых мероприятий с участием животных;

5.2.9. оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий;

5.2.10. прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

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

6.1.1. 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 за счет средств обязательного медицинского страхования. 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.

6.1.2. Проведение постэкспозиционной профилактики бешенства возложено на врачей-травматологов (хирургов) поликлиник 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 установленного образца.

6.1.3. Для организации и проведения постэкспозиционной профилактики бешенства у людей в административных центрах каждого субъекта Российской Федерации на базе травматологического пункта одной из городских поликлиник должны быть созданы Центры антирабической помощи (ЦАП), которые оказывают организационно-методическую помощь по вопросам профилактики бешенства специалистам других медицинских организаций субъекта Российской Федерации. В муниципальных образованиях на базе медицинских организаций, имеющих в своем составе травматологический пункт или травматологическое отделение, создаются кабинеты антирабической помощи. В сельской местности в центральных районных больницах приказом главного врача назначается ответственный за проведение постэкспозиционной профилактики бешенства.

6.1.4. Укушенные раны, царапины, ссадины и неповрежденные кожные покровы, загрязненные слюной или другим инфицированным биологическим материалом, следует немедленно промыть водой с мылом (лучше под струей проточной воды в течение 10-15 минут). Края раны и поверхностные повреждения обрабатывают настойкой йода. При необходимости рану перевязывают. Если эти процедуры не проведены пациентом раньше, то медицинские работники проводят их после обращения за медицинской помощью. Для обработки раны используют хлоргексидин, перекись водорода и другие антисепитики. При контаминации глаз используют альбуцид, окомистин и др. Укушенные раны не рекомендуется иссекать и ушивать в течение первых трех суток, за исключением случаев, когда необходимо остановить кровотечение или предупредить формирование косметических дефектов. Обработку ран, профилактику столбняка и гнойно-септических инфекций проводят в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами. Местная обработка раны не исключает необходимость проведения прививок против бешенства.

6.1.5. 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.

6.1.6. Иммунизацию назначают и проводят в строгом 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.

6.1.7. 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 10-дневное наблюдение. Прививки на 14-й и последующие дни отменяют, если животное в эти сроки не заболело, не погибло и не убежало.

6.1.8. Если животное было убито, и биологический материал был отправлен в лабораторию, то иммунизацию начинают, не дожидаясь результатов исследования. При положительном результате на бешенство, начатый курс вакцинации продолжается, при отрицательном результате - курс вакцинации прекращается.

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

6.1.10. При обращении человека за медицинской помощью по поводу повреждений, нанесенных животными, специалисты центров (кабинетов) антирабической помощи обязаны проинформировать пострадавшего под роспись о возможных последствиях при отказе, самовольном прекращении или нарушении курса прививок. Случаи отказа пациента от антирабических прививок оформляются в письменном виде, заверяются подписями не менее двух медицинских работников и печатью медицинской организации.

6.2. Профилактическая иммунизация людей

6.2.1. Профилактическая иммунизация проводится лицам, имеющим профессиональный риск инфицирования вирусом бешенства. По желанию граждан профилактическая иммунизация может быть проведена перед выездом в эндемичные по бешенству регионы (юго-восточная Азия, Южная Америка, Африка). Профилактические прививки против бешенства включены в национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям и проводятся за счет средств местных бюджетов, работодателя или граждан.

Профилактической вакцинации против бешенства подлежат следующие профессиональные группы риска:

- работники служб, проводящих отлов животных (ловцы, водители, охотники, лесники и другие.);

- работники ветеринарных станций по борьбе с болезнями животных, имеющие контакт с животными (ветеринарные врачи, фельдшера, лаборанты, младший персонал);

- работники научно-исследовательских институтов и диагностических лабораторий, проводящих исследования на бешенство;

- работники вивариев и других учреждений, работающих с инфицированными животными;

- в медицинских организациях профилактической вакцинации против бешенства подлежат только лица с высоким риском заражения (патологоанатомы).

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

6.2.3. Профильные научные, медицинские, ветеринарные и др. учреждения формируют списки граждан, нуждающихся в профилактической вакцинации и ревакцинации против бешенства, контроль за выполнением планов иммунизации осуществляют специалисты Роспотребнадзора.

6.2.4. При проведении профилактических прививок против бешенства следует учитывать противопоказания и медицинские отводы в случаях, обозначенных в наставлении к вакцине. Лица, имеющие противопоказания к проведению профилактических прививок, к работе в условиях риска заражения не допускаются.

6.2.5. Профилактические прививки против бешенства, а также случаи необычных реакций и осложнений после них, подлежат обязательной регистрации и учету в соответствующих формах государственного статистического наблюдения.

6.3. Профилактика бешенства животных

6.3.1 Вакцинация животных против бешенства осуществляется в соответствии с ветеринарными правилами. Все собаки и кошки, независимо от состояния эпизоотической ситуации в населенном пункте или на территории субъекта Федерации, должны быть привиты против бешенства. Вакцинацию сельскохозяйственных животных проводят по эпизоотологическим показаниям на неблагополучных по бешенству территориях, а также при проведении выставок. Диких плотоядных животных вакцинируют с помощью оральных вакцин в природных очагах бешенства в соответствии со специально разработанными программами.

6.4. Наличие документа о вакцинации собаки или кошки, нанесших укусы человеку, не является основанием для отмены пострадавшему лечебно-профилактических прививок, так как возможно заболевание привитых животных.

6.5. Регулирование численности безнадзорных домашних и диких животных относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Регулирование численности безнадзорных домашних животных проводится путем их отлова, стерилизации и содержания в специальных питомниках. Отстрел в черте населенных пунктов не допускается. Регулирование численности диких животных осуществляют путем отстрела при активизации эпизоотии в природных очагах и повышении риска инфицирования человека, домашних и сельскохозяйственных животных.

6.6. Контроль за соблюдением правил содержания, выгула домашних животных. Выгул животных проводится на специальных территориях, обозначенных табличками и оборудованных контейнерами для сбора экскрементов животных.

6.7. Благоустройство населенных пунктов (дачных поселков), недопущение замусоривания территории, содержание в должном состоянии контейнеров по сбору твердых бытовых отходов; выполнение санитарно-эпидемиологических требований по содержанию подвальных помещений.

6.8. Больные бешенством животные, с которыми связано возможное инфицирование человека вирусом бешенства, подлежат умерщвлению разрешенными методами и исследованию головного мозга на бешенство силами ветеринарной службы.

6.9. Внешне здоровые животные, с которыми связано возможное инфицирование человека вирусом бешенства, в зависимости от тяжести укуса и эпизоотологической обстановки, подлежит умерщвлению разрешенными методами и исследованию головного мозга на бешенство или изоляции для наблюдения. Собаки, кошки, домашние хорьки подлежат изоляции и наблюдению в течение 10 дней. В отношении других видов животных рекомендуется 14-дневное наблюдение (компетенция ветеринарной службы).

VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактикибешенства

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

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

7.3. Население любого субъекта Российской Федерации должно быть информировано:

- о состоянии заболеваемости бешенством (среди людей и животных) на территории проживания, в Российской Федерации и в зарубежных странах, популярных для отдыха российских граждан;

- о смертельной опасности заболевания и необходимости немедленного обращения за медицинской помощью в случае контакта с подозрительным на бешенство животным;

- о необходимости иммунизации домашних животных против бешенства;

- об ответственности владельцев домашних плотоядных животных (выгул собак в установленных местах, ношение намордников, безнравственность поступка по отказу от опеки над животным), в том числе в случае нанесения своими питомцами укусов другим людям и животным;

- о важности организации 10-дневного наблюдения за собаками и кошками, нанесшими повреждения человеку.

7.4. При организации гигиенического воспитания и обучения следует иметь в виду, что дети являются группой высокого риска заражения бешенством. Ответственность за обучение лиц с профессиональным риском заражения возлагается на работодателя.

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

**7.3.6. Профилактика лихорадки Западного Нила**

### I. Общие положения

1.1. Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) – зоонозная природно-очаговая арбовирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающая у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации; в тяжелых случаях – с поражением ЦНС (серозным воспалением мозговых оболочек, реже – менингоэнцефалитом и острым вялым параличом, которые часто наблюдаются в комбинации).

1.2. Диагноз «лихорадка Западного Нила» ставится на основе клинических данных, эпидемиологического анамнеза и данных лабораторных исследований.

1.3. Возбудитель инфекции – вирус Западного Нила (ВЗН) относится к семейству *Flaviviridae*, роду *Flavivirus* и входит в антигенный комплекс японского энцефалита, который включает 15 родственных вирусов, в том числе вирусы Алфай, Каципакоре, Каутанго, Усуту, японского энцефалита, энцефалитов Сент-Луис и долины Муррея. В соответствии с действующими нормативными документами ВЗН относится ко II группе патогенности. ВЗН имеет сферическую форму и размеры – 20-30 нм, содержит однонитевую РНК. В настоящее время различают не менее семи генотипов ВЗН, наиболее эпидемиологически значимыми являются 1а и 2 генотипы. Вирус хорошо сохраняется в замороженном и высушенном состоянии. Погибает при температуре выше 56 °C в течение 30 минут.

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

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

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

1.5. Сезонность ЛЗН летне-осенняя в период активности переносчиков ВЗН.

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

1.7.1. Инкубационный период обычно составляет от 2 дней до 3 недель, в среднем 3-8 дней. Болезнь характеризуется полиморфизмом клинических проявлений; начинается остро, с озноба и повышения температуры до 38-40°C. Даже в легких случаях, при которых лихорадочный период составляет 2 – 3 дня, наблюдается интоксикация, проявляющаяся головной болью, головокружением, ознобом, болью в глазных яблоках, генерализованной миалгией, артралгией, выраженной слабостью; в ряде случаев (до 15 %) наблюдается полиморфная пятнисто-папулезная сыпь. Продолжительность лихорадочного периода составляет от 2 до 12 суток, в среднем 5 – 7 дней. После нормализации температуры тела длительно сохраняется астенический синдром (общая слабость, потливость, подавленность психики, бессонница, ослабление памяти).

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

Клиническая картина и тяжесть заболевания варьирует в зависимости от генотипа ВЗН, контингента заболевших и их иммунологического статуса. Заболевание чаще всего характеризуется среднетяжелым течением и благоприятным исходом. Риск развития тяжелых форм ЛЗН выше для лиц старше 50 лет, а также при наличии хронических заболеваний и иммуносупрессии. Летальность при тяжелом течении ЛЗН с поражением ЦНС в среднем составляет 5 – 10 %.

1.8. Специфические методы лечения ЛЗН в настоящее время отсутствуют, проводится симптоматическая терапия.

1.9. Специфическая иммунопрофилактика людей не разработана.

### II. Выявление, регистрация и учет больных ЛЗН

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

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

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

2.5. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, информируют органы прокуратуры, исполнительной власти субъекта Российской Федерации и руководителя организации о формировании эпидемического очага с массовым заболеванием населения в соответствии с порядком предоставления информации о возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера в субъекте Российской Федерации.

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

### III. Организация лабораторной диагностики ЛЗН

* 1. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем ЛЗН, включая забор, транспортировку и подготовку материала для лабораторных исследований, проводят в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обеспечению безопасности при работе с микроорганизмами II группы патогенности.

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

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

3.4. Лабораторную диагностику ЛЗН и индикацию ВЗН осуществляют в следующих случаях:

- проведение диагностических исследований биологического материала от людей с подозрением на ЛЗН, умерших при подозрении на ЛЗН и от лихорадки неясного генеза (с учетом сезона передачи возбудителя) на эндемичных по ЛЗН территориях;

- исследование биологического материала от потенциальных доноров крови и органов в эпидемический сезон на территориях с высоким уровнем эпидемического риска при регистрации случаев ЛЗН;

- изучение иммунной прослойки выборочных групп населения, проживающего на изучаемой территории;

- изучение иммунной прослойки сельскохозяйственных животных на изучаемой территории;

- исследование зоологического материала, собранного на изучаемой территории.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.12. Клинический диагноз ЛЗН считают подтвержденным в следующих случаях:

- выявления IgM в сыворотке крови в острый период заболевания в совокупности с выявлением IgG в парной сыворотке;

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

- обнаружения в исследуемых образцах РНК ВЗН;

- изоляции вируса.

3.13. С целью выявления интенсивности циркуляции возбудителя на изучаемой территории проводят:

- определение уровня иммунной прослойки населения к ВЗН. Для этого исследуют сыворотки крови от здоровых людей (доноров, выборочных групп населения) на наличие специфических антител класса G к вирусу (обычно используют ИФА);

- определение уровня иммунной прослойки сельскохозяйственных животных к ВЗН. Для этого выявляют IgG или суммарные специфические антитела к возбудителю;

- определение уровня инфицированности основных носителей и переносчиков вируса. Зоологический материал исследуют с помощью ИФА (все положительные в ИФА пробы должны быть подтверждены с использованием метода ПЦР, или секвенирования, или изоляции вируса), ОТ-ПЦР (детекция РНК вируса), выделяют ВЗН на чувствительной биологической модели.

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

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

- материал от больных с тяжелым и/или атипичным течением болезни;

- секционный материал от умерших от ЛЗН;

- зоологический и энтомологический материал, полученный при первичном выявлении маркеров возбудителей ЛЗН на территории.

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

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

4.2. По результатам комплексного обследования очага готовятся:

* Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (ЛЗН) по установленной форме;
* Акт эпидемиологического расследования очага ЛЗН с установлением причинно-следственной связи (эпидемиологическим диагнозом) по установленной форме в течение 10 дней после завершения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий в очаге;
* План противоэпидемических мероприятий по ликвидации очага, который носит межведомственный характер и утверждается органом исполнительной власти субъекта или органом государственной власти муниципального образования;
* Предписание в адрес юридических и должностных лиц, прямо или косвенно причастных к возникновению ситуации.

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

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

4.5. Лица, имеющие аналогичный с заболевшим риск заражения ЛЗН, подлежат медицинскому наблюдению в течение максимального инкубационного периода до 3 недель, в период которого при повышении температуры независимо от первоначального диагноза показано проведение диагностических лабораторных исследований.

4.6. Переболевшие ЛЗН (нейроинвазивные формы, неврологические нарушения) подлежат диспансерному наблюдению в течение 2 лет после клинического выздоровления. Кратность и объем клинико-лабораторного обследования в ходе диспансерного наблюдения определяются лечащим врачом.

### V. Мероприятия санитарно-эпидемиологического надзора

5.1. На территориях Российской Федерации, эндемичных по ЛЗН, организацию и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий осуществляют органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные организации в части[[39]](#footnote-39), отнесенной к их компетенции, в рамках комплексных планов по профилактике ЛЗН, утвержденных органом исполнительной власти субъекте Российской Федерации.

5.2. Мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя:

* мониторинг заболеваемости, циркуляции возбудителя ЛЗН;
* оценку эпидемической ситуации, определение тенденции развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
* ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории по степени риска заражения ЛЗН (или интенсивности природного очага);
* наблюдение и анализ за погодными и фенологическими явлениями, антропогенными факторами воздействия на среду обитания носителей и переносчиков ВЗН, определяющими активность и устойчивость очагов;
* анализ иммунной прослойки выборочных групп населения;
* энтомологическое и зоолого-паразитологическое обследования территории с целью слежения за циркуляцией возбудителя, переносчиков и носителей инфекции и уровнем их инфицированности. С целью исключения заражения энтомологов рекомендуются применение автоматических ловушек для комаров;
* слежение за состоянием популяций и заболеваемостью маркерных животных (птиц, лошадей и др.);
* ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости ЛЗН среди людей по условиям заражения, тяжести клинического течения, летальности и другим показателям;
* контроль за своевременным выявлением больных ЛЗН, полнотой их лабораторного обследования;
* установление контингентов населения, групп повышенного риска, находящихся или выезжающих в природные очаги (или зоны риска);
* предупреждение завоза основных переносчиков транспортными средствами международного сообщения в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;
* контроль за своевременным выявлением больных, въезжающих на территорию Российской Федерации в пунктах пропуска через государственную границу, и организацией противоэпидемических (профилактических) мероприятий по санитарной охране территории в случае их выявления;
* контроль за готовностью медицинских и иных организаций к оказанию медицинской помощи больным с признаками опасных инфекционных болезней;
* оценку эффективности проводимых мероприятий.

### VI. Организация профилактических мероприятий по ЛЗН

6.1. Специфическая профилактика при ЛЗН для человека не разработана. Основой профилактических мероприятий в борьбе с ЛЗН остается неспецифическая профилактика. Неспецифические профилактические мероприятия осуществляют посредством комплекса санитарно-профилактических работ, истребительных методов и применением средств индивидуальной защиты.

6.2. Снижение численности переносчиков инфекции на территории антропургических и природно-антропургических очагов ЛЗН (или в зонах риска) проводится методами и средствами дезинсекции. Дезинсекционные истребительные мероприятия при ЛЗН проводятся с использованием биологических, физических и химических средств борьбы с переносчиками инфекции. Применяемые средства должны иметь свидетельство о государственной регистрации и инструкцию по применению.

6.3. Органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья организуются и проводятся мероприятия по:

* снижению численности популяций носителей и переносчиков в антропургических и природно-антропургических очагах путем дезинсекционных, акарицидных и дератизационных обработок помещений и территории;
* проведению санитарно-профилактических работ по ликвидации мест обитания переносчиков путем осушения и ликвидации не имеющих хозяйственного значения мелких водоемов, заболоченностей, канав, прудов, выкашивание камыша и сорной растительности, содержание хозяйственно значимых водоемов в надлежащем санитарном состоянии;
* снижению численности популяции синантропных птиц – носителей ВЗН, путем сокращения их кормовой базы (ликвидация свалок мусора, своевременный вывоз мусора из мусорных баков);
* благоустройству территорий населенных пунктов, водоемов, парков, скверов, оздоровительных учреждений, мест массового отдыха и пребывания населения (баз отдыха) и площадей за территориями (на расстоянии не менее 50 м), массивов, примыкающих к населенным пунктам, садово-огородным кооперативам;
* приведению лесных массивов в черте населенных пунктов или примыкающих к ним территориях в благоустроенное лесопарковое состояние;
* содержанию подвалов жилого фонда в удовлетворительном санитарно-техническом состоянии, препятствующем размножению переносчиков;
* организации гигиенического воспитания населения по мерам профилактики, клиническим проявлениям ЛЗН, условиям заражения и средствам индивидуальной защиты;
* обеспечению в эпидемический сезон запаса эффективных средств индивидуальной защиты.

6.4. Органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья и медицинскими организациями проводятся:

* выявление, диагностика, своевременная госпитализация и лечение больных ЛЗН;
* лабораторно-диагностическое обследование больных, имеющих схожую с ЛЗН симптоматику в эпидемический сезон;
* лабораторное обследование на ЛЗН (с помощью ПЦР и ИФА) доноров крови и органов в эпидемический сезон на территориях с высоким уровнем эпидемического риска при регистрации случаев ЛЗН с поражением центральной нервной системы;
* регистрация, учет случаев заболевания ЛЗН и статистический анализ заболеваемости;
* информирование органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о случаях заболеваний ЛЗН;
* подготовка медицинских работников по вопросам клиники, лабораторной диагностики, эпидемиологии и профилактики ЛЗН;
* гигиеническое обучение населения мерам профилактики ЛЗН;
* проведение профилактических истребительных мероприятий в медицинских организациях по эпидемическим показаниям, содержание организаций в санитарно-техническом состоянии, препятствующем размножению переносчиков инфекции.

6.5. Юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями проводятся мероприятия по:

* благоустройству территорий, водоемов, участков и прилегающих к ним территорий;
* организации и проведению истребительных мероприятий против носителей и переносчиков инфекции на принадлежащей им территории и помещениях;
* информированию граждан о необходимости применения средств индивидуальной защиты для профилактики ЛЗН.

6.6. Руководители летних оздоровительных организаций, расположенных в зоне природных и/или природно-антропургических очагов ЛЗН обеспечивают:

* проведение эпизоотологического обследования территории организации для определения численности и зараженности ВЗН переносчиков и носителей инфекции;
* проведение санитарно-профилактических мероприятий: благоустройство территории, водоемов и береговой линии, расчистку лесных массивов вокруг организации от мусора, валежника, сухостоя, недопущение образования свалок бытового мусора;
* обеспечение защиты отдыхающих от переносчиков в жилых помещениях и хозяйственных постройках;
* проведение истребительных мероприятий на территории организации и в хозяйственных постройках;
* проведение информационной работы по применению средств индивидуальной защиты.

6.7. На территории субъектов Российской Федерации, где регистрируются случаи заболевания ЛЗН людей или животных и выявляются маркеры ВЗН в переносчиках, должен быть разработан и утвержден комплексный план по санитарной охране территории, в состав которого входит раздел по профилактике ЛЗН. Комплексные планы для субъекта Российской Федерации и его административных территорий разрабатываются органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор при участии органов, осуществляющих государственный ветеринарный надзор, органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, противочумных учреждений и других заинтересованных организаций.

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики ЛЗН.

7.2. Мероприятия по санитарно-просветительскому обучению населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинские организации, организации, предоставляющие услуги в сфере международного туризма и иные организации.

7.3. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации об инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальных бесед с пациентами и другое.

7.4. Для населения, содержащего в личных хозяйствах домашних сельскохозяйственных животных и птиц, организацию и проведение информационно-разъяснительной работы по экстренным санитарным и ветеринарным мерам при выявлении признаков заболевания ЛЗН животных и птиц проводят ветеринарные службы и органы местного самоуправления в сфере здравоохранения.

7.5. Для населения, приобретающего лицензии на охоту и рыболовство, информационно-разъяснительную работу проводят органы, выдающие лицензию.

# 8. ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

## 8.1. Профилактика острых кишечных инфекций

### I. Общие положения

1.1. Представленный раздел санитарных правил подлежит обязательному применению в отношении острых кишечных инфекций (ОКИ) и отравлений токсинами микроорганизмов, преимущественно проявляющихся на этапе предварительной диагностики симптомокомплексом острой инфекционной диареи - до установления этиологии заболевания на основании комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

1.2. При установлении этиологии заболевания или вероятного диагноза на основании клинико-эпидемиологических данных, для реализации необходимых мероприятий обязательным является применение санитарно-эпидемиологических правил в отношении конкретных инфекционных болезней (холера, брюшной тиф, сальмонеллёзы, иерсиниозы, кампилобактериоз, энтеровирусные инфекции и другие).

1.3. В случае отсутствия разделов санитарно-эпидемиологических правил по отдельным нозологическим [формам](#P251) болезней, проявляющихся диарейным синдромом, или в случае отсутствия обнаружения возбудителя (ОКИ с неустановленной этиологией) мероприятия проводятся в соответствии с настоящим разделом санитарно-эпидемиологических правил.

1.4. Для 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.

1.5. По формам течения инфекционного процесса различают манифестные цикличные 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 периоде реконвалесценции после перенесенного заболевания, при бессимптомных формах инфекции и в случаях формирования хронического выделения патогена (при ограниченном спектре нозологий).

1.6. 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.

### II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. 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 др.). Обоснованные сомнения при дифференциальной диагностике должны трактоваться в пользу нозологий, сопровождающихся более высокими прогностическими рисками для пациента.

2.2. Сведения о регистрации случаев заболеваний ОКИ на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторная диагностика ОКИ осуществляется в соответствии с действующими нормативными и методическими документами в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания.

3.2. Наличие показаний для исследования материала на ПБА I - II группы патогенности подлежит обязательному отражению в направлении на исследование. При отсутствии таких показаний, а также при необходимости индикации ПБА II группы без накопления биомассы возбудителя (иммунологические, молекулярно-генетические методы), лабораторные исследования материалов от больных ОКИ осуществляют лаборатории, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами III - IV групп патогенности.

3.3. При наличии показаний к проведению всех видов исследования материала на наличие патогенов I группы патогенности, а также проведении исследований по выделению из материала от больных возбудителей инфекции, связанных с накоплением биомассы возбудителей I - II группы патогенности, они проводятся в лабораториях, имеющих лицензию на работу с возбудителями I - II группы патогенности.

3.4. Забор клинического материала осуществляется специалистами медицинских организаций, имеющими лицензию на данный вид деятельности, выявивших больного в день обращения и до начала этиотропного лечения.

При стационарном или амбулаторном лечении пациента сбор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций, закрепленных территориально или ведомственно.

В очагах ОКИ с групповой заболеваемостью отбор материала от больных и контактных лиц осуществляется как сотрудниками медицинских организаций, так и сотрудниками учреждений, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень материала определяется специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования. Забор и доставка клинического материала в лабораторию с целью установления этиологии заболевания и характеристики его возбудителя проводится в течение 24-х часов от момента выявления очага. При невозможности своевременной доставки в лабораторию материала, режимы его хранения и транспортировки определяются регламентами применения разрешенных к использованию на территории РФ в установленном порядке медицинских изделий (транспортных систем) и алгоритмов.

3.5. Исследование материала от пациентов со спорадической и групповой заболеваемостью ОКИ проводится на базе медицинских организаций. При выявлении специалистами государственного санитарно-эпидемиологического надзора очагов групповой заболеваемости или угрозы эпидемического распространения спорадических заболеваний, биологический материал может запрашиваться для проведения лабораторных исследований учреждениями, обеспечивающими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Биологический материал от декретированного контингента в очагах групповой заболеваемости и образцы окружающей среды исследуется в лабораториях учреждений, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.6. Этиологическая диагностика ОКИ и субвидовая фенотипическая характеристика их возбудителей проводится с использованием разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке медицинских изделий и алгоритмов.

3.7. Генетическая субвидовая характеристика возбудителей ОКИ, осуществляемая в рамках эпидемиологических исследований, должна проводится с предпочтительным применением стандартизованных протоколов, внедренных в современную международную практику и обеспечивающих эпидемиологическую валидность (конкордантность) получаемых результатов, воспроизводимость и необходимую разрешающую способность.

3.8. Для этиологической диагностики ОКИ используются прямые (культуральные методы, выявление антигенов/токсинов и нуклеиновых кислот патогена) и непрямые (выявление антител) методы диагностики. Этиологическая диагностика ОКИ проводится с использованием таких типов клинического материала как образцы фекалий, ректальные мазки, рвотные массы, промывные воды желудка, кровь и других, если они рекомендованы производителями медицинских изделий для «in vitro» диагностики.

3.9. Диагноз ОКИ устанавливается на основании клинической симптоматики заболевания, результатов лабораторного исследования и эпидемиологических данных.

Верификация конкретных нозологических форм ОКИ должна базироваться на применении соответствующих методов этиологической лабораторной диагностики.

3.10. Диагностические критерии конкретных нозологических форм ОКИ представлены в нормативно-методических документах, регламентирующих проведение их лабораторной диагностики. При отсутствии соответствующих нормативно-методических документов, подтверждением этиологического диагноза служат результаты лабораторных исследований, подтверждающих выявление в клиническом материале патогена, его антигенов, нуклеиновых кислот, токсинов (метаболитов) или специфических антител за исключением случаев выявления условно-патогенной микрофлоры (УПМ).

3.11. В эпидемических очагах до 20-ти случаев заболеваний лабораторному исследованию подлежат все заболевшие. В более крупных очагах ОКИ для обнаружения этиологического агента допускается обследование репрезентативной выборки пострадавших, соответствующих определению типового случая заболевания для данного очага. У пострадавших, не включенных в данную выборку, при соответствии их клинико-эпидемиологическим критериям типового случая заболевания, этиологический диагноз может быть выставлен без лабораторного подтверждения.

3.12. При летальных исходах заболеваний исследуются образцы как прижизненно отобранного, так и аутопсийного (нативного или фиксированного) материала, полученные при патолого-анатомическом исследовании. Исследования могут проводиться как в медицинской организации, так и в учреждениях, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Требования к условиям забора, обработке, хранению и транспортировке аутопсийного материала определяются рекомендациями по применению соответствующих методик лабораторных исследований.

Патолого-анатомический материал в случае подозрения на заболевание, вызванное микроорганизмами I - II групп патогенности, отбирается в присутствии специалистов учреждений, обеспечивающих Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и исследуется в лабораториях учреждений, обеспечивающих Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

4.1. В эпидемических очагах ОКИ, в период эпидемических подъемов заболеваемости ОКИ на определенных территориях, организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

4.2. Медицинская организация, выявившая больного или носителя возбудителей ОКИ (установление или изменение диагноза), обязана направить экстренное извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в сроки, установленные действующими нормативными документами.

При выявлении больных ОКИ в школах, детских дошкольных организациях, организациях отдыха для детей и взрослых, социальных учреждениях (интернатах) ответственность за своевременное информирование территориальных органов федерального органа исполнительной власти, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, возлагается на руководителя организации. Медицинский работник организации, выявивший больного, обязан принять меры по изоляции больного и организации дезинфекции.

4.3. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага ОКИ проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя ОКИ и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, условий, способствовавших возникновению очага, а также принятию мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.

4.3.1. Эпидемиологическое расследование включает определение типового случая заболевания, оценку достоверности наличия очага, формирование гипотезы о источниках и факторах передачи возбудителя, оценку ее достоверности с применением комплекса статистических и лабораторных методов исследования, комплексную интерпретацию результатов и разработку противоэпидемических и профилактических мероприятий. Объем и перечень необходимых работ определяет специалист, отвечающий за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

4.3.2. В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный и окончательный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага.

Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования очага установленной [формы](consultantplus://offline/ref=1553636C48D0EFCBE36D514351CD25D3AA14B6436DF4A0C247A23A8E4EB20644B9CA13AAA1CE6225CACFE96995277500174C10397839A603UCLCI).

4.3.3. В случае регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости, эпидемиологическое обследование очага проводят специалисты учреждений, обеспечивающих проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора с составлением карты эпидемиологического обследования установленной [формы](consultantplus://offline/ref=1553636C48D0EFCBE36D585153CD25D3A815B74866FCFDC84FFB368C49BD5953BE831FABA0CC6B28C890EC7C847F7A0A01521225643BA7U0LBI) и предоставления ее в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) очагов с единичными случаями заболеваний проводят при заболевании (носительстве) ОКИ должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (декретированный контингент), а также при заболевании лиц (детей и взрослых), проживающих совместно с ними. Помимо этого, обследуются все множественные семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ОКИ.

4.4. В случае регистрации роста заболеваемости ОКИ на территории, выходящего за пределы типичных сезонных колебаний, органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимаются меры по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия и организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

4.4.1. Противоэпидемические мероприятия в очагах ОКИ и при эпидемическом подъеме заболеваемости ОКИ должны быть направлены:

- на источник инфекции (изоляция, госпитализация);

- на прерывание путей передачи инфекции;

- на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.

4.5. Лица с симптомами ОКИ подлежат изоляции.

4.6. Госпитализация выявленных больных (лиц с подозрением на ОКИ) и носителей возбудителей ОКИ осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Рекомендуется госпитализация детей в возрасте до 2-х лет с тяжелыми и среднетяжелыми формами ОКИ, лиц всех возрастов с отягощенным преморбидным фоном и наличием сопутствующих заболеваний, пациентов с затяжными и хроническими (при обострении) формами болезни, больных с ОКИ при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления пострадавшего) и находящиеся в учреждениях закрытого типа.

4.7. Обязательному 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.

4.7.1. В эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя также может быть проведено лабораторное исследование объектов окружающей среды (ООС).

Лабораторные исследования ООС (вода, пищевая продукция и другие) проводят организации, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем, перечень и целесообразность лабораторных исследований ООС определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

4.7.2. 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 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

4.8. Фактор передачи (выявленный на основании эпидемиологических или лабораторных исследований пищевой продукт или вода) исключают из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

4.8.1. В случае несоответствия качества воды действующим гигиеническим нормативам, наличия информации о перебоях в подаче воды населению, аварийных ситуациях, органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдается предписание в адрес юридических лиц и индивидуальных предпринимателей о проведении ревизии систем водопользования (водоснабжения и канализования), принятию мер по ликвидации технических неисправностей, введению режима гиперхлорирования и питьевого режима в организациях, подвозу питьевой воды населению.

При загрязнении открытых водоемов принимают меры по их очистке, при необходимости вводят ограничения на водопользование.

4.9. 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.

4.10. 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.

4.11. В случае, если по результатам эпидемиологического расследования предполагается пищевой путь реализации механизма передачи инфекции, принимают меры по временному приостановлению деятельности объекта, с которым связана групповая заболеваемость, или временному отстранению персонала, связанного с приготовлением и реализацией пищевых продуктов, предполагаемых в качестве фактора передачи инфекции (до получения результатов эпидемиологических и/или лабораторных исследований).

4.12. При возникновении потенциальной угрозы распространения ОКИ, в частности, на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и другие) и социальных (отключение электроснабжения населенных пунктов, эпидемически значимых объектов, нарушения работы систем водоснабжения и канализации, перемещения беженцев и другие) явлений противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на:

- усиление мероприятий по надзору за эпидемически значимыми объектами, в первую очередь организациями пищевой промышленности, общественного питания, водопользования и другими на конкретной территории с обязательным применением методов лабораторного контроля;

- организацию санитарно-эпидемиологического контроля в пунктах временного нахождения пострадавшего населения;

- активное выявление больных (носителей) среди лиц, относящихся к декретированным категориям;

- проведение иммунизации по эпидемическим показаниям;

- назначение средств экстренной профилактики лицам, подвергшимся риску заражения;

- проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных обработок эпидемически значимых объектов;

- разъяснительную работу с населением.

4.13. Допуск к работе лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, из числа декретированных категорий осуществляется после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом (за исключением случаев выявления УПМ), проведенного через 1 - 2 дня после окончания лечения в стационаре или на дому, если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены действующими нормативными методическими документами. При неустановленной этиологии ОКИ пациенты, относящиеся к данной категории, выписываются из стационара при клиническом выздоровлении и допускаются к работе не ранее 3 дней от момента прекращения клинических проявлений острой фазы заболевания (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты).

4.13.1. При выявлении носителей возбудителей ОКИ, которые могут быть источниками инфекции (декретированные категории), а также лиц с заболеваниями, ассоциируемыми с УПМ (гнойничковыми заболевания, фарингитами, ангинами и другими), производится их временное отстранение от работы и направление в медицинские организации для установления диагноза и лечения (санации). Допуск к работе осуществляется на основе заключения (справки) лечащего врача о клиническом выздоровлении и отрицательном результате контрольного лабораторного исследования на возбудители ОКИ (за исключением УПМ), если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены действующими нормативными методическими документами.

4.13.2. 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.

4.13.3. В случае положительного результата лабораторных обследований на наличие патогенов бактериальной природы (за исключением УПМ), 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 контрольного лабораторного обследования, проведенного после повторного курса лечения лиц из числа декретированного контингента, за ними устанавливается диспансерное наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с эпидемическим 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 с выплатой пособий по социальному страхованию ([п. 2 ст. 33](consultantplus://offline/ref=1553636C48D0EFCBE36D514351CD25D3A91DB74569F5A0C247A23A8E4EB20644B9CA13AAA1CE6021CACFE96995277500174C10397839A603UCLCI) Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

4.14. При выписке лиц, переболевших ОКИ, врач стационара оформляет и передает в поликлинику выписку из истории болезни, включающую диагноз заболевания, данные о проведенном лечении, результаты обследования больного, рекомендации по диспансеризации.

4.14.1. Дети и подростки, обучающиеся в образовательных организациях, находящиеся в летних оздоровительных учреждениях, школах-интернатах, в течение двух месяцев после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам по пищеблоку.

4.15. Лица из числа декретированного контингента, переболевшие ОКИ и являющиеся носителями возбудителей ОКИ, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с клиническим осмотром и лабораторным обследованием, проведенным в конце наблюдения.

4.15.1. Переболевшие ОКИ дети и подростки, посещающие детские дошкольные организации, школы-интернаты, летние оздоровительные организации и другие типы закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления с ежедневным медицинским осмотром. Лабораторное обследование назначается по клиническим показаниям (наличие дисфункций кишечника в период проведения диспансерного наблюдения, снижение массы тела, неудовлетворительное общее состояние).

4.15.2. Лица - реконвалесценты хронических форм ОКИ подлежат диспансерному наблюдению в течение 3-х месяцев с момента установления диагноза с ежемесячным осмотром и лабораторным обследованием. При сохранении показаний сроки диспансерного наблюдения удлиняются.

4.15.3. Остальным категориям лиц, переболевших ОКИ, диспансерное наблюдение назначается по рекомендации врача медицинской организации.

4.15.4. Снятие с диспансерного наблюдения проводится врачом медицинской организации при условии полного клинического выздоровления реконвалесцента и отрицательного результата лабораторного обследования.

4.16. При ОКИ проводят профилактическую и очаговую (текущую и заключительную) дезинфекцию.

Профилактические дезинфекционные мероприятия в организованных коллективах детей и взрослых, а также в организациях пищевой промышленности, общественного питания, продуктовой торговли, транспорте для перевозки пищевых продуктов, объектах водоснабжения проводят силами организаций, в комплексе с другими профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями, осуществляемыми в соответствии с действующими санитарными правилами по устройству и содержанию этих мест.

4.16.1. Очаговую текущую дезинфекцию на объектах выполняет персонал учреждения, или лицо, ухаживающее за больным на дому. Для проведения дезинфекции используют средства, зарегистрированные в установленном порядке, имеющие декларацию соответствия, инструкцию по применению, и разрешенные для дезинфекции при кишечных бактериальных и вирусных инфекциях и/или при паразитарных заболеваниях. Для проведения текущей дезинфекции выбирают средства с низкой ингаляционной опасностью, при использовании которых не требуется защита органов дыхания и которые разрешены для применения в присутствии больного.

4.16.2. 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 др.)..

4.16.3. Особое внимание уделяют гигиене рук, включающей их защиту резиновыми перчатками при уходе за больным и контакте с объектами в окружении больного; тщательному мытью рук мылом и водой, обработке их кожными антисептиками после любых контактов с источниками и потенциальными факторами передачи возбудителей. Для обеззараживания рук медицинских работников используют кожные антисептики, эффективные в отношении возбудителей кишечных бактериальных и вирусных инфекций.

4.17. Очаговую заключительную дезинфекцию проводят после удаления больного (носителя) из очага ОКИ. При ОКИ, вызванных возбудителями, относящимися ко II группе патогенности, заключительную дезинфекцию проводят специалисты учреждений дезинфекционного профиля. В очагах, вызванных другими (в том числе неустановленными) возбудителями заключительную дезинфекцию могут проводить не только специалисты учреждений дезинфекционного профиля, но и медицинский персонал МО, детских и подростковых учреждений, или население под руководством специалистов дезинфекционного профиля. Дезинфекции подвергают те же объекты, что и при проведении текущей дезинфекции, с использованием наиболее эффективных средств, обеспечивающих биологическую инактивацию возбудителей ОКИ.

Применение средств индивидуальной защиты персонала, осуществляющего заключительную дезинфекцию определяется инструкциями к используемым дезинфектантам и рекомендациями их производителей.

Дезинфекционные мероприятия проводят в соответствии с действующими нормативными методическими документами на конкретную кишечную инфекцию бактериальной, вирусной или паразитарной этиологии.

4.18. Необходимо следить за своевременным проведением профилактической дезинсекции, направленной на борьбу с насекомыми, являющимися механическими переносчиками возбудителей ОКИ.

Если при эпидемиологическом обследовании выявлены объективные признаки заселения строения грызунами, в очаге зоонозных инфекций с фекально-оральным механизмом передачи проводят дератизацию с целью предупреждения контаминации возбудителями ОКИ воды и пищевых продуктов при их производстве, хранении и на всех этапах реализации населению, а также для предотвращения попадания возбудителей в готовые пищевые продукты.

Дезинсекцию и дератизацию в очаге ОКИ проводят в соответствии с действующим санитарным законодательством.

4.19. Для профилактики возникновения внутрибольничных очагов ОКИ, сотрудники медицинской организации должны проводить оперативное слежение и своевременное выявление случаев заноса или внутрибольничного инфицирования ОКИ среди пациентов, персонала или лиц по уходу за больными.

В непрофильных по ОКИ отделениях запрещается госпитализация в течение 7 дней новых пациентов в палату с выявленным больным. При госпитализации пациентов с ОКИ в профильные отделения соблюдается принцип поочередной загрузки палат.

4.20. В случае выявления больного ОКИ проводится:

- немедленная отправка экстренного извещения в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

- немедленная изоляция, перевод больного в инфекционное отделение или диагностические боксы (полубоксы) в профильном отделении;

- медицинское наблюдение в течение 7 дней от момента выявления больного и однократное лабораторное обследование (для выявления носительства или бессимптомного течения заболевания) за лицами, подвергшимися риску инфицирования;

- заключительная дезинфекция;

- эпидемиологическое расследование случая(ев) заноса или внутрибольничного инфицирования пациентов, персонала или лиц по уходу с выявлением факторов и путей передачи возбудителя инфекции; анализ информации, принятие административных решений.

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

- проводят изоляцию заболевших или их перевод в инфекционное отделение при отсутствии клинических противопоказаний;

- прекращают плановый прием пациентов в отделение(я), где зарегистрирована групповая заболеваемость, и проводят медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней от момента изоляции последнего заболевшего;

- проводят обследование персонала с применением лабораторных методов исследования (лиц- подвергшихся риску заражения - по решению специалиста, отвечающего за проведение эпидемиологического расследования) для выявления возможного источника инфекции;

- при наличии соответствующих препаратов и эпидемиологических оснований проводят экстренную профилактику;

- минимизируют перемещения пациентов из палаты в палату, за исключением мероприятий по изоляции пострадавших, а также рассматривают возможность сокращения числа находящихся на госпитализации пациентов за счет ранней выписки с учетом общего состояния больных;

- закрытие отделения(ий) проводят по предписанию органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.21. Открытие отделения(ий) проводится после проведения комплекса противоэпидемических мероприятий обеспечивающих устранение источников и факторов передачи возбудителей.

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. В целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется непрерывное наблюдение за эпидемическим процессом ОКИ с целью оценки ситуации, своевременного принятия управленческих решений, разработки и корректировки санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения и распространения случаев ОКИ среди населения, формирования эпидемических очагов с групповой заболеваемостью.

5.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ОКИ включают в себя:

- мониторинг заболеваемости;

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

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

- оценку эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости ОКИ;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

5.3. Конкретные особенности осуществления мероприятий, представленных в п. 5.2. определяются спецификой различных нозологических форм ОКИ и представлены в соответствующих нормативно-методических документах.

### VI. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика)

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

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

- питьевой воды;

- объектов коммунального хозяйства населенных мест;

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

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

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

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

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

6.6. Однократному лабораторному обследованию, с использованием разрешенных к применению на территории РФ в установленном порядке медицинских изделий и алгоритмов лабораторной диагностики ОКИ подвергаются лица, поступающие на работу в:

а) пищевые предприятия, предприятия общественного питания и торговли пищевыми продуктами, молочные кухни, молочные фермы, молочные заводы и другие, непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, а также ремонтом инвентаря и оборудования;

б) детских и медицинских организаций, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей;

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

В случае выделения возбудителей острых кишечных инфекций у обследуемого он не допускается к работе и направляется на консультацию врача, если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены действующими нормативными актами.

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

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

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

- сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки;

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

- лица, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений.

(п. 6.6.2. введен [Постановлением](consultantplus://offline/ref=1553636C48D0EFCBE36D514351CD25D3A91CB7446AF6A0C247A23A8E4EB20644B9CA13AAA1CE6220C5CFE96995277500174C10397839A603UCLCI) Главного государственного санитарного врача РФ от 05.12.2017 № 149)

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

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

### VII. Гигиеническое воспитание

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики острых кишечных инфекций.

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

7.3. Организацию информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

## 8.2. Профилактика холеры

I. Общие положения

1.1. Холера – особо опасная инфекционная болезнь с диарейным синдромом, фекально-оральным механизмом передачи возбудителя инфекции, водным, пищевым и контактным путями распространения.

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

1.3. Возбудителями холеры являются токсигенные штаммы *Vibrio cholerae* О1 и О139 серогрупп, содержащие гены *ctxAB* и *tcpA-F*, отвечающие за синтез холерного токсина и токсин-корегулируемых пилей адгезии и склонные к эпидемическому распространению (эпидемически значимые штаммы).

Нетоксигенные штаммы холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп, у которых отсутствуют гены *ctxAB* и *tcpA-F* или только ген *ctxAB* (*ctxAB- tcpА-F*+), относят к эпидемически незначимым. Они вызывают спорадические (единичные) случаи заболевания или вспышки (при общем источнике инфицирования) заболевания с клиническими проявлениями гастроэнтерита, не склонные к эпидемическому распространению.

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

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

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

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

– мероприятия при выделении холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп из объектов окружающей среды,

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

1.7. Организацию мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения холеры на территории Российской Федерации, обеспечивают органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Проведение данных мероприятий осуществляют учреждения, обеспечивающие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные организации в части[[40]](#footnote-40), отнесенной к их компетенции, индивидуальные предприниматели и юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в рамках утверждаемых ими комплексных планов по санитарной охране территории и возглавляемых межведомственными санитарно-противоэпидемическими комиссиями.

1.8. При составлении плана противохолерных мероприятий учитывают тип административной территории по эпидемическим проявлениям холеры (Приложение 40).

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

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

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

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

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

– разработку оперативных планов проведения первичных противоэпидемических мероприятий,

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

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

– гигиеническое воспитание, направленное на повышение санитарной культуры, профилактики холеры и распространения знаний о здоровом образе жизни[[41]](#footnote-41);

1.12. Территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают:

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

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

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

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

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

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

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

II. Выявление, информирование, учет, регистрация больных холерой   
и вибриононосителей

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

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

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

III. Требования к проведению эпидемиологического надзора за холерой

3.1. Эпидемиологический надзор – система мер, направленных на своевременное выявление заносных и местных случаев холеры, обнаружение холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп в объектах окружающей среды, информационное обеспечение, выработку обоснованных рекомендаций к планированию и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации возникших очагов холеры.

3.2. Органы и учреждения Роспотребнадзора, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, медицинские организации, структурные подразделения иных государственных органов осуществляют эпидемиологический надзор за холерой на территории всей страны дифференцированно с учетом типов административных территорий по эпидемическим проявлениям холеры (Приложение 40).

3.3. Информационное обеспечение при эпидемиологическом надзоре на территории всей страны осуществляют в следующем порядке:

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

– ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора информирует Роспотребнадзор о заболеваемости холерой за рубежом; о результатах мониторинга за выделением холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп от людей и из объектов окружающей среды на территории Российской Федерации, сводную информацию представляет в Роспотребнадзор;

– Референс-центр по мониторингу за холерой информирует Роспотребнадзор о результатах мониторинга за ситуацией по холере в мире и на территории Российской Федерации, о выделении штаммов холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп на территории Российской Федерации. Ежегодно представляет материалы по прогнозу эпидемиологической ситуации по холере;

– ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора совместно с Референс-центром по мониторингу за холерой ежегодно информируют территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора субъектов Российской Федерации, противочумные учреждения о свойствах холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп, выделенных из объектов окружающей среды и от людей на территории Российской Федерации;

– Руководители Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, управлений Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту, директора ФКУЗ «Противочумная станция», директора ФКУЗ «Научно-исследовательский противочумный институт» представляют информацию о выделении холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп из объектов окружающей среды на подконтрольной территории в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Референс-центр по мониторингу за холерой, в ФКУЗ «Противочумный центр» и Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности, курирующий территорию.

3.4. Территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают:

– в оперативном порядке сбор, обработку первичной информации, эпидемиологический анализ и оценку ситуации для принятия экстренных управленческих решений;

– ретроспективный эпидемиологический анализ данных о заносах холеры на территорию субъекта Российской Федерации, о заболеваемости холерой и выявлении вибриононосителей, выделении холерных вибрионов из объектов окружающей среды с учетом природно-социальных условий, демографических особенностей территории, ее отдельных частей и конкретных эпидемиологически значимых объектов.

3.5. Районирование административных территорий Российской Федерации по типам эпидемических проявлений холеры осуществляет Референс-центр по мониторингу за холерой по комплексу показателей и данных, характеризующих эпидемиологическую обстановку по холере в субъекте Российской Федерации.

3.6. Оценку качества воды на соответствие санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, условиям безопасного для здоровья населения использования водных объектов, систем централизованного и нецентрализованного питьевого водоснабжения осуществляют ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации.

3.7. Плановый мониторинг контаминации холерными вибрионами О1 и О139 серогрупп поверхностных водоемов и других объектов окружающей среды осуществляют ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации и противочумные учреждения (по согласованию) дифференцированно, с учетом типов территорий по эпидемическим проявлениям холеры: на территориях I типа – с мая по сентябрь один раз в семь дней; на территориях II типа – с июня по сентябрь один раз в семь дней; на территориях III типа, подтипов А и Б – в июле и августе, один раз в семь дней; на территориях III типа, подтипа В исследования проводят при несоответствии качества воды источников централизованного и нецентрализованного хозяйственно-питьевого водоснабжения и рекреационного водопользования (водоемы I и II категорий) санитарным требованиям.

Выбор стационарных точек отбора проб воды для исследования на наличие холерных вибрионов должен быть эпидемиологически обоснован. Количество точек отбора определяет для каждого поверхностного водоема и других объектов окружающей среды Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации и противочумное учреждение. При этом учитывают действующие нормативные документы, устанавливающие требования к Зонам санитарной охраны источников водоснабжения и водопроводов питьевого назначения, гигиенические требования к охране поверхностных вод, санитарно-эпидемиологические требования к охране прибрежных вод морей от загрязнения в местах водопользования населения. Перечень точек отбора проб воды ежегодно согласовывается с противочумным учреждением, курирующим административную территорию, и утверждается Управлением Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

Обязательному бактериологическому исследованию в стационарных точках подлежит:

– вода из водоемов I категории в зонах санитарной охраны, используемых в качестве источников централизованного питьевого водоснабжения и хозяйственно-бытового водопользования;

– вода из водоемов II категории в местах организованного и неорганизованного рекреационного водопользования и местах сброса хозяйственно-бытовых сточных вод (недостаточно очищенных и без очистки).

3.8. Лабораторные исследования клинического материала при подозрении на холеру проводят учреждения, имеющие разрешение на работу с возбудителями III-IV группы патогенности (опасности).

Лабораторные исследования патологоанатомического материала при подозрении на холеру проводят учреждения, имеющие разрешение на работу с возбудителями II группы патогенности (опасности) в соответствии требованиями по безопасности работы с микроорганизмами I-IV групп патогенности (опасности).

Диагностические исследования материала от лиц, подлежащих обследованию на холеру в рамках эпидемиологического надзора, проводят лаборатории территориального уровня в муниципальных образованиях субъекта Российской Федерации – бактериологические лаборатории организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с микроорганизмами III-IV групп патогенности.

Категории лиц, подлежащих лабораторному обследованию на холеру при проведении эпидемиологического надзора, представлены в Приложении 41.

3.9. Культуры холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп, выделенные от человека или из объекта окружающей среды, подлежат идентификации с оценкой эпидемической значимости в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации или в Центре индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности, курирующем территорию.

IV. Требования к проведению профилактических мероприятий при выделении   
холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп из объектов окружающей среды

4.1. При выделении холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп, содержащих гены холерного токсина (ctxAB), из водных объектов и хозяйственно-бытовых сточных вод, а также до установления эпидемической значимости (токсигенности) выделенных культур органы и учреждения Роспотребнадзора проводят:

– ограничительные мероприятия на водопользование водными объектами, определяемые Управлением Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, а также в местах сброса сточных вод;

– увеличение количества точек и кратности отбора проб воды из поверхностных водоемов, в том числе ниже сброса сточных вод. Отбор проб и лабораторные исследования на холеру осуществляют ежедневно;

– эпидемиологическое расследование с целью установления источников контаминации водных объектов и сточных вод;

– трехкратное бактериологическое обследование на холеру больных острыми кишечными инфекциями, поступающих в стационары, а также других лиц, указанных в Приложении 41.

Объем мероприятий определяет Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации с учетом эпидемиологических и санитарно-гигиенических показаний.

Мероприятия отменяют после трех последовательно отрицательных результатов бактериологического исследования на холеру.

4.2. При выделении нетоксигенных холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп из стационарных точек, указанных в п.3.7., проводят эпидемиологическое расследование с целью установления источников и мероприятия по ликвидации причин контаминации водных объектов. Объем мероприятий, контроль за своевременностью и качеством их проведения определяет и осуществляет Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации с предоставлением данных в Референс-центр по холере.

V. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий.   
Организационные мероприятия в очаге холеры

5.1. При возникновении очага холеры единичных, групповых и массовых случаев заболевания населения холерой общее руководство мероприятиями по локализации и ликвидации очага осуществляет межведомственная санитарно-противоэпидемическая комиссия (СПЭК), создаваемая решением администрации района, города, области, края, республики и действующая на постоянной основе.

5.2. Очаг объявляют при выделении:

– токсигенных холерных вибрионов О1 или О139 серогрупп (ctxAB+ tcpA-F+) из клинического материала;

– нетоксигенных холерных вибрионов О1 или О139 серогрупп (ctxAB- tcpA-F±) из клинического материала в случае возникновения вспышки с реализацией водного или пищевого путей распространения.

При обнаружении у одного больного (вибриононосителя) нетоксигенных холерных вибрионов О1 или О139 серогрупп (ctxAB- tcpA-F±) очаг не объявляется.

5.3. В очаге холеры в соответствии с комплексным планом по санитарной охране (или разделом этого плана по противохолерным мероприятиям), который вводится в действие решением СПЭК, мероприятия по предупреждению распространения инфекционной болезни организуют и проводят органы и учреждения Роспотребнадзора во взаимодействии с органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинскими организациями, юридическими лицами при консультативно-методической и практической помощи противочумных учреждений.

5.4. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, медицинские организации в части, отнесенной к их компетенции, а также граждане выполняют решения межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии, направленные на локализацию и ликвидацию очага холеры.

5.5. Локализацию и ликвидацию очага холеры проводят по оперативному плану противоэпидемических мероприятий, разрабатываемому медицинским штабом.

VI. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий   
в зависимости от токсигенности (эпидемической значимости) выделенных   
холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп

6.1. Мероприятия при выделении от больных холерой и вибриононосителей токсигенных (ctxAB+tcpA-F+) штаммов холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп:

6.1.1. Территориальные органы Роспотребнадзора обеспечивают эпидемиологическое обследование очагов холеры с целью установления источника инфекции, конкретных мест и условий заражения больного или вибриононосителя, выявления контактировавших с ним лиц, возможных путей и факторов передачи возбудителя холеры, определения границ очага и объема санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Проводят оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости холерой с момента возникновения очага до его ликвидации.

6.1.2. Медицинские организации обеспечивают:

– выявление больных с симптомами холеры и оказание им медицинской помощи;

– своевременное информирование территориальных органов Роспотребнадзора, противочумного учреждения и органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья о случаях подозрения на заболевание холерой среди населения;

– развертывание госпитальной базы в очаге холеры в соответствии с комплексным планом по санитарной охране территории;

– организацию транспортирования больных специализированным транспортом, их госпитализацию, клинико-эпидемиологическое обследование, лечение;

– активное выявление, госпитализацию в провизорный госпиталь с трехкратным бактериологическим обследованием на холеру больных с диареей и рвотой;

– изоляцию контактировавших с больным на срок инкубационного периода с проведением медицинского наблюдения, трехкратного бактериологического обследования на холеру и экстренной профилактики;

– медицинское наблюдение на дому за контактировавшими с учетом обстоятельств, препятствующих их изоляции, на срок, предусмотренный для получения результатов трехкратного бактериологического обследования и проведения экстренной профилактики;

– патологоанатомическое вскрытие с бактериологическим исследованием на холеру секционного материала с соблюдением требований биологической безопасности;

– текущую дезинфекцию в медицинских организациях, составляющих госпитальную базу очага холеры.

6.1.3. Проведение комплекса дезинфекционных мероприятий осуществляют организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью на территории населенного пункта или на расположенных в пределах объекта (организации) и имеющие лицензию на медицинскую деятельность по дезинфектологии.

6.1.4. Исследования на холеру в регламентированном объеме проводят микробиологические лаборатории организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации, ведомственных Центров гигиены и эпидемиологии (независимо от подчиненности), Центров индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности (противочумные учреждения, ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора), Референс-центра по мониторингу за холерой и Национального Центра верификации диагностической деятельности (ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора).

Лабораторному исследованию подлежит материал от больных, лиц, контактировавших с больным холерой, декретированных и других контингентов, предусмотренных в Приложении 41. Кроме того, исследованию подлежат секционный материал лиц, умерших от заболевания с подозрением на холеру, объекты окружающей среды в очаге.

6.1.5. До получения результатов определения эпидемической значимости (токсигенности) выделенных штаммов холерных вибрионов проводят комплекс противоэпидемических мероприятий, предусмотренных при выделении токсигенных штаммов холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп (п. 6.1.).

6.2. Мероприятия при выделении от больных и вибриононосителей нетоксигенных штаммов холерных вибрионов О1 и О139 серогрупп (ctxAB- tcpA-F±):

– госпитализация больных и вибриононосителей в инфекционный госпиталь;

– эпидемиологическое обследование очагов;

– выявление, изоляция или медицинское наблюдение за контактировавшими с больным или вибриононосителем, лицами, находившимися в одинаковых условиях по риску инфицирования, работающими на предприятиях общественного питания, пищевой промышленности, торговли продовольственными товарами и других эпидемиологически значимых объектах, трехкратное бактериологическое обследование на холеру и экстренная профилактика;

– заключительная дезинфекция после госпитализации больного или вибрионосителя и контактировавших с больным или вибриононосителем.

6.3. Порядок и сроки передачи информации определяются нормативными документами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации.

6.4. Порядок выявления больных холерой и вибриононосителей в очаге.

6.4.1. 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), посещении поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов);

– среди поступающих в приемники-распределители и другие специальные учреждения УВД, центры социальной реабилитации;

– при медицинском освидетельствовании иностранных граждан и лиц без гражданства.

6.4.2. Порядок и сроки передачи информации о выявлении больных холерой и вибриононосителей в очаге определены нормативными документами (п.6.3.).

6.4.3. Территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора 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 вибриононосителей.

6.5. Мероприятия в отношении лиц, контактировавших с больными холерой или вибриононосителями.

6.5.1. Показания для изоляции контактировавших с больным или вибриононосителем определяют по результатам эпидемиологического обследования очага, особенностей профессиональной деятельности контактировавших лиц и степени их эпидемической опасности.

6.5.2. При наличии обстоятельств, препятствующих изоляции контактировавших с больным или вибриононосителем, устанавливается медицинское наблюдение на дому в течение пяти суток с трехкратным бактериологическим обследованием на холеру, проведением экстренной профилактики и текущей дезинфекции.

6.6. В очаге холеры проводят обязательное бактериологическое исследование проб из объектов окружающей среды, объем и кратность исследований определяет Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

6.7. Ограничительные мероприятия вводятся (отменяются) на основании решения межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссией (СПЭК).

Границы территории, на которой вводятся ограничительные мероприятия, определяют, исходя из конкретной эпидемиологической обстановки.

Ограничительные мероприятия вводят в случае угрозы выноса инфекции за пределы очага и дальнейшего ее распространения в пределах очага:

– запрещение водопользования водными объектами в местах, определяемых территориальными органами Роспотребнадзора;

– запрещение выезда из организованных коллективов (санаторно-курортные учреждения, туристические базы, кемпинги и т.д.) при выявлении в них больных холерой (вибриононосителей) и при угрозе распространения инфекции;

– ограничение размещения в населенных пунктах неорганизованных отдыхающих при отсутствии надлежащих санитарно-гигиенических условий;

– ограничение массовых сборов населения при различных ритуальных обрядах (свадьба, похороны и др.);

– ограничение туристических рейсов (экскурсионных, паломничество и т.п.), специальных мероприятий (ярмарок, конгрессов, фестивалей, спортивных состязаний и т.п.).

6.8. В очаге холеры органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают санитарно-эпидемиологический надзор и контроль:

– соблюдения санитарно-эпидемиологических требований к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, организации питания, пищевым продуктам, содержанию территорий городских и сельских поселений;

– соблюдения санитарно-эпидемиологических требований к организации рыночной и уличной торговли продуктами питания;

– соблюдения санитарно-эпидемиологических требований функционирования железнодорожных вокзалов, пассажирских поездов, стоянок туристических поездов, аэровокзалов, речных, морских и автодорожных вокзалов, объектов общественного питания на транспорте.

Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации определяют перечень объектов, сточные воды которых подлежат обеззараживанию перед отведением в систему центральной канализации, и порядок обеззараживания.

6.9. В очаге холеры проводят гигиеническое воспитание и обучение населения мерам профилактики холеры и других острых кишечных инфекций, направленное на повышение санитарной культуры, с использованием всех форм и методов.

6.10. Очаг холеры считают локализованным через 10 дней после госпитализации последнего больного (вибриононосителя).

Инфекционные и провизорные госпитали, изоляторы и бактериологические лаборатории продолжают работу до выписки последнего больного, перенесшего холеру (вибриононосительство). Выписка производится после их выздоровления, завершения лечения и получения трех отрицательных результатов бактериологического обследования.

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

VII. Мероприятия после ликвидации очага холеры

7.1. Перенесших холеру или вибриононосительство после выписки из стационаров допускают к работе (учебе), независимо от профессии, и ставят на учет в филиалах ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации и кабинетах инфекционных болезней поликлиник по месту жительства. На каждого из них составляется учетная карта и устанавливается диспансерное наблюдение сроком на три месяца. Диспансерное наблюдение осуществляет врач кабинета инфекционных болезней, (участковый терапевт, педиатр).

Бактериологическое обследование перенесших заболевание холерой или вибриононосительство проводят: один раз в 10 дней в течение первого месяца, затем – один раз в месяц.

В случае выявления вибриононосительства перенесших холеру госпитализируют для лечения в инфекционный госпиталь. После выписки диспансерное наблюдение возобновляют.

Снятие с диспансерного учета осуществляют в случае отсутствия выделения холерных вибрионов на протяжении срока диспансерного наблюдения.

7.2. Профилактические мероприятия в населенных пунктах после ликвидации очага холеры осуществляют органы и учреждения Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации в соответствии с комплексным планом противохолерных мероприятий на период после ликвидации очага.

## 8.3. Профилактика сальмонеллёза

I. Общие положения

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила действуют в отношении сальмонеллёзной инфекции, способной к эпидемическому распространению, характеризующейся диарейным синдромом, интоксикацией для реализации санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий.

1.2. Сальмонеллёзы - широко распространенная инфекция человека, вызываемая бактериями рода *Salmonella* вида *enterica* (различными серологическими вариантами).

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

1.4. Основным механизмом передачи возбудителя является фекально-оральный, реализуемый преимущественно пищевым (алиментарным) путем. Факторами передачи возбудителя являются пищевые продукты: мясо и мясопродукты, яйца и кремовые изделия, майонез и сухой яичный порошок. Известны заболевания сальмонеллёзом, связанные с употреблением сыров, брынзы, копченой рыбы, морепродуктов.

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

Контактный путь чаще реализуется в условиях стационаров, где факторами передачи являются предметы окружающей среды, руки обслуживающего персонала, белье, уборочный инвентарь, лекарственные растворы и другие факторы передачи.

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

1.5. Эпидемический процесс при сальмонеллёзах проявляется вспышечной и спорадической заболеваемостью.

1.6. Инкубационный период колеблется от 2 - 6 часов до 2 - 3 дней. При бытовом пути передачи он может увеличиваться до 4 - 7 суток.

1.7. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, результатов лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

1.8. По степени достоверности диагноза случаи заболевания сальмонеллёзами классифицируются как подозрительные, вероятные или подтвержденные:

- подозрительный случай сальмонеллёза - лихорадка более 38 °C, диарея, рвота, боли в животе;

- вероятный случай сальмонеллёза - связь заболевания с употреблением эпидемически значимых при сальмонеллёзе продуктов питания;

- подтвержденный спорадический случай сальмонеллёза - выделение из клинического материала возбудителя - *Salmonella enterica* определенного серовара.

1.9. В случае поступления больного из эпидемиологически доказанного очага сальмонеллёза диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза без лабораторного подтверждения.

II. Выявление, учет, регистрация случаев заболевания сальмонеллёзов

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Обследованию на наличие возбудителей сальмонеллёзов подлежат лица с кишечными дисфункциями, переболевшие сальмонеллёзом, а также поступающие на работу на предприятия пищевой промышленности, торговли, общественного питания, объекты водопользования, в детские учреждения, а также в медицинские организации и другие (декретированная группа населения).

2.3. Медицинским работником, установившим диагноз сальмонеллёз (или при подозрении на него с учетом клинических и эпидемиологических данных), производится забор клинического материала от больного (фекалии, кровь, рвотные массы, промывные воды желудка, при необходимости моча) в день обращения и до начала этиотропного лечения.

2.4. При лечении больного на дому забор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций, закрепленных территориально или ведомственно.

III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторные исследования, осуществляют в соответствии с действующими нормативными и методическими документами, направленными на обнаружение и идентификацию *Salmonella,* а также на выявление антител к антигенам возбудителей сальмонеллёзов. Исследования осуществляю лаборатории, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с возбудителями III - IV групп патогенности.

3.2. Подтверждение этиологии сальмонеллёзной инфекции проводится любыми методами, доступными для лаборатории.

3.3. Методами для подтверждения наличия сальмонелл в пробах биоматериала являются:

- бактериологический (выделение и идентификация *Salmonella* культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов);

- молекулярно-генетический (детекция ДНК *Salmonella* в пробах биоматериала в полимеразной цепной реакции (ПЦР));

- серологический (определение уровня антител к антигенам *Salmonella* в сыворотке крови в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА));

- другие методы, позволяющие проводить индикацию и идентификацию *Salmonella*, в том числе штаммы, ДНК, антигены, антитела.

3.4. Для диагностики сальмонеллёзов используют диагностические системы, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке.

3.5. Основным материалом для исследований являются пробы испражнений, при необходимости – рвотные массы, промывные воды желудка и кишечника, моча, кровь, желчь.

3.6. При летальных исходах заболеваний исследуют материал полученный при патолого - анатомическом вскрытии (образцы тканей кишечника, селезенки, печени и другие). Исследования могут проводиться как в медицинской организации, так и в учреждениях, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.7. Этиологическая расшифровка случаев сальмонеллёза должна проводиться не позднее 5-го дня с момента взятия проб.

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в очаге сальмонеллёза

4.1. В случае регистрации роста заболеваемости сальмонеллёзами на территории органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимаются меры по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия и организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

4.2. В эпидемических очагах сальмонеллёзов в период эпидемических подъемов заболеваемости на определенных территориях, организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

4.3. Медицинское учреждение, независимо от формы собственности, выявившее больного или бактериовыделителя сальмонеллёза, обязано принять меры по изоляции больного и организации дезинфекции.

4.4. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага сальмонеллёза проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя из проб пищевых продуктов и объектов внешней среды, лиц, подвергшихся риску заражения, определение путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага. Целью эпидемиологического расследования является разработка и принятие мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.

4.5. Эпидемиологическое расследование включает осмотр (эпидемиологическое обследование) очага, сбор информации (опрос) у пострадавших и лиц, подвергшихся риску заражения, персонала, изучение документации, лабораторные исследования. Объем и перечень необходимой информации определяется специалистом, отвечающим за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

4.6. В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный и окончательный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага.

Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственных связей формирования очага установленной формы.

4.7. В случае регистрации эпидемических очагов до пяти случаев заболеваний, эпидемиологическое обследование очага проводится специалистами учреждений, обеспечивающих проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора с составлением карты эпидемиологического обследования установленной формы и предоставления ее в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) очагов с единичными случаями сальмонеллёзов проводится при заболевании должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (декретированная группа населения), а также при заболевании лиц (детей и взрослых), проживающих совместно с ними. Помимо этого, обследуют все множественные семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями сальмонеллёзов.

4.8. Обязательному лабораторному обследованию на сальмонеллёзы в эпидемическом очаге подлежат выявленные больные с симптомами, лица, общавшиеся с больными, работники отдельных профессий, связанные с производством, хранением, транспортировкой пищевой продукции и отдельных продуктов. Число обследуемых лиц и объем проводимых исследований определяет специалист, отвечающий за организацию эпидемиологического расследования.

4.9. Противоэпидемические мероприятия в очагах сальмонеллёза и при эпидемическом подъеме заболеваемости сальмонеллёзами должны быть направлены на:

- источник инфекции (изоляция, госпитализация);

- пути и факторы передачи инфекции (конкретный подозрительный на инфицированность пищевой продукт или вода) исключается из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге;

- повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения (может проводиться экстренная профилактика с назначением бактериофагов, иммуномодуляторов, в соответствии с инструкцией по применению препаратов).

4.10. Лица с симптомами сальмонеллёзной инфекции подлежат изоляции.

4.11. Госпитализация выявленных больных (с подозрением на сальмонеллёз) с сальмонеллёзами и бактерионосителей осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и среднетяжелыми формами сальмонеллёза у детей в возрасте до 2-х лет и у детей с отягощенным преморбидным фоном, больные всех возрастов с наличием сопутствующих заболеваний, больные затяжными и хроническими (при обострении) формами болезни, больные сальмонеллёзами с различными формами тяжести при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления больного), больные сальмонеллёзами из числа декретированной группы населения.

4.12. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, проводится работниками медицинских организаций, где зарегистрирован очаг, или территориальных медицинских организаций (инфекционисты, терапевты, педиатры и другие).

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

За контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту, детьми, посещающими детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации, медицинское наблюдение осуществляется по месту жительства 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).

4.13. Текущая дезинфекция в квартирном очаге проводится членами семьи после проведенного медицинскими работниками инструктажа.

4.14. Заключительную дезинфекцию выполняют специалисты организаций, имеющие право заниматься дезинфекционной деятельностью.

4.15. Противоэпидемические мероприятия в очагах внутрибольничного сальмонеллёза при выявлении больного, подозрительного на сальмонеллёз, включают:

- немедленную отправку экстренного извещения в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

- немедленную изоляцию, перевод больного в инфекционное отделение или диагностические боксы (полубоксы) в профильном отделении;

- запрет поступления новых пациентов в палату (бокс, полубокс) с выявленным больным в течение 7 дней;

- медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску инфицирования в течение 7 дней от момента выявления больного (для выявления среди них носителей или бессимптомного течения заболевания -однократное лабораторное обследование);

- отстранение от работы персонала с выявленным носительством сальмонелл, проведение лечения и диспансерного наблюдения на общих основаниях;

- перевод на работу, не связанную с питанием, а также обслуживанием детей и пациентов, требующих непрерывного ухода, персонала МО с носительством сальмонелл;

- специфическую профилактику сальмонеллёзов среди пациентов и персонала стационара бактериофагами;

- проведение заключительной дезинфекции.

4.15.1. Эпидемиологическое расследование случая (случаев) заноса или внутрибольничного инфицирования пациентов, персонала или лиц по уходу за больными сальмонеллёзами с выявлением факторов и путей передачи возбудителя инфекции; анализ информации, принятие административных решений.

4.15.2. При групповой заболеваемости сальмонеллёзами в одном или нескольких отделениях МО или при выявлении сальмонелл в воздухе и других объектах внешней среды проводят:

- изоляцию заболевших и бактерионосителей в инфекционное отделение;

- прекращают прием пациентов в отделение (отделениях), где зарегистрирована групповая заболеваемость, и проводят медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней от момента изоляции последнего заболевшего;

- заключительную дезинфекцию в отделении (отделениях), очистку и дезинфекцию систем вентиляции;

- бактериологическое и серологическое обследование контактных лиц, персонала для выявления источника инфекции;

- проведение специфической профилактики бактериофагами;

- запрещение перемещения пациентов из палаты в палату, а также сокращение числа пациентов за счет ранней выписки с учетом общего состояния больных;

- закрытие отделения (отделений) по предписанию органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.16. Открытие отделения (отделений) проводится после проведения комплекса противоэпидемических мероприятий и завершения медицинского наблюдения за контактными лицами.

4.17. Правила выписки и диспансерного наблюдения реконвалесцентов после перенесенного сальмонеллёза:

- лица из числа декретированной группы населения после клинического выздоровления (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты) и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом, проведенного через 1-2 дня после окончания лечения в стационаре или на дому, выписываются из стационара;

- лица, перенесшие сальмонеллёз и не относящиеся к декретированной группе населения, выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их лабораторного обследования перед выпиской определяется лечащим врачом с учетом особенностей клинического течения болезни и процесса выздоровления;

- при выявлении носителей возбудителей сальмонеллёзов, которые могут быть источниками инфекции (из декретированной группы населения), производится их временное отстранение от работы и направление в медицинские организации для лечения (санации). Допуск к работе осуществляется на основе заключения (справки) лечащего врача о клиническом выздоровлении с учетом данных контрольного лабораторного исследования;

- в случае положительного результата лабораторных обследований, проведенных перед выпиской, курс лечения повторяется с корректировками терапии, назначенными в соответствии с особенностями чувствительности к антибиотикам возбудителя. При положительных результатах контрольного лабораторного обследования, проведенного после повторного курса лечения лиц из числа декретированного контингента, за ними устанавливается диспансерное наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с эпидемическим риском. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию (п.2 ст.33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»);

- при выписке лиц, переболевших сальмонеллёзом, врач стационара оформляет и передает в поликлинику выписку из истории болезни, включающую диагноз заболевания, данные о проведенном лечении, результаты обследования больного, рекомендации по диспансеризации;

- переболевшие острыми формами сальмонеллёза лица декретированной категории допускаются к работе после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении, выданной медицинской организацией, и при наличии отрицательного результата лабораторного обследования;

- дети и подростки, обучающиеся в образовательных организациях, находящиеся в летних оздоровительных учреждениях, школах-интернатах в течение двух месяцев после перенесенного сальмонеллёза, не допускаются к дежурствам по пищеблоку;

- лица из числа декретированного контингента, переболевшие сальмонеллёзом и являющиеся носителями возбудителя, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с клиническим осмотром и лабораторным обследованием, проведенным в конце наблюдения;

- переболевшие сальмонеллёзами дети и подростки, посещающие детские дошкольные организации, школы-интернаты, летние оздоровительные организации и другие типы закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления с ежедневным медицинским осмотром. Лабораторное обследование назначается по показаниям (наличие дисфункций кишечника в период проведения диспансерного наблюдения, снижение массы тела, неудовлетворительное общее состояние);

- остальным категориям лиц, переболевших сальмонеллёзом, диспансерное наблюдение назначается по рекомендации врача медицинской организации;

- снятие с диспансерного наблюдения проводится врачом медицинской организации при условии полного клинического выздоровления реконвалесцента и отрицательного результата лабораторного обследования.

V. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за сальмонеллёзами

5.1. Органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится непрерывное наблюдение за эпидемическим процессом сальмонеллёзной инфекции с целью оценки ситуации, своевременного принятия управленческих решений, разработки и корректировки санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения и распространения случаев сальмонеллёзов среди населения, формирования эпидемических очагов с групповой заболеваемостью.

5.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за сальмонеллёзами включают в себя:

- мониторинг заболеваемости (ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости по территориальному признаку, возрастным и социально-профессиональным группам населения, факторам риска;

- эпидемиологическую оценку активности действующих детерминант эпидемического процесса: выявление путей и факторов передачи, определяющих распространение инфекции в очагах;

- мониторинг циркуляции возбудителей сальмонеллёзов в популяции людей, в объектах окружающей среды, пищевых продуктах. Слежение за биологическими свойствами возбудителя включает идентификацию, типирование и определение резистентности к антибиотикам штаммов *Salmonella*, выделенных из различных по эпидемиологической характеристике источников, от людей (больных и бактерионосителей), пищевых продуктов, воды открытых водоемов и сточных вод, смывов с объектов окружающей среды;

- оценку состояния лабораторной диагностики сальмонеллёзов;

- анализ параметров факторов окружающей среды, которые могут способствовать активации путей и факторов передачи сальмонеллёзной инфекции;

- оценку эффективности проводимых мероприятий (санитарно-противоэпидемических и профилактических) в отношении сальмонеллёзов и степени санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, расположенных на территории надзора;

- контроль проводимых санитарно-эпидемиологических (профилактичских) мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

5.3. Мероприятия по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными сальмонеллёзами в условиях стационара медицинскими работниками МО включают:

- оперативное слежение и своевременное выявление случаев заноса возбудителей сальмонеллёзов или внутрибольничного инфицирования пациентов, персонала или лиц по уходу за больными;

- проведения в стационарах предэпидемической диагностики и контроль за циркуляцией «госпитальных» штаммов *Salmonella* с учетом их антибиотикорезистентности и других особенностей биологических свойств.

5.4. Контроль и оценка соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил, а также состояния противоэпидемического режима в МО проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также врачом-эпидемиологом МО.

VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контролируют соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, направленных на предупреждение контаминации сальмонеллами:

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

- питьевой воды;

- объектов коммунального хозяйства населенных мест;

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

6.2. Ответственность за безопасность продукции несет ее производитель. Юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны выполнять требования санитарного законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и осуществлять производственный контроль, в том числе с использованием лабораторных исследований.

6.3. Объектами производственного контроля на предприятиях и в организациях являются сырье, продукты и объекты окружающей среды, которые могут быть контаминированы возбудителями сальмонеллёзов.

6.4. Программа производственного контроля составляется юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем и утверждается руководителем предприятия (организации) либо уполномоченными лицами.

6.5. Обо всех случаях выделения сальмонелл сообщается в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор и передаются выделенные штаммы *Salmonella* для реидентификации (подтверждения). Индикация сальмонелл в продуктах питания и объектах окружающей среды может проводиться с использованием классического микробиологического метода, методов экспресс-анализов (ПЦР), методов индустриальной микробиологии - с помощью приборов и тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

6.6. В профилактических целях проводятся клинико-лабораторные обследования и ограничительные меры среди отдельных групп населения. Однократному лабораторному обследованию подвергаются лица, поступающие на работу в:

- пищевые предприятия, предприятия общественного питания и торговли пищевыми продуктами, молочные кухни, молочные фермы, молочные заводы и другие, а также непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, ремонтом инвентаря и оборудования;

- детские и медицинские организации, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей;

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

6.7. Лабораторное обследование лиц перед поступлением в стационары и санатории проводятся по клиническим и эпидемиологическим показаниям;

- в оздоровительные организации для детей перед началом оздоровительного сезона лабораторному обследованию подлежат сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой, реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, а также осуществляющих эксплуатацию водопроводных сооружений.

6.8. В случае выделения бактерий рода *Salmonella*, обследуемый из выше перечисленных категорий, не допускается к работе и направляется на консультацию врача в медицинскую организацию.

6.9. Лица, относящиеся к декретированной группе населения, обязаны сообщить руководству о появившихся симптомах диарейного заболевания и обратится к врачу.

6.10. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования сальмонеллами в МО является соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, а также противоэпидемического режима в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

6.11. С целью предотвращения внутрибольничного инфицирования сальмонеллами пациентов и персонала в МО должны выполняться следующие мероприятия:

- выделение в отделениях неинфекционного профиля диагностических палат (боксов) для госпитализации пациентов с признаками диарейного заболевания;

- однократное лабораторное обследование детей до 2-х лет, матерей и других лиц, госпитализируемых по уходу за больными; лиц, поступающих в стационары психоневрологического профиля и в специализированные учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста, инвалидов и детей до 2-х лет при поступлении в дома ребенка.

VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики сальмонеллёзной инфекции

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики острых кишечных инфекций, в том числе сальмонеллёзов.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о сальмонеллёзной инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведения индивидуальных бесед.

7.3. Работники пищеблоков и лица, к ним приравненные (декретированная группа населения), обязаны знать основные сведения о сальмонеллёзной инфекции, которые должны быть включены в программу гигиенического обучения.

7.4. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения проводятся органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, медицинскими организациями.

## 8.4. Профилактика брюшного тифа и паратифов

### I. Общие положения

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила действуют в отношении брюшного тифа и паратифов А, В, С - инфекций, способных к широкому эпидемическому распространению, проявляющихся лихорадкой и диарейным синдромом на этапе предварительной диагностики для реализации санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий.

1.2. Брюшной тиф и паратифы А, В и С (далее - паратифы) являются антропонозными кишечными инфекциями, вызываемыми бактериями рода *Salmonella* (брюшной тиф – S. Typhi; паратиф А – S. Paratyphi A; паратиф В – S. Paratyphi B; паратиф С – S. Paratyphi C). В настоящее время чаще регистрируется брюшной тиф, редко – паратиф B и крайне редко – паратиф A и паратиф C.

1.3. Источником инфекции при брюшном тифе и паратифах является человек: бактерионоситель, больной брюшным тифом или паратифами; преимущественным механизмом передачи является фекально-оральный, реализуемый пищевым, водным и контактно-бытовым путями передачи возбудителя. Современной особенностью эпидемиологии брюшного тифа является резкое увеличение частоты заноса инфекции с территорий эндемичных по брюшному тифу из стран Юго-Восточной Азии. При наблюдаемых в течение последних лет глобальной интенсивной трудовой миграции и росте популярности международного туризма, в том числе в страны с высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом, в любой момент может произойти «завоз» инфекции в РФ и развитие групповых заболеваний брюшного тифа. За последние 10 лет был отмечен «завоз» брюшного тифа с трудовыми мигрантами и туристами на территории России из 13 стран. Более 70% штаммов возбудителя брюшного тифа характеризовались резистентностью а антибиотикам (фторхинолонам – препаратам выбора для лечения брюшного тифа) и принадлежали к международному азиатскому клону.

1.4. Эпидемический процесс брюшного тифа и паратифов проявляется вспышечной и спорадической заболеваемостью (в современны период эпидемического процесса брюшного тифа и паратифов сезонные подъемы не выражены).

1.5. По формам течения инфекционного процесса различают манифестные формы течения заболеваний и субманифестные (бессимптомные формы). Манифестные формы характеризуются циклическим течением (в котором различают инкубационный период, острую фазу заболевания, период реконвалесценции). Начало заболевания характеризуется выраженной интоксикацией, лихорадкой, бактериемией, розеолезной сыпью на кожных покровах туловища, гепато- и спленомегалией, язвенным поражением тонкой кишки. На первой неделе заболевания отмечается запор на фоне длительной лихорадки, на второй неделе – возникает диарея. Выделение возбудителя с фекалиями происходит в конце первой недели лихорадки, продолжается в периоде реконвалесценции и после перенесенного заболевания в случаях формирования хронического бактерионосительства. Изъязвление пейеровых бляшек подвздошной кишки в 1% случаев приводит к кишечному кровотечению и прободению кишечника с самыми неблагоприятными последствиями для больного. Частота рецидивов при брюшном тифе может достигать 10–15% и несколько реже отмечается при паратифах. Паратифы имеют менее выраженную клинику, но заболевания всегда начинаются с лихорадки с последующим развитием диарейного синдрома. У части переболевших может сформироваться бактерионосительство, они могут стать пожизненными источниками возбудителя, причем с высоким уровнем эпидемиологической опасности.

1.6. Брюшной тиф может проявляться острым и хроническим бактерионосительством, которые подразделяются на следующие категории:

- острые бактерионосители: лица, переболевшие брюшным тифом и (или) паратифами, у которых клиническое выздоровление наступает раньше, чем бактериологическое очищение организма от возбудителя, который может выделяться из мочи и кала до 3 месяцев после перенесенного заболевания;

- хронические бактерионосители: лица, выделяющие возбудителя более 3 месяцев после перенесенного заболевания, в том числе (при брюшном тифе) на протяжении всей жизни. Они составляют не менее 3 - 5% среди переболевших лиц. Выделение возбудителя хроническими носителями может иметь дискретный характер (возбудитель выделяется не постоянно), что затрудняет их выявление (при паратифе B хроническое бактерионосительство формируется чаще, чем при брюшном тифе);

- транзиторные бактерионосители: лица, у которых при бактериологическом исследовании кала возбудитель был выделен однократно при отсутствии клинических проявлений или соответствующего диагноза в анамнезе. Наличие бактерий в пробах желчи или мочи исключает транзиторный характер носительства. Такое носительство может возникать при попадании возбудителей брюшного тифа и (или) паратифов в кишечник невосприимчивого к инфекции человека (вакцинированного против брюшного тифа или вследствие перенесенной болезни), либо при заражении малой, субинфекционной дозой возбудителя.

1.7. Установление характера бактерионосительства и дифференциация хронического бактерионосительства от транзиторного и субклинических форм заболевания проводится в медицинских организациях.

1.8. Диагноз брюшного тифа и паратифов устанавливается на основании клинических признаков болезни, результатов лабораторного исследования и эпидемиологического анамнеза.

### II. Выявление, учет, регистрация случаев заболеваний брюшным тифом и паратифами

* 1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. При выявлении случая брюшного тифа или паратифов органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуется единый комплекс противоэпидемических мероприятий, включающий санитарно-гигиенические, профилактические, лечебно-диагностические и противоэпидемические мероприятия.

2.3. В случае поступления больного из эпидемических очагов брюшного тифа и (или) паратифов с доказанной этиологией диагноз может быть выставлен на основании клинико-эпидемиологического анамнеза без лабораторного подтверждения.

2.4. Регистрация случаев заболеваний брюшным тифом и паратифами, а также бактерионосителей возбудителей этих инфекций ведется раздельно.

2.5. Данные о диагнозе (включая бактерионосительство возбудителей брюшного тифа или паратифов) вносятся в форму первичной медицинской документации медицинских организаций: медицинскую карту стационарного больного (история болезни, учетная форма 003/у), медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (амбулаторная карта, учетная форма № 025/у), контрольную карту диспансерного наблюдения (диспансерная форма № 030/у).

### III. Лабораторная диагностика брюшного тифа и паратифов

3.1. Лабораторные исследования проб клинического материала от больного брюшным тифом или паратифами и в случае подозрения на бактерионосительство брюшным тифом или паратифами, осуществляют лаборатории, имеющие разрешение на работу с возбудителями III - IV групп патогенности.

3.2. Методами для подтверждения этиологии брюшного тифа и паратифов являются бактериологический, молекулярно – генетический (полимеразная цепная реакция (ПЦР)), серологический (реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)) и другие методы, позволяющие проводить индикацию и идентификацию возбудителей.

3.3. Основным методом диагностики брюшного тифа и паратифов является бактериологический – выделение чистой культуры возбудителей после предварительного посева проб клинического материала на среды обогащения и высева на селективные и дифференциально-диагностические питательные среды, идентификации по ферментативным и антигенным свойствам, определения чувствительности к антимикробным препаратам, а также детекция генетических маркеров в целях эпидемиологического надзора и расследования групповых заболеваний .

3.4. Для диагностики брюшного тифа и паратифов используют диагностические среды, сыворотки и тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке[[42]](#footnote-42).

3.5. Подтверждение этиологии брюшного тифа и (или) паратифов проводится доступными в лабораториях методами, в зависимости от стадии заболевания: при лихорадке - исследуют кровь бактериологическим методом; в конце первой недели и в последующие дни - исследуют пробы кала и мочи бактериологическим и молекулярно-генетическим методами; по эпидемиологическим показаниям исследуют пробы желчи, грудного молока, соскобы розеол – бактериологическими и молекулярно-биологическими методами лабораторной диагностики. Клиническое течение инфекционного процесса не всегда позволяет различить брюшной тиф и паратифы, поэтому единственным способом их дифференциальной диагностики является культуральное исследование проб биоматериала с выделением чистой культуры возбудителя и идентификация его до уровня серологического варианта.

3.6. При подозрении на хроническое бактерионосительство исследуют пробы мочи, желчи и кала бактериологическими и молекулярно-биологическими методами лабораторной диагностики.

3.7. При летальных исходах заболеваний брюшным тифом и (или) паратифами лабораторно исследуются материалы, полученные при патологоанатомическом исследовании (образцы тканей кишечника, включая лимфоидную ткань - пейеровые бляшки, селезенки, печени, костного мозга). Исследования могут проводиться как в медицинской организации, так и в учреждениях, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор[[43]](#footnote-43).

3.8. Правильное взятие проб биологического материала и его предварительная подготовка к исследованию в соответствии с действующими нормативными методическими документами является обязательным требованием качественного проведения лабораторных исследований.

3.9. Забор клинического материала от больного брюшным тифом или паратифами (кровь, кал, моча, желчь и др.) осуществляется в медицинских организациях, выявивших больного в день обращения до начала этиотропного лечения.

3.10. При лечении больного брюшным тифом или паратифами на дому забор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций.

3.11. В очагах брюшного тифа или паратифов с групповой заболеваемостью забор и лабораторное исследование проб клинического материала от больных брюшным тифом или паратифами осуществляют работники медицинских организаций, имеющих лицензию на данный вид деятельности.

3.12. Материал от лиц, подвергшихся заражению, должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, работающих с живыми культурами возбудителей брюшного тифа, работников организаций, осуществляющих образовательную и (или) медицинскую деятельность (далее - декретированные группы населения) в эпидемических очагах исследуется в лабораториях организаций, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор[[44]](#footnote-44).

3.13. Объем и перечень клинического материала определяется специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования.

3.14. Доставка проб клинического материала в лабораторию с целью установления этиологии заболевания проводится в течение 24 часов после отбора.

3.15. В очагах брюшного тифа и (или) паратифов, независимо от числа случаев заболеваний, лабораторному исследованию подлежат все заболевшие.

3.16. Исследованию образцов крови на «гемокультуру» независимо от уровня заболеваемости брюшным тифом и (или) паратифами подлежат все лица с лихорадкой неясной этиологии, наблюдающейся в течение 5 и более дней.

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

4.1. В эпидемических очагах брюшного тифа и (или) паратифов, в период эпидемических подъемов заболеваемости на определенных территориях, а также при возникновении чрезвычайных ситуаций природного, техногенного или социального характера, организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

4.2. Медицинская организация, выявившая больного брюшным тифом, паратифами или бактерионосителя возбудителей этих заболеваний, обязана принять меры по изоляции таких больных и направить экстренное извещение о выявленном больном в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При выявлении больного брюшным тифом или паратифами в образовательных организациях (общеобразовательные, дошкольные, начального и среднего профессионального образования, ВУЗы, специальные для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии, для детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, дополнительного образования детей), организациях отдыха для детей и взрослых ответственность за своевременное информирование территориальных органов федерального органа исполнительной власти, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, возлагается на руководителя организации. Медицинский работник организации, выявивший больного брюшным тифом или паратифами, обязан принять меры по изоляции больного и организации дезинфекции.

4.3. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага брюшного тифа и (или) паратифов (с единичным или множественными случаями) проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага. Целью эпидемиологического расследования является разработка и принятие мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.

4.4. Эпидемиологическое расследование включает: эпидемиологическое обследование очага; сбор информации (опрос) у заболевших брюшным тифом и (или) паратифами, лиц, подвергшихся риску заражения, персонала (декретированных групп населения); изучение документации; лабораторные исследования; выработку рабочей гипотезы; разработку и организацию адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; оценку эффективности и контроль проводимых мероприятий; прогнозирование ситуации в очаге. Объем и перечень необходимой информации определяется специалистом, отвечающим за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

4.5. В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага.

Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с указанием окончательного эпидемиологического диагноза и установлением причинно-следственной связи формирования очага.

4.6. Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) эпидемических очагов с единичными случаями заболеваний проводится при заболевании брюшным тифом и (или) паратифами, бактерионосительстве возбудителей этих заболеваний лицами декретированных групп населения, а также при заболевании лиц (детей и взрослых), проживающих совместно с ними. Помимо этого, обследуются все семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями брюшного тифа и (или) паратифов.

4.7. В случае регистрации роста заболеваемости брюшным тифом и (или) паратифами на территории эпидемического очага, органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимаются меры по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия, организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

4.8. Противоэпидемические мероприятия в эпидемических очагах брюшного тифа и (или) паратифов при эпидемическом подъеме заболеваемости должны быть направлены на выявление источника инфекции (изоляция, госпитализация), на прерывание путей и факторов передачи инфекции и на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.

4.9. Госпитализация выявленных больных (с подозрением на брюшной тиф или паратифы) и бактерионосителей возбудителей брюшного тифа или паратифов осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Госпитализации подлежат:

- больные с тяжелыми и среднетяжелыми формами брюшного тифа или паратифов;

- дети в возрасте до 2 лет;

- дети с отягощенным преморбидным фоном;

- больные с рецидивами, затяжными и хроническими формами болезни в стадии обострения;

- больные брюшным тифом или паратифами с различными формами тяжести заболевания при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления больного);

- больные брюшным тифом или паратифами из числа декретированных групп населения;

- больные брюшным тифом или паратифами различных возрастов, находящиеся в учреждениях закрытого типа.

- больные всех возрастов с наличием сопутствующих заболеваний[[45]](#footnote-45);

4.10. Обязательному лабораторному обследованию в эпидемическом очаге брюшного тифа и (или) паратифов подлежат выявленные больные с характерными симптомами заболеваний, лица, подвергшиеся риску заражения и лица из числа декретированных групп населения.

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

4.11. В эпидемическом очаге брюшного тифа и (или) паратифов с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя проводятся лабораторные исследования проб окружающей среды, в том числе остатков пищевых продуктов, готовых блюд, сырья, воды, смывов с кухонного оборудования, инвентаря.

Лабораторные исследования объектов внешней среды (вода, пищевая продукция и другие) проводятся организациями, обеспечивающими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень лабораторных исследований определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования[[46]](#footnote-46).

4.12. Осмотр и выявление больных брюшным тифом или паратифами в эпидемических очагах брюшного тифа и (или) паратифов осуществляют врачи клинических специальностей (инфекционисты, терапевты, педиатры и др.).

Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах (контактные лица), проводится медицинскими работниками по месту жительства или по месту работы контактного лица, подвергшегося заражению.

За лицами, подвергшимся заражению, относящимися к декретированным группам населения, детьми, посещающими детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации – медицинское наблюдение дополнительно осуществляется по месту жительства, работы (учебы, отдыха).

Результаты медицинского наблюдения отражаются в медицинской документации: амбулаторные карты, истории развития ребенка, истории болезни.

Длительность медицинского наблюдения составляет не менее 23 дней - при брюшном тифе и не менее 14 дней - при паратифах и включает опрос, осмотр, термометрию и наблюдение за характером стула.

4.13. В случае подозрения на водный фактор передачи инфекции и (или) несоответствия качества воды (по микробиологическим и (или) паразитологическим показателям), действующим гигиеническим нормативам, органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуются меры, с привлечением органов исполнительной власти и местного самоуправления, по проведению ревизии систем водопользования (водоснабжения и канализации), ликвидации технических неисправностей, введению режима гиперхлорирования и питьевого режима в организациях, подвозу питьевой воды населению, усилению лабораторного контроля качества подаваемой воды.

При загрязнении открытых водоемов принимаются меры по их очистке, при необходимости вводятся ограничения на водопользование.

4.14. Предполагаемый фактор передачи (инфицированный пищевой продукт или вода) исключается из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

4.15. На период проведения лабораторных исследований, при отсутствии клинических симптомов заболевания, лица, подвергшиеся риску заражения брюшным тифом и (или) паратифами, не относящиеся к декретированным группам населения, допускаются к работе и посещению организации.

4.16. В случае, если по результатам эпидемиологического расследования предполагается пищевой путь реализации передачи инфекции, принимаются меры по временному приостановлению деятельности объекта и (или) временному отстранению персонала, связанного с приготовлением и реализацией пищевых продуктов, предполагаемых в качестве фактора передачи инфекции.

4.17. При возникновении потенциальной угрозы распространения брюшного тифа и (или) паратифов, на фоне экстремальных природных явлений (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни), техногенных и социальных явлений (отключение электроснабжения населенных пунктов, массовой миграции) противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на:

- принятие дополнительных мер по надзору за эпидемически значимыми объектами, в первую очередь организациями пищевой промышленности, общественного питания, водопользования с применением методов лабораторного контроля;

- организацию санитарно-эпидемиологического контроля в местах проживания пострадавшего населения и в пунктах временного нахождения пострадавших;

- активное выявление больных брюшным тифом и (или) паратифами, а также бактерионосителей среди лиц, относящихся к декретированным группам населения;

- проведение иммунизации против брюшного тифа по эпидемическим показаниям;

- назначение средств экстренной профилактики лицам, подвергшимся риску заражения (бактериофаги, антимикробные средства);

- разъяснительную работу с населением.

- проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных обработок эпидемически значимых объектов;

4.18. В очагах брюшного тифа и (или) паратифов обязательно проведение профилактической и очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции.

4.19. Профилактические дезинфекционные мероприятия в организованных коллективах, а также в организациях пищевой промышленности, общественного питания, торговли пищевыми продуктами, организациях транспорта для перевозки пищевых продуктов, объектах водоснабжения проводятся в комплексе с другими профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями, осуществляемыми в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по устройству и содержанию этих объектов.

4.20. Очаговая текущая дезинфекция на объектах выполняется персоналом организации, или лицом, ухаживающим за больным брюшным тифом или паратифами до госпитализации, в период после выписки из больницы в течение 3 месяцев, а также в очагах бактерионосительства. Реконвалесцентом и бактерионосителем текущая дезинфекция может выполняться самостоятельно.

4.21. Дезинфекции подлежат все предметы, имеющие контакт с больным брюшным тифом или паратифами и являющиеся факторами передачи брюшного тифа и (или) паратифов (посуда столовая, белье нательное и постельное, полотенца, носовые платки, салфетки, предметы личной гигиены, а также выделения больного (кал, моча), поверхности в помещениях, санитарно-техническое оборудование)).

4.22. Очаговая заключительная дезинфекция проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля после госпитализации больного и (или) бактерионосителя из очага брюшного тифа и паратифов. Дезинфекции подвергаются те же объекты, что и при проведении текущей дезинфекции, с использованием средств, обеспечивающих гибель возбудителей брюшного тифа и паратифов. Заключительная дезинфекция проводится в городах - не позже 6 часов, в сельской местности - не позже 12 часов после госпитализации больного брюшным тифом или паратифами. В случае выявления больного брюшным тифом или паратифами в медицинской организации после его изоляции в помещениях, в которых он находился, работниками организации проводится заключительная дезинфекция.

4.23. Порядок выписки, допуска к работе и диспансерное наблюдение лиц, перенесших брюшной тиф и (или) паратифы: реконвалесценты брюшного тифа получавшие антибиотики, выписываются из стационара не ранее 21 дня с момента госпитализации, а лица, не получавшие антибактериальные препараты, не ранее 14 дней после установления нормальной температуры тела.

- лица, из числа декретированных групп населения, после клинического выздоровления (отсутствие лихорадки, нормализация стула) и трехкратного (с пятидневным интервалом) лабораторного бактериологического исследования с отрицательным результатом кала и мочи, проведенного через 5 дней после установления нормальной температуры тела или через 2 дня после окончания этиотропного лечения, выписываются из стационара.

- переболевшие брюшным тифом и (или) паратифами лица, декретированных групп населения, допускаются к работе после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении, выданной медицинской организацией, и при наличии трех отрицательных результатов лабораторных бактериологических исследований (кала и мочи).

- в случае положительного результата лабораторных исследований, проведенных перед выпиской (кал и моча), курс лечения повторяется с корректировками терапии, назначенными в соответствии с особенностями возбудителя (чувствительности к антимикробным препаратам). При положительных результатах контрольного лабораторного исследования, проведенного после повторного курса лечения, лица из числа декретированных групп населения, подлежат выписке из стационара, за ними, как возможными бактерионосителями, устанавливается диспансерное наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с эпидемическим риском.

- лица, перенесшие брюшной тиф и (или) паратифы, не относящиеся к декретированным группам населения, выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их лабораторного обследования перед выпиской определяется лечащим врачом с учетом особенностей клинического течения болезни и процесса выздоровления.

- обнаружение возбудителей брюшного тифа или паратифов в процессе контрольного лабораторного обследования перед выпиской при отсутствии у рековалесцента, не относящегося к декретированным группам населения, клинических признаков болезни, не является противопоказанием к выписке из стационара.

- при выписке лиц, переболевших брюшным тифом или паратифами, врач стационара оформляет и передает в поликлинику выписку из истории болезни, включающую диагноз заболевания, данные о проведенном лечении, результаты обследования больного, рекомендации по диспансеризации.

- все переболевшие брюшным тифом или паратифами, после выписки из стационара или лечения на дому, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев с медицинским осмотром и термометрией (для выявления рецидивов) - один раз в неделю в течение первого месяца и не реже одного раза в две недели в последующие два месяца. В конце указанного срока проводится бактериологическое исследование кала и мочи:

- при отрицательном результате лабораторных исследований переболевший брюшным тифом или паратифами снимается с диспансерного учета;

- при положительном результате исследования, диспансерное наблюдение продлевается на 1 - 2 месяца. В конце диспансерного наблюдения назначается повторное исследование кала, мочи и дополнительно желчи. При получении положительного результата лабораторного исследования переболевший ставится на учет как хронический бактерионоситель (форма № 030/у, утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н, зарегистрирована Минюстом России 20.02.2015, регистрационный № 36160) - контрольная карта диспансерного наблюдения) в медицинских организациях по месту жительства переболевшего.

- лица из числа декретированных групп населения, являющиеся бактерионосителями возбудителей брюшного тифа или паратифов, при их согласии, временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения возбудителей брюшного тифа и паратифов, и направляются в медицинские организации для установления диагноза и лечения (санации).

- при невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей или их заместителей лица из числа декретированных групп населения, являющиеся бактерионосителями возбудителей брюшного тифа или паратифов, временно отстраняются от работы. Хронические и острые бактерионосители брюшного тифа или паратифов не допускаются к работе, связанной с приготовлением, производством, транспортировкой, хранением, реализацией продуктов питания и обслуживанием водопроводных сооружений[[47]](#footnote-47). Допуск к работе осуществляется на основании справки о выздоровлении, выданной медицинской организацией с учетом данных контрольного лабораторного исследования.

- обучающиеся в образовательных организациях, находящиеся в организациях отдыха для детей и взрослых, в течение 2 месяцев после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам по пищеблоку.

- переболевшие брюшным тифом или паратифами дети, посещающие образовательные организации, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев после выздоровления с ежедневным медицинским осмотром. Лабораторное обследование назначается по показаниям (при наличии лихорадки, дисфункций кишечника в период проведения диспансерного наблюдения, снижение массы тела, неудовлетворительное общее состояние).

- снятие с диспансерного наблюдения проводится врачом медицинской организации при условии полного клинического выздоровления и получения отрицательных результатов комплекса проведенных лабораторных исследований.

- все выявленные хронические и острые бактерионосители ставятся на учет в медицинских организациях по месту жительства.

- хронические и острые бактерионосители, выявленные среди декретированных групп населения, не допускаются к работе, связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, к работе в образовательных и медицинских организациях в течение 2 лет. По истечении этого срока они могут повторно поступать на работу в вышеуказанные организации после снятия диагноза и отрицательных результатах лабораторных исследований на брюшной тиф и паратифы.

- бактерионосители среди лиц, не относящихся к работникам из декретированных групп населения, не подвергаются дальнейшим лабораторным обследованиям.

- обучающиеся в образовательных организациях при выявлении у них бактерионосительства возбудителей брюшного тифа или паратифов не освобождаются от посещения образовательной организации, но не допускаются к исполнению обязанностей, связанных с приготовлением, транспортировкой и раздачей пищевых продуктов.

- посещающие дошкольные образовательные организации при выявлении у них бактерионосительства не допускаются в дошкольные образовательные организации и направляются в медицинскую организацию для обследования.

- при переезде бактерионосителя в другой населенный пункт или район города медицинские организации сообщают данные о таком лице в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по новому месту жительства (пересылаются выписки из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, контрольная карта диспансерного наблюдения - учетная форма № 030/у).

### V. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами

5.1. Органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится непрерывное наблюдение за эпидемическим процессом брюшного тифа и паратифов с целью оценки ситуации, своевременного принятия управленческих решений, разработки и корректировки санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения и распространения брюшного тифа и паратифов среди населения, формирования эпидемических очагов с групповой заболеваемостью.

5.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами включают в себя:

- мониторинг заболеваемости;

- наблюдение за циркуляцией возбудителей брюшного тифа и паратифов в популяции людей и в объектах окружающей среды;

- оценку состояния лабораторной диагностики брюшного тифа и паратифов;

- анализ параметров факторов окружающей среды, которые могут способствовать активизации путей и факторов передачи брюшного тифа и паратифов;

- оценку эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и степени санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, расположенных на территории надзора;

- ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости брюшным тифом и паратифами по возрастным группам, полу, контингентам населения;

- эпидемиологическую оценку активности действующих детерминант эпидемического процесса: выявление путей и факторов передачи, определяющих распространение инфекции в очагах;

- контроль проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение контаминации возбудителями брюшного тифа и (или) паратифов:

- пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах их реализации населению, а также на предотвращение попадания и накопления возбудителей брюшного тифа и (или) паратифов в готовых пищевых продуктах, питьевой воде, в объектах коммунального хозяйства, на предметах быта и окружающей обстановки в организованных коллективах, в том числе в образовательных организациях, медицинских организациях, а также в организациях, предоставляющих услуги размещения для иностранных граждан, прибывших из эндемичных по брюшному тифу стран для учебы или работы в Российской Федерации.

6.2. В профилактических целях для выявления бактерионосителей возбудителей брюшного тифа и (или) паратифов проводятся клинико-лабораторные исследования и ограничительные меры среди отдельных групп населения.

6.3. Однократному лабораторному обследованию кала на наличие возбудителей брюшного тифа и (или) паратифов подлежат лица, поступающие на работу:

- в организации по производству пищевых продуктов, организации общественного питания и торговли пищевыми продуктами, молочные кухни, молочные фермы, молочные заводы и другие, непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, а также ремонтом инвентаря и оборудования;

- в детские и медицинские организации, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей;

- в организации, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений, доставку и хранение питьевой воды.

6.4. Сыворотки крови на наличие специфических антител класса IgG к Ви-антигену возбудителя брюшного тифа также исследуются у перечисленных лиц, за исключением привитых против брюшного тифа в течение последних 2 лет. Лица, с положительными результатами лабораторных исследований на возбудителей брюшного тифа и (или) паратифов, не допускаются к работе и направляются на консультацию к врачу-инфекционисту.

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

При оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением центральной нервной системы, в другие организации с круглосуточным пребыванием проводится однократное бактериологическое обследование на наличие возбудителей шигеллезов и сальмонеллёзов (*Shigella spp*. и *Salmonella spp*.), включая возбудителей брюшного тифа и паратифов. Однократное обследование проводится также при переводе больных в организации психоневрологического (психосоматического) профиля.

6.6. Лица, относящие к декретированным группам населения, обязаны немедленно обратиться в медицинскую организацию в случае наличия у них симптомов острых кишечных инфекций (диареи), в том числе длительной лихорадки.

6.7. Вакцинация населения против брюшного тифа проводится по эпидемиологическим показаниям, при этом учитываются эпидемиологическая обстановка, уровни заболеваемости и санитарно-коммунального благоустройства населенных пунктов.

6.8. Плановой вакцинации подлежат:

- лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также организации по санитарной очистке населенных мест, сбору, транспортировке и утилизации бытовых отходов);

- лица, работающие с живыми культурами брюшного тифа, а также работники инфекционных больниц (отделений), патологоанатомических отделений;

- иностранные граждане, прибывшие из эндемичных по брюшному тифу стран для учебы или работы, проживающие в организациях, предоставляющих услуги размещения (по эпидемиологическим показаниям на основании решения Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации);

6.9. По эпидемиологическим показаниям вакцинация проводятся при угрозе возникновения эпидемий и вспышек (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводных и канализационных сетях), а также лицам, выезжающим в эндемичные по брюшному тифу регионы и страны.

6.10. Для иммунизации против брюшного тифа применяются вакцины, зарегистрированные в Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению.

6.11. Прививки регистрируются сотрудниками медицинских организаций в учетных формах, в которых указываются даты вакцинации, наименования, дозы и серии вакцин.

6.12. Вакцинация против брюшного тифа показана всем членам семьи бактерионосителя, а также другим лицам, часто вступающим в контакт с бактерионосителем.

6.13. Вакцинация против паратифов не проводится.

6.14. Лицам, подвергшимся риску заражения брюшным тифом и (или) паратифами, проводится экстренная профилактика с назначением бактериофагов, и (или) антибактериальных средств, в соответствии с инструкцией по применению средств, а также вакцинация по эпидемическим показаниям.

6.15. Организационно-методическое руководство при применении медицинских иммунобиологических лекарственных препаратов осуществляется органами и учреждениями, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Непосредственное проведение этих мероприятий осуществляет персонал медицинских организаций.

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики брюшного тифа и паратифов

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики острых кишечных инфекций, в том числе брюшного тифа и паратифов, включает в себя: предоставление населению информации о брюшном тифе и паратифах; основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведения индивидуальной беседы.

7.2. Работники пищеблоков и лиц, к ним приравненных, обязаны знать основные сведения о брюшном тифе и паратифах, которые должны быть включены в программу гигиенического обучения.

7.3. В связи с тем, что после перенесенного заболевания брюшным тифом или паратифами часто формируется бактерионосительство, с каждым пациентом, сотрудниками медицинских организаций проводится разъяснительная работа об опасности заражения окружающих (членов семьи, родственников, коллег по работе), о необходимости соблюдения правил личной гигиены и порядке проведения текущей дезинфекции в месте проживания.

7.4. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения проводятся органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, медицинскими организациями.

7.5. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о сальмонеллёзах, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие методы.

**8.5. Профилактика листериоза**

I. Общие положения

1.1. Листериоз - сапрозоонозное инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое патогенными представителями рода Listeria, характеризуется множеством источников и резервуаров инфекции, разнообразием путей и факторов передачи возбудителя, полиморфизмом клинических проявлений, высокой летальностью у новорожденных и лиц с иммунодефицитами. Иногда отмечается бессимптомное течение болезни.

1.2. Возбудителями листериоза являются микроорганизмы рода Listeria - грамположительные короткие палочки. Из 6 известных видов листерий только вид L. monocytogenes патогенен для человека и животных. L. ivanovii - для животных. В отдельных случаях листериоз у человека может быть связан и с другими видами листерий.

Листерии устойчивы к различным физическим и технологическим воздействиям, в том числе низкотемпературным, они длительно сохраняются во всех объектах окружающей среды: в почве, воде, патологическом материале от павших животных, кормах. Наибольшее значение в распространении листериоза играет способность возбудителя активно размножаться и длительно сохраняться в различных пищевых продуктах, особенно при ~~+4~~~~О~~С, хранении в холодильнике, в том числе в продуктах, упакованных в барьерные пленки, ограничивающие доступ кислорода (под вакуумом, в модифицированной газовой атмосфере).

1.3. Основным резервуаром возбудителя в природе являются многие виды синантропных и диких грызунов. Листерии обнаруживаются у лисиц, норок, песцов, диких копытных, птиц. Листериоз поражает домашних и сельскохозяйственных животных (свиней, мелкий и крупный рогатый скот, лошадей, кроликов, реже кошек и собак), а также домашнюю и декоративную птицу. Листерии обнаружены также в рыбе и продуктах моря (креветки).

Источником инфекции для человека являются сельскохозяйственные животные - больные и бессимптомные носители и грызуны.

Переносчиком инфекции листериоза могут быть кровососущие членистоногие (иксодовые и гамазовые клещи), а также различные виды блох и вшей.

Больной листериозом человек или бессимптомный носитель также представляет эпидемиологическую опасность.

1.4. При листериозе имеют место многообразные механизмы передачи возбудителя инфекции: фекально-оральный, контактно-бытовой, аспирационный, трансплацентарный.

Листерии проникают в организм человека прежде всего через желудочно-кишечный тракт, в редких случаях возможно проникновение через органы дыхания, слизистые оболочки, поврежденную кожу,

Заражение человека происходит в результате:

- употребления в пищу инфицированных продуктов животного происхождения (молочные продукты, мясные продукты, птицеводческая продукция), овощей и фруктов, морепродуктов), преимущественно готовых к употреблению продуктов;

- вдыхания пыли, контаминированной возбудителем;

- контакта с больными или носителями возбудителя листериоза животными;

- внутриутробной передаче возбудителя через плаценту,

- контакта новорожденных детей с инфицированными предметами ухода и медицинским инструментарием в родильных домах.

1.5. Наиболее угрожаемым контингентами риска заражения листериозом являются беременные, новорожденные, лица старше 50 лет , а также лица с иммунодефицитом.

Профессиональные заболевания листериозом возможны среди ветеринарных специалистов, работников мясоперерабатывающей и молочной продукции, животноводческих хозяйств и других предприятий, содержащих животных.

1.6. Клиника листериоза отличается полиморфизмом, клинические формы заболевания зависят от преобладания поражений отдельных органов и систем. Различают висцеральную, нервную, железистую, гастроэнтеритическую и смешанную формы, а также бессимптомное носительство листерий. Основные клинические проявления листериоза у людей – менингит ,менингоэнцефалит ,сепсис ; выкидыщи и мертворождение у беременных женщин.

II. Выявление, учет и регистрация

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Диагностика листериоза представляет значительные трудности в связи с многообразием клинических проявлений и сходством с рядом других заболеваний.

2.3. Подозрительными на заболевание листериозом лицами, подлежащими лабораторному обследованию на листериоз, являются:

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

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

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

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

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

- лица в септическом состоянии без установленного ранее диагноза.

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

- лица с рецидивирующими ангинами, симптомами инфекционного заболевания с лимфаденитом и конъюктивитом, септическими проявлениями, явлениями менингита и энцефалита, профессионально связанные с животными, переработкой животноводческой продукции (ветеринарные специалисты, работники боен, мясокомбинатов, молочно-товарных ферм, животноводческих хозяйств, звероферм, лабораторий, биофабрик, культурно-массовых или спортивных учреждений, содержащих или работающих с животными, и другие);

2.4. Предполагаемым случаем листериоза следует считать:

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

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

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

- септическое состояние у беременной, аборт, рождение мертвого плода;

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

2.5. Окончательный диагноз листериоза выставляется на основе:

- выделения культуры листерий (L.monocytogenes) из клинического материала, прежде всего из стерильных полостей: ликвора, крови, плевральной и суставной жидкости, плацентарной ткани ,секционного материала – на фоне клинической картины сепсиса, менингита и менингоэнцефалита с учетом эпидемиологического анамнеза, а также положительной ПЦР ликвора.

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

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

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

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

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

2.9. В случае подозрения на профессиональное заболевание листериозом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной [форме](consultantplus://offline/ref=6B68F4367301995C30DFE4987F3FA81292FD743E7FDEB915FF2A5B141EE526EED195B5370264AC6099DD555801CF52E40A34844Dx431J) («Извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания») и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

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

III. Лабораторная диагностика листериоза

3.1. Лабораторная диагностика листериоза у людей осуществляется в соответствии с действующими нормативными и методическими документами с использованием диагностических препаратов (тест-системы, наборы реагентов, диагностикумы и др.), разрешённых к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

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

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

3.4. Материалом для исследований на листериоз является:

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

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

- материал от животных;

- продовольственное сырье и продукты животного происхождения;

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

3.5. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В случае регистрации профессионального заболевания (заболевание листериозом, связанное с профессиональной деятельностью) составляется акт расследования профессионального заболевания в соответствии с установленными требованиями.

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

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

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

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

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

- введение запрета на использование продуктов животноводства, с которыми связано формирование очага, вероятных факторов передачи инфекции;

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

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

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

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

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

4.5. Беременные женщины и лица с признаками инфекционных заболеваний, среди лиц, подвергшихся риску заражения, подлежат обязательному лабораторному обследованию на листериоз.

Лабораторное обследование контактных лиц включает проведение серологических и бактериологических исследований.

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

4.7. Больных листериозом (подозрительных на заболевание) людей госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары. Выписка больных производится после исчезновения клинических явлений.

4.8. После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению врача-инфекциониста 2 раза в год в течение 2-х лет.

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

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

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

- проведение заключительной дезинфекции.

4.10. Мероприятия по недопущению случаев листериоза среди людей в неблагополучных по листериозу хозяйствах:

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

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

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

4.10.3. Медицинское наблюдение организуют органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации.

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

4.10.5. Беременных женщин, подвергшихся риску заражения в эпизоотическом очаге, бактериологически обследуют на листериоз в обязательном порядке.

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

4.10.6. В эпизоотическом очаге проводят дератизационные, дезинсекционные и дезинфекционные мероприятия в соответствии с установленными требованиями.

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

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

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

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

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

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

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

V. Эпидемиологический надзор

5.1. Эпидемиологический надзор за листериозом представляет собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом листериоза, включая мониторинг заболеваемости населения, слежение за циркуляцией возбудителя среди людей и в окружающей среде, резервацией листерий среди животных, контаминацией пищевых продуктов, наличием и состоянием эпидемиологически значимых объектов, а также оценку эффективности проводимых мероприятий и прогнозирование.

5.2. Целью эпидемиологического надзора за листериозом является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций возможного развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение случаев заболеваний листериозом среди людей, возникновения эпидемических очагов, тяжелых форм клинического течения и летальных исходов.

5.3. Оценку эпидемиологической ситуации по листериозу проводят с учетом данных эпизоотологического мониторинга (наличия неблагополучных по листериозу животноводческих хозяйств, энзоотичных территорий и других).

5.4. Эпидемиологический надзор за листериозом проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение возникновения и распространения случаев листериоза среди людей.

6.2. Профилактику листериоза, передаваемого алиментарным путем, осуществляют путем комплекса мероприятий по обеспечению населения доброкачественными, безопасными в микробиологическом отношении пищевыми продуктами, по проведению дератизации и мер по защите пищевых и сельскохозяйственных объектов от грызунов, по гигиеническому обучению работников, занимающихся производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов (с занесением в личные медицинские книжки), и по информированию и образованию потребителей.

6.3. Профилактика внутрибольничного листериоза предусматривает обеспечение содержания, эксплуатации, соблюдения противоэпидемического режима медицинских, в первую очередь акушерских стационаров, детских дошкольных и других организаций; организацию и проведение профилактической дератизации, дезинфекции и дезинсекции.

6.4. Меры по профилактике загрязнения листериями пищевых продуктов при их производстве и предотвращению размножения в них возбудителя при последующем хранении являются частью общих мер, направленных на предупреждение контаминации пищи возбудителями пищевых отравлений и инфекций, и предусматривают следующее:

- обеспечение поточности технологических процессов и раздельных зон для сырья и готовых продуктов при производстве, хранении и реализации пищевых продуктов;

- ограничения перемещений работников и оборудования между зонами переработки сырья, складских помещений и готовой продукции в помещениях и на территории пищевых объектов;

- своевременную эффективную санитарную обработку и дезинфекцию оборудования, инвентаря, запрет на использование пылящих процедур очистки и уборки;

- своевременную очистку/дезинфекцию или удаление технологической воды, используемой в прямом контакте с готовой продукцией;

- адекватную вентиляцию для предотвращения формирования конденсата на поверхностях;

- обеспечение непрерывности холодовой цепи и контроль за сроками годности и условиями хранения для продуктов, в которых листерии могут развиваться в процессе хранения и реализации.

6.5. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие деятельность по изготовлению и обороту пищевых продуктов, материалов и изделий, обязаны организовывать и проводить производственный контроль за их качеством и безопасностью, соблюдением требований нормативных и технических документов к условиям изготовления и оборота пищевых продуктов, материалов и изделий.

6.6. Мероприятия, направленные на предупреждение контаминации на пищевых объектах, включают контроль:

- температуры продукции и/или окружающего воздуха на всех этапах с момента окончания производства (хранение на предприятии-изготовителе и на складах, транспортировка, реализация) в соответствии с установленными в нормативной (технической) документации (стандарте предприятия) на продукцию параметрами продукции и/или условий хранения и сроками годности;

- документирование параметров технологических процессов, оказывающих листерицидный эффект, в том числе дополнительных мер для продуктов, где существует вероятность повторной контаминации (поверхностная пастеризация, интенсивное бесконтактное охлаждение, асептическое фасование, использование средств индивидуальной защиты работниками, непосредственно контактирующими с готовой продукцией, осуществляющими порционирование и фасовку);

- перемещения персонала (наличие закрепленной за подразделениями и своевременная смена личной спецодежды и обуви, пропускной системы, наличие автоматических распылителей пены, поддонов с дезраствором в местах перехода людей и оборудования (телеги, автокары и другие) в зону размещения готовой пищевой продукции);

- разделения и маркировки посуды, поддонов, телег, автокаров и другого оборудования и инвентаря для зон сырья и готовой продукции, при невозможности разделения - санитарной обработки и дезинфекции перед входом в зону готовой продукции.

6.7. Объектами производственного бактериологического контроля на листерии (L.monocytogenes) на пищевых объектах являются сырье и компоненты, готовая продукция, смывы с оборудования, инвентаря (в том числе для нарезки), тары, рабочих поверхностей, стеллажей, полок (в том числе в холодильных камерах), упаковки, рук и санитарной одежды работников, соприкасающихся с готовой продукцией, конденсат из вентиляционных систем, вода для охлаждения продукции, которые могут быть контаминированы возбудителями листериоза.

6.8. Индикация листерий (L.monocytogenes) в продуктах питания и объектах окружающей среды может проводиться с использованием классического микробиологического метода, методов экспресс-анализов (полимеразной цепной реакции), методов индустриальной микробиологии - с помощью приборов и тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

6.9. Производственный микробиологический контроль готовой продукции предусматривает исследования:

- каждой партии - продуктов для беременных и кормящих женщин, продуктов для детей первого года жизни, в том числе выработанные на детских молочных кухнях (кроме стерилизованных и асептического фасования);

- 1 раз в месяц - мясо- и птицепродуктов, яичных продуктов готовых, готовой рыбной продукции, сыров мягких и рассольных, сыров твердых внарезку;

- 1 раз в квартал - мясо- и птицепродуктов сырых, рыбопродуктов сырых, молочных продуктов и сыров всех видов (кроме рассольных и мягких);

- 1 раз в 6 месяцев - продукции общественного питания, в том числе пищеблоков медицинских организаций, акушерских стационаров, детских дошкольных учреждений (не менее 30% наименований каждого вида блюд);

- 1 раз в год - продуктов, реализуемых в объектах розничной и оптовой торговли, в том числе складах (по 1-му образцу от каждой группы, нормируемой по листериям (L.monocytogenes), согласно ассортиментному перечню).

6.10. Производственный бактериологический контроль санитарного состояния пищевых объектов осуществляют в порядке и с периодичностью не реже предусмотренной при контроле патогенных микроорганизмов действующими нормативными документами, в том числе:

- 1 раз в неделю - в цехах по производству продуктов на молочной основе для детей первого года жизни, в том числе на детских молочных кухнях, в цехах по производству продуктов для беременных и кормящих женщин, диетических продуктов для парентерального питания, на пищеблоках акушерских, онкологических, гематологических стационаров, отделений для новорожденных и недоношенных детей;

- 2 раза в месяц - в цехах и отделах по производству и перефасовке готовых мясо- и птицепродуктов, яичных продуктов, рыбных продуктов, сыров мягких и рассольных, сыров твердых в нарезку, салатов из овощей, икры, масла сливочного;

- 1 раз в месяц - на производстве молочных и молокосодержащих продуктов, жировых продуктов, полуфабрикатов из мяса, птицы, рыбы, овощей.

6.11. При выпуске несоответствующей установленным требованиям пищевой продукции и по эпидемическим показаниям осуществляется усиленный контроль санитарного состояния объектов в отношении листерий (L.monocytogenes), кратность которого может быть увеличена в 2 и более раз.

6.12. Обо всех случаях выделения листерий при производственном контроле информацию немедленно передают в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Ответственность за своевременную передачу информации несет руководитель предприятия, в продукции которого или в смывах с оборудования которого обнаружены листерии.

6.13. При выделении L.monocytogenes из продуктов питания орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимает меры по приостановке реализации данного продукта. В отношении предприятия-изготовителя, в продукции которого обнаружен возбудитель листериоза, орган, уполномоченный осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, проводит внеплановый отбор проб продукции и внеплановая проверка по соблюдению требований санитарного законодательства на производстве.

6.14. Лица профессионального риска, деятельность которых связана с животными, переработкой животноводческой продукции (ветеринарные специалисты, работники боен, мясокомбинатов, молочно-товарных ферм, животноводческих хозяйств, звероферм, лабораторий, биофабрик, культурно-массовых или спортивных учреждений, содержащих или работающих с животными, и другие) должны ежегодно проходить профилактические медицинские осмотры на листериоз. Ответственность за своевременное прохождение медицинских осмотров возложена на руководителей предприятий, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

6.15. Осуществление неспецифических профилактических мероприятий при листериозе предусматривает своевременное проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий с обязательным контролем эффективности.

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

6.17. Ответственность за своевременные дератизационные, дезинсекционные и дезинфекционные мероприятия на объектах несут юридические лица и индивидуальные предприниматели, граждане, в чьей собственности (распоряжении, аренде) находится конкретный объект или территория.

6.18. В муниципальных образованиях за проведение дератизационных, дезинсекционных и дезинфекционных мероприятий на территории ответственность несут лица, отвечающие за коммунальное хозяйство.

Мероприятия включают:

- ликвидацию самопроизвольных свалок мусора, очистку от сухостоя, густого подлеска лесных массивов, примыкающих к населенным пунктам (на расстоянии не менее 200 метров);

- благоустройство территорий и защиту зданий и построек от проникновения в них грызунов;

- организацию дератизации, дезинсекции и дезинфекции в местах общего пользования.

6.19. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, руководители летних оздоровительных учреждений, перед их открытием обязаны обеспечить:

- проведение дератизационных и дезинфекционных мероприятий (в постройках и на прилегающей к ним территории в радиусе не менее 200-метровой зоны) с оценкой заселенности грызунами и микробиологическим исследованием на листериоз, иерсиниоз отловленных грызунов;

- защиту хозяйственных построек, пищеблоков и жилых помещений от проникновения в них грызунов;

- приведение прилегающей к оздоровительному учреждению территории в лесопарковое состояние (расчистка лесного массива от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска) в радиусе не менее 200-метровой зоны;

- перед закрытием летних оздоровительных учреждений на зиму обеспечить консервацию всех помещений, защиту их от грызунов методами и средствами дератизации, а также проведение дезинфекции помещений.

6.20. Родентицидные и дезинфицирующие средства, включая кожные антисептики, должны быть зарегистрированы на территории Российской Федерации.

6.21. Неспецифические профилактические мероприятия при листериозе осуществляют в соответствии с действующими нормативными документами по этой инфекции.

VII. Гигиеническое воспитание населения и обучение граждан по вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики листериоза.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает: представление населению подробной информации о листериозе, мерах специфической и неспецифической профилактики, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших животных, необходимостью их изоляции и проведения санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальных бесед и другие.

7.3. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы и учреждения ветеринарии, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

**8.6. Профилактика иерсиниоза**

I. Общие положения

1.1. Определение псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза.

1.1.1. Псевдотуберкулёз - инфекционное заболевание, вызываемое Yersinia pseudotuberculosis, передающееся алиментарным путем и характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений: интоксикацией, лихорадкой, поражением желудочно-кишечного тракта, печени, кожи, опорно-двигательного аппарата и других органов. Течение псевдотуберкулёза может быть острым, затяжным и хроническим. В опубликованной Всемирной организацией здравоохранения Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем Десятого пересмотра (МКБ-10, 1990) с действующими обновлениями псевдотуберкулёз зарегистрирован под кодом А28.2 - экстраинтестинальный иерсиниоз.

1.1.2. Кишечный иерсиниоз - инфекционное заболевание, вызываемое Yersinia enterocolitica, передающееся алиментарным путем и характеризующееся интоксикацией, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта; при генерализованных формах - полиорганным поражением, склонностью к затяжному и хроническому течению. Кишечный иерсиниоз в МКБ-10 зарегистрирован под кодом А04.6 - энтерит, вызванный Yersinia enterocolitica.

1.2. Этиология возбудителей.

1.2.1. Бактерии рода Yersinia - Y. pseudotuberculosis и Y. enterocolitica - грамотрицательные палочки или коккобациллы, спор не образуют. Они имеют перетрихиальные жгутики, подвижность проявляется в условиях культивирования при температуре ниже 30 °C. Иерсинии относятся к гетеротрофным факультативным анаэробам. Они неприхотливы к питательным веществам, растут не только на обычных питательных средах, но и на средах с обедненным составом, голодных, синтетических средах, являясь прототрофами. Оптимальная температура их жизнедеятельности (28±2)°C, при которой культуры находятся в гладкой S-форме; при 37 °C наблюдается диссоциация в шероховатую R-форму, наиболее выраженная у Y. pseudotuberculosis. Характерными особенностями иерсиний являются их психрофильность и выраженная термотолерантность, они способны расти и размножаться в широком диапазоне температур (от +4 до +42oC), но накопление при низких температурах (4-10oC) идет медленно.

1.2.2. По биохимическим свойствам вид Y. pseudotuberculosis однороден, Y. enterocolitica подразделяется на шесть биотипов: IA, IB, II, III, IV, V. Биотипы IB, II – V патогенны для человека и животных, IА является непатогенным.

1.2.3. По О-антигену иерсиниии неоднородны. Y. pseudotuberculosis подразделяются на 21 серотип. На территории РФ распространены возбудители, преимущественно, серотипа O:1b (более 90 %), реже - O:1а, O:1с, O:3, O:4а, O:4b. Из 30 серотипов Y. enterocolitica 11 серотипов (О:1,2,3; О:2,3; O:3; O:4; O:5,27; O:8; O:9; O:13; O:18; O:20; O:21) идентифицированы как патогенные для человека. Для России наиболее характерны серотипы О:3 (биотип IV) и О:9 (биотип II).

1.2.4. Возбудители иерсиниозов являются факультативными внутриклеточными паразитами. Y. pseudotuberculosis и Y. enterocolitica обладают широким набором факторов патогенности плазмидной и хромосомной природы, обусловливающих энтеротоксигенные, адгезивные, инвазивные, цитотоксические свойства возбудителей и многообразие клинических форм иерсиниозов. С диагностическими целями выявляют гены родоспецифической плазмиды вирулентности иерсиний pYV 46 МДа, хромосомные гены энтеротоксина YstА и белка адгезии/инвазии Ail Y. enterocolitica.

1.2.5. Иерсинии могут длительно выживать в различных продуктах питания: в кисломолочных продуктах – до трех суток, в молоке до 18 суток, на хлебе, кондитерских изделиях - от 16 до 24 суток, во фруктовом соке - до 30 суток, в сливочном масле до 145 суток, на рыбе, рисе, картофеле, мясе – до 8-9 недель, в мороженом от 1,5 до 8 месяцев, в кипяченой воде - до 1 года. Размножаются и длительно сохраняются на свежих овощах, особенно, приготовленных в виде салатов, хранящихся после приготовления при низкой температуре.

1.2.6. Иерсинии чувствительны к высокой температуре: при 100°C погибают в течение 1 - 2 мин. Способны выживать при температуре 50 - 60°C до 20 - 30 мин. Они переносят большие концентрации хлорида натрия (до 10 %), особенно при низких температурах. На иерсинии оказывает действие солнечное излучение: в течение 30 мин они погибают при прямом солнечном свете, и через 6-8 ч – при рассеянном. Они чувствительны к высыханию, погибают на открытых поверхностях в течение нескольких дней. Во влажной среде и невысокой температуре (14-18oС) выживают длительно. Влияние на жизнеспособность иерсиний оказывает концентрация водородных ионов среды (рН): в среде с рН 3,6 и ниже отмечается быстрое снижение числа жизнеспособных клеток, среда с рН 4,8 и выше благоприятна для роста иерсиний. Гибель иерсиний вызывают широко используемые дезинфицирующие вещества в стандартных разведениях (растворы хлорамина, хлорной извести, перманганата калия, карболовая кислота, перекись водорода, этиловый спирт).

1.3. Эпидемиология иерсиниозов.

1.3.1. Иерсиниозы относятся к сапрозоонозам. Они способны длительно сохраняться в объектах окружающей среды – на различных органических субстратах, в почве, воде, среди представителей почвенных, водных, наземных экосистем, где в процесс циркуляции микроба вовлекаются разнообразные простейшие, беспозвоночные, позвоночные животные, растения. Основным резервуаром возбудителя в природе являются дикие и синантропные грызуны.

1.3.2. Различают природный и антропургический очаги иерсиниозов. Природным очагом иерсиниозов считается определенный ландшафтный участок территории, в котором осуществляется естественная циркуляция иерсиний среди обитающих здесь диких млекопитающих, главным образом, мышевидных грызунов и насекомоядных, а также птиц.

Антропургическим очагом иерсиниозов считается населенный пункт, где в цепь естественной циркуляции иерсиний включаются синантропные (домовая мышь, серая крыса) и полусинантропные (обыкновенные полевки, полевые мыши) грызуны, заселяющие окраины городов. Заражение животных происходит вследствие естественного среди них каннибализма и контакта с окружающей средой (контамированная микробом почва, растения, вода). Возбудитель, локализуясь в желудочно-кишечном тракте грызунов, выделяется, в основном, с фекалиями. Загрязняя окружающую среду (почву, мелкие непроточные водоемы, корма) и являясь объектом охоты, грызуны способствуют заражению сельскохозяйственных (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи), домашних (кошка, собака, декоративные питомцы) животных и птиц, а также животных, содержащихся в питомниках и зоопарках.

1.3.3. Эпидемиологическую опасность представляет антропургический очаг, поскольку в нем возникает риск заражения человека при употреблении контаминированных иерсиниями пищевых продуктов, а также при профессиональном (бытовом) контакте с сельскохозяйственными и домашними животными, птицами и объектами окружающей среды.

1.3.4. Роль сельскохозяйственных животных как источников инфекции для человека неравноценна. При кишечном иерсиниозе преимущественное значение отводится свиньям, поскольку именно от них выделяется наибольшее количество патогенных штаммов Y. enterocolitica O:3 и O:9. При псевдотуберкулёзе существенное значение имеет мелкий и крупный рогатый скот.

1.3.5. Больной псевдотуберкулёзом человек эпидемиологической опасности не представляет, при кишечном иерсиниозе в условиях длительного совместного пребывания здоровых и больных людей (стационар, интернат, семья) может быть реализован контактно-бытовой путь передачи возбудителя при нарушении правил личной гигиены.

1.3.6. Фекально-оральный механизм передачи иерсиниозов человеку реализуется пищевым путем при прямом (с сырыми и термически плохо обработанными пищевыми продуктами) или опосредованном (через оборудование, инвентарь или посуду) попадании возбудителя в готовую пищу; вторичном накоплении возбудителя в готовых блюдах (при нарушении технологии приготовления последних и увеличении сроков их хранения); редко - контактно-бытовым (при уходе за больными сельскохозяйственными, домашними или содержащимися в неволе животными, разделке мяса животных и птицы) и водным путями передачи инфекции.

1.3.7. Основное значение в качестве факторов передачи при псевдотуберкулёзе имеют продукты растительного происхождения (овощи, корнеплоды, зелень, фрукты). Наиболее высокая зараженность установлена для овощей - свежей капусты, репчатого лука, моркови. Накопление возбудителя на продуктах растительного происхождения с контаминацией тары, стен и пола происходит в овощехранилищах и складских помещениях организованных коллективов и предприятий общественного питания при нарушении температурно-влажностного режима и заселении инфицированными грызунами. Продукты растительного происхождения могут подвергаться инфицированию при закладке на хранение с увеличением контаминации псевдотуберкулёзным микробом в феврале (продукты зимнего хранения), апреле-мае (ранняя продукция, в том числе, тепличные овощи) и августе-сентябре (продукты растительного происхождения нового урожая). Растения могут инфицироваться иерсиниями во время выращивания (на полях, в парниках) при соприкосновении с почвой и при поливе из источника воды, загрязненного возбудителем. В этом случае может отсутствовать непосредственная связь заболеваний с грызунами, поскольку эпизоотии среди них и первичное инфицирование овощей происходит далеко от места регистрации групповых заболеваний. Чаще всего заболевание связано с употреблением салатов из свежих овощей, контаминированных иерсиниями, хранящихся после приготовления при низкой температуре. Реже псевдотуберкулёзная инфекция может передаваться с молоком и молочными продуктами, водой из открытых водоемов.

1.3.8. При кишечном иерсиниозе ведущими факторами передачи являются продукты животного происхождения (мясо, прежде всего, свинина, и мясные продукты, в том числе, субпродукты, молоко и молочные продукты, птицеводческая продукция), употребляемые в пищу в сыром или термически недостаточно обработанном виде или вторично обсемененные. Значимость овощей и фруктов как факторов передачи инфекции незначительная.

1.3.9. Условием, способствующим заражению человека иерсиниями, является нарушение санитарно-эпидемиологического режима на пищеблоках организованных коллективов и предприятий общественного питания. При псевдотуберкулёзе - это некачественная зачистка овощей, замачивание овощей на ночь, отсутствие повторной промывки горячей водой, хранение готовых салатов в холодильнике. При кишечном иерсиниозе - нарушение режима сбора, обработки мясной, молочной, птицеводческой продукции, длительное хранение контаминированной возбудителем сырой продукции при низкой температуре, недостаточная термическая обработка, нарушение сроков реализации готовых блюд, нарушение режима пастеризации молока. Заражение лиц, профессионально связанных с животноводством и птицеводством, возможно при удалении внутренних органов, разделке мяса животных (вырезании языка и миндалин, срезании мяса с головы) и тушек птицы, при приготовлении полуфабрикатов.

1.3.10. Заболеваемость псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом регистрируется в большинстве субъектов РФ, при этом интенсивность эпидемического процесса иерсиниозов на территориях характеризуется выраженной вариабельностью.

Эпидемический процесс псевдотуберкулёза проявляется в виде спорадических случаев и групповых заболеваний. Групповые заболевания возникают в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, в загородных детских коллективах, воинских частях, на предприятиях или в учебных заведениях, объединенных единым источником питания. Для кишечного иерсиниоза характерна спорадическая заболеваемость, групповые случаи редки. Не исключаются внутрисемейные очаги.

1.3.11. Заболеваемость псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом регистрируется во всех возрастных группах, но основная доля заболевших приходится на детей. При этом среди детского населения в эпидемический процесс псевдотуберкулёза чаще других вовлекаются дети возрастных категорий 3–6 лет и 7–14 лет. Максимальные показатели заболеваемости кишечным иерсиниозом отмечаются у детей от 1 года до 4 лет. Заболеваемость детей до 1 года при псевдотуберкулёзом связана с включением в рацион питания овощей и фруктов (соки, пюре), при кишечном иерсиниозе - искусственное вскармливание, бытовой контакт с больным.

Для псевдотуберкулёза характерна осенне-зимняя, реже - весенне-летняя сезонность. Заболеваемость кишечным иерсиниозом отмечается во все сезоны года с незначительным увеличением весной и осенью.

1.4. Клиника иерсиниозов.

В связи с выраженным полиморфизмом клинических проявлений и разнообразием клинических форм до настоящего времени отсутствует единая классификация иерсиниозов (кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулёза). Клиническая картина генерализованной формы кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулёза имеет много общих проявлений. Патологические изменения в органах и тканях при псевдотуберкулёзе обусловлены наличием у возбудителя специфических факторов патогенности, локализованных на хромосоме и плазмидах, и отличаются в отдельных странах мира. В европейских странах регистрируются случаи псевдотуберкулёза, в основном, в виде гастроэнтерита с лихорадкой и/или развитием мезентериального лимфаденита. В РФ, Японии, Корее, наряду с гастроинтестинальными симптомами, выражены различные проявления генерализованной инфекции (сыпь, шелушение, «малиновый язык», поражения суставов), комплекс которых назван дальневосточной скарлатиноподобной лихорадкой (ДСЛ).

Единая классификация для псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза с внесенными изменениями (2019 г.) включает следующие формы иерсиниозов: гастроинтестинальная (гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит); абдоминальная (терминальный илеит, мезентериальный лимфаденит, острый аппендицит, острый холецистит); генерализованная (смешанный, септический варианты – для кишечного иерсиниоза, скарлатиноподобный, септический варианты - для псевдотуберкулёза); паст-инфекция (реактивный артрит, узловатая эритема, энтероколит и др.).

Течение иерсиниозов может быть острым (до трех месяцев), затяжным (до шести месяцев) и хроническим (до 1,5-2 лет).

В подавляющем большинстве случаев клиническая картина кишечного иерсиниоза начинается с симптомов гастроэнтерита, затем протекает как острая кишечная инфекция или как генерализованная форма. Наиболее типична для кишечного иерсиниоза гастроинтестинальная форма заболевания, чаще протекающая по типу гастроэнтерита. У 4-10 % больных развивается абдоминальная форма заболевания в виде мезентериального лимфаденита, терминального илеита, острого аппендицита. Генерализованная форма заболевания может протекать по смешанному или септическому варианту течения болезни. Наиболее типичным является смешанный вариант течения заболевания, характеризующийся симптомами интоксикации, в сочетании с катаральным синдромом и развитием полиорганных поражений. В большинстве случаев развиваются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея); на 2-3 дни болезни появляется полиморфная сыпь, которая сохраняется в течение 3-6 дней, возмозможны подсыпания и зуд. Со второй недели болезни появляется шелушение. У части больных развиваются артропатии, реже - артриты. Возможно развитие гепатита, серозного менингита. В большинстве случаев при объективном обследовании отмечается полиаденопатия, гепатомегалия, реже спленомегалия.

Течение кишечного иерсиниоза благоприятное. У части больных наблюдаются рецидивы, обострения, протекающие несколько легче, чем основная волна болезни с преимущественным развитием артропатий, артритов, энтероколита.

На территории РФ наиболее типичной клинической формой псевдотуберкулёза является генерализованная, которая имеет два варианта течения болезни: скарлатиноподобный, реже - септический. Генерализованная форма псевдотуберкулёза (скарлатиноподобная) развивается остро с выраженных явлений интоксикации, развитием инфекционно-аллергического синдрома с появлением экзантемы, расположенной на груди, животе, спине, конечностях, лице, сгущающаяся в естественных складках. Со второй недели заболевания у части пациентов развивается шелушение. Артропатии с выраженностью проявлений от 4-5 дней до более продолжительных, в течение 2-3 недель. Острому периоду свойственны боли в животе, преимущественно в правой подвздошной области, реже развивается диарея, отмечаются катаральные явления. Со 2-4 дней болезни у пациента можно отметить бледность кожных покровов в области носогубного треугольника. Объективный осмотр выявляет гепатомегалию, спленомегалию, полиаденопатию.

Абдоминальная форма заболевания наиболее типична для детей. Она протекает в виде мезентериального лимфаденита, острого аппендицита, терминального илеита, реже острого холецистита. Боли в животе, особенно при развитии симптомов «острого живота», являются причиной госпитализации этих пациентов в хирургические отделения многопрофильных больниц.

При всех клинических формах болезни возможно волнообразное течение с развитием обострений и рецидивов, чаще развивающиеся у пациентов не получавших этиотропной терапии.

Паст-инфекция может развиться при любой форме заболевания, протекает в виде узловатой эритемы, синдрома реактивного артрита, хронического энтероколита и др.

Осложнениями иерсиниозов могут быть: инфекционно-токсический шок, флегмонозный аппендицит, спаечная и паралитическая кишечная непроходимость, инвагинации, некрозы кишечника, печени, менигоэнцефалит, пиелонефрит, гломерулонефрит, синдром Кавасакаи, встречающийся, преимущественно, у детей.

II. Выявление, учет и регистрация больных псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Диагнозы «псевдотуберкулёз», «кишечный иерсиниоз» предполагаются при наличии одного или нескольких клинических синдромов:

- интоксикационный синдром (острое начало, повышение температуры тела до 38-40 °С, слабость, головная боль);

- катарально-респираторный синдром (заложенность носа, сухой кашель, гиперемия ротоглотки, увеличение лимфоузлов);

- гастроинтестинальный синдром (тошнота, рвота, диарея с развитием гастроэнтерита, энтероколита)

- абдоминальный синдром (мезентериальный лимфаденит, терминальный илеит, острый аппендицит);

- инфекционно-аллергический синдром (коньюнктивит, склерит, экзантема в виде мелкоточечной сыпи с концентрацией вокруг суставов, на сгибательных поверхностях конечностей, на боковых поверхностях туловища; симптомы «капюшона», «носков», «перчаток»);

- гепатолиенальный синдром (гепатомегалия, спленомегалия, клинико-лабораторные симптомы острого гепатита);

- суставной синдром (миалгии, артропатии крупных суставах конечностей, полиартриты мелких суставов кистей и стоп).

2.3. К эпидемиологическим критериям постановки диагноза относятся:

- дата заболевания, укладывающаяся в сроки инкубационного периода;

- употребление продуктов растительного происхождения в виде салатов, в цельном виде, овощных соков - при псевдотуберкулёзе; молочных продуктов (разливное/фляжное молоко, молочные продукты домашнего приготовления), продуктов животного происхождения (свиное мясо, мясопродукты, субпродукты), птицеводческой продукции в термически недостаточно обработанном виде – при подозрении на кишечный иерсиниоз в течение инкубационного периода до начала заболевания;

- контакт с грызунами, сельскохозяйственными животными и птицами (уход, забой, разделка); работа на предприятиях по переработке животноводческой и птицеводческой продукции, в овоще- и фруктохранилищах, теплицах;

- употребление воды из неизвестных источников (ручьи, непроточные мелкие водоемы, колодцы).

2.4. Стандартное определение случая:

2.4.1. «Вероятным» следует считать случай острого заболевания, при котором имеются одновременно или последовательно возникающие сочетанные поражения с учетом данных эпидемиологического анамнеза или эпидемиологической связи среди лиц, находящихся в одинаковых условиях по риску заражения и/или связанные с подтвержденным случаем.

2.4.2. «Подтвержденным» следует считать случай острого заболевания, классифицированный как «вероятный» после лабораторного подтверждения диагноза в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

2.4.3. Больные с вероятным и подтвержденным диагнозом «псевдотуберкулёз» и «кишечный иерсиниоз» госпитализируются в стационар в зависимости от тяжести клинических проявлений по решению врача-инфекциониста.

2.5. При подтвержденном спорадическом случае псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза проводится эпидемиологическое обследование очага с организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и заполнением соответствующих отчетных форм.

2.6. В случае возникновения групповых заболеваний с подозрением на псевдотуберкулёз или кишечный иерсиниоз эпидемиологическое расследование и организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий начинают немедленно после получения экстренных извещений. В ходе эпидемиологического расследования устанавливают причинно-следственную связь формирования эпидемического очага с групповой заболеваемостью псевдотуберкулёзом или иерсиниозом. По окончании составляют [акт](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=107323;fld=134;dst=100049) эпидемиологического расследования.

III. Лабораторная диагностика псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза у людей

3.1. Подтверждение диагноза «псевдотуберкулёз» и «кишечный иерсиниоз» осуществляется на основании клинической картины по результатам бактериологического (выделение культуры Y. pseudotuberculosis или патогенных Y. enterocolitica), молекулярно-генетического (выявление ДНК возбудителя псевдотуберкулёза и патогенных Y. enterocolitica в полимеразной цепной реакции, ПЦР), серологического (выявление антител к Y. pseudotuberculosis, Y. enterocolitica) методов с учетом эпидемиологического анамнеза.

Больным из эпидемиологического очага иерсиниоза с групповой заболеваемостью (более 2-х случаев в течение одного инкубационного периода с одинаковой симптоматикой и единым вероятным источником заражения) диагноз «псевдотуберкулёз» и «кишечный иерсиниоз» выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

3.2. Взятие материала от больного (пациента с подозрением на заболевание) для бактериологического, молекулярно-генетического, серологического исследований осуществляется в медицинских организациях с учетом клинических проявлений инфекции и стадии инфекционного процесса при соблюдении установленных правил взятия и транспортировки биологического материала.

3.2.1. Для проведения бактериологического и молекулярно-генетического анализа материал от больного (пациента с подозрением на заболевание) отбирают немедленно при выявлении больного (пациента с подозрением на заболевание), до начала лечения антибиотиками.

Исследуют клинический материал:

- испражнения на протяжении всего периода заболевания;

- мочу в первые семь дней болезни;

- мазки из зева в первые три дня болезни;

- кровь в течение болезни при фебрильной лихорадке, весь лихорадочный период и в период рецидива болезни;

- операционный или секционный материал (ткань аппендикулярных отростков, мезентериальные лимфоузлы, биоптаты синовиальной оболочки, синовиальная жидкость, биоптаты слизистой кишечника, другие патологически измененные органы и ткани), сгустки крови, желчь, содержимое кишечника.

Схема бактериологического исследования включает «холодовое обогащение» исследуемого материала при температуре (6±2) оС, использование дифференциально-диагностических сред для выделения и идентификации штаммов, определение их серотипа, биотипа, маркеров патогенности. Также для индикации псевдотуберкулёзного микроба возможно использование метода флюоресцирующих антител (МФА) с применением иммуноглобулинов диагностических флюоресцирующих. Молекулярно-генетическое исследование проводится в день поступления материала. При получении отрицательного результата ПЦР-исследование повторяют на 3 сутки после «холодового обогащения».

3.2.2. Для серологического исследования на иерсиниозы необходимо два образца сыворотки крови (ОСК), взятые в разные периоды заболевания (парные сыворотки): в первую неделю от начала заболевания и в конце второй - начале третьей недели болезни. Серологическая диагностика основывается на появлении или нарастании титра специфических антител в течение болезни.

При исследовании ОСК в реакции непрямой гемагглютинации (РНГА) достоверным считается 4-кратное и выше нарастание титра антител при исследовании парных сывороток.

В отдельных случаях (невозможность взятия парных сывороток, обследование больного в поздние сроки и т.п.) при наличии четких клинических, эпидемиологических данных, результатов бактериологического, молекулярно-генетического исследований допускается однократное исследование сывороток крови.

Методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием существующих тест-систем выявляют антитела классов IgA, IgM, IgG к родоспецифическим белкам Y. pseudotuberculosis и Y. enterocolitica, детерминированным плазмидой вирулентности pYV, без дифференциации нозологических форм псевдотуберкулёз и кишечный иерсиниоз. При исследовании ОСК методом ИФА учет и оценку результатов проводят в соответствии с инструкцией по применению тест-системы.

Для подтверждения диагноза при затяжном и хроническом течении иерсиниозов (более трех месяцев), а также в сложных диагностических случаях используют референс-метод иммуноблота. Применяют тест-системы для определения антител классов IgA и IgG к родоспецифическим белкам обоих возбудителей, детерминированных плазмидой вирулентности pYV, без дифференциации нозологических форм псевдотуберкулёз и кишечный иерсиниоз. В качестве альтернативного варианта используют тест-системы, позволяющие дополнительно выявить антитела классов IgA и IgG к видоспецифическим белкам Y. pseudotuberculosis и Y. enterocolitica, и, таким образом, дифференцировать псевдотуберкулёз и кишечный иерсиниоз. При исследовании ОСК методом иммуноблота учет и оценку результатов проводят в соответствии с инструкцией по применению тест-системы.

3.3. Лабораторным подтверждением диагноза «псевдотуберкулёз» и «кишечный иерсиниоз» следует считать:

- выделение штаммов Y. pseudotuberculosis, патогенных Y. enterocolitica;

- и/или обнаружение ДНК Y. pseudotuberculosis, Y. enterocolitica с факторами патогенности;

- и/или обнаружение антител к возбудителю или нарастание титра антител в парных сыворотках.

3.4. Лаборатории, которые осуществляют исследования на иерсиниозы, должны иметь разрешительные документы на этот вид деятельности согласно действующему законодательству.

3.5. Лабораторную диагностику псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза проводят с применением зарегистрированных в установленном порядке в РФ питательных сред и диагностических препаратов.

3.6. Проведение исследований на всех этапах (взятие проб, их хранение, доставка в лабораторию, регистрация, алгоритм исследования, выдача результатов) должны соответствовать требованиям действующих нормативных методических документов.

3.7. Порядок взаимодействия медицинских организаций, органов и организаций Роспотребнадзора при организации и проведении лабораторной диагностики иерсиниозов в материале от людей осуществляется в рамках единой системы на территориальном, региональных и федеральном уровнях в соответствии с действующим санитарным законодательством, нормативными правовыми документами.

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге иерсиниозной инфекции

4.1. Эпидемиологическое расследование очагов с единичным заболеванием и очагов с групповой заболеваемостью псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

4.3. Эпидемиологический диагноз включает:

- характеристику очага;

- нозологию;

- наименование возбудителя;

- определение границ эпидемического очага (в каком учреждении, на какой территории и т.д.);

- источник, резервуар возбудителя инфекции;

- причину заболевания;

- факторы, способствующие формированию очага.

4.4. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом при регистрации групповой заболеваемости проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага иерсиниозной инфекции. Он включает:

- активное выявление больных методом опроса, осмотра и сбора эпидемиологического анамнеза;

- медицинское наблюдение за лицами, находящихся в одинаковых с больным условиях по риску заражения (18 дней);

- взятие материала от больных и пациентов с подозрением на заболевание, проб из объектов окружающей среды для бактериологических, молекулярно-генетических (ПЦР), серологических исследований. Объем и число проб определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования. Положительные результаты ПЦР являются сигнальными, позволяющими сделать вывод о наличии Y. pseudotuberculosis или патогенных Y. enterocolitica в материале от больных, облегчить дифференциальную диагностику иерсиниозов и наметить направления работы по эпидемиологической диагностике;

- введение временного запрета на приготовление холодных мясных закусок и молочных продуктов, не подвергающихся термической обработке, исключается употребление салатов из сырых овощей и фруктов;

- проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием продовольственных складов, кладовых сыпучих и хлебобулочных продуктов, холодильных камер, овощехранилищ организованных коллективов и организаций, поставляющих продукты питания. Дается оценка заселенности объектов грызунами, сроки и эффективность проведения плановой дератизации, обеспечение мероприятий по защите от грызунов, в том числе по недопущению миграции и создания условий для выживания грызунов;

- организация на складах (овощехранилищах, пищеблоках) переборки, зачистки овощей, фруктов, очистка и мытье тары и оборудования с последующей заключительной дезинфекцией;

- проведение эпизоотологического обследования объекта (населенного пункта) с учетом численности грызунов. В случае обнаружения субъективных (наличие свежих погрызов, помета, жилых нор) и объективных (следовые площадки, ловушки Геро, клеевые площадки) следов пребывания грызунов проводится внеплановая дератизация с последующим контролем эффективности. В случае повсеместного распространения грызунов в населенном пункте решается вопрос о проведении сплошной дератизации по эпидемическим показаниям;

- введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории, организацией питания и соблюдением противоэпидемического режима в детских организованных коллективах, пищеблоках предприятий общественного питания и медицинских организациях;

- экстренная профилактика не проводится, средства специфической профилактики отсутствуют;

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

4.5. Правила выписки переболевших и диспансерное наблюдение

Выписка больных осуществляется после полного клинического выздоровления и нормализации всех показателей функционального состояния переболевших, без проведения контрольных лабораторных исследований на псевдотуберкулёз и кишечный иерсиниоз по решению врача-инфекциониста.

За реконвалесцентами проводится диспансерное наблюдение в условиях поликлиники. Наблюдение за переболевшими детьми осуществляется участковыми педиатрами, за взрослыми - врачами-инфекционистами поликлиники, а при их отсутствии - участковыми терапевтами. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 1 месяца после выписки из стационара при неосложненных формах, при затяжном течении - не менее 3 месяцев.

Допуск на работу персонала детских учреждений, детей к посещению детских организованных коллективов проводится на основании справки о выздоровлении.

V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами представляет собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией иерсиний среди объектов окружающей среды, их резервацией среди диких и синантропных млекопитающих в природных и антропургических очагах, а также эффективность проводимых мероприятий и прогнозирование.

5.2. Целью государственного эпидемиологического надзора за иерсиниозами является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций возможного развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости иерсиниозами, предупреждение возникновения групповых заболеваний псевдотуберкулёзом и кишечным иерсиниозом и, как следствие, формированием тяжелых и хронических форм инфекции.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные проводить государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного [законодательства](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=117165;fld=134) Российской Федерации, направленных на предупреждение контаминации иерсиниями пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах реализации населению, а также на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и накопления в них микроорганизмов.

6.2. Мероприятия по предупреждению контаминации и размножения иерсиний на продуктах растительного происхождения в овощехранилищах, плодоовощных базах, тепличных хозяйствах проводятся юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими свою деятельность на данных объектах:

6.2.1. Выполняется подготовка типовых и приспособленных овоще- и фруктохранилищ к приему на хранение нового урожая: освобождение хранилищ от остатков продуктов растительного происхождения зимнего хранения и мусора; просушка и дезинфекционная обработка стеллажей, стен, потолка и оборудования с последующим проветриванием и побелкой.

6.2.2. В овощехранилищах для каждого вида растительной продукции должен поддерживаться определенный микроклимат со строгими параметрами температуры и относительной влажности в соответствии с действующими нормативными и правовыми документами.

6.2.3. Соблюдение санитарно-гигиенического состояния плодоовощных баз, своевременное освобождение их и прилегающей территории от остатков продуктов растительного происхождения и производственного мусора, дезинфекционная обработка тары перед отправкой ее поставщикам продукции.

6.2.4. Содержание в удовлетворительном санитарно-технологическом состоянии автомобильного и другого вида транспорта, предназначенного для перевозки продуктов растительного происхождения

6.2.5. Своевременная и качественная переборка продуктов растительного происхождения, тщательная зачистка порченых и гниющих участков овощей и фруктов.

6.2.6. Недопущение совместного хранения овощей (фруктов) нового и старого урожая, подготовка отдельного помещения для хранения ранних продуктов растительного происхождения с регулярной (1 раз в месяц) его очисткой и дезинфекцией.

6.2.7. Соблюдение технологии обработки теплиц, включая почву после сбора урожая, очистка грязной и замена пришедшей в негодность тары.

6.2.8. Регулярное проведение дератизационных мероприятий и основных мероприятий по защите объекта от грызунов в соответствии с действующими нормативными правовыми [документами](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=38166;fld=134;dst=100016).

6.3. Исследования для выявления инфицированности иерсиниями овощей и картофеля, продуктов их переработки; изделий из сырых овощей, овощей и фруктов нарезанных, бланшированных, в том числе замороженных, проводятся при наличии эпидемиологической ситуации в регионе производства.

6.4. Предупреждение контаминации иерсиниями продуктов и готовых блюд обеспечивается соблюдением требований нормативных правовых документов в отношении производств пищевых продуктов, содержания пищеблоков учреждений и предприятий, организаций торговли.

6.4.1. Должно быть обеспечено:

- соблюдение санитарного состояния складских помещений, кладовых и хранилищ для продуктов растительного происхождения при пищеблоках: очистка и текущая дезинфекция хранилищ перед каждым завозом новых партий;

- ежедневная обработка моющими средствами оборудования и инвентаря, предназначенного для первичной обработки продуктов растительного происхождения и сырой мясной, молочной и птицеводческой продукции;

- соблюдение правил обработки столовой посуды, мытье и ошпаривание кипятком разделочных столов, кухонного инвентаря, овощерезок по окончании первичной и кулинарной обработки продуктов растительного происхождения и сырой мясной, молочной и птицеводческой продукции, маркировка инвентаря, используемого для готовой пищи;

- тщательная обработка овощей, предназначенных для приготовления салатов или выдачи их в сыром виде, мытье в проточной водопроводной воде с последующим ошпариванием кипятком, запрещение хранения очищенных овощей в холодной воде, особенно в холодильниках, мытье фруктов, в т.ч. цитрусовых;

- соблюдение регламентированных сроков хранения готовых блюд;

- соблюдение ветеринарно-санитарных правил ухода за животными;

- проведение дератизационных работ во всех помещениях пищеблока и всего учреждения в плановом порядке.

6.4.2. Для проведения очистки и промывки овощей перед засолкой и квашением используются специально выделенные для этих целей помещения, инвентарь и тара.

6.5. Мероприятия по предупреждению обсемененности иерсиниями молока, мяса, птицы включают надзор за:

- соблюдением правил сбора, переработки этих пищевых продуктов и контроль за качеством этой продукции, определенных существующими нормативами и стандартами;

- качеством обработки конвейера, инвентаря, оборудования, на котором осуществляется убой сельскохозяйственных животных и птицы;

- мытьем и обработкой тары, используемой при работе в цехах и для доставки населению (лотки, поддоны), заменой устаревшей тары;

- выполнением санитарно-гигиенических правил и технологических требований работы, общих для других инфекций.

6.6. На предприятиях, производящих и перерабатывающих продукты животного происхождения (молокозаводы, птицефабрики, хладокомбинаты, мясокомбинаты), на предприятиях по переработке сельхозпродукции лабораторные исследования на обсемененность иерсиниями продуктов животного происхождения и сельхозпродукции проводятся в рамках планового мероприятия по контролю за соблюдением санитарного законодательства.

VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики иерсиниоза. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации об иерсиниозах, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, интернет-ресурсов, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и т.д.

7.2. Работники пищеблоков и лица, к ним приравненные, обязаны знать основные сведения об иерсиниозах, включая меры профилактики, которые должны быть включены в программу гигиенического обучения.

7.3. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения проводятся органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, медицинскими организациями.

**8.7. Профилактика кампилобактериоза**

I. Общие положения

1.1. Кампилобактериоз - зоонозная инфекция, вызываемая бактериями рода Campylobacter, преимущественно видам C. jejuni и C. coli. У человека инфекция протекает в виде острого кишечного заболевания и характеризуется поражением желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит), и возможной генерализацией процесса с развитием септицемии и поражением различных органов и систем.

1.2. Диагноз устанавливается на основании эпидемиологического анамнеза. Клинических признаков болезни, результатов лабораторного исследования.

1.3. Подозрительный случай кампилобактериоза:

- случай ОКИ, сопровождающийся водянистой или кровавой диареей, (по типу гастроэнтерита/энтероколита), лихорадкой, болями в животе, тошнотой, рвотой и обезвоживанием;

- случай ОКИ у работников птицеводческих и животноводческих хозяйств, особенно у работников контактировавших в с абортировавшими животными.

Подтвержденный случай кампилобактериоза - случай ОКИ, лабораторно подтвержденный выделением из клинического материала культуры бактерий рода Campylobacter (бактериологическим методом) и/или обнаружением специфических антигенов кампилобактерий (иммунохроматографическим методом), фрагментов ДНК бактерий рода Campylobacter (молекулярно-генетическим методом).

1.4. Кампилобактеры - грамотрицательные, неспорообразующие, подвижные, спиралевидные микроаэрофильные бактерии, требующие для своего роста пониженной концентрации кислорода и повышенного содержания углекислого газа. В строго аэробных и анаэробных условиях не растут. Род кампилобактер сегодня включает более 27-ми видов, 9 подвидов и 60 биоваров, различающихся по биохимическим свойствам и структуре антигенов.

Кампилобактеры, являясь микроаэрофилами, не обладают способностью длительно выживать во внешней среде при контакте с кислородом, однако они хорошо сохраняются в продуктах питания и водной среде при низких температурах.

Кампилобактеры чувствительны к действию высоких температур, они быстро в течение 1 - 15 минут погибают при нагревании до 60 °C; при пастеризации (71 - 77 °C) - в течение 15 секунд; при кипячении - в течение нескольких секунд. На выживаемость кампилобактеров при тепловой обработке значительно влияют состав и структура загрязненных ими объектов внешней среды - гибель клеток, находящихся на поверхности пищевых продуктов твердой консистенции, происходит значительно быстрее, чем внутри. Чувствительны к высушиванию, ультрафиолетовым лучам, действию прямого солнечного света. Хлорирование воды обеспечивает быструю гибель кампилобактеров. Дезинфицирующие средства активны в отношении кампилобактеров в режимах, рекомендуемых для обеззараживания объектов при инфекциях, обусловленных грамотрицательными бактериями.

1.5. Возбудители кампилобактериоза широко распространены в природе. Как комменсалы желудочно-кишечного тракта они присутствуют в кишечнике практически всех известных теплокровных животных и птиц, которые являются природным резервуаром и источником кампилобактеров. Нередко их обнаруживают в воде открытых водоемов, контаминированных фекалиями животных и птиц.

1.6. Заболеваемость кампилобактериозом регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемических очагов с пищевым и водным путем передачи инфекции. В некоторых странах кампилобактеры являются ведущим этиологическим агентом острых кишечных инфекций, опережая сальмонеллёзы, шигеллезы и эшерихиозы.

1.7. Эпидемиологически значимыми источниками кампилобактерий в настоящее время являются промышленная птица, крупный рогатый скот, овцы и свиньи.

1.8. Человек при определенных условиях (больной, реконвалесцент) может являться источником инфекции, особенно для лиц с иммунодефицитными состояниями и детей раннего возраста.

1.9. Механизм заражения - фекально-оральный. Ведущий путь передачи инфекции - пищевой. Факторами передачи инфекции служат разнообразные пищевые продукты (мясо птицы, говядина, свинина, молоко, зеленные растения, фрукты и другие), не прошедшие достаточной термической обработки или вторично контаминированные, вследствие нарушения технологии приготовления, несоблюдения условий и сроков хранения и реализации продукции. Вакуумная упаковка пищевых продуктов, полуфабрикатов и готовых блюд способствует выживаемости кампилобактеров и даже их размножению при благоприятных температурных условиях. На территориях, где не решены вопросы подачи населению безопасной питьевой воды, также активен водный путь передачи. Заболевания возникают при потреблении сырой воды из случайных источников водоснабжения, из открытых водоемов, контаминированных кампилобактерами; из аварийных водопроводных сетей, загрязненных канализационными выбросами, сточными водами мясокомбинатов, объектов птицеводства и животноводства. Бытовой путь передачи реализуется при прямом контакте с сельскохозяйственными животными (особенно птицей) и домашними питомцами (собаки), у которых часто наблюдается бессимптомное носительство возбудителей. Описаны случаи передачи возбудителя контактно-бытовым путем среди членов семьи или в специализированных закрытых лечебных учреждениях, что объясняется низкой инфекционной дозой возбудителя (более 700 клеток).

1.10. Инкубационный период длится от 1 до 10 дней, чаще 2–5 дней. Кампилобактериозная инфекция характеризуется полиморфностью клинических проявлений. Наиболее распространенная форма течения болезни - гастроэнтерит. Также могут наблюдаться системные поражения (септицемия; менингит; поражения сердечно-сосудистой системы, такие как: тромбофлебит, миокардит, эндокардит; почек и мочевыводящих путей; печени и желчного пузыря; нервной системы: парезы, параличи, полиневриты; опорно-двигательного аппарата: артриты, синовииты, бурситы) и неонатальная патология (септические аборты и преждевременные роды, сопровождающиеся развитием септицимии, менингита и энтерита у новорожденных).

II. Выявление случаев заболеваний кампилобактериозом среди людей

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Обследованию на наличие возбудителей кампилобактериоза подлежат лица с клиникой острой кишечной инфекции (гастроэнтерит/энтероколит), протекающей в любой форме тяжести (тяжелой, средне - тяжелой, легкой).

Лабораторные исследования клинического материала для выявления кампилобактерий проводится в следующих случаях:

- у больных любого возраста с симптомами острой водянистой или кровавой диареи;

- у больных с симптомами острой кишечной инфекции при наличии у них профессионального риска (работники птицеводческих и животноводческих хозяйств; птицеперерабатывающих предприятий; работники, занимающиеся реализацией птицепродуктов);

- у больных с клиникой острой кишечной инфекции, имеющих эпидемиологическую связь с зарегистрированным очагом кампилобактериоза.

2.3. Медицинским работником, установившим диагноз ОКИ предположительно кампилобактериозной этиологии (с учетом клинических и эпидемиологических данных), производится забор клинического материала для бактериологического исследования в день обращения больного в МО до начала этиотропного лечения.

III. Лабораторная диагностика кампилобактериоза

3.1. Лабораторные исследования биоматериала от больных осуществляют лаборатории, организации, структурные подразделения, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами III - IV групп патогенности в установленном порядке.

3.2. Материалом для исследований служат:

- от больных и лиц, подозрительных на заболевания, - нативные испражнения, ректальные смывы, промывные воды желудка, рвотные массы;

- трупный материал - экссудаты, кусочки органов (печень, селезенка, кишечник и другие);

- объекты окружающей среды и продукты животного происхождения (убоя животных и сельскохозяйственной птицы, продукции их переработки, полуфабрикатов блюд общественного питания из мяса и птицы); смывов с оборудования и инвентаря, контактных поверхностей в производственных, складских, моечных помещениях, с рук и санитарной одежды персонала, с тары и упаковки для пищевых продуктов; вода, зеленные растения, фрукты и другие.

3.3. Нативные испражнения могут доставляться в лабораторию в контейнере без консерванта и транспортной среды, если они поступают для исследования не позднее 4 часов после забора материала. В остальных случаях материал должен быть помещен в транспортную среду. Взятие биоматериала необходимо проводить в ранние сроки заболевания до начала антибактериальной терапии.

3.4. Подтверждение диагноза кампилобактериоза осуществляется на основании результатов исследований биоматериала с применением следующих лабораторных методов: бактериологического (выделение чистых культур кампилобактерий); молекулярно-генетического (ПЦР - выявление специфических фрагментов ДНК кампилобактерий); фермент-связанного флуоресцентного иммуноанализа и иммунохроматографического (выявления специфических антигенов или антител).

3.5. Для лабораторной диагностики кампилобактериоза используются питательные среды, диагностические препараты и тест-системы, разрешенные к применению в Российской Федерации в установленном порядке.

3.6. Окончательное лабораторное подтверждение случая кампилобактериоза должно быть выдано не позднее 4 - 5-го дня с момента поступления пробы биоматериала в лабораторию.

IV. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор

4.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за кампилобактериозом представляет собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом, включая слежение за заболеваемостью населения (анализ заболеваемости по территориям, возрастным и социально-профессиональным группам населения, факторам риска), биологическими свойствами, включая антибиотикочувствительность, и экологическими особенностями возбудителей, выделяемых от людей, животных, из сырья и пищевых продуктов, из воды и других объектов окружающей среды, оценку эффективности проводимых мероприятий и прогнозирование.

4.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за кампилобактериозом являются оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование возможного развития эпидемического процесса для разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости кампилобактериозом и предупреждение возникновения эпидемических очагов болезни среди населения.

4.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за кампилобактериозом среди людей проводится органами, уполномоченными осуществлять данную деятельность

V. Противоэпидемические мероприятия при выявлении случаев   
кампилобактериоза среди людей

5.1. Медицинская организация независимо от формы собственности, выявившая больного кампилобактериозом, обязана направить экстренное извещение в установленном порядке в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2. Эпидемиологическое расследование и организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при регистрации случаев кампилобактериоза проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления источника инфекции, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

Результатом эпидемиологического расследования является установление причинно-следственной связи формирования очага, разработка и проведение адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

5.3. По результатам эпидемиологического расследования очагов кампилобактериоза с единичным случаем заболевания заполняется карта эпидемиологического расследования очага установленной формы, с групповой заболеваемостью - составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага инфекции.

5.4. Комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при кампилобактериозе людей включает:

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

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

- медицинское наблюдение за лицами, находивщихся в одинаковых с больным условиях по риску заражения (7 дней);

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

- введение запрета на использование продуктов животноводства и других продуктов, с которыми связано формирование очага и которые могут рассматриваться в качестве факторов передачи инфекции;

- приостановка деятельности предприятия (хозяйства, производства) или учреждения питания, где сформировался очаг кампилобактериоза (по решению специалистов органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор);

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

- организация дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

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

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

5.5. Больных, подозрительных на кампилобактериоз, изолируют из организованных коллективов.

5.6. Госпитализация выявленных больных кампилобактериозом и подозрительных на заболевание осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

5.7. Обязательному лабораторному обследованию на кампилобактериоз в эпидемическом очаге подлежат выявленные больные с симптомами острой кишечной инфекций.

5.8. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение на 7 дней, которое включает ежедневный опрос, осмотр, термометрию.

5.9. Для выявления источников инфекции в эпидемических очагах при подозрении на пищевой путь передачи, лабораторному обследованию на кампилобактериоз подлежат работники отдельных профессий, связанные с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевой продукции, объектов водопользования и лиц, приравненных к ним.

5.10. В рамках эпидемиологического расследования с целью выявления путей и факторов передачи инфекции проводят также лабораторные исследования по выделению чистой культуры кампилобактерий из остатков пищевого продукта или блюд, подозреваемых в качестве фактора передачи инфекции, исследование пищевого сырья, других объектов внешней среды. Выделенные из пищевых продуктов или других объектов внешней среды культуры кампилобактерий, используя методы генетического типирования (RAPD – типирования, определения сиквенс – типов, полногеномное секвенирование и др.) сравнивают с культурами, выделенными от больных. В случае их генетической идентичности делают заключение о путях и факторах передачи возбудителя кампилобактериоза.

5.11. В эпидемическом очаге заключительную дезинфекцию выполняют специалисты организаций, имеющие право заниматься дезинфекционной деятельностью.

VI. Правила выписки переболевших и диспансерное наблюдение

6.1. Выписка больных осуществляется после полного клинического выздоровления и нормализации всех показателей функционального состояния организма переболевших. Необходимость лабораторного обследования перед выпиской определяется врачом-инфекционистом.

6.2. Переболевшие острыми формами кампилобактериоза работники отдельных профессий, производств и организаций, дети, посещающие детские общеобразовательные учреждения (ДОУ), школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения (ЛОУ), а также взрослые и дети, находящиеся в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, допускаются на работу и к посещению этих учреждений после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки врача о выздоровлении при наличии отрицательного результата лабораторного обследования.

6.3. За реконвалесцентами устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки, которое включает в себя проведение 3-х клинических осмотров (на 10-й, 20-й и 30-й день) с оценкой общего состояния, жалоб, характера стула и проведения термометрии.

VII. Профилактические мероприятия

7.1. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных:

- на предупреждение контаминации кампилобактериями продовольственного сырья и пищевых продуктов как в процессе их производства, переработки, транспортировки, хранения, так и на всех этапах реализации населению;

- на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и воду;

- на обеспечение качества воды в водоисточниках и распределительных сетях;

- на соблюдение требований по содержанию открытых водоемов;

- на соблюдение требований по очистке сточных вод от птицеводческих и животноводческих хозяйств;

- на соблюдение требований по обеспечению условий труда в животноводческих и птицеводческих хозяйствах;

- на обеспечение содержания, эксплуатации, соблюдения противоэпидемического режима медицинских, в первую очередь акушерских стационаров, детских дошкольных и других организаций.

7.2. Предупреждение контаминации кампилобактериями пищевых продуктов, полуфабрикатов и готовых блюд в сфере общественного питания обеспечивается соблюдением требований нормативных правовых документов в отношении содержания пищеблоков учреждений и предприятий, организаций торговли, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

7.3. Ответственность за безопасность пищевых продуктов несет юридическое лицо или индивидуальный предприниматель - производитель продукции, за безопасность воды - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, оказывающий услуги населению по водопользованию (водоснабжение и рекреация).

Меры по профилактике загрязнения кампилобактериями пищевых продуктов при их производстве и предотвращению перекрестной контаминации продукции возбудителем при последующей переработке, транспортировании, хранении, реализации являются частью общих мер, направленных на недопущение инфицирования продукции возбудителями инфекционных болезней, и предусматривают следующее:

- обеспечение поточности технологических процессов и раздельных зон для сырья и готовых продуктов при производстве, хранении и реализации пищевых продуктов;

- ограничения перемещений работников и оборудования между зонами переработки сырья, складских помещений и готовой продукции в помещениях и на территории пищевых объектов;

- строгое соблюдение технологий убоя скота и птицы, первичной переработки, изготовления в соответствии с установленными требованиями;

- исключения возможности загрязнения готовой продукции, в/на которой могут длительно выживать термофильные кампилобактерии (включая продукцию, упакованную в пленки под вакуумом и в модифицированную газовую атмосферу) другой продукцией, которая может быть источником этих бактерий (мясо и субпродукты птицы сырые и полуфабрикаты из них, яйца и яйцепродукты жидкие и сухие, мясо и субпродукты скота сырые и полуфабрикаты из них, молоко сырое), или загрязненной водой;

- своевременную эффективную санитарную обработку и дезинфекцию оборудования, инвентаря;

- соблюдение правил транспортировки, хранения и реализации пищевых продуктов (в первую очередь, обеспечение непрерывности холодовой цепи, недопущение реализации населению непотрошеной птицы, за исключением дичи, яиц с нарушенной скорлупой («бой»), сырых продуктов животного происхождения и полуфабрикатов из них вместе с готовыми к употреблению продуктами).

7.4. Юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны осуществлять производственный контроль, разрабатывать и утверждать в установленном порядке программы производственного контроля, предусматривающие меры, направленные на предотвращение или устранения риска инфицирования сырья, снижение риска загрязнения продукции кампилобактериями и предупреждение вторичной контаминации.

7.4.1. На наиболее эпидемиологически значимых в плане кампилобактериоза птицеводческих и животноводческих хозяйствах, бойнях, птицеперерабатывающих и мясоперерабатывающих предприятиях в программу производственного контроля необходимо включать:

- анализ опасных факторов производства, определение рисков загрязнения конкретных видов сырья и пищевых продуктов возбудителями кампилобактериоза и определение контрольных мер;

- установку критических контрольных точек (ККТ) в процессе производства, на которых требуется проведение контроля, в том числе лабораторного;

- разработку и установку контрольных параметров;

- ведение мониторинга ККТ;

- ведение учета и анализа показателей, регистрируемых в критических контрольных точках;

- осуществление мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

7.4.2. Объектами производственного бактериологического контроля на пищевых объектах, эпидемиологически значимых по кампилобактериозу, являются сырье (в том числе смывы с поверхности тушек птицы, мяса, субпродуктов, яиц), смывы с оборудования, инвентаря, тары, рабочих поверхностей, которые могут быть контаминированы возбудителями кампилобактериоза, с рук работников, соприкасающихся с продукцией, вода для охлаждения продукции.

7.4.3. Производственный бактериологический контроль осуществляется в соответствии с утвержденными методами анализа, в том числе методиками экспресс-анализа, утвержденными в установленном порядке.

7.4.4. Производственный бактериологический контроль эффективности мер, направленных на предотвращение перекрестной контаминации кампилобактериями на предприятиях мясо- и птицеперерабатывающей промышленности, осуществляется в порядке и с периодичностью не реже предусмотренной отраслевыми руководящими документами для контроля санитарного состояния предприятий на патогенные микроорганизмы.

7.4.5. При обнаружении термофильных кампилобактерий в смывах с тушек птицы, яиц, мяса, а также с технологического оборудования, инвентаря убойных, яйцеобрабатывающих цехов проводят внеочередную тщательную механическую и санитарную обработку, дезинфекцию оборудования, включая холодильные камеры. При последующем бактериологическом контроле за проведенными мероприятиями термофильные кампилобактеры в смывах не должны обнаруживаться.

7.5. Юридическое лицо, индивидуальный предприниматель при выявлении нарушений требований нормативных и методических документов на объекте производственного контроля должен принять меры, направленные на устранение выявленных нарушений.

7.6. Пищевые продукты, относящиеся к потенциальным источникам термофильных кампилобактерий (сырые мясо- и субпродукты птицы, в первую очередь куриные, свинина, говядина, баранина, сырое молоко, зеленные растения и фрукты), поступающие на предприятия общественного питания, должны соответствовать требованиям действующих государственных стандартов и технических условий и иметь документы, удостоверяющие их безопасность и качество.

7.7. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, оказывающие услуги по водопользованию (водоснабжение и рекреация) должны обеспечивать качество подаваемой воды населению, содержание водоемов, используемых в качестве водозаборов и рекреационных зон, в соответствии с установленными требованиями.

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

- выполнять требования по профилактике, своевременному выявлению заражения возбудителем кампилобактериоза поголовья сельскохозяйственных животных;

- обеспечивать работающий персонал спецодеждой, средствами индивидуальной защиты, предусматривать наличие бытовых помещений на производстве (в хозяйстве);

- сообщить в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о случаях заболеваний кампилобактериозом среди животных;

- принять меры к медицинскому освидетельствованию сотрудников с признаками инфекционных заболеваний в неблагополучных по кампилобактериозу хозяйствах.

7.9. При обнаружении возбудителей кампилобактериоза по результатам производственного контроля на любых предприятиях или хозяйствах юридическое лицо или индивидуальный предприниматель обязан сообщить об этом в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.10. На предприятиях, перерабатывающих продукты и сырье животного происхождения, птицефабриках проводят дезинфекцию помещений, оборудования, спецодежды и других объектов в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

Ответственными за организацию и проведение дезинфекционных мероприятий на производствах являются руководители организаций, учреждений, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

VIII. Гигиеническое воспитание населения

8.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из главных методов профилактики ОКИ различной этиологии, в том числе кампилобактериоза.

8.2. Работники отдельных профессий, производств и организаций, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обязаны знать основные сведения о профилактике кишечных заболеваний (кампилобактериоза), которые должны входить в программу гигиенического обучения.

8.3. Гигиеническое обучение, воспитание населения по профилактике кампилобактериоза включает в себя организацию активной разъяснительной работы среди населения и представление подробной информации о кампилобактериозе, основных симптомах заболевания, мерах профилактики пищевого, водного и контактного пути передачи с помощью средств массовой информации, плакатов, бюллетений, проведением индивидуальной беседы с пациентом и других методов, направленных на повышение уровня гигиенической культуры населения.

8.4. Гигиеническим обучением по профилактике кампилобактериоза, обусловленного прямым контактом с животными (носителями кампилобактерий), должно быть охвачено население, содержащее домашних животных и птиц в подсобных хозяйствах или квартирах.

**8.8. Профилактика вирусного гепатита А и Е**

### I. Общие положения

* 1. Стандартное определение случаев
     1. Гепатиты A и E - инфекционные болезни вирусной этиологии проявляющиеся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и, как правило, сопровождающиеся повышением уровня аминотрансфераз сыворотки крови.
     2. Классификация случаев гепатита A для целей эпидемиологического надзора

Подозрительный случай - случай, соответствующий клиническому описанию (пункт 1.1.1. настоящих санитарных правил).

Подтвержденный случай - случай, соответствующий клиническому описанию (пункт 1.1.1. настоящих санитарных правил) и подтвержденный лабораторно, или случай, который соответствует клиническому описанию, выявленный у человека, имевшего контакт с лабораторно подтвержденным случаем гепатита A в течение 15 - 35 дней до появления симптомов заболевания.

При наличии эпидемического очага с множественными случаями гепатита A диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологических данных.

1.1.3. Классификация случая гепатита E для целей эпидемиологического надзора

Подозрительный случай острого гепатита E (ОГE):

- случай, соответствующий клиническому описанию (пункт 1.1.1. настоящих санитарных правил) при исключении маркеров вирусов гепатитов A, B, C;

- случай, соответствующий клиническому описанию в эпидемическом очаге гепатита E либо при посещении пациентом неблагополучных по гепатиту E регионов мира в течение инкубационного периода;

- случай острого гепатита у лиц, профессионально связанных с уходом за животными, переработкой животноводческой продукции (ветеринарные специалисты, работники боен, мясокомбинатов, молочно-товарных ферм, животноводческих хозяйств, биофабрик, ветеринарных лабораторий и др.);

- случай острого гепатита у лиц, употреблявших недостаточно термически обработанное мясо, а также сырую печень свиньи или кабана.

Подтвержденный случай ОГE - случай, соответствующий клиническому описанию и подтвержденный лабораторно.

Подозрительный случай ХГE - случай, соответствующий клиническому описанию (пункт 1.1.1. настоящих санитарных правил).

Подтвержденный случай ХГE - случай, соответствующий клиническому описанию и подтвержденный лабораторно.

* 1. Этиология

1.2.1. Вирус гепатита А (ВГА) относится относится к роду *Hepatovirus* семейства *Picornaviridae*.. Вирус гепатита Е (ВГЕ) принадлежит роду *Hepevirus* семейства *Hepeviridae*. Оба вируса лишены оболочек. Геном ВГА и ВГЕ представлен одноцепочечной РНК позитивной полярности. Вирион ВГА имеет диаметр 27 - 32 нм, а ВГЕ – 27 - 34 нм. У обоих вирусов существует лишь один серотип, что обеспечивает развитие перекрестного протективного иммунитета и эффективность вакцинации.

1.2.2. ВГА и ВГЕ характеризуются генетической вариабельностью. В настоящее время хорошо изучены четыре генотипа вируса гепатита Е (1-4), которые выявляются у людей. Генотипы 1 и 2 обнаруживаются в странах тропического и субтропического пояса. Вирусы генотипов 3 и 4 циркулируют среди многих видов животных (домашние и дикие свиньи, олени, косули, коровы, кролики, мангусты, леопарды, крысы, летучие мыши). В настоящее время известно о семи (I – VII) генотипах ВГА, четыре из которых I, II, III и VII ассоциированы с заболеванием у людей. Внутри I и III генотипов выделяют субгенотипы, которые обозначают заглавными буквами латинского алфавита A и B (IA, IB, IIIA, IIIB).

1.2.3. ВГА обладает высокой устойчивостью к действию факторов внешней среды и многих дезинфицирующих средств. При температуре плюс 20 °C вирус сохраняется в почве в течение 60 дней. С понижением температуры длительность выживания вируса значительно увеличивается. В питьевой воде при температуре плюс 4 °C его инфекционные свойства сохраняются более года. ВГЕ хорошо сохраняется при температуре плюс 20 °C и ниже. При температуре от плюс 45 °C до плюс 70 °C вирус частично инактивируется, но может сохранять жизнеспособность в недостаточно термически обработанном мясе.

* 1. Эпидемиологическая характеристика гепатита А и Е

1.3.1. Источником инфекции при гепатите A является только человек (антропонозная инфекция). При гепатите A выделяют три основные категории источников инфекции: больные с желтушной, безжелтушной (стертой) формами инфекции, а также лица с бессимптомным течением инфекции.Длительность инкубационного периода составляет 7 – 35 дней, в редких случаях достигая 50 дней.

Источниками инфекции при гепатите E являются дикие и домашние животные, особенно свиньи, а также человек (зооантропонозная инфекция). Гепатит E у животных протекает бессимптомно. Инкубационный период болезни у человека составляет 14 – 40 дней, в редких случаях достигая 60 дней. На территории Российской Федерации циркулирует ВГЕ генотипа 3. Регистрируются случаи завоза вируса других генотипов с территорий других стран.

1.3.2. Продолжительность выделения ВГА при различных проявлениях существенно не отличается. Наибольшая концентрация возбудителя в фекалиях отмечается в последние дни инкубационного периода и в первые дни болезни. С появлением желтухи у большинства больных концентрация вируса в фекалиях снижается. Эпидемиологическое значение имеют больные гепатитом A с затяжными формами инфекции (5 - 8%) и обострениями (около 1%), у которых наблюдается длительная вирусемия. Хроническое течение гепатита А не установлено.

1.3.3. При ОГE длительность вирусемии составляет в среднем 3 - 6 недель и у большинства больных исчезает в течение двух недель после появления симптомов. С фекалиями ВГЕ выделяется с последних дней инкубационного периода до 4 - 6 недель от начала клинических проявлений заболевания. При ХГE выделение вируса может продолжаться в течение многих лет.

1.3.4. Основным механизмом передачи возбудителей вирусных гепатитов A и E является фекально-оральный, который реализуется водным, пищевым или контактно-бытовым путями, другие пути передачи встречаются редко.

1.3.5. Водный путь передачи является доминирующим на территориях, где используется недоброкачественная вода для питьевых и хозяйственно-бытовых целей, а также при купании в загрязненных водоемах. Водным путем наиболее часто передается ВГЕ генотипов 1 и 2 в странах тропического и субтропического пояса. Описаны единичные водные вспышки, связанные с вирусом 3 и 4 генотипа.

1.3.6. Пищевой путь передачи реализуется при употреблении продуктов, загрязненных вирусами во время производства на пищевых предприятиях, предприятиях общественного питания и торговли любой формы собственности. Ягоды, овощи, зелень контаминируются вирусами при выращивании на полях орошения и огородах при использовании необезвреженных сточных вод или фекалий для полива или удобрения. Морепродукты могут быть контаминированы вирусами при отлове моллюсков в загрязненных сточными водами прибрежных водах.

Пищевой путь передачи характерен для ВГЕ генотипов 3 и 4, и реализуется при употреблении в пищу сырого или недостаточно термически обработанного мяса и субпродуктов (печени) инфицированных животных.

1.3.7. Контактно-бытовой путь передачи реализуется при несоблюдении правил личной гигиены. Факторами передачи служат руки, а также предметы, контаминированные вирусами. ВГЕ редко передается контактно-бытовым путем. Особым вариантом контактно-бытового пути является передача вирусов при орально-анальных сексуальных контактах. Установлены единичные и групповые случаи заболевания гепатитом A у мужчин, практикующих секс с мужчинами.

1.3.8. Длительный период вирусемии обусловливает возможность передачи ВГА и ВГЕ при переливании крови и ее препаратов, трансплантации солидных органов и тканей, а также употреблении инъекционных наркотиков. Вертикальная передача ВГЕ от беременной женщины ее плоду наблюдается в эндемичных странах.

1.3.9. Вирусные гепатиты A и E распространены повсеместно. Заболевания встречаются в виде спорадических случаев, локальных вспышек и эпидемий различной интенсивности (с преобладанием водного пути передачи).

1.3.10. При любом клиническом варианте течения вирусного гепатита A и после вакцинации формируется стойкий пожизненный иммунитет. Показателем наличия иммунитета к ВГА является присутствие в крови иммуноглобулины класса G к ВГА (anti-ВГА IgG). Лица, не имеющие anti-ВГА IgG, восприимчивы к ВГА.

1.3.11. Иммуноглобулины класса G к ВГЕ (anti-ВГЕ IgG) выявляются в крови больного от начала клинических проявлений и продолжают циркулировать не менее года. Длительность и стойкость иммунитета при гепатите E неизвестна.

* 1. Клинические проявления гепатита А и Е

1.4.1. Клинические проявления гепатитов А и Е могут проявляться в виде лихорадки, обещго недомогания, потери аппетита, диареи, тошноты, ощущения дискомфорта в области брюшной полости, потемнение мочи и желтухи (пожелтение кожи и склер).

1.4.2. Развитие манифестной формы при гепатите А напрямую связано с возрастом. У детей в возрасте до 6 лет заболевание обычно носит бессимптомный характер, и только у 10% развивается желтуха. У взрослых заболевание обычно протекает с появлением клинических симптомов, желтуха наблюдается в более чем 70% случаев. Тяжесть заболевания и смертность увеличиваются в более старших возрастных группах.

1.4.3. Гепатит Е у беременных, особенно во втором и третьем триместре, может протекать фульминантно с развитием острой печеночной недостаточности и заканчиваться потерей плода и смертельным исходом матери. Летальность среди беременных может достигать 20–25%.

1.4.4. При гепатите А и E в ряде случаев возможно развитие внепеченочных проявлений: поражение почек (гломерулонефрит), присоединение неврологических симптомов (синдром Гийена-Барре, плечевые невриты, внутричерепная гипертензия, острый менингоэнцефалит и др.), гематологических нарушений (тромбоцитопения, анемия) и других симптомов.

1.4.5. Редкие случаи хронической инфекции возможны при гепатите Е у иммуносупрессивных лиц, особенно у реципиентов трансплантации органов с применением иммуносупрессивных препаратов, инфицированных вирусом ВГЕ 3 или 4 генотипа.

### II. Выявление, учет и регистрация случаев гепатита А и Е

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Сведения о регистрации случаев заболевания вирусными гепатитами A и E на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

### III. Лабораторная диагностика

3.1. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов A и E проводится иммунохимическим (серологическим) и молекулярно-биологическим методами исследования в соответствии с действующими нормативно-правовыми и методическими документами.

Иммунохимическим (серологическим) методом в сыворотке крови определяют наличие антител иммуноглобулинов классов M и G к ВГА (anti-ВГА IgM и anti-ВГА IgG) и к ВГЕ (anti-ВГЕ IgM и anti-ВГЕ IgG).

3.2. Молекулярно-биологическим методом определяют рибонуклеиновую кислоту (РНК) ВГА и ВГЕ в сыворотке (плазме) крови и/или фекалиях.

3.3. Лабораторным критерием подтверждения случая гепатита A является обнаружение anti-HAV IgM в сыворотке крови и/или РНК HAV в сыворотке (плазме) крови и/или фекалиях.

Лабораторным критерием подтверждения случая ОГE является обнаружение anti-ВГЕ IgM и anti-ВГЕ IgG в сыворотке (плазме) крови или выявление РНК ВГЕ в сыворотке (плазме) крови и/или фекалиях.

Лабораторным критерием подтверждения случая ХГE является обнаружение РНК ВГЕ в сыворотке (плазме) крови в течение 3 и более месяцев.

3.4. Лабораторная диагностика гепатитов А и Е проводится с использованием диагностических препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.5. В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования на маркеры ВГА и ВГЕ, РНК ВГА или РНК ВГЕ в обязательном порядке указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось данное исследование.

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

4.1. Общие принципы проведения мероприятий

4.1.1. При выявлении больного гепатитом A или E (при подозрении на гепатит A или E) медицинский работник медицинской, детской образовательной и оздоровительной организации организует проведение комплекса первичных противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию очага и предупреждение заражения окружающих.

4.1.2. Специалисты органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют эпидемиологическое обследование в очагах, в том числе устанавливают источник инфекции, причины и условия возникновения заболевания, уточняют границы очага, разрабатывают и реализуют меры по его ликвидации.

Выявляются лица, имевшие контакт с заболевшим в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни, в детских образовательных организациях, стационарах, санаториях, производственных, воинских и прочих организациях, а также по месту проживания заболевшего (в том числе в общежитиях, гостиницах и т.п.), о чем руководители данных организаций ставятся в известность.

Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства определяется специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.1.3. Для проведения эпидемиологического обследования и реализации мер по ликвидации очагов с множественными случаями заболеваний вирусными гепатитами A или E органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, формируют группу специалистов эпидемиологического, санитарно-гигиенического, клинического и других необходимых профилей в зависимости от характера очага.

4.1.4. Содержание, объем и продолжительность проведения мер по ликвидации очагов вирусных гепатитов A или E среди населения, на предприятиях, в организациях и организованных коллективах (детские, воинские коллективы, учебные заведения, санатории, стационары, предприятия общественного питания, торговли, предприятия по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений и др.) определяют специалисты органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на основании результатов эпидемиологического обследования.

4.1.5. При проведении эпидемиологического расследования уточняют:

- число больных желтушными и стертыми формами и количество лиц, подвергшихся риску заражения, определяют связь между ними;

- распределение заболевших по районам в населенном пункте, по возрастным и профессиональным группам;

- распределение заболевших по группам, классам в детских и других образовательных организациях, воинских и других коллективах;

- вероятный источник инфекции и пути передачи вируса;

- соответствие качества питьевой воды, потребляемой населением, требованиям, регламентируемым нормативными документами: гигиеническим требованиям к охране поверхностных вод, требованиям к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения и контролю качества, гигиеническим требованиям к качеству воды нецентрализованного водоснабжения, к санитарной охране источников;

- соблюдение требований санитарного законодательства по обеспечению очистки и обеззараживания хозяйственно-бытовых сточных вод;

- состояние и режим работы систем водоснабжения и канализования, санитарно-технического оборудования;

- наличие аварийных ситуаций на водопроводных и канализационных сетях и сроки их устранения;

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

- нарушения санитарно-противоэпидемического режима, вероятность дальнейшего распространения инфекций.

4.1.6. С целью лабораторного подтверждения потенциальной опасности водных объектов как фактора передачи ВГА в зависимости от конкретнойэпидемиологической ситуации молекулярно-биологическим методом определяют РНК ВГА в хозяйственно-бытовых сточных водах, воде поверхностных и подземных источников питьевого водоснабжения, водопроводной воде.

4.2. Меры в отношении источника инфекции

4.2.1. Больные и подозрительные на заболевание вирусными гепатитами A или E подлежат госпитализации в инфекционное отделение.

4.2.2. В отдельных случаях допускается лечение больного с лабораторно подтвержденным диагнозом на дому при условии:

- легкого течения заболевания;

- обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования;

- проживания больного в отдельной благоустроенной квартире;

- отсутствия контактов с работниками медицинских, детских образовательных организаций, других эпидемиологически значимых объектов, а также с детьми, посещающими детские образовательные организации;

- обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима;

- отсутствия у заболевшего вирусных гепатитов B и C или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем.

4.2.3. Допускается изоляция больных с подозрением на гепатит A или гепатит E на 2 - 3 дня в изоляторе организаций закрытого типа для медицинского наблюдения, лабораторного обследования в целях уточнения диагноза при благоприятных санитарно-коммунальных условиях, легком течении заболевания и обеспечении индивидуального ухода. В случае подтверждения диагноза больной госпитализируется в инфекционное отделение.

4.2.4. В сложных диагностических случаях (в том числе у беременных в любом триместре беременности), когда имеется подозрение на вирусный гепатит A или E у пациента, но необходимо исключить другое инфекционное заболевание, больного госпитализируют в боксированное инфекционное отделение стационара.

4.2.5. Диагноз вирусного гепатита A или E должен быть подтвержден лабораторно в течение 48 часов после выявления подозрительного случая заболевания. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при гепатите сочетанной этиологии, при наличии хронического гепатита B или хронического гепатита C, а также сочетании гепатита A или E с другими заболеваниями.

4.2.6. Выписка из инфекционного отделения осуществляется по клиническим показаниям.

4.2.7. Диспансерное наблюдение за переболевшими осуществляется врачами-инфекционистами МО по месту жительства или лечения. Первый контрольный осмотр проводится не позднее, чем через месяц после выписки из стационара. В дальнейшем сроки наблюдения и объем необходимых обследований определяются врачом-инфекционистом по месту жительства.

4.3. Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя

4.3.1. При выявлении больного вирусным гепатитом A или E медицинский работник (семейный врач, участковый врач, врач-эпидемиолог и др.) организует проведение комплекса первичных противоэпидемических мероприятий, включая текущую и заключительную дезинфекцию, направленных на прерывание путей передачи инфекции и предупреждение заражения окружающих.

4.3.2. В эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя проводят лабораторное исследование проб окружающей среды, в том числе остатков пищевого продукта или блюд, сырья, воды, смывов с кухонного оборудования, инвентаря и другие. Лабораторные исследования объектов внешней среды (вода, пищевая продукция и другие) проводятся организациями, обеспечивающими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень лабораторных исследований определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

4.3.3. Текущую дезинфекцию в домашних очагах осуществляет лицо, ухаживающее за больным с момента его выявления до госпитализации, а также в случае изоляции его на дому.

4.3.4. Заключительная дезинфекция в домашних очагах, коммунальных квартирах, общежитиях, гостиницах проводится после госпитализации (смерти) больного и осуществляется специалистами организаций дезинфекционного профиля любых форм собственности по заявкам МО.

4.3.5. При выявлении случая заболевания гепатитом A или E в организованных коллективах после изоляции больного осуществляется заключительная дезинфекция, объем и содержание которой зависят от характеристики очага. Дезинфекционные мероприятия проводятся специалистами организаций дезинфекционного профиля любых форм собственности в границах очага, определяемых специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. В течение 35 дней с момента изоляции последнего заболевшего проводится текущая дезинфекция силами сотрудников учреждения, в котором выявлен случай заболевания. Ответственность за организацию и проведение дезинфекции несет руководитель данного учреждения.

4.3.6. Заключительная дезинфекция проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля в детских дошкольных образовательных организациях, коллективах с круглосуточным пребыванием детей и взрослых, коллективах военнослужащих по каждому случаю гепатита A или E, а в школах и других детских образовательных учреждениях - при возникновении повторных или групповых случаев заболевания. Текущая дезинфекция проводится силами сотрудников учреждения.

4.3.7. Для заключительной и текущей дезинфекции в эпидемических очагах используют зарегистрированные в установленном порядке дезинфицирующие средства, эффективные в отношении возбудителей вирусных гепатитов A и E. Дезинфекции подлежат 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 др.).

4.3.8. В случае несоответствия качества воды действующим гигиеническим нормативам, наличия информации о перебоях в подаче воды населению и аварийных ситуациях на канализационных или водопроводных сетях, а также при возникновении среди населения вспышки вирусного гепатита A или E, связанной с употреблением недоброкачественной питьевой воды, в населенных пунктах проводится:

- устранение аварии;

- замена аварийных участков водопроводных и канализационных сетей с последующей их дезинфекцией и промывкой;

- мероприятия по санации нецентрализованных источников и систем водоснабжения;

- обеспечение населения в очаге привозной доброкачественной питьевой водой;

- очистка и санация систем нецентрализованного канализования (туалетов выгребного и поглощающего типов).

4.3.9. В случае возникновения вспышки вирусного гепатита A или E в результате использования контаминированных продуктов проводится:

- выявление и изъятие пищевых продуктов, послуживших вероятной причиной возникновения заболевания;

- устранение выявленных нарушений при заготовке, транспортировке, хранении, технологии приготовления (обработка) и реализации пищевых продуктов.

4.4. Меры в отношении контактных лиц

4.4.1. В эпидемическом очаге вирусного гепатита A или E выявляются лица, имевшие контакт с больным или подвергшиеся риску заражения, и организуется их учет, обследование и наблюдение. В очаге гепатита A проводится вакцинация по эпидемическим показаниям.

4.4.2. При проведении мероприятий в очаге вирусного гепатита A или E необходимо обеспечить раннее выявление больных среди контактных лиц (особенно со стертой и безжелтушной формами).

4.4.3. Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением. Длительность наблюдения в очаге гепатита A составляет 35 дней со дня разобщения с источником инфекции. Длительность наблюдения в очаге гепатита E составляет 40 дней со дня разобщения с источником инфекции. Осуществляется опрос, термометрия, наблюдение за цветом склер и кожных покровов, окраской мочи, размером печени и селезенки с регистрацией в листе наблюдений, а также клинико-лабораторное обследование.

4.4.4. Первичный клинический осмотр и клинико-лабораторное обследование проводит медицинский работник (врач-инфекционист, врач-терапевт, фельдшер) МО по месту проживания контактных лиц или месту работы (обучения, воспитания) в первые 5 дней после выявления больного и до введения вакцины против гепатита A.

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

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

4.4.5. При выявлении больного гепатитом A или гепатитом E в организованном детском коллективе (коллективе военнослужащих), в организации вводится карантин сроком на 35 дней при гепатите A и сроком на 40 дней при гепатите E с момента изоляции последнего больного. За детьми (военнослужащими), имевшими контакт с больным вирусным гепатитом A или E устанавливают ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина.

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

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

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

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

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

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

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

4.4.8. За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование (в течение 35 дней при гепатите A и в течение 40 дней при гепатите E) осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта) по месту жительства. Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования. В очаге гепатита A проводят вакцинацию не болевших и не привитых ранее контактных лиц.

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

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

4.5. Мероприятия в животноводческих хозяйствах и на предприятиях мясоперерабатывающей промышленности

4.5.1. При выявлении случаев заболевания гепатитом E среди работников животноводческих хозяйств и предприятий мясоперерабатывающей промышленности вне зависимости от форм собственности руководитель органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере ветеринарии совместно с главным государственным санитарным врачом субъекта Российской Федерации вносят предложения в орган государственной власти субъекта Российской Федерации о наложении ограничений на хозяйство и проведению мероприятий по ликвидации очага.

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

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

4.5.2.2. Для своевременного выявления заболевших организуется медицинский осмотр работников с обязательным лабораторным обследованием на гепатит E.

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

4.5.2.4. Принимаются меры по обеспечению и контролю исполнения ветеринарного законодательства Российской Федерации на объектах животноводства и мясоперерабатывающей промышленности.

### V. Эпидемиологический надзор

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами A и E - постоянное наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг многолетней и внутригодовой динамикой заболеваемости, факторами и условиями, влияющими на распространение инфекции, циркуляцией генетических вариантов возбудителя, состоянием специфического иммунитета населения к вирусам, охватом иммунизацией населения против гепатита A, оценку эффективности проводимых противоэпидемических (профилактических) мероприятий и эпидемиологическое прогнозирование.

5.2. Целью надзора является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса и своевременное принятие эффективных управленческих решений, обеспечивающих предупреждение возникновения и распространения вирусных гепатитов A и E.

5.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за вирусным гепатитом E осуществляется во взаимодействии с органами, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере ветеринарии.

5.4. Сбор информации, ее оценка, обработка, анализ осуществляются специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в оперативном порядке и/или в процессе проведения ретроспективного эпидемиологического анализа.

5.5. Результаты оперативного анализа являются основой для принятия экстренных управленческих решений (проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий).

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. Неспецифическая профилактика

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

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

К санитарно-гигиеническим мероприятиям по профилактике гепатитов A и E относятся:

- благоустройство населенных пунктов

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

- улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта населения

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

- обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно-гигиенических норм и правил, санитарно-противоэпидемического режима в детских образовательных,оздоровительных, медицинских организациях, учебных заведениях, организованных воинских коллективах и других объектах;

- соблюдение правил личной гигиены

- гигиеническое воспитание населения.

6.1.2. Органы, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере ветеринарии в субъекте Российской Федерации информируют в течение 24-х часов территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о выявлении ВГЕ у животных или в продуктах животноводства.

6.1.3. При выявлении ВГЕ у животных или в продуктах животноводства на территории субъектов Российской Федерации, должны быть разработаны комплексные планы по профилактике ОГЕ среди людей, разрабатываемые при участии органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляющих функции по контролю и надзору в сфере ветеринарии, а также органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

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

6.1.5. Контроль за выполнением мероприятий по профилактике инфицирования ВГЕ сельскохозяйственных животных и продуктов животноводства обеспечивают органы, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере ветеринарии.

6.2. Специфическая профилактика

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

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

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

### VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения предусматривает информирование об основных симптомах вирусных гепатитов A и E, а также мерах их профилактики с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведения бесед.

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

**8.9. Профилактика полиомиелита**

I. Общие положения

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

1.2.Источником инфекции является человек – больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 часов, а в испражнениях – через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях – в течение 3-6 недель. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания.

1.3. Инкубационный периодпри остром полиомиелите колеблется от 4 до 30 дней. Наиболее часто этот период длится от 6 до 21 дня.

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

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

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

1.7. Основные эпидемиологические признаки полиомиелита.

В довакцинальный период распространение заболевания полиомиелитом носило повсеместный и выраженный эпидемический характер. В условиях умеренного климата наблюдалась летне-осенняя сезонность.

Период после внедрения вакцинации характеризуется резким снижением заболеваемости полиомиелитом. Заболевание регистрируется в основном у детей, не привитых против полиомиелита или привитых с нарушением календаря профилактических прививок.

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

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

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

- риски, связанные с небезопасным обращением с полиовирусами любого типа;

- не выявленные случаи передачи полиовируса.

Наибольшему риску заболевания полиомиелитом в случае завоза ДПВ или ПВВПподвержены дети, получившие менее 3-х прививок против полиомиелита или привитые с нарушением схемы иммунизации, определенной действующими нормативно-методическими документами.

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

1.9. В возникновении вспышек полиомиелита среди населения с низким охватом иммунизацией доказана роль не только ДПВ, но и полиовирусов вакцинного происхождения, значительно дивергировавших от вакцинного предка (ПВВП). Такие штаммы способны к продолжительной циркуляции и восстановлению нейровирулентных свойств.

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

При регистрации случаев ОВП и полиомиелита необходимо руководствоваться Международной классификацией болезней 10 пересмотра (далее – МКБ 10):

- острый вялый паралич – любой случай острого вялого паралича у ребёнка до 15 лет (14 лет 11 мес. 29 дн.), включая синдром Гийена-Барре, или любое паралитическое заболевание независимо от возраста при подозрении на полиомиелит. Перечень заболеваний, сопровождающихся синдромом ОВП, приведен в Приложении 42;

- острый паралитический полиомиелит, вызванный ДПВ – случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день после возникновения, при котором выделен ДПВ (по МКБ10 - А80.1, А80.2);

- острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента – случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший не ранее 4-го и не позднее 30-го дня после иммунизации ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ10 - А80.0.);

- острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у контактного – случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший, как правило, не позднее 60-го дня после контакта с человеком, привитым ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ10 - А80.0.);

- острый паралитический полиомиелит не уточненной этиологии – случай острого вялого паралича, при котором получены отрицательные результаты лабораторного обследования (вирус полиомиелита не выделен) вследствие неадекватно собранного материала (позднее выявление случая, поздние сроки отбора, неправильное хранение или недостаточный объём материала для исследования) или лабораторное исследование не проводилось, но наблюдаются остаточные явления к 60-му дню с момента их возникновения (по МКБ10 - А80.3);

- острый паралитический полиомиелит другой, неполиовирусной этиологии – случай острого вялого паралича с остаточными явлениями на 60-й день, при котором проведено полное адекватное лабораторное обследование, но вирус полиомиелита не выделен, и не получено диагностического нарастания титра антител или выделен другой нейротропный вирус (по МКБ10 - А80.3.).

II. Выявление, регистрация, учет больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. К приоритетным («горячим») случаям ОВП относятся:

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

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

- дети с ОВП, прибывшие из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

- дети с ОВП из семей мигрантов, кочующих групп населения;

- дети с ОВП, общавшиеся с мигрантами, лицами из числа кочующих групп населения,

- дети с ОВП, имевшие контакт с прибывшими из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий) в течение последних 60 дней;

- лица с подозрением на полиомиелит вне зависимости от возраста.

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

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

2.5. Учету и регистрации подлежат больные полиомиелитом, с подозрением на полиомиелит – без ограничения возраста, больные, у которых выявлен синдром ОВП при любой нозологической форме заболевания – в возрасте до 15 лет (14 лет 11 мес. 29 дн.). Регистрация и учет осуществляется в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.6. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляют в Координационный центр отчет о регистрации полиомиелита и острых вялых параличей и вирусологических исследованиях на полио и энтеровирусы в соответствии с формой, представленной в Приложении 44 к настоящим санитарным правилам. В отчет включается число случаев ОВП по предварительным диагнозам.

2.7. Сведения о регистрации случаев полиомиелита и ОВП после их подтверждения Национальной комиссией по диагностике полиомиелита и ОВП вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения №1 и №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (месячная, годовая).

2.8. Список случаев ПОЛИО/ОВП предоставляется территориальным органом, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в Координационный центр в соответствии с формой, представленной в Приложении 45 к настоящим санитарным правилам.

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

3.1. От больного полиомиелитом (с подозрением на это заболевание) и больных с синдромом ОВП берут две пробы фекалий в максимально ранние сроки (но не позднее 14-го дня) от момента возникновения пареза/паралича. Забор материала осуществляется медицинскими работниками медицинской организации, в которую госпитализирован больной. Первая проба фекалий берется при выявлении больного, вторая – через 24-48 часов после взятия первой пробы.

3.2. Пробы от приоритетных («горячих») случаев ОВП, в том числе случаев полиомиелита (подозрения на полиомиелит), доставляют в Национальную лабораторию по диагностике полиомиелита (далее – НЛДП). Пробы от остальных (неприоритетных) случаев ОВП доставляют в Региональный центр по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом и ОВП (далее – РЦ ПОЛИО/ОВП). Доставка проб осуществляется в установленном порядке с направлением на лабораторное исследование, которое составляется в 2 экземплярах в соответствии с формой, представленной в Приложении 46 к настоящим санитарным правилам.

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

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

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

- пробы от контактных в эпидемическом очаге, где выявлен приоритетный («горячий») случай ОВП, в том числе случай полиомиелита (подозрения на полиомиелит), или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2.

3.5. Для идентификации вирусов в НЛДП направляются:

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

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

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

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

- больных с синдромом ОВП в соответствии с пунктом 3.2, а также от контактных с ними в эпидемическом очаге;

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

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

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

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

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

- исследования проб фекалий от здоровых детей из «групп риска»;

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

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

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

- проб фекалий от больных с синдромом ОВП в соответствии с пунктом 3.2, от детей, контактных с ними в эпидемических очагах (при наличии показаний);

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

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

3.11. При отсутствии в учреждениях, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, собственной лабораторной базы, неудовлетворительных показателях чувствительности эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП осуществляется доставка в РЦ ПОЛИО/ОВП:

- проб фекалий от здоровых детей «групп риска» по эпидемическим показаниям;

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

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

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

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

4.1. Мероприятия в отношении больных полиомиелитом, больных с синдромом острого вялого паралича и носителей ДПВ, ПВВП, вакциноподобного вируса полиомиелита типа 2:

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

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

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

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

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

Забор и доставку материалов для лабораторных исследований осуществляют в соответствии с установленными требованиями.

4.1.4. При подозрении на полиомиелит проводят исследования иммунологического статуса (иммунограмма должна содержать информацию, позволяющую оценить гуморальный и клеточный иммунитет) и электрофизиологические исследования (электромиографию и электронейромиографию).

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

4.1.6. В целях выявления остаточных параличей проводится осмотр больного ПОЛИО/ОВП через 60 дней от начала паралича/пареза (при условии, если паралич не восстановился ранее). Данные осмотра вносят в медицинскую документацию больного и во 2-ю часть карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП в соответствии с формой, приведенной в Приложении 43 к настоящим санитарным правилам.

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

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

4.1.9. Окончательную классификацию случая ПОЛИО/ОВП проводит Национальная комиссия по диагностике ПОЛИО/ОВП на основании анализа и оценки карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП (1-я и 2-я части) и другой (при необходимости) медицинской документации (история развития ребенка, медицинская карта стационарного больного, результаты лабораторных исследований и другие). Итоги окончательной классификации доводятся до сведения территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, который информирует медицинскую организацию. Результаты окончательной классификации вносят в 3-ю часть карты в соответствии с формой, приведенной в Приложении 43 к настоящим санитарным правилам.

4.1.10. Лица, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии национальным календарем профилактических прививок.

4.1.11. Здоровый носитель ДПВ, ПВВП или вакциноподобного полиовируса типа 2 по эпидемическим показаниям (наличие в семье детей, не привитых против полиомиелита, а также лиц, относящихся к декретированным контингентам – медицинские работники, работники торговли, общественного питания, детских образовательных организаций) подлежит изоляции в инфекционный стационар до получения отрицательного результата лабораторных исследований.

Носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 при его выявлении подлежит трехкратной иммунизации с интервалом между прививками 1 месяц (выбор вакцины (ОПВ/ИПВ) осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией).

Носители ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, посещающие организованные коллективы детей, или относящиеся к декретированному контингенту, не допускаются в коллективы детей и к профессиональной деятельности до получения отрицательного результата лабораторных исследований образцов стула на полиовирус. Взятие материала для проведения вирусологических исследований у таких лиц осуществляется перед введением очередной дозы вакцины ОПВ.

Решение об изоляции носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 и его иммунизации принимает специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной с синдромом острого вялого паралича, больной полиомиелитом, носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2:

4.2.1. Специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения о выявлении больного ПОЛИО/ОВП или носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводит эпидемиологическое расследование, определяет границы эпидемического очага, круг контактных лиц и организует комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

4.2.2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге проводят медицинские и другие организации под контролем территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.2.3. В эпидемическом очаге, где выявлен больной с синдромом ОВП, проводят мероприятия в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет:

- медицинский осмотр врачами – педиатром, неврологом, инфекционистом;

- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;

- забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях, предусмотренных пунктом 4.2.5);

- иммунизация в установленном порядке (выбор вакцины (ОПВ/ИПВ) осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией, в случаях, предусмотренных пунктом 4.2.4 иммунизация проводится ИПВ) вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.

4.2.4. Дети, не привитые против полиомиелита, однократно привитые вакциной ИПВ или имеющие противопоказания к применению вакцины ОПВ, а также не имеющие сведений об иммунизации против полиомиелита, прививаются с учетом с п. 7.1. настоящих санитарных правил.

4.2.5. Взятие одной пробы фекалий от детей в возрасте до 5 лет для лабораторного исследования в очаге, где выявлен больной ОВП, проводится в случаях:

- позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП (позже 14 дня с момента появления паралича);

- неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП (менее 2-х проб стула);

- при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

- при выявлении приоритетных («горячих») случаев ОВП.

Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет для лабораторного исследования проводится до иммунизации.

4.3. Мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включают:

- первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);

- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;

- однократное лабораторное обследование контактных лиц (перед проведением дополнительной иммунизации);

- дополнительную иммунизацию контактных лиц против полиомиелита в кратчайшие сроки, независимо от возраста и ранее проведенных профилактических прививок (выбор вакцины (ОПВ/ИПВ) осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией).

4.3.1. Организуется дополнительная иммунизация:

- взрослых, включая медицинских работников – однократно;

- детей в возрасте до 5 лет – согласно пунктам 4.2.3, 4.2.4 настоящих санитарных правил;

-детей в возрасте до 15 лет, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), – однократно (при наличии сведений о прививках, полученных на территории Российской Федерации) или трехкратно (без сведений о прививках, при наличии прививок, проведенных в другой стране);

- беременных женщин, не имеющих сведений о профилактических прививках против полиомиелита или не привитых против полиомиелита, – однократно ИПВ.

4.3.2. На территории, где был выявлен больной полиомиелитом или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом типа 2, осуществляется анализ состояния привитости населения против полиомиелита с организацией необходимых дополнительных противоэпидемических и профилактических мероприятий (дополнительных мероприятий по иммунизации).

4.3.3. В очаге после госпитализации больных с синдромом ОВП, полиомиелитом, изоляции носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводится текущая и заключительная дезинфекция с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке и обладающих вирулицидными свойствами, в соответствии с инструкцией/методическими указаниями по их применению. Организация и проведение заключительной дезинфекции осуществляется в установленном порядке.

V. Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами

5.1. Эпидемиологический надзор за ПОЛИО/ОВП проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Чувствительность и качество эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП определяется следующими показателями, рекомендуемыми Всемирной организацией здравоохранения:

- показатель заболеваемости ОВП – не менее 1,0 на 100 тыс. детей в возрасте до 15 лет (по результатам окончательной классификации случаев, исключая случаи полиомиелита);

- своевременность выявления больных ПОЛИО/ОВП (не позднее 7 дней от начала появления паралича) – не менее 80%;

- адекватность отбора проб фекалий от больных ПОЛИО/ОВП для вирусологического исследования (забор 2 проб не позднее 14 дней от начала заболевания) – не менее 80%;

- полнота лабораторных исследований проб фекалий от больных ПОЛИО/ОВП (2 пробы от одного больного) в РЦ за ПОЛИО/ОВП и НЦЛДП - не менее 100%;

- своевременность (не позднее 72 часов с момента взятия второй пробы фекалий) доставки проб от больных ПОЛИО/ОВП в РЦ за ПОЛИО/ОВП, НЦЛДП – не менее 80%;

- удельный вес проб фекалий, поступивших в лабораторию для исследования, отвечающих установленным требованиям (удовлетворительных проб) – не менее 90%;

- своевременность представления результатов лабораторией (не позднее 15 дня с момента поступления пробы при отрицательном результате исследования проб и не позднее 21 дня при положительном результате исследования) в учреждение, направлявшее пробы – не менее 90%;

- эпидемиологическое расследование случаев ПОЛИО/ОВП в течение 24 часов после регистрации – не менее 90%;

- повторный осмотр больных ПОЛИО/ОВП через 60 дней от начала паралича – не менее 90%;

- доля больных полиомиелитом, обследованных вирусологически на 60 и 90 дни от начала паралича – не менее 90%;

- окончательная классификация случаев ПОЛИО/ОВП через 120 дней от начала паралича – не менее 100%;

- своевременность представления в установленные сроки и в установленном порядке ежемесячной информации о заболеваемости ПОЛИО/ОВП (в т.ч. нулевой) – не менее 100%;

- своевременность представления в установленные сроки и в установленном порядке копий карт эпидемиологического расследования случаев заболеваний ПОЛИО/ОВП – не менее 100%;

- полнота представления в установленные сроки и в установленном порядке изолятов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий от людей, из объектов окружающей среды – не менее 100%.

5.3. Мероприятия по профилактике полиомиелита проводятся в рамках реализации Национального плана действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации, соответствующих планов действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса субъектов Российской Федерации и установленных требований федерального законодательства в сфере диагностики, эпидемиологии и профилактики полиомиелита.

5.4. План действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации разрабатывают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан совместно с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и утверждают в установленном порядке, с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

В субъектах Российской Федерации ежегодно разрабатывается и утверждается план проведения активного эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП.

5.5. Документация о подтверждении свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации готовится и представляется субъектом Российской Федерации ежегодно в адрес Координационного центра профилактики полиомиелита и энтеровирусной (неполио) инфекции в установленном порядке.

5.6. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан совместно с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, создают комиссии по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей (далее – региональная комиссия по диагностике). Деятельность комиссии осуществляется в установленном порядке.

5.7. При наличии в субъекте Российской Федерации лабораторий, сохраняющих полиовирусы или работающих с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным полиовирусом, органом, осуществляющим санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, создается Комиссия по контейнменту полиовирусов. Деятельность комиссии осуществляется в установленном порядке.

5.8. Оказание организационной и методической помощи субъектам Российской Федерации осуществляют национальные комиссии: Комиссия по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей, Комиссия по контролю за соблюдением требований биологической безопасности лабораторного обращения диких и вакцинных полиовирусов, других (неполио) энтеровирусов, Комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита.

Организационная структура органов и организаций, осуществляющих реализацию Национального плана действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации, представлена в Приложении 47 к настоящим санитарным правилам.

VI. Специфическая профилактика полиомиелита

6.1. Иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

6.2. Регистрация, учет и отчетность о выполненных профилактических прививках ведется в соответствии с установленными законодательством требованиями.

6.3. Основными критериями оценки качества и эффективности плановой иммунизации против полиомиелита детей являются своевременность и полнота охвата иммунизацией в соответствии с национальным календарем профилактических прививок:

- не менее 95% от общего количества детей, подлежащих вакцинации в возрасте 12 месяцев;

- не менее 95% от общего количества детей, подлежащих второй ревакцинации в возрасте 24 месяца.

6.4. Оценка качества и эффективности плановой иммунизации согласно критериям в субъекте Российской Федерации осуществляется на всех уровнях: в разрезе городов, районов, муниципальных образований, населенных пунктов, медицинских организаций, детских образовательных организаций, врачебных, фельдшерских участков.

6.5. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в индивидуальном порядке (отдельным лицам) и/или группам населения путем проведения дополнительных мероприятий по иммунизации (ДМИ).

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

- лицам в очагах полиомиелита и ОВП (в соответствии с пунктами 4.2.3, 4.2.4, 4.3, 4.3.1);

- лицам, выезжающим в эндемичные или неблагополучные по полиомиелиту страны (территории), а также по требованию принимающей стороны. Рекомендуется провести однократную дополнительную иммунизацию не позднее 2-х недель до поездки. При этом выезжающие в эндемичные или неблагополучные по полиомиелиту страны (территории) должны быть полностью привиты против полиомиелита.

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

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

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

- лицам, работающим с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным ДПВ, ПВВП, вакциподобным полиовирусом типа 2– однократно при поступлении на работу, далее в соответствии с требованиями пункта 6.7.

6.7. Лица, работающие в лаборатории и имеющие контакт с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом типа 2, каждые пять лет обследуются на напряженность иммунитета к полиовирусам, по результатам обследования решается вопрос о проведении дополнительной иммунизации.

6.8. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям в виде ДМИ проводится:

- на территории (в популяции), где выявлен завоз или циркуляция ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2;

- на территории (в популяции), где зарегистрирован случай полиомиелита, вызванный ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом типа 2;

- на территории (в популяции), где выделен ДПВ, ПВВП, вакциноподобный полиовирус типа 2 в материалах от людей или из объектов окружающей среды;

- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах, медицинских организациях, на врачебных и фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с низким (менее 95%) уровнем охвата прививками против полиомиелита детей в декретированные сроки: вакцинацией в возрасте 12 месяцев и второй ревакцинацией против полиомиелита в возрасте 24 месяцев;

- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах, на врачебных и фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с низким (менее 80%) уровнем серопозитивных результатов серологического мониторинга отдельных возрастных групп детей при проведении репрезентативных исследований;

- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах, на врачебных, фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с неудовлетворительным показателем чувствительности эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами (отсутствие выявления ОВП в субъекте на протяжении 2-х лет и более).

6.9. ДМИ в виде организованных кампаний иммунизации в масштабах всей страны проводятся в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, в котором определяются возраст подлежащих иммунизации против полиомиелита, сроки, порядок и кратность ее проведения.

6.10. ДМИ на территории субъекта Российской Федерации, на отдельных территориях (районах, городах, населенных пунктах, медицинских организациях, педиатрических участках, фельдшерских пунктах, детских образовательных организациях) проводятся в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяются возраст, подлежащих иммунизации против полиомиелита, сроки, место проведения (район, город, населенный пункт и другое), порядок и кратность ее проведения.

6.11. ДМИ проводятся вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.

При совпадении сроков проведения иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям с возрастом, регламентированным Национальным календарем профилактических прививок, иммунизация засчитывается как плановая.

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

6.12. Сведения об иммунизации против полиомиелита по эпидемическим показаниям заносятся в соответствующую учетную медицинскую документацию.

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

6.14. Отчет о проведении иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям представляется по установленной форме и в установленные сроки.

6.15. Основными критериями оценки качества и эффективности ДМИ против полиомиелита детей является своевременность и полнота охвата прививками не менее 95% от общего количества детей, подлежащих дополнительной иммунизации.

VII. Мероприятия по профилактике вакциноассоциированных   
случаев полиомиелита (ВАПП)

7.1. Для профилактики ВАПП у реципиента вакцины:

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

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

7.2. Для профилактики ВАПП у контактных с детьми, получившими прививки ОПВ в течение последних 60 дней, проводятся мероприятия в соответствии с пунктами 7.3-7.8 настоящих санитарных правил.

7.3. Руководители медицинских организаций, дошкольных организаций, общеобразовательных учреждений, летних оздоровительных организаций проводят разобщение детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита, не привитых против полиомиелита или получивших менее 3 доз полиомиелитной вакцины, с детьми, привитыми вакциной ОПВ в течение последних 60 дней, на срок 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ.

7.4. При госпитализации детей в стационар в направлении на госпитализацию медицинская организация, направившая ребенка, указывает прививочный статус ребенка (количество сделанных прививок против полиомиелита, дата последней прививки против полиомиелита и название вакцины).

7.5. При заполнении палат в медицинских организациях не допускается госпитализация не привитых против полиомиелита и получивших менее 3-х прививок полиовакцины детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита в одну палату с детьми, получившими прививку ОПВ в течение последних 60 дней. Необходимо проводить «сигнальную» маркировку карт стационарных больных, получивших прививку ОПВ в течение последних 60 дней.

7.6. Разобщение в дошкольных организациях, общеобразовательных учреждениях, летних оздоровительных организациях осуществляется путем временного перевода не привитого против полиомиелита ребенка в группу/класс/отряд, где нет детей, привитых ОПВ в течение последних 60 дней. Отстранение не привитого против полиомиелита ребенка от посещения образовательного/оздоровительного учреждения проводится только в случае невозможности перевода в другую группу/класс/отряд по объективным причинам (отсутствие принципа групповой изоляции в детском дошкольном учреждении; проведение совместных мероприятий в музыкальном, актовом, спортивном залах; наличие иммунизированных против полиомиелита ОПВ в течение последних 60 дней, по всем группам/классам/отрядам). Разобщение направлено на предупреждение инфицирования и заболевания незащищенного (не привитого) ребенка.С родителями не привитого ребенка проводят разъяснительную работу.

7.7. В детских закрытых коллективах (в учреждениях, предназначенных для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в целях профилактики возникновения контактных случаев ВАПП, обусловленных циркуляцией вакциноподобных штаммов полиовирусов, для вакцинации и ревакцинации детей применяется только вакцина ИПВ.

При приеме в детский закрытый коллектив вновь поступивших детей, получивших за его пределами прививку ОПВ в течение последних 60 дней, следует обеспечить его разобщение с непривитыми и не полностью привитыми (менее 3-х доз полиовакцины) детьми на срок 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ.

В детских закрытых коллективах необходимо предусмотреть временное нахождение детей в течение 21 дня в приемно-карантинном отделении при их поступлении из стационара после проведенного лечения; из органов опеки и попечительства. В детских закрытых коллективах необходимо исключить одновременную работу персонала в группах, где находятся дети не привитые против полиомиелита (имеющие менее трех профилактических прививок) и в группах детей приемно-карантинного отделения.

7.8. При иммунизации ОПВ одного из детей в семье медицинский работник должен уточнить у родителей (опекунов) имеются ли в семье не привитые против полиомиелита дети или привитые однократно, и при наличии таковых рекомендовать иммунизировать в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и п. 7.1. настоящего документа не привитого или однократно привитого ребенка (при отсутствии противопоказаний) или разобщить детей сроком на 60 дней.

VIII. Серологический мониторинг популяционного иммунитета к полиомиелиту

8.1. Проведение серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту организуют территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический контроль, совместно с органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья населения в целях получения объективных данных о состоянии иммунитета населения к полиомиелиту в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

8.2. Результаты серологических исследований необходимо вносить в соответствующую учетную медицинскую документацию.

8.3. Отчет о проведении серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту представляется в установленном порядке.

IX. Мероприятия, направленные на выявление завоза, циркуляции ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2

9.1. В целях своевременного выявления завоза дикого полиовируса, циркуляции ПВВП территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, организуют:

- периодическое информирование медицинских и других организаций о глобальной эпидемиологической ситуации по полиомиелиту;

- активный эпидемиологический надзор за ПОЛИО/ОВП в медицинских организациях;

- подворные (поквартирные) обходы по эпидемическим показаниям;

- дополнительные лабораторные исследования проб фекалий на полиовирусы отдельных групп населения;

- лабораторные исследования объектов окружающей среды;

- идентификацию всех штаммов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий, из объектов окружающей среды;

- контроль выполнения требований санитарного законодательства по обеспечению биологической безопасности работы в вирусологических лабораториях;

- дополнительные лабораторные исследования проб фекалий на полиовирусы у детей в возрасте до 5 лет (из семей мигрантов, кочующих групп населения, прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий), здоровых детей – выборочно (по эпидемиологическим показаниям согласно пункту 9.2 настоящих санитарных правил и в рамках надзора с целью слежения за циркуляцией энтерополиовирусов).

С учетом меняющейся эпидемиологической ситуации по полиомиелиту в мире при определении контингентов, подлежащих дополнительному лабораторному обследованию на полиовирусы необходимо принимать во внимание перечень эндемичных и неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий), определяемый Всемирной организацией здравоохранения, а также национальные информационно-аналитические документы.

9.2. Эпидемиологическими показаниями для проведения лабораторных исследований проб фекалий здоровых детей на полиовирусы являются:

- отсутствие регистрации случаев ОВП в субъекте Российской Федерации в течение отчетного года;

- низкие показатели чувствительности и качества эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП (показатель заболеваемости ОВП менее 1 случая ОВП на 100 тысяч детей до 15 лет, позднее выявление и обследование случаев ОВП);

- низкие (менее 95%) показатели иммунизации против полиомиелита детей в декретированных группах;

- неудовлетворительные результаты серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиовирусу (уровень серопозитивных результатов менее 80%).

9.3. Лабораторные исследования проводятся при выявлении указанных в пункте 9.1. контингентов детей независимо от срока их прибытия, но не ранее 1 мес. после последней иммунизации против полиомиелита ОПВ.

Организация и проведение лабораторных исследований проб фекалий, материала из объектов окружающей среды и их доставка в лабораторию осуществляются в соответствии с положением III настоящих санитарных правил.

X. Слежение за циркуляцией полиовирусов среди населения с помощью исследования объектов окружающей среды

10.1. В целях слежения за циркуляцией полиовирусов среди населения территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический контроль, организуют проведение соответствующего планового мониторинга с помощью исследования объектов окружающей среды (ООС).

10.2. Плановый мониторинг осуществляется ежегодно в соответствии с Программой мониторинга (далее – Программа).

10.3. Программа разрабатывается ежегодно в начале текущего года территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический контроль, во взаимодействии с руководителями организаций и предприятий, у которых определены точки отбора проб.

10.4. Объектом исследования при плановом мониторинге являются сточные воды, образующиеся в процессе хозяйственной деятельности населения. При выборе точек отбора сточных вод для проведения мониторинга необходимо учитывать эпидемиологические риски населенного пункта, объекта: миграционные процессы, состояние иммунизации детского населения профилактическими прививками против полиомиелита, чувствительность и качество эпидемиологического надзора за ОВП, интенсивность эпидемического процесса энтеровирусной (неполио) инфекции и результаты ретроспективного эпидемиологического анализа многолетней и круглогодичной заболеваемости. Сточные воды, которые могут быть загрязнены производственными отходами с использованием химических реагентов, для исследований не отбираются. На очистных сооружениях сточные воды пробы отбираются после этапа механической очистки до этапа введения различных реагентов для очистки и дезинфекции. Для отбора проб дополнительно могут быть определены социально значимые объекты (медицинские организации, учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детские образовательные организации и др.).

10.5. Программа включает в себя перечень точек отбора проб, периодичность (кратность) отбора проб из каждой точки в динамике в течение года (помесячно, понедельно). Кратность отбора проб из точки определяется в зависимости от времени года и сезонной активности вирусов. В период низкой активности циркуляции полиовирусов и НПЭВ в зимний период отбор проб проводится не менее 1-2 раз в месяц из каждой точки, в период активизации циркуляции вирусов кратность отбор проб проводится не менее 3-4 раз в месяц из каждой точки. Ежегодно проводится паспортизация точек отбора в установленном порядке.

10.6. В плановом порядке лабораторные исследования проводят вирусологические лаборатории или ПЦР-лаборатории учреждений, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль. Исследования проводятся в установленном порядке.

10.7. При возникновении эпидпоказаний к проведению исследований в установленном порядке могут быть привлечены РЦ ПОЛИО/ОВП.

10.8. Территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический контроль, проводится систематический анализ результатов, полученных в ходе мониторинга с принятием управленческих решений, при наличии неинформативных точек проводится анализ возможных причин, при необходимости проводится замена точек отбора.

10.9. При выявлении эпидемиологических рисков, указывающих на возможное осложнение эпидемиологической ситуации, территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический контроль, принимается решение об увеличении точек отбора проб, кратности и объема лабораторных исследований сточных вод, отборе проб из других ООС: поверхностных водоёмов, которые используются для целей рекреации и в качестве источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, плавательных бассейнов, питьевой воды на различных этапах водоподготовки и др.

XI. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае выявления завоза ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2

11.1. В случае завоза, циркуляции ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 территориальные органы, осуществляющие государственный эпидемиологический надзор, совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан проводят комплекс организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на недопущение дальнейшего распространения инфекции.

11.2. Организуют эпидемиологическое расследование случаев заболеваний, подозрительных на полиомиелит, случаев выделения ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 в пробах фекалий, материала из объектов окружающей среды с целью выявления возможного источника инфекции, путей и факторов передачи.

11.3. Проводят работу по выявлению не привитых против полиомиелита детей, не имеющих медицинских противопоказаний к прививке, и их иммунизацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

11.4. Организуют ДМИ в максимально короткие сроки после получения из НЛДП результатов внутритиповой дифференциации полиовируса. Рекомендуется проведение первого тура (раунда) иммунизации в течение четырех недель с момента выявления первого ДПВ, ПВВП или вакциноподобного полиовируса типа 2 из любого источника (человек, сточная вода). Порядок проведения ДМИ определяется положением VI настоящих санитарных правил.

11.5. Принимают меры по усилению активного эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП, включая:

-увеличение регламентированного показателя заболеваемости ОВП до 3 на 100 тыс. детей до 15 лет;

-расширение перечня объектов активного эпидемиологического надзора;

-проведение ретроспективного анализа историй болезни для активного выявления незарегистрированных больных с подозрением на ПОЛИО/ОВП;

-организацию подворных (поквартирных) обходов с целью выявления пропущенных случаев ОВП.

11.6. Проводят оценку степени риска распространения инфекции с учетом количества выявленных случаев, интенсивности миграционных потоков населения, количества детей, не имеющих прививок против полиомиелита, показателей чувствительности и качества эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП.

11.7. Расширяют контингенты населения для лабораторного исследования проб фекалий, увеличивают объем исследований.

11.8. Расширяют перечень объектов окружающей среды для лабораторных исследований, увеличивают объем исследований.

11.9. Усиливают контроль выполнения требований биологической безопасности работы в вирусологических лабораториях.

11.10. Организуют информирование медицинских работников и населения об эпидемиологической ситуации и мерах профилактики полиомиелита.

XII. Безопасность работы с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными полиовирусом

12.1. В целях предупреждения внутрилабораторной контаминации полиовирусом и попадания его в человеческую популяцию из вирусологических лабораторий, работы с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными полиовирусом, должны проводиться в строгом соответствии с требованиями биологической безопасности.

12.2. Лаборатории, работающие (в том числе проводящие экспериментальные работы) с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным ДПВ, ПВВП, вакциноподобным, ведут учет движения и хранения материалов в установленном порядке.

12.3. Вакцинные штаммы полиовирусов (штаммы Сэбина), используемые для диагностических или производственных целей, учитывают как коллекционные.

12.4. Окончательное обозначение поступившим штаммам присваивают только коллекции. Присвоенное коллекционному штамму обозначение (номер, код) не должно меняться при его передаче. В случае гибели (уничтожения) штамма его обозначение не допускается присваивать вновь поступившим штаммам.

12.5. Уничтожение коллекционных штаммов полиовирусом в коллекциях оформляют актом (Приложение 48).

12.6. Все журналы по учету материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, должны быть пронумерованы постранично, прошнурованы, скреплены печатью и храниться у лица, ответственного за их ведение. Все оконченные журналы (карты) следует хранить в подразделениях или в архиве в течение 3 лет. В исследовательских лабораториях и в коллекциях все журналы сдают в архив.

12.7. Емкости, содержащие материалы, инфицированные или потенциально инфицированные ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, должны иметь винтовые крышки с наружной резьбой, четкие, несмываемые надписи с обозначением названия, номера штамма.

12.8. Материалы, инфицированные или потенциально инфицированные ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, хранят в замороженном состоянии при температуре не выше минус 20 ºC.

12.9. Материалы, инфицированные ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, а также штаммы полиовирусов (ДПВ, ПВВП, вакциноподобных) следует хранить в холодильнике отдельно от других исследуемых материалов под замком.

12.10. Каждый тип вакцинного штамма полиовируса для диагностических целей хранят в емкости с винтовой пробкой в отдельном опечатанном контейнере при температуре не выше минус 20 ºC, где отсутствуют другие инфекционные материалы.

12.11. Все материалы, которые относятся к потенциально инфекционным по отношению к ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусам (пробы фекалий, образцы сточных вод, пассажные материалы, выделенные штаммы полиовируса и НПЭВ), хранятся в пластиковых пробирках с завинчивающимися пробками с наружной резьбой в контейнерах при температуре не выше минус 20 ºC до получения ответа из НЛДП о внутритиповой дифференциации выделенных штаммов.

12.12. Штаммы полиовирусов, служащие основой для производства вакцин, в производственных подразделениях хранят в отдельных помещениях. Вакцинные штаммы в коллекциях хранят в отдельном холодильнике, где отсутствуют другие инфекционные материалы.

12.13. Для переноса материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, из холодильника в бокс необходимо использовать водонепроницаемый, устойчивый к ударам вторичный контейнер.

12.14. Требуется иметь четкую инструкцию о необходимых действиях в случае аварийных ситуаций, которые могут возникнуть при работе с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом.

12.15. Передачу материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, из одного подразделения в другое следует осуществлять по письменному разрешению руководителя организации.

12.16. Выдачу коллекционных штаммов полиовирусов необходимо оформлять Актом передачи материалов (Приложение 49) и записью в Инвентарном журнале учета и выдачи штаммов, находящихся в коллекции.

12.17. При временном отсутствии сотрудника ответственным за хранение материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, является лицо, которому с разрешения руководителя организации (подразделения) передаются эти материалы с составлением Акта передачи (Приложение 49).

12.18. Передачу материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, числящихся за подразделением, на временное хранение в коллекцию следует осуществлять только по письменному распоряжению руководителя организации с составлением Акта передачи (Приложение 49).

12.19. Передачу материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, из одной организации в другую разрешается производить только по официальной заявке за подписью руководителя организации, скрепленной печатью. Передача производится с письменного разрешения руководителя организации, выдающей материалы, с составлением Акта передачи (Приложение 49).

12.20. Транспортирование материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, между организациями осуществляется нарочным служб экспресс-доставки.

12.21. При получении материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, нарочный должен представлять доверенность и документы, удостоверяющие его личность. Нарочный является ответственным за доставку материалов.

12.22. При транспортировании материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, в целях исключения всех видов досмотра и контроля нарочному выдается справка о разрешении на транспортирование спецгруза в установленном порядке.

12.23. На содержимое упаковки с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, составляют сопроводительное письмо на официальном бланке организации. Дополнительно составляют акт упаковки в двух экземплярах. Первые экземпляры указанных документов помещают в упаковку с материалами. Копии документов остаются у отправителя. Организация, получившая материалы, инфицированные или потенциально инфицированные диким, вакцинным и вакцинородственным полиовирусом, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение этих материалов, направить его в организацию, их выдавшую.

12.24. Организация-отправитель обязана передать информацию любым видом срочной связи организации-получателю о дате и виде транспорта, которым направляются с нарочным служб экспресс-доставки материалы, инфицированные или потенциально инфицированные ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом.

12.25. Транспортирование материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, осуществляется в установленном порядке.

12.26. Транспортирование материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, осуществляется в герметически закрытых емкостях. Емкости с материалами помещают в термоконтейнеры. Упаковка емкостей с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, в термоконтейнере должна исключать возможность их перемещения во избежание нарушения целостности при транспортировании, а поглощающий материал должен быть в достаточном количестве для сорбции всей жидкости в случае повреждения упаковки.

12.27. В случае возникновения при транспортировании материалов, инфицированных или потенциально инфицированных ДПВ, ПВВП, вакциноподобным полиовирусом, аварий, катастроф, утраты и хищения необходимо об этом сообщать в органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы ФСБ, МВД для принятия мер по охране места происшествия, ликвидации последствий, проведения розыска потерянного или похищенного. Об этом факте информируют организацию-отправителя и организацию-получателя.

XIII. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики полиомиелита

13.1. С целью повышения санитарной грамотности проводится гигиеническое воспитание населения, которое включает в себя информирование об основных клинических формах, симптомах полиомиелита, мерах профилактики, глобальной ситуации о заболеваемости полиомиелитом, с привлечением средств массовой информации и выпуском средств наглядной агитации: листовок, плакатов, бюллетеней, а также проведением индивидуальных бесед.

13.2. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и организации здравоохранения, центры медицинской профилактики.

**8.10. Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции**

I. Общие положения

1.1. Энтеровирусные (неполио) инфекции представляют собой группу инфекционных заболеваний вирусной этиологии, вызываемых различными представителями энтеровирусов.

1.2. Типовым представителем рода является возбудитель полиомиелита - полиовирус (энтеровирус вида Enterovirus С – EVC), представленный 3-мя серотипами (типы 1, 2, 3). Все остальные энтеровирусы, поражающие человека, обозначают как неполиомиелитные энтеровирусы (НПЭВ), которые относятся к 4 видам – EnterovirusА (EV-A), Enterovirus В (EV-B), Enterovirus С (EV-C), Enterovirus D (EV-D). Основная доля циркулирующих НПЭВ относится к EV-A и EV-B. Соотношение EVA/EVD в Российской Федерации варьирует от сезона к сезону.

1.3. Резервуаром и источником инфекции является человек: больной или бессимптомный носитель. Инкубационный период варьирует от 2 до 14 дней, в среднем – до 1 недели.

НПЭВ высоко контагиозны. Наиболее восприимчивыми являются дети раннего возраста.

Передача ЭВИ осуществляется при реализации алиментарного механизма (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и аэрогенного (аспирационного) механизма (контактно-бытовым, аэрозольным, воздушно-капельным и пылевым путями).

Энтеровирусы отличаются высокой устойчивостью во внешней среде, сохраняют жизнеспособность в воде поверхностных водоемов и влажной почве до 2-х месяцев, на сухих поверхностях при комнатной температуре – в течение суток.

1.4. Распространение ЭВИ носит повсеместный характер. Заболевание встречается в виде спорадических случаев, локальных вспышек (чаще в детских коллективах), эпидемий.

Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства, как по условиям размещения, так и по состоянию систем водопользования и организации питания.

В случае загрязнения сточными водами, эпидемиологическую значимость представляет вода, используемая как в качестве источников водоснабжения, так и рекреационных зон для купания населения.

1.5. Отмечается, преимущественно, летне-осенняя сезонность заболеваемости ЭВИ. Локальные вспышки ЭВИ могут регистрироваться в течение всего года, часто – вне зависимости от сезонного эпидемического подъема заболеваемости.

1.6. ЭВИ характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит и менингоэнцефалит, экзантема (в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром (англ. – hand, foot and mouth disease, сокр. HFMD), везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина), синдром острого вялого паралича (ОВП), геморрагический конъюнктивит, миокардит, увеит, заболевания с респираторным синдромом, и другие.

Один и тот же (серо)тип НПЭВ способен вызывать развитие нескольких клинических синдромов и, наоборот, НПЭВ различных типов могут вызвать сходные клинические проявления болезни. В то же время наиболее частой этиологической причиной энтеровирусного менингита являются вирусы вида EV-В, энтеровирусного менингоэнцефалита – EV-А71 и вирусы Коксаки В, энтеровирусной экзантемы – вирусы вида EVА и вирусы Коксаки В, геморрагического конъюнктивита – EV-D70 и вирус Коксаки А24. Наибольшую опасность среди энтеровирусных заболеваний представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

1.7. Обследованию на ЭВИ подлежат лица при наличии у них сочетания лихорадки и одного или нескольких из следующих клинических симптомов/синдромов:

- очаговая неврологическая симптоматика;

- менингеальные симптомы (код по МКБ-10 – А87);;

- сепсис новорожденных не бактериальной природы;

- экзантема, в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром (код по МКБ-10 – В08.4);

- везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина) (код по МКБ-10 – В08.5);

- геморрагический конъюнктивит (код по МКБ-10 – В30.3);

- увеит;

- миалгия (код по МКБ-10 – В33.0);

- респираторный синдром при летне-осеннем росте заболеваемости ОРИ;

- другие клинические симптомы/синдромы, характерные для ЭВИ.

1.8. Диагноз заболевания ЭВИ устанавливают на основании клинических данных, результатов лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

1.9. По степени достоверности диагноза случаи заболевания ЭВИ классифицируют как подозрительные, вероятные и подтвержденные:

- подозрительным считается случай ЭВИ при наличии одного или нескольких из перечисленных в п. 1.7. симптомов (синдромов);

- вероятным считается случай ЭВИ при наличии характерных клинических проявлений и связи заболевания с зарегистрированным эпидемическим очагом;

- подтвержденным считается случай ЭВИ при наличии клинических данных и обязательного лабораторного подтверждения одним из методов, указанных в п.3.2.

1.10. При расшифрованной, эпидемиологически доказанной вспышке/групповой заболеваемости ЭВИ, диагноз у вновь заболевших может быть установлен на основании однотипной клинической картины с ранее лабораторно подтвержденными случаями ЭВИ, эпидемиологического анамнеза (общность источника инфекции, путей и факторов передачи) до получения положительных результатов лабораторного исследования на ЭВ.

1.11. При сезонном подъеме заболеваемости ЭВИ на конкретной территории (в субъекте Российской Федерации) с наличием у заболевших однотипной характерной клинической картины заболевания везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина)**,** экзантема (в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром) и т.д. и наличием этиологически расшифрованных случаев ЭВИ (до типа НПЭВ) у больных, выявленных в начале сезонного подъема, возможна постановка диагноза ЭВИ у остальных больных с аналогичной клинической картиной проявления инфекции на основании клинико-эпидемиологических данных**.** Решение принимается комиссионно органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан в субъекте Российской Федерации.

II. Выявление, регистрация, учет и статистическое наблюдение больных энтеровирусной (неполио) инфекцией и с подозрением на ЭВИ

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Сведения о регистрации случаев ЭВИ на основании окончательных диагнозов, вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения №1 и №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (месячная, годовая).

III. Лабораторная диагностика ЭВИ

3.1. Лабораторные исследования, направленные на обнаружение и идентификацию энтеровирусов, осуществляются лабораториями, имеющими разрешительные документы для работы с возбудителями III-IV групп патогенности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, и владеющими соответствующими методами лабораторных исследований.

3.2. Основными методами лабораторного подтверждения ЭВИ являются молекулярно-биологические (ПЦР, секвенирование) и вирусологические методы.

Экспресс-тесты на основе латекс-агглютинации или иммунохроматографии обладают относительно низкой аналитической чувствительностью. В качестве основного метода диагностики ЭВИ данные тесты не могут быть использованы.

3.3. Основанием для лабораторного подтверждения диагноза ЭВИ служит:

- обнаружение НПЭВ или их рибонуклеиновой кислоты (далее – РНК) в стерильных типах клинического материала;

- выявление НПЭВ или их РНК в нестерильных типах клинического материала при наличии этиологически расшифрованной вспышки энтеровирусной инфекции и при наличии у пациента характерной для энтеровирусной инфекции клинической картины;

- выявление НПЭВ или их РНК в нестерильных типах клинического материала при отсутствии вспышки и при соответствии типа вируса специфичной клинической картине заболевания (везикулезный (афтозный) фарингит (герпангина), экзантема, в том числе экзантема полости рта и конечностей или ящуроподобный синдром, по результатам тестирования фекальной пробы подтвердить энтеровирусную природу серозного менингита можно только в случае отрицательных результатов лабораторного обследования на другие патогены);

- выявление НПЭВ или их РНК в двух пробах нестерильных клинических материалов разных типов.

3.4. Результаты серологических исследований могут служить лабораторным подтверждением диагноза ЭВИ только в совокупности с одним из пунктов, перечисленных в 3.3. Определение антител к НПЭВ в единичном образце диагностической ценности не имеет.

3.5. Расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится с целью оценки эпидемиологической ситуации и прогнозирования.

В обязательном порядке расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится в начале сезонного подъема заболеваемости ЭВИ, а также от больных с тяжелыми формами течения ЭВИ (и подозрения на ЭВИ), летальных и атипичных случаев ЭВИ (и подозрения на ЭВИ), из очагов групповой заболеваемости ЭВИ.

Расшифровка этиологии заболевания до типа НПЭВ проводится в учреждениях (в том числе научных), обеспечивающих деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

IV. Мероприятия при выявлении больного ЭВИ (при подозрении на ЭВИ)

4.1. Госпитализация больных с ЭВИ и лиц с подозрением на это заболевание проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

4.2. Обязательной госпитализации подлежат больные ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание – с неврологической симптоматикой (серозный менингит, энцефалит, миелит), а также пациенты с увеитом, геморрагическим конъюнктивитом, миокардитом.

4.3. Обязательной изоляции подлежат больные всеми клиническими формами ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание – из организованных коллективов, а также проживающие в общежитиях.

4.4. Больные с ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание подлежат обязательному лабораторному обследованию. Взятие клинического материала от больного организуется при установлении диагноза ЭВИ или при подозрении на это заболевание - в день его обращения (госпитализации).

Взятие определенного вида материала для лабораторных исследований от больных ЭВИ и лиц с подозрением на это заболевание осуществляется с учетом клинической картины заболевания.

Для исследования отбираются:

- стерильные типы клинического материала: цереброспинальная жидкость, отделяемое конъюнктивы, отделяемое везикул, кровь, биоптаты органов;

- нестерильные типы клинического материала: мазки из ротоглотки/носоглотки, отделяемое язв (афт) при везикулезном (афтозном) фарингите, образцы фекалий;

- аутопсийный материал в зависимости от имевшей место клинической картины заболевания (ткани головного, спинного, продолговатого мозга и варолиева моста, печени, легких, миокарда, лимфоузлы, содержимое кишечника и ткань кишечной стенки, соскоб кожных высыпаний).

При наличии клинических показаний взятие стерильных типов клинического материала должно включаться в исследование в обязательном порядке.

4.5. Отбор и доставка клинического материала в лабораторию проводится в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

4.6. Этиологическая расшифровка случаев ЭВИ должна быть проведена не позднее 7-го дня методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР) и не позднее 21 дня вирусологическим методом с момента поступления проб в лабораторию.

V. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ

5.1. Объем проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ЭВИ зависит от эпидемиологической обстановки и уровня регистрируемой заболеваемости.

В период стабильной эпидемиологической ситуации, регистрации спорадических случаев заболеваний среди населения, без превышения среднемноголетнего уровня и динамики роста, в детских организованных коллективах (общеобразовательных организаций, дошкольных образовательных организаций, летних оздоровительных учреждений и др.) проводятся профилактические мероприятия в соответствии с действующими нормативно-методическим документами.

В период эпидемического сезонного подъема заболеваемости в целях профилактики групповой заболеваемости ЭВИ в субъекте Российской Федерации, на отдельно взятой административной территории субъекта Российской Федерации, населенном пункте органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в установленном порядке вводится комплекс дополнительных санитарно–противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ЭВИ, объем которых будет определяться в зависимости от действующих путей и факторов передачи возбудителя, рисков массового распространения инфекции и формирования эпидемических очагов.

5.2. Критериями введения дополнительных профилактических мероприятий являются:

- сезонный подъем заболеваемости с интенсивным ростом регистрируемой заболеваемости с превышением уровня аналогичного периода прошлого года, среднемноголетнего уровня;

- преобладание в структуре регистрируемых ЭВИ генерализованных форм с тяжелым течением;

- появление в структуре циркулирующих НПЭВ новых серовариантов с высоким эпидемическим потенциалом, ранее не встречающихся на данной территории.

5.3. В организованных коллективах детей (общеобразовательных организаций, дошкольных образовательных организаций, летних оздоровительных учреждений и др.) в целях профилактики групповой заболеваемости независимо от наличия или отсутствия регистрации случаев заболеваний в данных учреждениях в период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ вводятся следующие дополнительные профилактические мероприятия:

- Проведение ежедневного утреннего фильтра с документальным оформлением результатов осмотра по каждому классу/группе/отряду. Не допускаются в организованный коллектив дети с признаками инфекционных заболеваний.

- Проведение текущей дезинфекции не менее 2 раз в день (на пищеблоке, в столовой, в спальных помещениях, кабинетах/классах, групповых, кружковых, местах общего пользования, бассейнах, санузлах) с применением растворов дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов.

- Проведение дезинфекции столовой посуды и столовых приборов после каждого приема пищи с использованием дезинфекционных средств, эффективных в отношении энтеровирусов. Для обеззараживания столовой посуды в дезинфицирующем растворе в детских образовательных, оздоровительных учреждениях выделяется емкость с крышкой с четкими надписями с указанием названия препарата, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности.

- Увеличение кратности проветривания кабинетов, рекреаций, спальных помещений. Для обеззараживания воздуха могут использоваться специализированные приборы в соответствии с инструкцией производителя, разрешенные к применению в установленном порядке.

- Принятие мер по минимизации рисков для реализации пищевого пути распространения ЭВИ (фрукты, овощи допускаются в питание после стандартной обработки, овощи - с последующим ошпариванием кипятком, не допускается последующая нарезка фруктов; сервировку и порционирование блюд на пищеблоке, в групповых ячейках проводит только персонал с использованием одноразовых перчаток и предварительной обработкой рук кожным антисептиком).

- Создание надлежащих условий для соблюдения детьми и работниками правил личной гигиены: наличие жидкого мыла, кожных антисептиков, одноразовых полотенец.

- Проведение разъяснительной работы с детьми и родителями о мерах профилактики ЭВИ.

При высоком риске формирования эпидемических очагов ЭВИ также могут вводиться ограничительные мероприятия:

- отмена кабинетной системы обучения (каждый класс занимается в отдельном кабинете);

- своевременное введение ограничительных мероприятий, в том числе по приостановлению образовательного процесса, проведению массовых культурных и спортивных мероприятий, приостановлению функционирования бассейнов, работающих при организованных коллективах детей.

5.4. Руководители организованных коллективов детей (общеобразовательных организаций, дошкольных образовательных организаций, летних оздоровительных учреждений и др.) обеспечивают проведение дополнительных профилактических мероприятий, указанных в п. 5.3, а также неснижаемый запас дезинфекционных средств, кожных антисептиков, перчаток в подведомственных учреждениях (постоянно поддерживаемый запас) для проведения полного комплекса мероприятий.

5.5. Руководители организованных коллективов детей (общеобразовательных организаций, дошкольных образовательных организаций, летних оздоровительных учреждений и др.) обеспечивают размещение информации о проводимых мероприятиях по профилактике ЭВИ на стендах в местах ожидания родителей указанных учреждений и на сайте учреждений.

5.6. В период эпидемического сезонного подъема заболеваемости ЭВИ в целях предотвращения распространения ЭВИ дополнительные профилактические мероприятия могут вводиться в детских игровых комнатах, расположенных в торговых центрах, объектах общественного питания, включающие увеличение кратности текущей влажной уборки с применением дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов с обработкой помещений, игровых комплексов, игрушек и других предметов. На период проведения уборки работа детских комнат временно приостанавливается, по завершение проводится проветривание. На период проведения дополнительных профилактических мероприятий не допускается использование в детских комнатах предметов, принадлежностей, игрушек, поверхность которых не позволяет проводить дезинфекцию.

5.7. В зависимости от интенсивности проявлений эпидемического процесса по ЭВИ дополнительные профилактические мероприятия могут вводиться и на других объектах эпидемиологического риска: места массового посещения населением, объекты общественного питания, бассейны, аквапарки, центры дополнительного образования для детей и т.д., включающие мероприятия по усилению режима текущей уборки с применением дезинфекционных средств эффективных в отношении энтеровирусов, создание условий для соблюдения личной гигиены.

VI. Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах ЭВИ

6.1. Органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование очага ЭВИ с целью установления его границ, выявления источника возбудителя ЭВИ, контактных лиц, а также лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

6.2. С целью установления путей и факторов передачи инфекции в зависимости от конкретной эпидемиологической ситуации осуществляют взятие проб материалов из объектов окружающей среды (питьевая вода, вода бассейнов, рекреационных водоемов и другие) для проведения лабораторных исследований.

Объем исследований определяют органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.3. По результатам эпидемиологического обследования очага готовится план противоэпидемических и профилактических мероприятий, который согласовывают с заинтересованными организациями и ведомствами, а при необходимости - с органами исполнительной власти.

В зависимости от границ очага и выявленных эпидемиологических рисков, которые могут повлиять на дальнейшее распространение возбудителей инфекции, планом может быть предусмотрено:

- введение ограничений (вплоть до запрещения) проведения массовых мероприятий (в первую очередь в детских организованных коллективах), купания в открытых водоемах, бассейнах;

- приостановление занятий в начальных классах работы детских дошкольных образовательных организаций, спортивных секций и кружков в случае ухудшения эпидемиологической ситуации;

- введение гиперхлорирования питьевой воды, подаваемой населению;

- установление питьевого режима с обязательным кипячением воды или раздачей бутилированной воды (в детских и медицинских организациях).

- введение усиленного режима текущей дезинфекции в местах массового посещения населениям (торгово-развлекательные центры и др.);

6.4. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в эпидемическом очаге ЭВИ (при подозрении на это заболевание) проводят медицинские работники медицинских, детских образовательных организаций, летних оздоровительных учреждений и других организаций под контролем органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Ответственность за полноту и своевременность проведения мероприятий возлагается на руководителя организации (учреждения).

6.5. В целях локализации очага ЭВИ проводится активное выявление больных методом опроса, осмотра при утреннем приеме детей в коллектив (для организованных детей), а также при подворных (поквартирных) обходах. В зависимости от клинической формы ЭВИ для выявления и клинической диагностики заболеваний привлекают узких специалистов.

В отдельных случаях организуют взятие клинического материала от контактных в очаге для лабораторных исследований. Необходимость взятия материала от контактных, количество контактных, подлежащих исследованию, а также тип клинического материала и кратность его взятия определяется специалистами территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно со специалистами органов управления здравоохранением.

6.6. В очаге ЭВИ (при подозрении на это заболевание) организуется медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения. Наблюдение проводится медицинскими работниками организаций, в которых зарегистрирован очаг ЭВИ, или медицинской организацией - по территориальной принадлежности.

Медицинскому наблюдению подлежат:

- контактные с больными ЭВИ в организованных коллективах детей (детских образовательных организациях, летних оздоровительных учреждениях, санаториях и других), на предприятиях пищевой промышленности и, приравненных к ним, объектах водоснабжения;

- контактные из домашних очагов: дети дошкольного возраста и взрослые из категории лиц, работающих в учреждениях, организациях, характер деятельности которых связан с производством, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, с воспитанием и обучением детей, обслуживанием больных, с коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

6.7. Медицинское наблюдение контактных осуществляется ежедневно с внесением результатов осмотра в соответствующие медицинские документы (листы наблюдений).

Длительность медицинского наблюдения за контактными в очаге с момента изоляции последнего заболевшего ЭВИ составляет:

- 10 дней – при регистрации легких форм ЭВИ (при отсутствии поражения нервной системы);

- 20 дней – при регистрации форм ЭВИ с поражением нервной системы.

6.8. После изоляции больного ЭВИ (или лица с подозрением на это заболевание), в детском организованном коллективе проводятся ограничительные мероприятия:

- в течение 10 дней – при регистрации легких форм ЭВИ (без признаков поражения нервной системы);

- в течение 20 дней – при регистрации форм ЭВИ с поражением нервной системы.

6.9. Ограничительные мероприятия включают:

- прекращение приема новых и временно отсутствующих детей в группу, в которой зарегистрирован случай ЭВИ;

- запрещение перевода детей из группы, в которой зарегистрирован случай ЭВИ, в другую группу;

- запрещение участия карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях детской организации;

- организацию прогулок карантинной группы с соблюдением принципа групповой изоляции на участке и при возвращении в группу;

- соблюдение принципа изоляции детей карантинной группы при организации питания;

- при невозможности соблюдения в образовательном учреждении принципа изоляции организовать разобщение детей, подвергшихся риску заражения ЭВИ, на период 10 дней при легких формах (при отсутствии поражения нервной системы) или на период 20 дней при регистрации форм ЭВИ с поражением нервной системы.

6.10. Ответственность за полноту проводимых ограничительных мероприятий несет руководитель детской образовательной организации.

6.11. В очагах ЭВИ организуют мероприятия по дезинфекции.

Текущую дезинфекцию в домашнем очаге проводят члены семьи, в организованных коллективах – сотрудники учреждения/организации, после проведенного медицинскими работниками инструктажа.

Необходимость проведения заключительной дезинфекции определяют специалисты органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Заключительную дезинфекцию выполняют организации, осуществляющие дезинфекционную деятельность, в установленном порядке.

Текущая и заключительная дезинфекция проводится с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке и эффективных в отношении энтеровирусов, - в соответствии с инструкцией/методическими указаниями по их применению. Организация и проведение заключительной дезинфекции осуществляется в установленном порядке.

6.12. Среди населения, подвергшегося риску заражения, проводится разъяснительная работа о соблюдении мер профилактики заражения ЭВИ с учетом реализуемых путей и факторов передачи возбудителя инфекции.

VII. Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеровирусной инфекцией.

7.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ЭВИ представляет собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, целью которого является оценка ситуации и разработка адекватных санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на недопущение распространения инфекции среди людей и формирования эпидемических очагов.

7.2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ЭВИ включает:

- мониторинг заболеваемости ЭВИ и носительства НПЭВ, включая анализ по территориям, возрастным и социально-профессиональным группам населения, факторам риска, цикличностью эпидемических процессов;

- мониторинг биологических свойств возбудителей ЭВИ, в том числе проведение идентификации возбудителей ЭВИ и типирования возбудителей, выделенных из объектов окружающей среды и материала от людей;

- оценку эффективности проводимых мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

7.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ЭВИ проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.4. Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контролируют соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на профилактику ЭВИ, в том числе требований по обеспечению безопасности:

- пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, и технологий их производства;

- продукции, ввозимой на территорию Российской Федерации;

- организации питания населения;

- водных объектов, в частности, используемых для рекреационных целей;

- питьевой воды и питьевого водоснабжения населения;

- условий работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами;

- условий воспитания и обучения.

7.5. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, независимо от форм собственности, несут ответственность за выполнение требований законодательства Российской Федерации в отношении профилактики ЭВИ.

7.6. Органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор и их подведомственными учреждениями, проводится:

- мониторинг за циркуляцией НПЭВ, включающий исследования проб из объектов окружающей среды и материала от людей;

- информационный обмен об эпидемиологической ситуации по ЭВИ с субъектами Российской Федерации, приграничными зарубежными странами;

- комплекс мероприятий по недопущению завоза инфекции из неблагополучных регионов, стран, включая санитарно-карантинный контроль в международных пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;

- гигиеническое обучение и воспитание граждан, направленное на повышение их санитарной культуры в отношении профилактики заболеваний ЭВИ.

7.7. Плановый мониторинг за циркуляцией НПЭВ среди населения с помощью исследования окружающей среды осуществляют в течение года в соответствии с Программой мониторинга (далее – Программа).

7.7.1. Программа разрабатывается ежегодно в начале текущего года территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический контроль, во взаимодействии с руководителями организаций и предприятий, у которых определены точки отбора проб с учетом конкретных местных условий.

7.7.2. Объектом исследования при плановом мониторинге с помощью исследования объектов окружающей среды являются сточные воды, образующиеся в процессе хозяйственной деятельности населения. При выборе точек отбора сточных вод для проведения мониторинга необходимо учитывать эпидемиологические риски населенного пункта, объекта: миграционные процессы, охват детского населения профилактическими прививками против полиомиелита, интенсивность эпидемического процесса ЭВИ и результаты ретроспективного эпидемиологического анализа многолетней и круглогодичной заболеваемости. Сточные воды, которые могут быть загрязнены производственными отходами, содержащими химические реагенты, для исследований не отбираются. На очистных сооружениях пробы сточной воды отбираются после этапа механической очистки до этапа введения различных реагентов для очистки и дезинфекции. Для отбора проб дополнительно могут быть определены социально значимые объекты (медицинские организации, учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детские образовательные организации и др.).

7.7.3. Программа включает в себя перечень точек отбора проб, периодичность (кратность) отбора проб из каждой точки в динамике в течение года (помесячно, понедельно). Кратность отбора проб из точки определяется в зависимости от времени года и сезонной активности вирусов. В период низкой активности циркуляции полиовирусов и НПЭВ в зимний период отбор проб проводится не менее 1-2 раз в месяц из каждой точки, в период активизации циркуляции вирусов кратность отбор проб проводится не менее 3-4 раз в месяц из каждой точки. Ежегодно проводится паспортизация точек отбора в установленном порядке.

7.7.4. В плановом порядке лабораторные исследования проводят вирусологические лаборатории или ПЦР-лаборатории учреждений, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль. Исследования проводятся в установленном порядке.

7.7.5. При возникновении эпидпоказаний к проведению исследований в установленном порядке могут быть привлечены РЦ за ПОЛИО/ОВП, референс-центр по мониторингу ЭВИ и региональные научно-методические центры по изучению ЭВИ.

7.7.6. Территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический контроль, проводится систематический анализ результатов, полученных в ходе мониторинга с принятием управленческих решений, при наличии неинформативных точек проводится анализ возможных причин, при необходимости проводится замена точек отбора.

7.7.7. При выявлении эпидемиологических рисков, указывающих на возможное осложнение эпидемиологической ситуации территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический контроль, принимается решение об увеличении точек отбора проб, кратности и объема лабораторных исследований сточных вод, отборе проб из других ООС: поверхностных водоёмов, которые используются для целей рекреации и в качестве источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, плавательных бассейнов, питьевой воды на различных этапах водоподготовки и др.

VIII. Гигиеническое воспитание населения

8.1 Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики ЭВИ и включает в себя: представление населению подробной информации о ЭВИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие методы.

8.2. Гигиеническое обучение проводится для работников отдельных профессий, производств и организаций, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обучением и воспитанием детей и подростков.

Работники пищеблоков и лиц, к ним приравненных, обязаны знать основные сведения о ЭВИ, которые должны быть включены в программу гигиенического обучения.

# 9. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

**9.1. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций**

### I. Общие положения

1.1. Острая респираторная инфекция (ОРИ) – остро-протекающая, в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности. Понятие «острая респираторная инфекция» суммирует следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

ОРИ − самая распространенная группа инфекционных болезней с широким спектром инфекционных агентов. ОРИ преимущественно вызывают вирусы, относящиеся к 7 семействам: ортомиксовирусы (вирусы гриппа), парамиксовирусы (респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа человека 1 - 4), коронавирусы, пикорнавирусы (риновирусы), аденовирусы, парвовирусы (бокавирус), хантавирусы Sin Nombre, Black Creek Canal, Bayou в странах Северной Америки и вирусы Andes,Laguna Negra – в странах Южной Аменрики¸ вызывающие ХПС (хантавирусный пульмонарный синдром). Некоторые ОРИ, опасные для человека, например хантавирусы, вызывающие ХПС, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) и Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) имеют зоонозное происхождение.

1.2. Грипп входит в группу ОРИ и является острой вирусной инфекционной болезнью с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризуется острым началом, лихорадкой (с температурой 38 °C и выше), общей интоксикацией и поражением дыхательных путей. В редких случаях возможно заражение человека непосредственно вирусами гриппа животных. В этих случаях течение заболевания, как правило, тяжелое или средней степени тяжести. При прямом контакте с зараженной домашней и дикой птицей заболевание человека вызывал вирус гриппа А субтипов (H5N1), (H7N9) и (H9N2); вирусами при контакте со свиньями  вирус гриппа А субтипов (H1N1), (H1N2) и (H3N2). Эпизодически встречались случаи заражения человека зоонозным гриппом А иных субтипов (например, Н7N3, H7N7, H4N8, H6N1, H10N7 и др.).

1.3. Вирус гриппа в воздухе сохраняет жизнеспособность и инфекционную активность в течение нескольких часов, на поверхностях − до 4 суток. Вирус гриппа А теряет активность при воздействии многих веществ: 70%-ный этанол и хлорактивные вещества инактивируют вирус в течение 10 мин. Высыхание приводит к полной инактивации вируса. Вирус вне тканей и органов инактивируется полностью при 56 °C в течение 3 часов, при 60 °C  в течение 30 мин, при 121 °C – менее 15 мин (автоклавирование). В подстилке вирус полностью инактивируется в течение 10 дней. Ультрафиолетовое излучение с энергией 80 mJ инактивирует вирус гриппа в течение 4 ч.

1.4. “Подтвержденным" считается случай гриппа после лабораторного подтверждения диагноза (любыми стандартизованными в Российской Федерации методами, рекомендованными для диагностики гриппа, или проведенные с использованием разрешенных на территории РФ медицинских изделий для диагностики гриппа). Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая.

1.5. Ситуация по заболеваемости гриппом и ОРИ оценивается как благополучная, если за анализируемую неделю показатели заболеваемости оказываются ниже эпидемических порогов.

Суммарный уровень заболеваемости гриппом и ОРИ, получаемый расчетным методом на основании среднемноголетних данных в конкретный период времени, на конкретной территории, для совокупного населения и отдельных возрастных групп (эпидемический порог), рассчитывается органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с периодическим обновлением.

1.6. Предвестниками осложнения эпидемической ситуации по гриппу и ОРИ в данном эпидемическом сезоне для данной территории следует считать превышение в отдельных возрастных группах или среди населения в целом эпидемических порогов заболеваемости гриппом и ОРИ за анализируемую неделю в сравнении с эпидемическим порогом заболеваемости гриппом и ОРИ для соответствующей недели.

1.7. Темп прироста заболеваемости гриппом и ОРИ в анализируемую неделю по отношению к предыдущей (в каждой возрастной группе и по совокупному населению) более 20% и выше служит дополнительным признаком осложнения эпидситуации по гриппу и ОРИ на территории.

1.8. Признаком окончания эпидемии является снижение интенсивного показателя заболеваемости гриппом и ОРИ до уровня эпидемического порога.

### II. Выявление, учет и регистрация случаев заболеваний гриппом и ОРИ

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Информация о выявленных случаях заболевания гриппом и ОРИ передается медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в еженедельном, а в период эпидемического неблагополучия − в ежедневном режиме.

2.3. При возникновении в дошкольных образовательных организациях, медицинских, оздоровительных организациях и организациях социального обеспечения 5 и более случаев с симптомами острой респираторной инфекции (гриппа или ОРИ), связанных между собой инкубационным периодом (в течение 7 дней), медицинский персонал указанных организаций информирует об этом территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

### III. Диагностика гриппа и ОРИ

3.1. Выявление больных гриппом и ОРИ и лиц с подозрением на эти заболевания проводится медицинскими работниками медицинских организаций и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность:

- при обращении к ним населения за медицинской помощью;

- при оказании населению медицинской помощи на дому;

- при ежедневном приеме детей в детские образовательные организации;

- при медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больным гриппом.

3.2. Для подтверждения диагноза «грипп» и ОРИ используются различные, разрешенные к применению в Российской Федерации, методы или диагностические наборы, позволяющие подтвердить наличие маркеров вирусов или идентифицировать инфекционный агент.

3.3. Лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа и ОРИ проводится в обязательном порядке при:

- госпитализации больного по поводу острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые формы заболевания, нетипичная клиническая картина заболевания);

- заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и др.);

- регистрация очагов ОРИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах детей и взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевания лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.

3.4. В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.

### IV. Мероприятия в отношении источника инфекции

4.1. Госпитализации подлежат больные с признаками гриппа и ОРИ:

- с тяжелым или среднетяжелым течением заболевания;

- лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и др.).

4.2. В направлениях на госпитализацию больных с подозрением на грипп указывают наличие профилактической прививки против гриппа, актуальной для текущего эпидемического сезона.

4.3. Госпитализированным больным проводят лабораторную диагностику.

4.4. Изоляцию больного гриппом и ОРИ проводят до исчезновения клинических симптомов, но не менее 7 дней с момента появления симптомов респираторной инфекции.

4.5. Выписка переболевших осуществляется по клиническому выздоровлению.

### V. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ

5.1. Среди контактных лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ, своевременно проводят выявление больных или лиц с подозрением на заболевания гриппом и ОРИ.

5.2. В очагах гриппа и ОРИ в дошкольных образовательных организациях медицинский персонал ежедневно в течение 7 дней после изоляции последнего больного гриппом и ОРИ проводит осмотры детей, общавшихся с больным гриппом и ОРИ, с обязательной термометрией 2 раза в день и осмотром зева. Результаты обследования регистрируются в установленном порядке. С целью предупреждения распространения заболевания гриппом в коллектив не принимают новых детей и не переводят в другие коллективы.

5.3. Для персонала групп с установленным медицинским наблюдением обязательно соблюдение масочного режима со сменой масок каждые 3 - 4 часа работы. Персонал с признаками заболевания гриппом и ОРИ не допускается к работе с детьми. В детский коллектив персонал допускается только после клинического выздоровления, но не ранее 7 дней с момента появления симптомов заболевания.

5.4. С целью предупреждения возникновения последующих случаев заболеваний гриппом и ОРИ в организованных коллективах детей и взрослых проводят экстренную неспецифическую профилактику.

5.5. В очагах гриппозной инфекции и ОРИ организуется комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающий обязательное обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств, обеззараживателей воздуха и методов, разрешенных к применению, в установленном порядке, а также текущую влажную уборку и проветривание помещений.

5.6. При получении экстренного извещения о регистрации 5 и более случаев заболеваний с симптомами респираторной инфекции (гриппом или ОРИ) в дошкольных образовательных организациях, оздоровительных и медицинских организациях, организациях социального обеспечения специалистами органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое обследование очага инфекции и организуется (определяется) комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

5.7. В случае возникновения очага заболевания гриппом или ОРИ в родильных домах, в том числе с раздельным содержанием новорожденных и матерей, а также в отделениях новорожденных (II этапа выхаживания) больные дети и матери изолируются в индивидуальные боксы (изоляторы) с отдельным обслуживающим персоналом, а затем - в детский инфекционный стационар. Новорожденным в очаге проводится экстренная неспецифическая профилактика.

5.8. В медицинских организациях, детских образовательных и оздоровительных организациях, организациях социального обеспечения обеспечивается соблюдение текущей дезинфекции химическими дезинфицирующими средствами, разрешенными к применению, соблюдение масочного режима, гигиенической обработки рук, обеззараживания и очистки воздуха с применением технологий, прошедших оценку соответствия и разрешенных к применению, в том числе ультрафиолетовое облучение и проветривание помещений.

### VI. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в предэпидемический период

6.1. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках региональных программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в предэпидемический период организуется пересмотр, корректировка и утверждение региональных планов по профилактике гриппа и ОРИ, планов санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по борьбе с гриппом и ОРИ, проводится перерасчет и обеспечивается наличие в субъекте неснижаемого запаса профилактических и лечебных препаратов, оборудования, имущества, средств индивидуальной защиты органов дыхания, дезинфицирующих средств, определяются схемы поэтапного, в зависимости от уровня заболеваемости, перепрофилирования стационаров для госпитализации больных гриппом и ОРИ, проводится расчет кадрового обеспечения медицинских организаций на период оказания медицинской помощи при наступлении эпидемического сезона гриппа и ОРИ. Осуществляется закупка гриппозных вакцин для иммунизации населения, не относящегося к группам риска, определенным [национальным календарем](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F06162836DB096037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBC350AA59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE) профилактических прививок.

6.2. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, медицинскими организациями обеспечивается:

- проведение массовой предсезонной иммунизации против гриппа населения из групп риска, определенных национальным календарем профилактических прививок;

- подготовка кадров медицинских организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ;

- лабораторная диагностика гриппа и идентификация возбудителей ОРИ в лабораториях медицинских организаций методами, определенными в настоящих санитарных правил.

6.3. Руководителями организаций, сотрудники которых относятся к группам риска по заболеваемости гриппом и ОРИ (работники медицинских, научно-исследовательских и образовательных организаций, торговли, общественного питания, транспорта, свиноводства, птицеводства), должны приниматься меры по проведению специфической профилактики гриппа и неспецифической профилактики ОРИ.

### VII. Организация противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ

7.1. В период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями реализуются санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по разработанным и утвержденным региональным планам профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с гриппом и ОРИ в субъектах Российской Федерации.

7.2. Оперативная разработка дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и координация действий заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций в решении задач, направленных на предупреждение, локализацию и ликвидацию массовых заболеваний гриппом и ОРИ, осуществляется создаваемыми санитарно-противоэпидемическими комиссиями или оперативными штабами по борьбе с гриппом, при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

7.3. Руководство противоэпидемической работой в период эпидемий гриппа и ОРИ возлагается на органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.4. Органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуется:

- ежедневный учет и анализ заболеваемости гриппом и ОРИ;

- мониторинговые лабораторные исследования материалов от больных для расшифровки этиологии сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежения за циркуляцией вирусов гриппа и ОРИ;

- контроль за организацией и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в дошкольных образовательных организациях, учебных заведениях, медицинских и других организациях.

7.5. Медицинскими организациями обеспечивается:

- предоставление информации о заболеваниях гриппом и ОРИ и результатах лабораторных исследований по диагностике гриппа и идентификации возбудителей ОРИ в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

- выявление лиц с признаками гриппа и ОРИ и лабораторная диагностика заболеваний;

- забор и доставка материалов от больных гриппом и ОРИ в лаборатории, выполняющие мониторинговые исследования по определению возбудителей сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежением за циркуляцией вирусов гриппа;

- госпитализация лиц с признаками гриппа и ОРИ;

- проведение первичных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекции;

- подготовка кадров медицинских и других организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ.

7.6. В период эпидемии гриппа и ОРИ в медицинских организациях развертываются дополнительные отделения для больных гриппом (с подозрением на грипп) с отдельным входом, гардеробной, регистратурой, кабинетом доврачебного осмотра, кабинетом для взятия крови и другими необходимыми кабинетами.

В развернутых отделениях вводится дезинфекционный режим, соответствующий режиму инфекционного стационара.

7.7. На основании анализа эпидемической обстановки по гриппу и ОРИ, уровня регистрируемой заболеваемости в сравнении с эпидемическими порогами, клинической характеристики заболеваний у детей и взрослых, результатов лабораторной диагностики и мониторинговых исследований по слежению за циркулирующими в эпидемический сезон вирусами гриппа и ОРИ по предложениям (предписаниям) органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, на территории субъекта Российской Федерации, учреждениях, организациях и предприятиях проводятся дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению распространения гриппа и ОРИ в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, включающие:

- проведение гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям экстренной неспецифической профилактики с использованием иммунобиологических препаратов и противовирусных химиопрепаратов, индукторов интерферона;

- ограничение или запрещение проведения массовых культурных, спортивных и других мероприятий;

- введение ограничительных мероприятий (или запрещение) как в целом по субъекту Российской Федерации, так и избирательно в муниципальных образованиях (городах, районах при отсутствии превышения в целом по субъекту) при превышении порогового уровня заболеваемости гриппом среди совокупного населения более 20%;

- принятие решения о приостановлении учебного процесса в детских образовательных организациях (досрочном роспуске школьников на каникулы или их продлении) в случае отсутствия по причине гриппа и ОРИ 20% и более детей;

- усиление контроля за санитарно-гигиеническим состоянием организаций, учебных заведений, в местах скопления людей;

- усиление противоэпидемического режима в медицинских организациях, детских образовательных организациях, оздоровительных организациях и организациях социальной защиты (проведение термометрии и осмотра с целью выявления больных, усиление контроля за соблюдением температурного режима, режимов текущей дезинфекции, обеззараживание воздушной среды, ношение медицинских масок и другие), а также прекращение допуска посетителей к больным в стационары, учреждения с круглосуточным пребыванием детей и взрослых (дома ребенка, детские дома и другие);

- развертывание отделений для приема больных с подозрением на заболевание гриппом в поликлиниках или перевод поликлиник на обслуживание на дому;

- поэтапное перепрофилирование соматических стационаров для госпитализации больных гриппом;

- направление в поликлиники дополнительного медицинского персонала из числа клинических ординаторов, студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений;

- выделение дополнительного автотранспорта для обслуживания больных на дому и доставке медикаментов из аптек;

- активизация всех видов санитарно-просветительной работы с акцентом на профилактику заражения гриппом и оказания помощи больным.

7.8. Руководителями организаций и предприятий принимаются меры по защите работающего персонала от заболевания гриппом и ОРИ, особенно в организациях с высоким риском распространения вирусов (предприятия торговли, сферы обслуживания, общественного транспорта).

7.9. Организациями обеспечивается:

- проведение комплекса работ по недопущению переохлаждения лиц, работающих на открытом воздухе в зимний период;

- выполнение мероприятий плана по профилактике гриппа и ОРИ.

### VIII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

8.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в целях предупреждения возникновения и распространения заболеваний гриппом и ОРИ организуются органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

8.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя:

- мониторинг заболеваемости гриппом и ОРИ, включая анализ заболеваемости и летальности по территориям, возрастным и социально-профессиональным группам населения;

- мониторинг циркуляции возбудителей гриппа и ОРИ, изучение их биологических свойств;

- серомониторинг заболевания;

- оценку эффективности проводимых мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемической ситуации.

### IX. Специфическая профилактика гриппа

9.1. Специфическая профилактика гриппа осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов. Цель вакцинации — не полная ликвидация гриппа, как инфекции, а снижение заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии.

9.2. В первую очередь вакцинации против гриппа в предэпидемический период подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет, прежде всего проживающие в учреждениях социального обеспечения;

- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ (ожирение), болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма), хроническими заболеваниями печени и почек;

- женщин во 2-м и 3-м триместре беременности (только инактивированными вакцинами);

- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;

- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);

- школьники;

- студенты

- медицинские работники;

- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и других людей с многочисленными производственными контактами;

- детей, получающих аспиринотерапию;

- воинские контингенты.

9.3. Определение численности контингентов, подлежащих ежегодной иммунизации против гриппа, осуществляют медицинские организации, которые согласуют планы профилактических прививок и заявку на вакцину с территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

9.4. С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа в группах риска должен быть не менее 75% (Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения 56.19 от 28 мая 2003 г. "Предупреждение пандемий и ежегодных эпидемий гриппа и борьба с ними"); охват прививками против гриппа населения в целом по стране и по субъектам Российской Федерации в отдельности - не менее 45%.

9.5. Для специфической профилактики гриппа используются живые, инактивированные, в том числе цельновирионные, расщепленные, субъединичные, рекомбинантные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные в Российской Федерации и приготовленные из штаммов, антигенно идентичных эпидемически актуальным штаммам вируса, которые получены из организаций, уполномоченных Всемирной организацией здравоохранения, и рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения на основании анализа антигенных и генетических свойств циркулирующих вирусов.

9.6. Профилактические прививки проводятся лицам, не имеющим противопоказаний (наличие аллергических реакций на куриный белок и другие вещества, если они являются компонентами вакцины, наличие лихорадки или других признаков острых респираторных инфекций) с их [согласия](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F060638160B49D037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBE3109A59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE), а также с согласия родителей или иных [законных представителей](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F06A6A8362B19F5E78396B37BAD102CEBCA1D6620FB49BBC3000FA9945A48D9BF0E1ACFF3121CC87C5c2E) несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F06063856CB296037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBD3202A59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE) Российской Федерации.

9.7. Инактивированная вакцина против гриппа может вводиться одновременно с другими инактивированными вакцинами, применяемыми в рамках [национального календаря](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F06162836DB096037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBC350AA59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE) профилактических прививок и [календаря](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F06162836DB096037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBC3D0CA59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE) профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

9.8. Планирование и организацию проведения профилактических прививок, полноту охвата и достоверность учета прививок, а также своевременное представление отчета о них в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивается руководителями медицинских организаций.

9.9. Вакцинация против гриппа проводится в соответствии с требованиями действующего законодательства и методическими документами.

9.10. При проведении массовой предсезонной вакцинации против гриппа допускается проведение профилактических прививок на дому прививочными бригадами.

### X. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ

10.1. Для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРИ используются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории Российской Федерации в установленном [порядке](consultantplus://offline/ref=B98A997776117764663FF056A5DCF3F061628462B795037231323BB8D60D91ABA69F6E0EB49BBC3508A59C50B5D594F5F8B2FD2D3DCE865ACFcCE).

10.2. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

- экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;

- сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период, с применением иммунокоррегирующих препаратов курсами разной продолжительности;

- санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.

10.3. Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения (например, школьников) и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций (медицинские работники, работники торговли, общественного транспорта).

10.4. Сезонная профилактика гриппа и ОРИ проводится с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

### XI. Гигиеническое воспитание населения

11.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики гриппа и ОРИ.

11.2. Гигиеническое воспитание населения проводится сотрудниками медицинских организаций, специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и другими.

11.3. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о гриппе и ОРИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

**9.2. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита**

I. Общие положения

1.1. Корь, краснуха, эпидемический паротит относятся к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи.

1.2. Корь в типичной манифестной форме характеризуется совокупностью следующих клинических проявлений:

- кашель и/или насморк, конъюнктивит;

- общая интоксикация, температура 38 °С и выше;

- поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4 - 5-го дня болезни (1-й день - лицо, шея; 2-й день - туловище; 3-й день - ноги, руки) и пигментация.

1.3. Краснуха в типичной манифестной форме характеризуется всеми перечисленными ниже проявлениями:

- непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах;

- незначительный подъем температуры;

- отсутствие интоксикации;

- лимфоаденопатия, увеличение заднешейных лимфоузлов;

- редко - артралгия.

1.4. Врожденная краснушная инфекция (далее - ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

1.5. Синдром врожденной краснухи (далее - СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз (катаракта, снижение остроты зрения, нистагм, косоглазие, микрофтальмия или врожденная глаукома), снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

1.6. Эпидемический паротит характеризуется общей интоксикацией (слабость, недомогание, лихорадка) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее) - паротит;

- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины - панкреатит;

- у мужчин - сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка - орхит;

- у [женщин](https://meganorm.ru/) - болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) - оофорит;

- лихорадка до 39 °С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского - серозный менингит.

1.7. Случаи кори, краснухи или эпидемического паротита подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные».

«Подозрительным» считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита, перечисленных в пунктах 2.2 - 2.6.

«Вероятным» считают случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки кори, краснухи или эпидемического паротита и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни.

«Подтвержденным» считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза в связи с невозможностью проведения лабораторных исследований «вероятный» случай классифицируется как «подтвержденный».

1.8. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

1.9. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций в установленном порядке. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG).

II. Выявление, учет и регистрация больных корью,   
краснухой и эпидемическим паротитом

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Каждый случай кори, краснухи, эпидемического паротита подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.3. При получении экстренного извещения (форма № 058/у) о случае кори, краснухи, эпидемического паротита, специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 ч проводит эпидемиологическое расследование.

2.4. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой, заполняется карта эпидемиологического расследования в соответствии с формами, приведенными (Приложения [50](https://meganorm.ru/Data2/1/4293807/4293807893.htm#i134047) и [51](https://meganorm.ru/Data2/1/4293807/4293807893.htm#i161249) к настоящим санитарным правилам, с указанием эпидемического номера случая). После лабораторной верификации и установления окончательного диагноза заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (далее - РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (далее - ННМЦ) в установленном порядке. Отчет о мероприятиях в очаге кори направляется в адрес ННМЦ после завершения наблюдения за контактными в течение инкубационного периода от первого дня сыпи последнего заболевшего корью.

2.5. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, ежегодно представляют в РЦ и ННМЦ списки заболевших корью и краснухой в соответствии с Приложением 52 к настоящим санитарным правилам.

2.6. Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной централизованной информационной системе инфекционных заболеваний (далее – ЦИСИЗ). Ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют ответственные специалисты РЦ в установленном порядке. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

III. Лабораторная диагностика кори, краснухи и   
эпидемического паротита

3.1. Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяются вирусологический, серологический и молекулярно-биологический методы исследования.

3.2. Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (далее - IgM) методом иммуноферментного анализа (далее - ИФА) является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь», «краснуха», «эпидемический паротит».

Исследование на корь и краснуху проводится в вирусологических лабораториях РЦ.

3.3. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

Взятие крови для исследований осуществляется на 4 - 5-й день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка).

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь» или «краснуха», «эпидемический паротит».

3.4. Молекулярно-биологический метод применяется в целях определения генотипа возбудителя кори или краснухи, для чего на 1 - 3-й день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

3.5. Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому – медицинскими работниками МО (независимо от форм собственности), поставившими диагноз.

Клинические образцы от пациентов с подозрением на корь и краснуху для серологических исследований доставляют в РЦ; для молекулярно-генетических исследований - в ННМЦ .

Сбор, хранение и транспортирование материала для вирусологических, серологических и молекулярно-биологических исследований осуществляется в установленном порядке.

IV. Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита

4.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

4.2. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь, краснуху или эпидемический паротит.

В инфекционных очагах и в медицинских организациях проводится влажная уборка с использованием моюще-дезинфицирующих средств, разрешенных для применения в установленном порядке, по режиму, рекомендованному при вирусных инфекциях, с последующим проветриванием помещения.

При контакте с больным необходимо защищать органы дыхания медицинской маской или респиратором.

4.3. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 ч проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори или краснухи, или эпидемического паротита; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

4.4. При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего коллектив не принимаются вновь и отстраняются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций или привитые до 21 дня.

4.5. Источники инфекции - больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) - подлежат обязательной госпитализации в случаях:

- тяжелого клинического течения заболевания;

- независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, образовательных учреждений, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации).

В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

- 5 дней с момента появления сыпи при кори;

- 7 дней с момента появления сыпи при краснухе;

- 9 дней - при эпидемическом паротите.

Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

4.6. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию в установленном порядке.

Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2 - 4 недели.

4.7. За лицами, общавшимися с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

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

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

4.10. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, без ограничения возраста, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица старше 6 лет, привитые против кори однократно.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 ч с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

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

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

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

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

4.14. Контактные лица из очагов кори, краснухи или эпидемического паротита, не привитые и не болевшие указанными инфекциями ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения, указанного в пункте [4.7](https://meganorm.ru/Data2/1/4293807/4293807893.htm#i86888). настоящего раздела санитарных правил.

Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения внутрибольничного распространения инфекции.

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

4.16. В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

4.17. В случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика медицинского наблюдения за беременной определяется результатами серологического исследования методом ИФА, подтвержденными в вирусологической лаборатории РЦ.

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

4.19. В случае, если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10 - 14 дней.

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

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

4.21. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM- и IgG-антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10 - 14 дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидности IgG-антител. При подтверждении диагноза (положительные IgM-антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидности IgG) решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

V. Специфическая профилактика кори, краснухи и   
эпидемического паротита

5.1. Основным методом защиты населения от кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика.

5.2. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Детям и взрослым, получившим прививки в рамках Национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены антитела к соответствующему возбудителю, прививки против кори, краснухи и/или эпидемического паротита проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов (далее -ИЛП).

Для иммунизации применяются ИЛП, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке согласно инструкциям по их применению.

5.3. В целях максимального охвата прививками против кори, краснухи, эпидемического паротита населения в субъектах Российской Федерации проводится работа по выявлению лиц, не болевших и не привитых против этих инфекций среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения) и их иммунизации в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

5.4. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против кори, краснухи, эпидемического паротита детей в декретированных возрастах - не менее 95 %;

- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18 - 25 лет - не менее 90 %;

- вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18 - 35 лет - не менее 90 %;

- вакцинацией против кори лиц декретированных профессий 18-55 лет – не менее 90%;

5.5. Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы федерального государственного наблюдения: форма № 5 «Сведения о профилактических прививках» (месячная, годовая) и форма № 6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний»« (годовая).

VI. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и   
эпидемическим паротитом

6.1. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой, эпидемическим паротитом проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. В период элиминации кори и краснухи осуществляется активный эпидемиологический надзор, в задачу которого входит поиск возможных случаев кори среди пациентов с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

6.3. В целях оценки состояния популяционного иммунитета к кори, краснухе и эпидемическому паротиту в установленном порядке проводятся исследования напряженности иммунитета у привитых лиц. Выявленные по результатам серологического мониторинга не иммунные к кори или краснухе, или эпидемическому паротиту лица подлежат иммунизации.

VII. Реализация мероприятий по ликвидации   
эндемичной кори, краснухи в Российской Федерации

7.1. В субъектах Российской Федерации разрабатывается и утверждается в установленном порядке План мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи (далее - План) с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

7.2. Реализацию мероприятий Плана в субъектах Российской Федерации осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, медицинские организации, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с установленными требованиями.

7.3. В период реализации мероприятий по ликвидации кори в субъектах Российской Федерации готовится и представляется в установленном порядке документация[[48]](#footnote-48) по подтверждению статуса субъекта Российской Федерации как территории, свободной от эндемичной кори.

7.4. В рамках реализации Плана ежегодно организуется подготовка медицинских работников по вопросам диагностики, эпидемиологии и профилактики кори, краснухи, эпидемического паротита, а также санитарное просвещение населения, включающее доведение до населения подробной информации о кори, краснухе, эпидемическом паротите, основных клинических симптомах данных заболеваний и мерах профилактики, с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением бесед в коллективах и очагах указанных инфекционных заболеваний и другие методы.

**9.3. Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая**

1. Общая характеристика ветряной оспы и опоясывающего лишая (этиология, клиника, эпидемиология)
   1. Ветряная оспа[[49]](#footnote-49) 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[[50]](#footnote-50) развивается у 10 - 20% пациентов, ранее перенесших ветряную оспу; представляет собой спорадическое 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.
   2. Возбудитель ветряной оспы, опоясывающего лишая - вирус Варицелла Зостер (Varicella Zoster virus) (далее - 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).
   3. 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 дней с момента появления последних элементов сыпи (макул).

Индекс контагиозности (заразительности) составляет в среднем 0,75-0,90.

Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 дня (в среднем 13-17 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.

* 1. Ветряная оспа проявляется типичной, атипичной и стертой клиническими формами. Типичная ветряная оспа по тяжести течения подразделяется на легкую, среднетяжелую и тяжелую. Основными факторами риска тяжелого течения заболевания являются лейкозы, солидные опухоли, ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия, а также терапия кортикостероидами. Также ветряная оспа может проявляться в инаппарантной (бессимптомной) форме, в таком случае диагноз устанавливается по результатам лабораторных исследований.
  2. Беременные относятся к группе риска развития заболеваний, связанных с ВЗВ. Случаи заболевания ветряной оспой новорожденных до 11-го дня жизни должны считаться врожденной инфекцией.

К врожденным формам ветряной оспы относятся синдром врожденной ветряной оспы (далее - СВВО) и неонатальная (врожденная) ветряная оспа.

Неонатальная (врожденная) ветряная оспа развивается при заболевании беременной женщины менее чем за 10 суток до родов. Тяжесть течения неонатальной (врожденной) ветряной оспы определяется сроками инфицирования.

В случае заболевания ветряной оспой беременной за 5 - 10 дней до родов, первые клинические признаки у новорожденного появляются сразу после рождения.

Новорожденный, заболевший ветряной оспой, развившейся в результате заболевания беременной за 16 и менее дней до родов, является источником ВЗВ.

Новорожденный ребенок с СВВО не является источником возбудителя ветряной оспы.

* 1. При заболевании беременной женщины опоясывающим лишаем, врожденные формы инфекции, вызванной ВЗВ, не возникают из-за отсутствия вирусемии и наличия у матери специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG), защищающих плод.
  2. Больной опоясывающим лишаем является источником ВЗВ и представляет эпидемиологическую опасность, в отношении него проводятся такие же профилактические и противоэпидемические мероприятия, как и в отношении больного ветряной оспой.
  3. Иммунитет к ветряной оспе формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этой инфекции. Показателем наличия иммунитета к ВЗВ является присутствие в крови специфических IgG в иммунологически значимом (защитном) титре.

II. Выявление, учет и регистрация больных ветряной оспой и опоясывающим лишаем

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Сведения о регистрации случаев ветряной оспы и опоясывающего лишая на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения в соответствии с разделом 1 Санитарных правил.

III. Лабораторная диагностика ветряной оспы и опоясывающего лишая

3.1. Лабораторные методы исследования в медицинских организациях используются для диагностики атипичных и стертых форм заболевания, для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися везикулезной сыпью (например: инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса, ящуром, энтеровирусной инфекцией, стрептодермией, патогенными для человека ортопоксвирусами).

Показаниями для лабораторного обследования на инфекцию, вызванную ВЗВ, также являются:

* подозрение на ветряную оспу у привитого против этой инфекции лица;
* подозрение на повторное заболевание ветряной оспой.

3.2. Материалом для лабораторного исследования, в зависимости от клинических проявлений и локализации инфекционного процесса, служит:

* содержимое везикул;
* сыворотка крови;
* спинномозговая жидкость;
* отделяемое носоглотки.

Выбор лабораторного метода исследования определяется его доступностью и возможностями конкретной лаборатории.

3.3. Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ветряной оспы, являются:

* выявление ДНК ВЗВ с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (содержимом везикул, смывах со слизистой носоглотки, спинномозговой жидкости);
* выявление иммуноглобулинов класса М (далее - IgM) или низкоавидных IgG к ВЗВ в сыворотке крови;
* нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10-14 дней (метод парных сывороток) при исследовании методом иммуноферментного анализа (ИФА) или в реакции связывания комплемента (далее - РСК);
* выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову мазках содержимого везикул при световой или электронной микроскопии;
* положительная проба Цанка - выявление многоядерных гигантских клеток в соскобе с основания везикулы, помещенном на предметное стекло, фиксированном 95% спиртом и окрашенном по методу Романовского-Гимзы;
* обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках содержимого везикул с помощью иммунофлюоресцентного метода (ИФ метода);
* выделение вируса из биологического материала (например: содержимого везикул, соскобов со слизистых оболочек и кожи, крови, ликвора) на чувствительных (эмбриональных) культурах клеток с последующей его идентификацией в РСК или ПЦР.

IV. Клиническая диагностика и критерии постановки диагнозов ветряной оспы и опоясывающего лишая

* 1. Эпидемиологически случаи ветряной оспы подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные» случаи:

«подозрительным» считается случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько клинических признаков из перечисленных в пункте 1.1. раздела 8.3. настоящих Санитарных правил, один из которых - поражение кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи;

«вероятным» считается случай острого заболевания, при котором имеются один или несколько клинических признаков ветряной оспы и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем этой инфекции;

«подтвержденным» считается случай заболевания ветряной оспой после лабораторного подтверждения диагноза.

В случае проявления ветряной оспы в атипичной или стертой форме при наличии лабораторного подтверждения заболевание классифицируется как «подтвержденное».

При отсутствии возможности проведения лабораторных исследований в медицинской организации или отсутствии показаний к их проведению «подозрительный» или «вероятный» случай классифицируется как «подтвержденный».

* 1. Окончательный диагноз ветряной оспы устанавливается на основании клинических данных и (или) при наличии лабораторного подтверждения диагноза или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.
  2. Внутриутробное инфицирование плода ВЗВ в течение первых 20 недель беременности может приводить к самопроизвольному аборту, внутриутробной смерти плода или рождению ребенка с СВВО.

В случае внутриутробного заражения ВЗВ в первом триместре беременности (на 13-20 неделе), может развиться синдром врожденной ветряной оспы (далее - СВВО), который характеризуется пороками развития конечностей (укорочение, деформация), головного мозга (микроцефалия, гидроцефалия, корковая атрофия, диафрагмальный паралич) и органов зрения (катаракта).

1. Эпидемиологический надзор за заболеваниями, вызываемыми ВЗВ
   1. Эпидемиологический надзор за ветряной оспой и опоясывающим лишаем организуется и проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации[[51]](#footnote-51).
   2. В территориальных органах (учреждениях) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющиеся данные о зарегистрированных случаях ветряной оспы и опоясывающего лишая анализируются специалистами в рамках эпидемиологического надзора за инфекцией, вызванной ВЗВ, с целью составления эпидемиологического прогноза и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.
   3. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

мониторинг эпидемиологической ситуации;

анализ структуры заболеваемости;

слежение за циркуляцией возбудителя, его фенотипическими и генотипическими свойствами;

контроль за организацией и проведением профилактических прививок;

оценку своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

своевременное принятие управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

* 1. Специалистами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование очагов инфекции, вызванной ВЗВ:

в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» - при регистрации каждого случая;

в организациях с круглосуточным пребыванием детей - при регистрации очагов с групповой заболеваемостью (двух и более случаев);

в одной группе или классе детской образовательной организации - при регистрации групповой заболеваемости (двух и более случаев);

в детской образовательной организации - при регистрации пяти и более случаев.

По результатам эпидемиологического расследования выдается предписание о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий[[52]](#footnote-52).

VI. Профилактические мероприятия

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

6.2. Иммунизация населения против ветряной оспы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также в рамках региональных календарей профилактических прививок. Для иммунизации применяются иммунобиологические лекарственные препараты, разрешенные к применению в Российской Федерации, иммунизация проводится в соответствии с инструкциями к применению данных препаратов.

6.3. Вакцинация против ветряной оспы в плановом порядке, в первую очередь показана ранее не болевшим, не привитым или не имеющим завершенного 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 произвести 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/мм3. 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 завершенный 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;

персонал образовательных организаций и организаций стационарного социального обслуживания, прежде всего, с круглосуточным пребыванием обслуживаемых лиц.

6.4. Для профилактики вакциноассоциированных 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.

VII. Противоэпидемические мероприятия

* 1. В очагах инфекции, вызванной ВЗВ, первичные противоэпидемические мероприятия (изоляция и при необходимости госпитализация больного (больных), подозрительных на заболевание ветряной оспой или опоясывающим лишаем, осмотр лиц, контактировавших с больным (далее - контактные лица), с целью выявления других случаев заболеваний, вызванных ВЗВ, выяснение их эпидемиологического и прививочного анамнеза) проводятся врачом (фельдшером) медицинской, образовательной или оздоровительной организации в течение 24 часов после выявления больного ветряной оспой, опоясывающим лишаем (при подозрении на ветряную оспу, опоясывающий лишай), или получения экстренного извещения о таких случаях.
  2. Изоляция заболевшего ветряной оспой или опоясывающим лишаем завершается по истечении 5 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 медицинские организации, 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.

* 1. 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.

В направлениях на госпитализацию больных опоясывающим лишаем (или лиц с подозрением на это заболевание) кроме анкетных данных указываются первоначальные симптомы, сведения о перенесенном в прошлом заболевании ветряной оспой или опоясывающим лишаем, о профилактических прививках против ветряной оспы, а также о проведенном лечении.

* 1. Лечение больных ветряной оспой и опоясывающим лишаем проводится в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) до их клинического выздоровления.
  2. 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 изолируются 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.
  3. Допуск реконвалесцента ветряной оспы или опоясывающего лишая в коллектив разрешается после его клинического выздоровления, но не ранее шестого дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи независимо от наличия вторичных случаев ветряной оспы в очаге.
  4. Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается только при наличии справки об отсутствии медицинских противопоказаний для посещения образовательных и иных организаций и осуществления отдельных видов деятельности или учебы[[53]](#footnote-53) от лечащего врача или фельдшера.
  5. Диспансерное наблюдение за переболевшими ветряной оспой лицами не проводится.
  6. Основными задачами противоэпидемических мероприятий в отношении лиц, контактировавших с больными инфекцией, вызванной ВЗВ, являются:

своевременное выявление больных инфекцией, вызванной ВЗВ, а также случаев заболеваний, подозрительных на эту инфекцию;

выявление лиц, не защищенных (не болевших и не привитых) против ветряной оспы, для проведения экстренной профилактики.

* 1. К категории контактных лиц относят:

лиц, общавшихся с заболевшим ветряной оспой в течение двух дней до появления у больного сыпи, в период высыпаний, в течение пяти дней после появления последнего элемента сыпи;

лиц, общавшихся с заболевшим опоясывающим лишаем с момента появления у него сыпи и в период высыпаний (до истечения пяти дней после появления последнего элемента сыпи).

* 1. При наличии среди контактных лиц, не болевших ветряной оспой, не привитых и (или) не получивших завершенный курс вакцинации против ветряной оспы, за ними устанавливается медицинское наблюдение сроком на 21 день с момента изоляции последнего заболевшего из очага ВЗВ инфекции.

Медицинское наблюдение за детьми и взрослыми, переболевшими ветряной оспой, а также получившими завершенный курс вакцинации против ветряной оспы (при наличии документального подтверждения), не проводится.

В качестве меры экстренной профилактики ветряной оспы в отношении лиц, не болевших ветряной оспой и не привитых против нее, контактировавших с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем, используется активная иммунизация (вакцинация) .

Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям (в возрасте от 12 месяцев) и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72 - 96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Для специфической профилактики ветряной оспы применяют живые аттенуированные вакцины. Иммунизацию проводят в соответствии с инструкцией по применению используемой вакцины против ветряной оспы.

Профилактические прививки несовершеннолетним, не достигшим возраста 15 лет[[54]](#footnote-54), проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних. Согласие или отказ от проведения вакцинопрофилактики оформляется в соответствии с нормативным правовым актом. Прививки лицам, контактировавшим с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем, регистрируются в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

* 1. 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 (дате ранее перенесенного заболевания), 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);

информирует дошкольные образовательные организации о контактных детях в возрасте до 7 лет, посещающих дошкольные образовательные организации, не болевших ветряной оспой, не привитых и (или) не получивших завершенный курс вакцинации против ветряной оспы, с целью их разобщения в течение 21 календарного дня с момента последнего общения с заболевшим ветряной оспой; при этом если дата контакта с ним установлена точно, дети до 7 лет допускаются в дошкольные образовательные организации в течение 10 календарных дней от начала контакта, с 11 по 21 календарный день обеспечивается их изоляция дома; дети в возрасте старше 7 лет и лица, ранее переболевшие ветряной оспой, разобщению не подлежат.

Наблюдение на дому за контактными лицами из числа детей, не посещающих дошкольные образовательные организации, осуществляется медицинским персоналом или родителями (опекунами), которых врач (фельдшер) информирует о признаках заболевания ветряной оспой и необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при их появлении.

Взрослых из числа контактных лиц врач (фельдшер) информирует о признаках заболевания ветряной оспой и необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при их появлении.

* 1. При регистрации очага инфекции в дошкольных образовательных организациях, общеобразовательных организациях, в организациях с круглосуточным пребыванием детей, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, медицинский персонал (врач, фельдшер, медицинская сестра) с целью активного выявления больных ежедневно проводит осмотры детей, контактировавших с источником возбудителя ветряной оспы, результаты осмотра фиксирует в медицинской документации. Осмотр включает оценку общего состояния, осмотр кожных покровов, измерение температуры тела.

В очагах инфекции с числом случаев 2 и более в одном коллективе допускается проведение лабораторного обследования контактных лиц для выявления неиммунных лиц, а также легких и атипичных форм инфекции.

В дошкольных образовательных организациях, 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:

прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей, не болевших ветряной оспой и не привитых против этой инфекции в группу (коллектив), где зарегистрирован случай заболевания ветряной оспой;

запрещается участие в массовых мероприятиях детей из группы (коллектива), в котором выявлены случаи заболеваний, а также перевод детей такой группы в другие группы (коллективы);

дважды в день организуется и проводится влажная уборка помещений с применением моющих и (или) дезинфицирующих средств; из обихода исключаются мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моются горячей водой с моющим средством; проводится дезинфекция воздушной среды с использованием ультрафиолетового облучения или других способов, разрешенных для этих целей, не менее четырех раз в день проводится проветривание (по 8-10 минут).

* 1. Госпитализация в медицинские организации 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 этом в стационаре в целях предупреждения распространения инфекции организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в соответствии с пунктом 7.18 раздела 8.3 Санитарных правил; госпитализация в плановом порядке откладывается до окончания периода медицинского наблюдения.
  2. В целях предупреждения «заносов» ветряной оспы в медицинские организации неинфекционного профиля, оказывающие медицинскую помощь детскому населению в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в организации отдыха и оздоровления детей, другие организации с круглосуточным пребыванием детей, в направлениях на плановую госпитализацию или иных сопроводительных документах следует указывать[[55]](#footnote-55): сведения об имеющихся у госпитализируемого ребенка прививках против ветряной оспы, о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой, о контакте с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.
  3. Для предупреждения врожденной патологии у новорожденных, в отношении беременных женщин, имевших контакт с заболевшим инфекцией, вызванной ВЗВ, медицинской организацией организуются следующие профилактические мероприятия:

при отсутствии у беременной женщины, контактировавшей с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем, клинических признаков этой инфекции, она подлежит медицинскому наблюдению и серологическому обследованию (первое исследование) до введения иммуноглобулина;

если при первом исследовании антитела IgG и IgM к вирусу ветряной оспы не обнаружены, беременной женщине необходимо ввести иммуноглобулин и через 10-14 дней повторить обследование на IgM (второе исследование) к ВЗВ для исключения факта инфицирования;

при отрицательном результате второго исследования на IgM к ВЗВ через 10-14 дней проводится следующее серологическое обследование (третье исследование). Если при третьем исследовании IgM не выявлены, то наблюдение прекращается, но женщина предупреждается о том, что она восприимчива (серонегативна) к ветряной оспе. Прививки против ветряной оспы таким женщинам проводятся после родов и окончания периода лактации;

если при первом исследовании у беременной женщины выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю ветряной оспы, обследование повторяют через 10 - 14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при втором исследовании также выявлены специфические IgG, и не обнаружены IgM к вирусу ветряной оспы, то риск развития синдрома врожденной ветряной оспы у плода исключается, дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге ветряной оспы не проводят;

если при втором исследовании выявлены специфические IgM антитела, то через 10 - 14 дней проводят третье исследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG и IgM антител женщина предупреждается о риске развития у плода СВВО, о чем делают запись в медицинской документации, удостоверяя подписями врача и беременной. При сохранении беременности за женщиной проводят диспансерное наблюдение вплоть до родов[[56]](#footnote-56);

если при первом исследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю ветряной оспы, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации. Через 10 - 14 дней после первого исследования проводят второе исследование с определением авидности IgG антител. При лабораторном подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу ветряной оспы и низкий индекс авидности IgG) женщина предупреждается о высоком риске врожденной патологии плода. При сохранении беременности за женщиной проводят диспансерное наблюдение вплоть до родов.

* 1. При выявлении случая заболевания, вызванного ВЗВ у пациентки медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях (в родовспомогательном учреждении), администрация медицинской организации организует и проводит профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге, в том числе:

организует изоляцию заболевшей, ее дальнейшее лечение (в зависимости от клинического состояния и срока беременности) в условиях инфекционного отделения многопрофильной больницы или инфекционной больницы (в боксе стационара другого профиля) или амбулаторно; в случае вступления пациентки в роды, она изолируется в родовой бокс;

организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшей (в отделениях, в которых заболевшая находилась или посещала в течение двух дней до появления клинических симптомов заболевания ветряной оспой и с начала заболевания) - в течение 21 дня с момента ее изоляции (термометрия 2 раза в день, осмотр кожных покровов);

организует экстренную иммунизацию против ветряной оспы в течение 72 -96 часов с момента контакта медицинского персонала (не привитых или не имеющих сведений о напряженности иммунитета к ветряной оспе; допускается предварительное серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе); медицинский персонал, не имеющий защитного уровня иммунитета к ветряной оспе и не получивший экстренную иммунизацию, отстраняется от работы с 11 по 21 день от начала контакта с заболевшей;

организует серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе пациентов с неизвестным прививочным анамнезом и не болевших ветряной оспой; пациентов, не имеющих защитного уровня иммунитета к ветряной оспе, изолируют на период с 11 по 21 день от начала контакта с заболевшей; в зависимости от клинического состояния и потребности в оказании медицинской помощи таких пациентов выписывают и изолируют на дому, либо размещают в боксах или боксированных палатах;

организует экстренную профилактику ветряной оспы в соответствии с пунктом 7.11 раздела 8.3 Санитарных правил пациентам, контактировавшим с заболевшей, в том числе новорожденному заболевшей ветряной оспой родильницы.

При заболевании кормящей матери грудное вскармливание не противопоказано при условии соблюдения правил общей гигиены, за исключением случаев, когда заболевание у матери проявляется в течение пяти дней до или через два дня после родов. В таком случае ребенок изолируется от матери в бокс до окончания у нее заразного периода (отпадания корочек). На период изоляции кормление ребенка допускается осуществлять сцеженным грудным молоком.

При переводе в другие отделения и выписке пациентов, бывших в контакте с больной ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), администрация медицинской организации обеспечивает запись о наличии контакта и сроках наблюдения в медицинской документации (при выписке до окончания периода наблюдения информация о контакте по ВЗВ - инфекции в стационаре передается в медицинскую организацию по месту жительства).

Администрация медицинской организации обеспечивает прием новых пациенток в отделение в течение 21 дня с момента изоляции заболевшей только при наличии у них данных о защитном уровне иммунитета к ветряной оспе или документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или завершенном курсе вакцинации против ветряной оспы.

* 1. 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 зависимости от клинического состояния) в условиях инфекционного стационара (в боксе или боксированной палате стационара другого профиля) или направляет на амбулаторное лечение;

организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшим (отделения, в которых заболевший находился или посещал в течение двух дней до появления клинических симптомов заболевания ветряной оспой и с начала заболевания) - в течение 21 дня с момента изоляции больного (термометрия два раза в день, осмотр кожных покровов);

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 (однократно привитых) против ветряной оспы; при необходимости, организует серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе, организует экстренную профилактику в соответствии с пунктом 7.11 раздела 8.3 Санитарных правил;

контактных лиц, не болевших ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), не привитых (имеющих незавершенный курс вакцинации) против ветряной оспы, не имеющих защитного уровня иммунитета к ветряной оспе и не получивших экстренную иммунизацию, из числа персонала - отстраняет от работы с 11 по 21 день от начала контакта с заболевшим; из числа пациентов - изолирует на период с 11 по 21 день от начала контакта с заболевшим;

при переводе в другие отделения и выписке пациентов, бывших в контакте с больным ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), обеспечивает запись о наличии контакта и сроках наблюдения в медицинской документации (при выписке до окончания периода наблюдения информация о контакте по инфекции, вызванной ВЗВ, в стационаре передается в медицинскую организацию по месту жительства);

прием новых пациентов (обеспечиваемых) в отделение (группу) в течение 21 дня с момента изоляции заболевшего (или до завершения проведения противоэпидемических мероприятий) 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 завершенном курсе вакцинации (при наличии двух прививок) против ветряной оспы.

* 1. Мероприятия по прерыванию путей передачи возбудителя:

в очагах инфекции, вызванной ВЗВ заключительная дезинфекция не проводится;

в помещении, в котором находится больной, необходимо дважды в день проводить влажную уборку с применением моющих и (или) дезинфицирующих средств и проветривание (по 8-10 минут не менее четырех раз в день);

больному и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимо строго соблюдать правила личной гигиены, после контакта с больным тщательно мыть руки.

**9.4. Профилактика коклюша**

I. Общие положения

1.1. Для коклюша характерны длительный спазматический кашель, поражение дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Задействован аэрозольный механизм передачи инфекции, реализующийся воздушно-капельным путем.

Источниками инфекции являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша. Передача возбудителя инфекции осуществляется воздушно-капельным путем посредством капелек слизи, выделяемых больным во время усиленного выдоха (громкий разговор, крик, плач, кашель, чихание). Наиболее интенсивная передача возбудителя происходит при кашле. Риск инфицирования окружающих особенно велик в начале спазматического периода, далее постепенно снижается и, как правило, к 25-му дню больной коклюшем становится незаразным. У привитых и взрослых коклюш может протекать атипично без приступообразного кашля. Инкубационный период колеблется от 7 до 21 дня. Возможна передача возбудителя и бактерионосителями, однако существенного эпидемиологического значения они не имеют.

Восприимчивость к коклюшу сохраняется высокой у детей до 1 года, у лиц, не привитых против коклюша, а также утративших иммунитет к коклюшной инфекции с возрастом.

1.2. К характерным клиническим проявлениям и гематологическим изменениям при коклюше относятся:

- подострое начало заболевания с появлением непродуктивного кашля в течение 3-14 дней при отсутствии повышения температуры тела и катаральных явлений в верхних дыхательных путях;

- спазматический приступообразный длительный кашель с гиперемией или цианозом лица, слезотечением, репризами, рвотой, задержкой дыхания, апноэ, отхождением вязкой прозрачной мокроты, усиливающийся в ночное время, после физической или эмоциональной нагрузки;

- формирование пневмококлюша («коклюшного легкого»), характеризующегося признаками эмфиземы, продуктивным воспалением в периваскулярной и перибронхиальной ткани;

- лейко- и лимфоцитоз.

1.3. При постановке диагноза учитывают:

- характерные клинические проявления, перечисленные в [п. 1.2.](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_22) настоящих правил;

- результаты лабораторных исследований, в том числе выделение культуры возбудителя при бактериологическом исследовании или ДНК возбудителя при молекулярно-генетическом исследовании, или выявление специфических антител при серологическом исследовании в иммуноферментном анализе (ИФА);

- данные эпидемиологического анамнеза (состояние привитости и наличие у пациента контакта с больным коклюшем).

Все случаи бактерионосительства возбудителя коклюша диагностируют на основании результатов выделения культуры возбудителя или ДНК возбудителя.

1.4. Классификация случаев коклюша:

- «подозрительным» считается случай, при котором имеются клинические признаки коклюша, перечисленные в [п. 1.2.](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_22) настоящих правил;

- «вероятным» считается случай, при котором имеются характерные клинические признаки и выявлена эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем;

- «подтвержденным» считается случай коклюша, ранее классифицированный как «подозрительный» или «вероятный» после лабораторного подтверждения (с выделением культуры возбудителя или ДНК возбудителя, или специфических противококлюшных антител).

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза «вероятный» случай классифицируют как «подтвержденный» на основании характерных клинических проявлений.

Верификация диагноза коклюша при атипичной форме болезни требует лабораторного подтверждения.

Окончательный диагноз устанавливается:

- по подтверждению предварительного диагноза лабораторными методами (выделение культуры или ДНК возбудителя, или обнаружение противококлюшных антител);

- клинически - на основании характерных клинических проявлений болезни при отсутствии возможности проведения лабораторной диагностики или при получении отрицательных результатов лабораторного обследования;

- клинически,на основании характерных клинических проявлений болезни и учета эпидемиологической связи с источником инфекции.

1.5. Диагноз заболеваний, обусловленных другими бордетеллами, устанавливают на основании выделения культуры возбудителя или ДНК соответствующего возбудителя.

1.6. Иммунитет к коклюшу формируется после перенесенного заболевания или проведения специфической вакцинопрофилактики. Показателем наличия иммунитета к коклюшу является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов (антител) класса G.

II. Выявление, учет и регистрация больных коклюшем и лиц с подозрением на заболевание

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. В целях раннего выявления коклюша медицинские работники направляют:

- каждого ребенка, кашляющего в течение 7 дней и более, - на двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) или однократное молекулярно-генетическое исследования, а также устанавливают за ним медицинское наблюдение;

- каждого взрослого при подозрении на коклюш и/или при наличии контакта с больным коклюшем, работающего в родильных домах, детских больницах, санаториях, дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей - на двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) или однократное молекулярно-генетическое исследования.

2.3. Для дифференциальной диагностики в клинически неясных случаях и при отсутствии обнаружения возбудителя с помощью бактериологического и/или молекулярно-генетического методов исследования, дети и взрослые должны быть обследованы методом ИФА на третьей неделе и позже.

2.4. При получении экстренного извещения о случае коклюша (подозрения на это заболевание) специалист территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, проводит эпидемиологическое расследование с заполнением карты эпидемиологического расследования.

III. Лабораторная диагностика коклюша

3.1. Для лабораторной диагностики коклюша применяют бактериологический, серологический и молекулярно-генетический методы исследования. Выбор метода определяется сроком заболевания.

Бактериологический метод используют на ранних сроках заболевания в первые 2-3 недели независимо от приема антибиотиков.

Серологический метод (ИФА) применяют с 3-й недели болезни. По решению лечащего врача проводится повторное исследование сыворотки крови не менее, чем через 10 дней.

Молекулярно-генетический метод используют на любых сроках от начала заболевания (оптимально – в первые 4 недели от начала заболевания), независимо от проведения больному антибиотикотерапии и вакцинального статуса. Молекулярно-генетический метод наиболее эффективен у детей раннего возраста, а также у взрослых и подростков со стертой и атипичной клинической картиной заболевания.

3.2. Взятие и транспортирование патологического материала для лабораторной диагностики коклюша осуществляют в установленном порядке ([Приложение 53](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_11000) к настоящим санитарным правилам).

3.3. Бактериологическое исследование осуществляют в соответствии с нормативными документами.

3.4. Молекулярно-генетическое исследование проводят с использованием наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке, согласно инструкциям по их применению.

3.5. Серологическую диагностику коклюша проводят методом ИФА с использованием наборов реагентов по определению уровня специфических противококлюшных антител классов IgM, IgA, IgG, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке. Интерпретация результатов ИФА изложена в [Приложении 54](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_12000) к настоящим санитарным правилам.

При заболевании детей первых месяцев жизни, учитывая особенности иммуногенеза в этом возрасте (замедленную сероконверсию), целесообразно проводить исследование парных сывороток крови одновременно ребёнка и матери.

Отрицательный результат серологического исследования не исключает заболевание коклюшем. Результаты серологических исследований интерпретируют в совокупности с клинической картиной болезни.

IV. Мероприятия в отношении источника инфекции

4.1. Больным коклюшем, лицам с подозрением на коклюш в зависимости от тяжести клинического течения медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях или в условиях стационара. При проведении лечения на дому за ними устанавливают медицинское наблюдение.

4.2. В амбулаторных условиях наблюдение за больными коклюшем или с подозрением на коклюш детьми осуществляется на дому с кратностью посещения через день. При посещении больных коклюшем детей и взрослых врач принимает решение о необходимости госпитализации. Больным коклюшем или с подозрением на коклюш проводят двукратное бактериологическое (в сроки не превышающие 3 недели от начала заболевания) или однократное молекулярно-генетическое исследование. В сроки, превышающие 3 недели, проводят серологическое (ИФА) и молекулярно-генетическое исследования.

4.3. Госпитализации подлежат:

4.3.1. По клиническим показаниям:

- дети первых 6 месяцев жизни;

- дети старше 6 месяцев с выраженной тяжестью и осложненным течением болезни, измененным преморбидным состоянием, сопутствующими заболеваниями (перинатальная энцефалопатия, судорожный синдром, глубокая недоношенность, гипотрофия II-III степени, врожденный порок сердца, бронхиальная астма и т.д.), одновременным течением коклюша и других инфекционных заболеваний;

- взрослые с осложненным течением.

4.3.2. По эпидемическим показаниям:

- дети из образовательных организаций с круглосуточным пребыванием, домов ребенка, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- взрослые и дети, проживающие в общежитиях.

4.4. Больных коклюшем детей первого года жизни необходимо госпитализировать в боксированные отделения, оснащенные систематической подачей кислорода, более старших - в небольшие палаты, предусматривая изоляцию больных со смешанными инфекциями.

4.5. В направлениях на госпитализацию больных коклюшем или с подозрением на коклюш, кроме анкетных данных, указывать сведения о профилактических прививках и контактах с больным коклюшем или бактерионосителем.

4.6. В первые 3 дня поступления больного в стационар, независимо от назначения антибиотиков, в сроки, не превышающие 3 недели от начала заболевания, проводят двукратное бактериологическое или однократное молекулярно-генетическое исследование. В случаях поступления больного в стационар в сроки, превышающие 3 недели, проводят серологическое (ИФА) и молекулярно-генетическое исследования.

4.7. Все больные коклюшем (дети и взрослые), выявленные в детских больницах, родильных домах, домах ребенка, дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подлежат изоляции сроком на 25 дней от начала заболевания.

4.8. Бактерионосители возбудителя коклюшной инфекции из организаций, перечисленных в [п. 5.7](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_66). настоящих правил, подлежат изоляции до получения двух отрицательных результатов бактериологического или однократного молекулярно-генетического исследований.

4.9. Взрослые, больные коклюшем, не работающие в организациях, перечисленных в [пункте 5.7](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_66). настоящих правил, подлежат отстранению от работы по клиническим показаниям.

4.10. Дети, госпитализированные из домов ребенка, общеобразовательных организаций с круглосуточным пребыванием детей, специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, общежитий, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, допускаются в организации при наличии 2 отрицательных результатов бактериологического исследования или одного отрицательного результата молекулярно-генетического обследования. Остальным переболевшим коклюшем детям повторное бактериологическое или молекулярно – генетическое обследование не проводится.

4.11. В организации реконвалесцентов коклюша допускают при отсутствии клинических проявлений.

V. Мероприятия в очаге инфекции

5.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге коклюшной инфекции является его локализация и ликвидация.

5.2. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками медицинских и иных организаций, а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном [законодательством](garantF1://70064724.1000) Российской Федерации порядке, сразу после выявления больного или при подозрении на коклюш.

5.3. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование очага инфекции в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) для установления источника инфекции, уточнения границы очага, круга лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочного статуса, а также осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очаге.

5.4. В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки против коклюша не проводят.

В помещении осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание.

5.5. Контактные с больным коклюшем дети при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, подлежат отстранению от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

5.6. В семейных (в семьях, где есть больные коклюшем) очагах за контактными лицами устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или с интервалом в один день) или однократное молекулярно-генетическое исследования.

5.7. За лицами, общавшимися с больными коклюшем в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 дней с момента прекращения общения. Медицинское наблюдение за общавшимися с больным с ежедневным осмотром контактных осуществляется медицинским персоналом медицинской организации, к которой прикреплена данная организация.

В дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) при появлении вторичных случаев заболевания медицинское наблюдение осуществляется до 21-го дня с момента изоляции последнего заболевшего.

5.8. Лабораторное обследование контактных в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), осуществляют бактериологическим методом на 10 - 14 день или молекулярно-генетическим методом без учета длительности очага.

5.9. Взрослые, работающие в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы. Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом в один день) или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследования.

5.10. Новорождённым в родильных домах, детям первых 3 месяцев жизни и непривитым детям в возрасте до 1 года, имевшим контакт с больным коклюшем, вводится внутримышечно нормальный иммуноглобулин человека в соответствии с инструкцией к препарату.

VI. Специфическая профилактика коклюша

6.1. Основным методом профилактики и защиты населения от коклюша является вакцинопрофилактика.

6.2. Иммунизация населения против коклюша проводится в рамках национального календаря профилактических прививок. Для иммунизации применяются иммунобиологические лекарственные препараты, разрешенные к применению в Российской Федерации.

6.3. Профилактические прививки несовершеннолетним проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних после получения ими от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.

6.4. Согласие или отказ от проведения профилактической прививки оформляется записью в медицинских документах и подписывается родителем или его законным представителем и медицинским работником.

6.5. Руководитель медицинской организации обеспечивает планирование, организацию и проведение профилактических прививок, полноту охвата и достоверность их учета, своевременное представление отчетов о сделанных прививках в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

6.6. Учёт детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляют в соответствии с действующим законодательством.

6.7. План профилактических прививок и потребность медицинских организаций в иммунобиологических лекарственных средствах для их проведения согласовывают с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

6.8. Медицинские работники медицинских и иных организаций, а также лица, имеющие право на занятие частной медицинской практикой и получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном [законодательством](garantF1://70064724.1000) Российской Федерации, при проведении профилактической прививки против коклюша регистрируют ее в учетных медицинских документах. Сведения о проведении прививки против коклюша вносятся в учетную документацию и сертификат профилактических прививок.

6.9. В случае отсутствия у ребенка профилактических прививок против коклюша медицинские работники организаций выясняют причины, по которым ребенок не был привит, и организуют его иммунизацию с учетом требований, содержащихся в [пункте 7.3.](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20%20Профилактика%20коклюша.doc#sub_83) настоящих правил.

6.10. Для обеспечения популяционного иммунитета к коклюшу охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев - не менее 95%;

- первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев - не менее 95%.

6.11. Иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший подготовку по вопросам вакцинопрофилактики.

VII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

7.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

- мониторинг заболеваемости;

- контроль за охватом прививками и своевременностью их проведения;

- слежение за иммунологической структурой населения и состоянием популяционного иммунитета;

- слежение за циркуляцией возбудителя коклюша, его фенотипическими и генотипическими свойствами;

- мониторинг и оценку своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- оценку эпидемиологической ситуации с целью принятия управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

7.2. В целях оценки состояния популяционного иммунитета к коклюшу проводятся исследования напряженности иммунитета у привитых лиц.

VIII. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики коклюша

8.1. Гигиеническое воспитание населения о преимуществах вакцинопрофилактики коклюша организуют и проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

8.2. В целях пропаганды профилактики коклюша используются культурно-просветительные учреждения и средства массовой информации.

**9.5. Профилактика дифтерии**

I. Общие положения

1.1. 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).

1.2. Возбудитель дифтерии - коринебактерии дифтерии (Corynebacterium diphtheriae), продуцирующие дифтерийный токсин (экзотоксин).

Возбудитель дифтерии является неподвижным, грамположительным, неспорообразующим факультативным анаэробом, неоднороден по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам и подразделяется на четыре биовара: gravis, mitis, intermedius, belfanti. Все токсигенные C. diphtheriae продуцируют дифтерийный токсин.

Коринебактерии дифтерии длительно выживают в окружающей среде: в пыли они сохраняют свою жизнеспособность до 5 недель; в сухой дифтерийной пленке - до 7 недель; на одежде, постельных принадлежностях, на предметах в окружении больного, на игрушках - до двух недель; в воде и молоке - до 20 дней. Низкие температуры не убивают коринебактерии дифтерии длительное время, под действием прямого солнечного света гибнут в течение нескольких дней.

Коринебактерии дифтерии не устойчивы к действию физических и химических обеззараживающих средств. Они погибают при нагревании до 60°С в течение 10 минут. Хлорсодержащие и кислородсодержащие дезинфицирующие средства активны в отношении коринебактерий дифтерии в режимах, рекомендуемых для обеззараживания объектов при бактериальных инфекциях.

1.3. Источником инфекции является больной или носитель токсигенных С. diphtheriae. Основной механизм передачи - аэрозольный, также существует контактный; пути передачи - воздушно-капельный и контактно-бытовой.

1.4. Инкубационный период составляет 2-10 дней.

Заболевание начинается остро с повышения температуры, появления симптомов интоксикации. Характрены бледность кожных покровов, отёк мягких тканей шеи, боль в горле, затруднение глотания, увеличение нёбных миндалин, гиперемия и отёк слизистой глотки, увеличение шейных лимфоузлов.

Налёт в ротоглотке носит пленяатый характер, чаще всего бывает серо-белого цвета, покрывает нёбные миндалины, может распространяться на нёбные дужки, мягкое нёбо, боковые стенки глотки, гортань;

В зависимости от локализации процесса и его тяжести принято различать следующие клинические формы дифтерии:

- дифтерия носа (катаральная, плёнчатая, распространенная, токсическая);

- дифтерия ротоглотки: локализованная (катаральная, островчатая, пленчатая), распространённая, токсическая;

- дифтерия гортани (круп локализованный);

- дифтерия гортани и трахеи (круп распространённый), дифтерия гортани, трахеи и бронхов (круп нисходящий);

- дифтерия другой локализации (глаз, уха, половых органов, кожи, ран).

Возможно поражение сердца (миокардит) и периферической нервоной системы (полинейропатия).

II. Выявление, учет и регистрация дифтерии

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Случаи заболевания дифтерией и носительства токсигенных коринебактерий дифтерии учитываются в формах государственного статистического наблюдения.

2.3. При получении экстренного извещения о случае дифтерии специалист территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, проводит эпидемиологическое расследование с заполнением карты эпидемиологического расследования.

III. Диагностика дифтерии

3.1. Диагностика дифтерии носит комплексный характер и предусматривает оценку клинической картины заболевания с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

Предварительный диагноз дифтерии основывается, прежде всего, на клинических и клинико-эпидемиологических данных.

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

3.2. Характерными клиническими признаками дифтерии являются:

а) местные - пленчатые налеты у больных ангиной, фарингитом, паратонзиллитом и паратонзиллярным абсцессом, аденоидитом, ларинготрахеитом, конъюнктивитом и кератоконъюнктивитом; катарально-язвенное и пленчатое воспаление слизистых оболочек носа и гениталий, кожи, и других в соответствии с локализацией местного воспалительного процесса;

б) регионарные - лимфаденит, отек подкожной клетчатки шеи;

в) симптомы, отягощающие течение местного воспалительного процесса - струп, геморрагический некроз поверхности миндалин, фарингеальный стеноз, болевой тризм жевательных мышц, манифестный лимфаденит, плотный отек шеи (бычья шея, шея Цезаря), геморрагическое пропитывание слизистых оболочек ротоглотки и кожи, токсический сосудистый коллапс, ранний миокардит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность, глубокие периферические парезы через 1 - 4 недели от начала заболевания.

3.3. Диагноз дифтерии может устанавливаться при наличии одного или нескольких характерных клинических признаков дифтерии.

Для лабораторного подтверждения обязательно использование бактериологического метода, предусматривающего выделение токсигенных C.diphtheriae с клинически подозрительных поражений слизистых оболочек ротоглотки, носоглотки, носа и гортани, глаз, гениталий, а также кожи (рана, корочки и др.).

В некоторых случаях диагноз может быть подтвержден четырехкратным и более увеличением уровня антител в парных сыворотках крови, если больному не вводили противодифтерийную сыворотку (ПДС) с лечебной целью, а его исходный уровень был низким.

3.4. В целях раннего выявления дифтерии, прежде всего ее токсических форм, медицинским работникам медицинских организаций следует активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение 3 дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых 24 часов.

IV. Организация лабораторной диагностики дифтерии

4.1. Лабораторная диагностика дифтерии осуществляется в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

4.2. Бактериологическому обследование на наличие возбудителя дифтерии подлежат:

- больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также лица, контактировавшие с ними;

- больные с диагнозами ангина с патологическими наложениями, ларинготрахеит, ларингит, круп, заглоточный (паратонзиллярный) абсцесс, инфекционный мононуклеоз;

- лица, поступающие на работу в детские дома, дома ребенка, интернаты психоневрологического профиля для детей и взрослых, противотуберкулёзные детские санатории, а также дети и взрослые, направляемые в эти учреждения.

4.3. Требования к взятию и транспортированию клинического материала для бактериологической диагностики дифтерии изложены в Приложении 56 к настоящим правилам.

4.4. У каждого привитого ребенка или взрослого, заболевшего дифтерией, в первые 5 дней от начала заболевания и до начала введения противодифтерийной сыворотки осуществляется взятие крови для серологического исследования на наличие противодифтерийных и противостолбнячных антител с целью верификации прививочного анамнеза.

Если кровь заболевшего не взята до начала лечения ПДС, наличие антител в ней определяется не ранее 2 - 3 месяцев после введения сыворотки.

4.5. Необходимость серологического обследования лиц, контактировавших с источником инфекции, определяет специалист органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

На взятие крови у контактных лиц следует получить их согласие или согласие родителей и иных законных представителей детей. Серологическое обследование должно проводиться не позднее 48 часов с момента выявления источника инфекции.

V. Мероприятия в отношении источников инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии)

5.1. Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии подлежат госпитализации в специализированные отделения инфекционных больниц.

5.2. Больные ангиной с патологическими наложениями, паратонзиллярным абсцессом, стенозирующим ларинготрахеитом из организаций с круглосуточным пребыванием, общежитий, семейных очагов заболеваний, подлежат госпитализации в первый день обращения.

5.3. В направлениях на госпитализацию больных ангиной с патологическими наложениями, больных дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носителей токсигенных коринебактерий дифтерии, кроме анкетных данных, указывают первоначальные симптомы заболевания, получаемое лечение, сведения о профилактических прививках и контактах с больным дифтерией или носителями токсигенных коринебактерий дифтерии.

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

5.5. 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 дней после отмены антибиотиков с интервалом 1 - 2 дня.

5.6. Носителям токсигенных коринебактерий дифтерии в день поступления в стационар и затем в течение 2 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 дня.

Лечение хронической патологии ротоглотки и носа продолжают в поликлинике по месту жительства.

5.7. После выписки из стационара реконвалесценты дифтерии и носители токсигенных коринебактерий дифтерии после их эффективной санации (освобождения от возбудителя) сразу допускаются в организацию.

5.8. Если бактерионоситель продолжает выделять токсигенные коринебактерии дифтерии, несмотря на проведение 2 курсов санации антибиотиками, его допускают в коллектив при условии отсутствия в коллективе непривитых против дифтерии лиц. В коллектив вновь принимаются только лица, привитые против дифтерии.

5.9. В организациях с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, стационары психоневрологического профиля, психоневрологические интернаты), в которых дети, подростки, взрослые и персонал на 100% привиты против дифтерии (по совместному решению органов управления здравоохранением и органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор) возможна санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии без госпитализации в стационар.

Такая санация проводится при одномоментном выявлении в коллективе 10 - 15% и более носителей токсигенных коринебактерий дифтерии.

При этом за всеми лицами в коллективе должно проводиться ежедневное медицинское наблюдение, осмотр врачом-отоларингологом и термометрия; организуется провизорная госпитализация всех больных ангиной; однократное серологическое обследование всех лиц, имеющих непосредственный контакт с носителем токсигенных коринебактерий дифтерии, и их бактериологическое обследование не реже 1 раза в месяц до прекращения выявления носительства токсигенных коринебактерий в коллективе. Организуется иммунизация всех выявленных неиммунных к дифтерии лиц, санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и лиц с хронической патологией ротоглотки и носа, а также текущая дезинфекция. В организации с круглосуточным пребыванием вновь допускаются лица, полностью привитые против дифтерии.

5.10. Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками и допускаются во все коллективы. Врачом-отоларингологом проводится консультация носителей с целью диагностики хронической патологии верхних дыхательных путей (ЛОР-органов). Противоэпидемические мероприятия не проводятся.

VI. Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции

6.1. В эпидемическом очаге дифтерии с единичным или групповым случаем заболевания проводятся:

- эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи формирования очага;

- комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага.

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

6.3. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении дифтерии; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

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

6.5. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага дифтерии.

Комплекс мероприятий 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;

- проведение текущей и заключительной (после госпитализации источника инфекции) дезинфекции в соответствии с Приложением 57 к настоящим правилам.

6.6. За лицами, общавшимися с больным дифтерией, с подозрением на это заболевание, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией в течение 7 дней от момента изоляции источника инфекции с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации.

6.6.1. В течение первых 3 дней с момента изоляции больного организуется осмотр контактных лиц врачом-отоларингологом.

6.6.2. В течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерия (или подозрения на это заболевание, или носительства токсигенных коринебактерий дифтерии) 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.

6.7. 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.

VII. Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии

7.1. Специфическая профилактика дифтерии проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов (далее - ИЛП).

7.2. 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%.

7.3. Профилактические прививки против дифтерии проводятся ИЛП, зарегистрированными и разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

VIII. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией

8.1. 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 действующему Национальному календарю профилактических прививок.

8.2. Детям привитым против дифтерии (получившим законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшим локализованной или распространенной формой без осложнений, иммунизация проводится в сроки, предусмотренные действующим национальным календарем профилактических прививок.

8.3. Дети, привитые двукратно или более двух раз и перенесшие тяжелые формы дифтерии, прививаются однократно иммунобиологическим лекарственным препаратом с учетом возраста и состояния здоровья в соответствии с инструкцией по его применению, но не ранее, чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации им следует проводить согласно действующему национальному календарю профилактических прививок.

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

8.5. Взрослые, перенесшие дифтерию из группы риска по летальности (токсическая II, III степени, круп и тяжелые комбинированные формы дифтерии), должны быть привиты двукратно против дифтерии, но не ранее 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

8.6. Взрослые, перенесшие субтоксическую и токсическую дифтерию I степени, дополнительно прививаются по результатам серологического обследования, но не ранее 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

IX. Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом

9.1. Лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится серологическое обследование с целью определения у них состояния противодифтерийного и противостолбнячного антитоксического иммунитета методом РПГА или ИФА с использованием наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке.

9.2. Детей и взрослых с неизвестным прививочным анамнезом, имеющих в сыворотке крови противодифтерийные и противостолбнячные антитела (в РПГА - титр противодифтерийных антител 1:80 и более; в ИФА – положительный или выше порогового уровня результат, согласно инструкции по применению тест-систем), прививают согласно национальному календарю профилактических прививок.

9.3. Детям и взрослым при отсутствии защитных или наличии низких (1:20-1:40) титров противодифтерийных антител в РПГА или отрицательного или сомнительного результата по определению противодифтерийных антител в ИФА - проводят прививку комплексным вакцинным препаратом (в зависимости от возраста) и через 1-1,5 месяца от момента ее проведения проверяют состояние иммунного ответа. Если в ответ на прививку не отмечается выраженной (повышение титра до 1:160 и более в РПГА или положительного результата в ИФА) продукции противодифтерийных и противостолбнячных антител, детей и подростков следует считать ранее непривитыми. В дальнейшем необходимо продолжить курс иммунизации в соответствии с инструкцией по применению ИЛП, считая сделанную прививку началом иммунизации. В случае если после проведенной иммунизации титр антител составил 1:160 и выше или регистрируется нарастание уровня антител в ИФА последующие прививки проводят в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

9.4. При невозможности проведения серологического обследования или отказе от этого детям и взрослым проводится двухкратная вакцинация с последующей ревакцинацией в соответствии с инструкцией по применению ИЛП.

X. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

10.1. В целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется динамическое наблюдение за эпидемическим процессом дифтерийной инфекции и разработка адекватных санитарно-противоэпидемических, профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости дифтерией, предупреждение возникновения эпидемических очагов с учетом оценки ситуации.

10.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя:

- мониторинг заболеваемости дифтерией;

- мониторинг циркуляции возбудителя дифтерии с определением его фенотипических и генотипических свойств;

- мониторинг состояния коллективного иммунитета у населения против дифтерии;

- контроль за организацией и проведением профилактических прививок;

- оценку эффективности проводимых мероприятий;

- прогнозирование развития эпидемиологической ситуации.

XI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики дифтерии

11.1. Работу по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

11.2. Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения, с использованием средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

## 9.6. Профилактика менингококковой инфекции

I. Общие положения

1.1. Менингококковая инфекция[[57]](#footnote-57) представляет собой острое инфекционное заболевание, антропоноз, с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм (далее - ГФМИ) в виде общей интоксикации (менингококкцемия) и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

1.2. Возбудитель менингококковой инфекции - менингококк (Neisseria meningitidis) неустойчив к различным факторам внешней среды: при температуре +50 °C погибает через 5 минут, при +100 °C - через 30 секунд; при температуре ниже +22 °C, а также при высушивании менингококк погибает в течение нескольких часов. Средняя выживаемость на предметах внешней среды 7,5 - 8,5 часов при плотности микробной нагрузки 106 на 1 см2. Дезинфекционные средства[[58]](#footnote-58) оказывают на менингококк бактерицидное действие (погибает мгновенно).

Менингококк по структуре полисахаридной капсулы подразделяется на 12 серогрупп: A, B, C, X, Y, Z, W, E, K, H, L, I.

1.3. 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 A, а локальные эпидемические подъемы в границах одной страны - менингококком серогрупп B и C.

Спорадическая заболеваемость межэпидемического периода формируется разными серогруппами, из которых основными являются A, B, C, W, Y, X.

Показатель заболеваемости менингококковой инфекцией в развитых странах в современных условиях составляет 0,1 - 5,0 на 100 тысяч населения. В Российской Федерации показатель заболеваемости за последнее десятилетие (2006 - 2017 годы) не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15%.

В Российской Федерации серогрупповая характеристика штаммов менингококка, выделенных от лиц с диагнозом ГФМИ, представлена преимущественно серогруппами A, B, C в равных долях, а также отмечается увеличение гетерогенности популяции менингококка, обусловленное ростом штаммов редких серогрупп (W, Y).

1.4. Во время эпидемического подъема в 86% - 98% очагов возникает по одному случаю ГФМИ, в 2% - 14% очагов - от 2 случаев ГФМИ и более. Самый низкий процент вторичных (последовательных) заболеваний ГФМИ (2 - 3%) возникает в семьях, самый высокий (12% - 14%) - в дошкольных образовательных организациях и в общежитиях.

При спорадическом уровне заболеваемости в очагах регистрируется по 1 случаю ГФМИ (в исключительных случаях - по 2 случая ГФМИ и более).

1.5. Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек.

Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку воздушно-капельным путем (в радиусе до 1 м от инфицированного лица). Инфицирование возбудителем менингококковой инфекции также возможно через предметы обихода (например, общие чашки и ложки) во время приема пищи.

1.6. Различают 3 группы источников менингококковой инфекции:

больные ГФМИ (менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма);

больные острым менингококковым назофарингитом;

бактерионосители менингококка - лица без клинических проявлений, которые выявляются только при бактериологическом обследовании.

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).

1.7. Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией отмечается в период формирования коллективов образовательных организаций (дошкольных, общеобразовательных, профессиональных, высшего образования), в том числе после летних каникул, коллективов лиц, призванных на военную службу.

1.8. Группами риска инфицирования и заболевания менингококковой инфекцией являются:

лица, подлежащие призыву на военную службу;

лица, отъезжающие в эндемичные по менингококковой инфекции районы (например, паломники, военнослужащие, туристы, спортсмены, геологи, биологи);

медицинские работники структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;

медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающих с живой культурой менингококка;

воспитанники и персонал учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);

лица, проживающие в общежитиях;

лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях;

дети до 5 лет включительно (в связи с высокой заболеваемостью в данной возрастной группе);

подростки в возрасте 13 - 17 лет (в связи с повышенным уровнем носительства возбудителя в данной возрастной группе);

лица старше 60 лет;

лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированных;

лица, перенесшие кохлеарную имплантацию;

лица с ликвореей.

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

II. Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением   
на это заболевание, больных острым назофарингитом

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Выявление больных острым назофарингитом менингококковой этиологии осуществляется в очаге с целью проведения лечения. Больные острым назофарингитом в очаге ГФМИ регистрации и учету не подлежат.

2.7. Сведения о регистрации случаев ГФМИ на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения.

2.9. В территориальных органах (организациях) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющиеся данные о зарегистрированных случаях ГФМИ анализируются специалистами в рамках эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией с целью составления эпидемиологического прогноза и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий

III. Лабораторная диагностика ГФМИ

3.1. Для лабораторной диагностики ГФМИ применяются бактериологический, молекулярно-генетический и серологический методы исследования. Приоритетным является использование в качестве биологического материала спинномозговой жидкости (далее - СМЖ) и крови.

3.2. Взятие, транспортирование и сроки доставки в лабораторию для исследований клинического материала осуществляются с учетом условий, обеспечивающих сохранение в клиническом материале неустойчивого к факторам внешней среды возбудителя.

3.3. Бактериологическое исследование является обязательным этапом лабораторной диагностики ГФМИ и заключается в получении культуры возбудителя менингококковой инфекции, ее идентификации до вида, определения серогруппы путем выявления группоспецифического антигена (капсульного полисахарида) и чувствительности к антибактериальным препаратам.

3.4. Важнейшей составляющей лабораторной диагностики ГФМИ является использование экспресс-метода (реакции латекс-агглютинации) для выявления специфического антигена непосредственно в СМЖ и (или) крови у пациентов с клиническим диагнозом ГФМИ или подозрении на ГФМИ. Положительный результат экспресс-метода позволяет в кратчайшие сроки (15 - 20 минут) установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.

3.5. Молекулярно-генетическое исследование по выявлению специфических фрагментов ДНК менингококка в клиническом материале (например, ликворе) осуществляют лаборатории, оснащенные для проведения такого рода исследований. Применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации[[59]](#footnote-59).

В комплексной диагностике заболевания молекулярно-генетический метод применяется с целью повышения эффективности лабораторной диагностики. При отрицательном результате бактериологического метода и экспресс-метода положительный результат молекулярно-генетического исследования учитывается только при наличии клинических признаков ГФМИ.

3.6. Серологический метод исследования по выявлению специфических антител в сыворотке крови к полисахаридам менингококка различных серогрупп (реакция прямой гемагглютинации (далее - РПГА) проводят с помощью диагностикумов, зарегистрированных в Российской Федерации[[60]](#footnote-60).

РПГА является ретроспективным вспомогательным методом, позволяющим увеличить процент лабораторного подтверждения ГФМИ.

3.7. Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ГФМИ, являются:

обнаружение в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь) диплококков с характерными морфологическими признаками;

характерный рост культуры только на высокопитательных средах;

типичная морфология культурального мазка по Граму;

сахаролитическая активность культуры в отношении глюкозы и мальтозы;

выявление серогруппы у культуры менингококка;

выявление специфических антигенов в ликворе и (или) сыворотке крови в реакции латекс-агглютинации;

выявление нарастания титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10 - 12 дней (метод парных сывороток) в РПГА;

выявление ДНК менингококка с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь, аутопсийный материал).

IV. Мероприятия в очаге ГФМИ

4.1. После получения экстренного извещения на случай ГФМИ или при подозрении на ГФМИ специалисты территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование с определением границ очага (круга лиц, общавшихся с больным), и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

4.2. В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ (например, лица, проживающие в одной квартире с заболевшим, соседи по квартире или комнате общежития, учащиеся (воспитанники) и персонал группы, класса, отделения образовательной организации, которую посещал заболевший (перечень таких лиц может быть расширен по результатам эпидемиологического расследования).

В очаге ГФМИ врач (фельдшер) проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.

4.3. При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ, медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни».

О результатах лабораторного исследования биологического материала от больного ГФМИ по этиологической расшифровке этого заболевания и о результатах серогруппирования менингококка (глава III Санитарных правил) медицинская организация информирует территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, по месту выявления больного (независимо от места проживания больного).

Выявленные лица с признаками острого назофарингита подлежат госпитализиции в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни» для проведения лечения (по клиническим показаниям). Допускается их лечение на дому при условии организации за ними регулярного медицинского наблюдения, а также при отсутствии в семье или квартире детей дошкольного возраста и лиц, работающих в дошкольных образовательных организациях, учреждениях стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты), оказывающих медицинскую помощь детям в амбулаторных и стационарных условиях.

4.4. После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ на основании предписания территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в очаге накладывается карантин сроком на 10 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. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, учреждения стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты), в организации отдыха и оздоровления детей не допускается прием новых и временно отсутствовавших на момент выявления больного детей, перевод персонала и детей из групп (класса, отделения) в другие группы (классы, отделения).

4.5. Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний (Приложение 59 к Санитарным правилам). Отказ от химиопрофилактики оформляется записью в медицинской документации, подписывается лицом, отказавшимся от химиопрофилактики, родителем или иным законным представителем несовершеннолетних, и медицинским работником в соответствии с законодательством Российской Федерации[[61]](#footnote-61).

4.6. 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.

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

4.8. В дошкольных образовательных организациях, общеобразовательных организациях, в организациях с круглосуточным пребыванием детей, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, организациях отдыха и оздоровления детей, в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным, химиопрофилактику и проведение иммунопрофилактики лицам, общавшимся с больным, обеспечивают медицинские работники данных организаций. При отсутствии медицинских работников в этих организациях, указанные мероприятия обеспечиваются (организуются) руководителями (администрацией) медицинских организаций, на территории которых расположены вышеуказанные организации.

4.9. 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).

4.10. Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, в организации с круглосуточным пребыванием детей, организации отдыха и оздоровления детей, в профессиональные образовательные организации и образовательные организации высшего образования осуществляют после полного клинического выздоровления.

V. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией

5.1. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией организуется и проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации[[62]](#footnote-62).

5.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

мониторинг эпидемиологической ситуации (заболеваемости, летальности, очаговости);

анализ структуры заболеваемости (возрастной и контингентов заболевших);

слежение за циркуляцией возбудителей, выделяемых от больных ГФМИ, их серогрупповой принадлежностью;

контроль организации и проведения профилактических прививок;

оценку своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

своевременное принятие управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

VI. Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции   
в межэпидемический период и при угрозе эпидемического   
подъема заболеваемости менингококковой инфекцией

6.1. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям[[63]](#footnote-63).

6.2. Вакцинация против менингококковой инфекции проводится разрешенными на территории Российской Федерации вакцинами в соответствии с инструкциями по их применению. При проведении вакцинации используются вакцины с наибольшим набором серогрупп возбудителя, позволяющим обеспечить максимальную эффективность иммунизации и формирование популяционного иммунитета.

6.3. Вакцинации в межэпидемический период в плановом порядке подлежат лица из групп высокого риска инфицирования в соответствии с [пунктом 1.8](#P73) Санитарных правил, а также по эпидемическим показаниям - лица, контактировавшие с больным в очагах ГФМИ, в соответствии с [пунктами 4.6](#P154) - [4.8](#P156) Санитарных правил.

6.4. Предвестниками осложнения эпидемиологической ситуации являются:

увеличение заболеваемости ГФМИ в 2 раза по сравнению с предыдущим годом;

увеличение доли детей старшего возраста, подростков и лиц в возрасте 18 - 25 лет в общей возрастной структуре заболевших в 2 раза;

выраженный (в 2 и более раз) рост случаев заболеваний в дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, среди студентов первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (например, среди приезжих студентов, проживающих в общежитиях);

появление очагов с двумя и более случаями заболеваний ГФМИ;

постепенное изменение серогрупповой характеристики штаммов менингококка, выделенных из ликвора и (или) крови больных ГФМИ и формирование монопрофильного по серогрупповой характеристике пейзажа штаммов менингококка с одновременным увеличением показателей заболеваемости.

При угрозе эпидемического подъема заболеваемости (появление предвестников осложнения эпидемиологической ситуации), вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

дети до 8 лет включительно;

студенты первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, прежде всего, в коллективах (группах), укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран.

При продолжающемся росте заболеваемости менингококковой инфекцией в целях укрепления популяционного иммунитета вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

учащихся общеобразовательных организаций с 3 по 11 классы;

взрослого населения (при обращении в медицинские организации).

6.5. Вакцинация при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией проводится по решению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации[[64]](#footnote-64).

6.6. Планирование, организация, проведение, полнота охвата профилактическими прививками, достоверность учета и своевременность отчетности о профилактических прививках обеспечиваются руководителями (администрацией) медицинских организаций[[65]](#footnote-65).

VII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики менингококковой инфекции, включает в себя: предоставление населению информации о менингококковой инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы.

7.2. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения о мерах профилактики менингококковой инфекции, включая вакцинопрофилактику, проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинские организации.

## 

**9.7. Профилактика внебольничных пневмоний**

I. Общие положения

1.1. Внебольничная пневмония (далее - ВП) является острым заболеванием, которое возникает во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностируется в первые 48 часов с момента госпитализации, или развивается у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода (отделения) и длительного медицинского наблюдения более 14 суток, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадкой, кашлем, выделением мокроты, болью в грудной клетке, одышкой) и рентгенологическими или компьютерно-томографическими (КТ) признаками, не обнаруживаемых ранее очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

1.2. ВП является полиэтиологическим заболеванием, преимущественно бактериальной, бактериально-вирусной или вирусной этиологии.

Из бактериальных возбудителей, по данным ряда авторов, наиболее часто встречаются *S.pneumoniae, H. Influenzae тип b, Legionella pneumophila, Moraxella catarrhalis, S. aureus* и другие.

Основными возбудителями вирусных и вирусно-бактериальных пневмоний у иммунокомпетентных взрослых считают вирусы гриппа А и В, аденовирусы, РС-вирус, вирусы парагриппа, реже обнаруживается метапневмовирус. У взрослых больных гриппом в 10-15% случаев развиваются осложнения, причем, 80% из них приходится на пневмонию. В последние годы отмечено появление ряда новых возбудителей, вызывающих тяжелые клинические формы внебольничных пневмоний, например, коронавирус, вызывающий тяжёлый острый респираторный синдром(ТОРС) и новый коронавирус, вызывающий Ближневосточный респираторный синдром.

При смешанной бактериально-вирусной инфекции у детей, этиологическое значение имеют хорошо известные и недавно открытые респираторные вирусы: респираторно-синцитиальный, метапневмовирус, бокавирус и риновирус.

Отдельную роль в этиологии ВП, особенно, при формировании эпидемических очагов в закрытых коллективах, играют микоплазмы (М.pneumoniae) и хламидии (Ch. pneumoniae). На фоне иммунодефицитных состояний возбудителями ВП могут явиться простейшие (Pneumocystis juroveci и другие)*,* вирусы герпесаи грибы.

При этиологической диагностике ВП необходимо учитывать возможность возникновения зоонозных инфекций, для которых характерны воспалительные процессы в легких (лихорадка Ку, орнитоз, туляремия и другие). Важным элементом обследования больных ВП является исключение этиологической роли возбудителя туберкулеза и других микобактерий.

1.3. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила действуют в отношении инфекций, проявляющихся симптомокомплексом пневмонии на этапе предварительной диагностики - до появления характерных симптомов заболеваний или при отсутствии эпидемиологического анамнеза, указывающего на связь заболевания с зарегистрированными очагами инфекционных болезней или с неблагополучными территориями или до установления вида возбудителя. При установлении этиологии заболевания или вероятного диагноза на основании клинико-эпидемиологических данных, для реализации необходимых мероприятий применяются настоящие санитарно-эпидемиологические правила в отношении отдельных видов инфекционных болезней (легионеллез, орнитоз, коксиеллез, грипп и другие).

1.4. В случае отсутствия санитарно-эпидемиологических правил по отдельным нозологическим формам болезней, проявляющихся симптомокомплексом пневмонии, или в случае отсутствия обнаружения возбудителя (ВП с неустановленной этиологией) мероприятия проводятся в соответствии с настоящими санитарно-эпидемиологическими правилами.

1.5. Основным механизмом передачи ВП является аэрозольный, который реализуется воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями.

1.6. Источником инфекции при ВП в большинстве случаев является больной человек или носитель возбудителя. Однако, при легионеллезе инфекция распространяется с помощью инфицированного водного аэрозоля, а от человека к человеку не передается.

При заболеваниях, вызванных высокопатогенными вирусами гриппа (AH5N1, AH7N9 и другими), некоторыми коронавирусами, зоонозных инфекциях (орнитоз, коксиеллез и другие) источником могут явиться птицы и различные теплокровные животные.

1.7. ВП среди людей распространены повсеместно, проявляются в виде спорадической заболеваемости и эпидемических очагов (преимущественно, в организованных коллективах или в семьях).

В годовой динамике заболеваемость ВП ниже в летние месяцы, но при этом удельный вес смертельных исходов остается практически неизменным в различные периоды.

II. Выявление, учет и регистрация случаев ВП

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Забор клинического материала от больного (мокрота, мазки из ротоглотки, кровь, бронхо-альвеолярный лаваж (БАЛ) и другие) осуществляется медицинскими организациями, выявившими больного в день обращения и до начала этиотропного лечения.

2.3. При лечении больного на дому сбор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций.

2.4. В очагах ВП с групповой заболеваемостью отбор и лабораторное исследование материала от больных осуществляется как медицинскими организациями, так и органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.5. Материал от контактных лиц исследуется в лабораториях учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень материала определяются специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования.

2.6. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, рентгенологического подтверждения, результатов лабораторного исследования, клинического и эпидемиологического анамнеза.

2.7. В случае поступления больного из эпидемического очага ВП с доказанной этиологией диагноз может быть установлен на основании клинико-эпидемиологического анамнеза без лабораторного подтверждения.

2.8. В крупных очагах ВП с множественными случаями заболеваний (более 100 случаев заболеваний) или во время эпидемических подъемов заболеваемости (грипп) для обнаружения этиологического агента исследуется не менее 20% от числа лиц, заболевших в течение одного инкубационного периода или имеющих эпидемиологическую связь с заболевшими ранее и одинаковую симптоматику.

В эпидемических очагах ВП, сформированных в закрытых коллективах на фоне повышенной заболеваемости ОРИ, лабораторному исследованию подлежат все заболевшие ВП.

III. Лабораторная диагностика ВП

3.1. Лабораторная диагностика ВП осуществляется в соответствии с действующими нормативно-методическими документами и настоящими правилами.

3.2. Одним из условий качественного проведения бактериологического и молекулярно-генетического исследования является правильное взятие материала и его предварительная подготовка к исследованию.

3.3. Подтверждение этиологии ВП проводится любыми стандартизованными в Российской Федерации методами, рекомендованными для диагностики ВП, доступными для лаборатории.

3.4. Для диагностики ВП используются диагностические системы, препараты, микробиологические среды, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке.

3.8. Методами для подтверждения этиологии ВП являются выделение и идентификация возбудителя с помощью питательных сред и биохимических тестов, полимеразная цепная реакция (ПЦР), серологические методы исследования (реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА) и другие) и другие методы, позволяющие проводить индикацию и идентификацию возбудителей.

3.9. Порядок лабораторной диагностики ВП у пациентов с отсутствием выраженных нарушений иммунитета различен для пневмоний, протекающих в тяжелой и нетяжелой клинических формах, отличающийся от порядка для пациентов с выраженными нарушениями иммунитета и детей. Своевременная этиологическая диагностика ВП особенно важна при пневмониях тяжелого течения у пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

При тяжелых пневмониях в первую очередь необходимо провести бактериологическое и молекулярно-генетическое исследование на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, а также исключить легионеллезную этиологию с помощью экспресс-теста на определение антигена легионелл в моче пациентов.

Во время подъема заболеваемости гриппом и ОРИ достаточно высока вероятность тяжелых пневмоний вирусной или вирусно-бактериальной природы. В этом случае при диагностике тяжелых пневмоний должна учитываться возможность бактериальной, вирусной или вирусно-бактериальной этиологии. Недооценка на этапе лабораторной диагностики любого из вышеупомянутых этиологических вариантов тяжелых пневмоний у пациентов ОРИТ может привести к летальным исходам.

При ВП, протекающих в нетяжелой клинической форме и лечение которых проводится амбулаторно, наряду с бактериологическим исследованием на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, целесообразно проводить молекулярно-генетические (ПЦР, ПЦР РВ) исследования для исключения микоплазменной или хламидийной этиологии.

Во время подъема заболеваемости гриппом и ОРИ среди населения высока вероятность развития «нетяжелых» ВП вирусной этиологии, а также микст - инфекции упомянутых вирусов с бактериями, хламидиями или микоплазмами.

ВП у лиц с выраженными нарушениями иммунитета (синдром приобретенного иммунодефицита, прочие заболевания или патологические состояния) требует расширенного анализа этиологической структуры. Помимо бактериологического исследования на пневмококк, другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам и легионеллы, для данной группы пациентов высока вероятность развития пневмонии, вызванной «оппортунистическими этиологическими агентами», прежде всего Pneumocystis jiroveci, а также вирусами группы герпеса, грибами,. Дифференциальная диагностика с туберкулезом и другими микобактериозами является также важным и необходимым компонентом обследования пациентов с ВП, имеющими выраженные нарушения иммунитета. Для исключения легионеллезной этиологии пневмоний у иммунокомпрометированных больных проводится исследование бронхоальвеолярного лаважа или биоптатов с помощью бактериологического метода или ПЦР на легионеллы.

При ВП у детей наиболее выражена полиэтиологичность, что необходимо учитывать в процессе лабораторной диагностики. Наряду с бактериологическим исследованием на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, диагностика пневмоний у детей должна учитывать широкий спектр респираторных вирусов, причем не только во время эпидемических подъемов заболеваемости гриппом и ОРИ (вирусы гриппа, PC-вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа, аденовирусы, коронавирусы, бокавирус, риновирусы и другие).. При ВП у детей высока вероятность смешанной бактериально-вирусной инфекции, включая смешанную инфекцию с хламидиями и микоплазмами.

3.10. Материалом для исследований по обнаружению возбудителей ВП могут служить мокрота (отделяемое нижних дыхательных путей), БАЛ, кровь, отделяемое ротоглотки (задняя стенка глотки при вирусных инфекциях), моча (при использовании иммунохроматографических тестов на легионеллез, пневмококковую инфекцию.

3.11. При летальных исходах исследуются материалы, полученные при патолого-анатомическом исследовании (образцы легких, трахеи, селезенки и другие). Исследования могут проводиться как в медицинских организациях, так и в организациях, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Патолого-анатомический материал от пациентов при подозрении на заболевание, вызванное микроорганизмами I - II групп патогенности, отбирается в присутствии специалистов организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и исследуется в лабораториях организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.12. Правила получения, хранения и транспортировки клинических образцов в микробиологическую лабораторию для этиологической диагностики ВП указаны в Приложении 60.

IV. Мероприятия по обеспечению федерального   
государственного санитарно-эпидемиологического надзора

4.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в целях предупреждения и распространения ВП представляют собой систему мониторинга за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы профилактических мер.

4.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя:

- сбор, передачу и анализ информации;

- мониторинг заболеваемости, микробиологический и молекулярно-генетический мониторинг (слежение за циркуляцией и распространением возбудителей), изучение эффективности иммунизации населения против гриппа, пневмококковой инфекции и инфекции, вызываемой гемофильной палочкой, в целях профилактики ВП, эпидемиологическую диагностику, прогнозирование и оценку эффективности проводимых мероприятий.

4.3. С целью обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводятся:

- оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения случаев ВП, формирования очагов с групповыми заболеваниями и летальных исходов;

- постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;

- выявление тенденций эпидемического процесса;

- выявление регионов, областей, населенных пунктов с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

- изучение этиологической структуры ВП, выявление и характеристика наиболее значимых этиологических агентов в целом и на отдельных территориях в конкретное время;

- выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;

- выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости ВП на территории;

- контроль и обоснованная оценка масштабов, качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности и сроков их реализации;

- изучение и оценка результатов иммунизации населения против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций;

- изучение эффективности средств специфической, неспецифической и экстренной профилактики, применяемой в эпидемических очагах ВП;

- разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации.

Для описания и изучения причин и условий возникновения, течения и прекращения эпидемического процесса используются ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ.

4.4. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в целях предупреждения и распространения ВП организуют органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

V. Противоэпидемические мероприятия в очагах ВП

5.1. В эпидемических очагах ВП, в период эпидемических подъемов заболеваемости ВП на определенных территориях, организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

5.2. Медицинская организация, выявившая больного ВП (в том числе при изменении диагноза), обязана направить экстренное извещение в установленном порядке в территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в случае необходимости (при подозрении на инфекцию, вызванную возбудителями, относящими к I - II группам патогенности или новыми (ранее неизвестными) возбудителями) принять меры по его изоляции.

При выявлении больных ВП в организованных коллективах первичные меры (изоляция больных, вызов врача, организация дезинфекции) до прибытия специалистов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся медицинскими работниками учреждения или его администрацией.

5.3. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага ВП проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя ВП и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

Эпидемиологическое расследование проводится в случае:

- выявления эпидемических очагов ВП с групповой заболеваемостью в организованных коллективах детей и взрослых от 3-ти случаев в течение от 1-й до 3-х недель;

- регистрации тяжелых форм ВП среди населения (более 10 случаев ВП с тяжелым течением в течение от 1-й до 3-х недель);

- росте заболеваемости ВП среди населения муниципальных образований (отдельных населенных пунктов) более чем на 50% по сравнению со среднемноголетними данными в течение от 1-й до 3-х недель;

- регистрации 2-х и более случаев ВП в неспециализированных отделениях стационаров медицинских организаций, учреждениях социального обеспечения, интернатах, детских организациях отдыха и оздоровления в течение от 1-й до 3-х недель.

Эпидемиологическое расследование проводится с целью постановки эпидемиологического диагноза, определения прогноза и проведения адекватных санитарно-противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага.

5.4. Эпидемиологическое расследование включает осмотр (эпидемиологическое обследование) очага, оценку соответствия действующим нормативным и методическим документам, сбор информации (опрос) у пострадавших, лиц, подвергшихся риску заражения, персонала, изучение документации, лабораторные исследования. Объем и перечень необходимой информации определяется специалистом, отвечающим за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

5.5. В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный и окончательный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага.

Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования очага установленной формы.

5.6. Эпидемиологическое обследование очагов с единичными случаями заболеваний проводится при подозрении на заболевание ВП легионеллезной этиологии, а также связанное с зоонозными инфекциями и (или) с возбудителями, относящими к I - II группам патогенности или новыми (ранее неизвестными) возбудителями. Помимо этого, обследуются все множественные эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ВП. Для обследования семейных очагов привлекаются специалисты организаций, обеспечивающих проведение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По итогам обследования составляется карта эпидемиологического обследования очага установленной формы.

5.7. На территориях, где наблюдается эпидемический (сезонный) подъем заболеваемости ВП органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся мероприятия по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия и организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага ВП, начинают немедленно, одновременно с эпидемиологическим расследованием. На этапе выработки рабочей гипотезы и постановки эпидемиологического диагноза проводят необходимую коррекцию принимаемых мер.

Мероприятия включают:

1) подготовку плана противоэпидемических мероприятий, утверждаемого органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации) в зависимости от масштабов очага;

2) организацию взаимодействия с органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации), органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, заинтересованными ведомствами, инженерно-техническими службами; формирование оперативного штаба, определение порядка его работы;

3) активное выявление и госпитализацию больных (поквартирные обходы, организация медосмотров на предприятиях, быстрое реагирование на вызовы неотложной помощи), при необходимости вынесение вопроса на рассмотрение органов исполнительной власти об изменении работы медицинских организаций и создании дополнительных бригад неотложной помощи;

4) установление медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения на срок инкубационного периода, который определяется видом возбудителя (до 10 суток - при легионеллезе, до 3-х недель при другой этиологии);

5) подготовку медицинских организаций к дополнительному развертыванию коек, организацию провизорного отделения (при необходимости), уточнение запасов средств экстренной профилактики, наличие медицинского оборудования, определение направления потоков, поступающих в медицинские организации больных (дети, взрослые, беременные женщины, больные с тяжелым клиническим течением и другие);

6) прекращение передачи инфекции:

- разобщение в организованных коллективах (вплоть до приостановления деятельности);

- отключение подачи воды, остановка технических устройств и другие;

- организация и проведение дезинфекции с использованием различных методов;

- ревизия и осмотр вентиляционных, отопительных и других коммунальных систем;

7) отбор проб окружающей среды для лабораторного исследования (воздух, смывы, вода, почва, продукты и другие);

8) обследование лиц, подвергшихся риску заражения и лиц, подозреваемых в качестве источника инфекции;

9) активное проведение разъяснительной работы среди населения.

5.8. При регистрации случаев ВП в организованных коллективах детей и взрослых проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включающий:

- активное выявление больных (острой, подострой и маломанифестной респираторной патологией) путем опроса и осмотра врачом-педиатром, терапевтом или врачом-инфекционистом;

- изоляцию от коллектива лиц с признаками инфекций верхних и нижних дыхательных путей;

- выявление, учет и микробиологическое обследование (при необходимости) лиц с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей (как среди членов организованного коллектива, так и среди персонала учреждений);

- назначение контактным лицам средств экстренной профилактики из числа противовирусных, антибактериальных, иммуномодулирующих средств, поливитаминных препаратов (по согласованию со специалистами медицинских организаций);

- организацию и проведение заключительной дезинфекции с ревизией вентиляционной сети и контролем, усиление режима текущей дезинфекции с применением кварцевания;

- организацию и проведение дезинфекции системы водопользования, централизованного кондиционирования и других потенциально опасных водных объектов, продуцирующих водяные пары (при легионеллезе);

- разобщение детей: более 2-х случаев в классах - закрытие классов, более 10-ти случаев в образовательном учреждении - временное приостановление деятельности учреждения сроком до 10-ти дней;

- гигиеническую оценку условий размещения, питания, обучения детей;

- выявление факторов, способствующих формированию очага - переохлаждение, несоответствие нормы площади на одного человека в помещении, проведение массовых мероприятий, отсутствие вентиляции, а также плохое проветривание, низкое качество уборки и других;

- отмену кабинетной системы;

- запрет на проведение массовых мероприятий;

- коррекцию питания (введение дополнительной витаминизации, пересмотр меню и другое), устранение выявленных замечаний по деятельности пищеблока;

- обучение медицинских работников;

- разъяснительную работу (с пациентами, воспитанниками, родителями).

5.9. Лиц, больных ВП, и лиц с подозрением на заболевание ВП изолируют от организованных коллективов.

5.10. Госпитализация лиц, больных ВП, и лиц с подозрением на заболевание ВП осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Госпитализация по клиническим показаниям осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Госпитализация больного ВП по эпидемиологическим показаниям проводится при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту фактического проживания, в том числе в организациях с круглосуточным пребыванием для детей и взрослых.

5.11. Обязательному лабораторному обследованию в эпидемическом очаге ВП подлежат выявленные лица - больные с симптомокомплексом пневмонии.

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

5.12. В эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя проводят также лабораторное исследование воздуха (закрытые помещения), смывы с рабочих поверхностей, пробы пищевых продуктов и другие.

Лабораторные исследования объектов внешней среды (вода, пища и других) проводятся органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень лабораторных исследований определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

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

5.14. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, проводится медицинскими работниками медицинских организаций, где зарегистрирован очаг, или территориальных медицинских организаций.

5.15. Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка (в специальных листах наблюдения за контактными лицами в очаге).

5.16. Длительность медицинского наблюдения зависит от вида определенного возбудителя ВП и составляет продолжительность инкубационного периода. В случае неустановленного возбудителя период медицинского наблюдения составляет 10 дней. Медицинское наблюдение включает сбор анамнеза, осмотр, термометрию в ежедневном режиме.

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

При наличии вакцин против возбудителя инфекции может проводиться иммунизация лиц, подвергшихся риску заражения.

5.18. На период проведения лабораторных обследований лицо, подвергшееся риску заражения, не отстраняется от работы и посещения организованных коллективов при отсутствии клинических симптомов заболевания, если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены законодательством Российской Федерации.

5.19. При возникновении потенциальной угрозы распространения ВП, в частности, на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и другие) и социальных (отключение электроэнергии населенных пунктов, эпидемически значимых объектов, перемещения беженцев и другие) явлений противоэпидемические мероприятия направлены на:

- усиление мероприятий по надзору за условиями размещения и жизнедеятельности людей с исключением факторов переохлаждения, других факторов, способствующих распространению ВП (нахождение людей в помещении, не соответствующем нормам площади на одного человека), проведением текущей уборки помещений с обеспечением необходимой кратности воздухообмена, дезинфекцией, организацией питания;

- назначение средств экстренной профилактики (иммуномодуляторы, противовирусные и противомикробные препараты, поливитамины, адаптогены);

- активное выявление больных (носителей) среди лиц групп риска.

VI. Профилактические мероприятия

6.1. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контролируют соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение возникновения и распространения случаев ВП среди людей.

6.2. Мероприятия по недопущению возникновения случаев ВП среди людей включают:

- благоустройство населенных пунктов и жилых помещений граждан, бесперебойное теплоснабжение;

- соблюдение требований к размещению и бытовому устройству в организованных коллективах детей и взрослых, обеспечение качества уборок, кратности воздухообмена, текущей дезинфекции;

- проведение плановой иммунизации населения против гриппа и пневмококковой инфекции, а также гемофильной инфекции в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

VII. Гигиеническое воспитание населения

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики ВП.

7.2. Гигиеническое воспитание населения проводится медицинскими работниками медицинских организаций, специалистами органов и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.3. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о ВП, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы с пациентом и другие методы.

**9.8. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции**

I. Общие положения

1.1. Стрептококковая (группы А) инфекция - группа антропонозных болезней, вызываемых стрептококком группы А (СГА-инфекция), преимущественно с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризующихся поражением верхних дыхательных путей, кожных покровов с местными нагноительными процессами и развитием постстрептококковых аутоиммунных и токсико-септических осложнений.

1.2. Возбудитель - Streptococcus pyogenes является типовым видом рода Streptococcus семейства Streptococcaceae, достаточно устойчив во внешней среде, обладает широким спектром факторов вирулентности.

1.3. Болезни, вызываемые СГА-инфекцией, подразделяются на первичные, вторичные и редко встречающиеся формы.

К первичным формам относят стрептококковые поражения ЛОР-органов (ангины, фарингиты, острые респираторные заболевания (ОРЗ), отиты и другие), кожи (импетиго, эктима), скарлатину, рожу.

Среди вторичных форм выделяют негнойные заболевания с аутоиммунным механизмом развития (ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и токсико-септические, при которых аутоиммунный механизм не выявлен (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, септические осложнения).

К редким формам относят некротические фасциит и миозит, энтерит, очаговые поражения внутренних органов, синдром токсического шока, первичный перитонит, сепсис.

Выявляются новые постстрептококковые осложнения, такие как летаргический энцефалит, обсессивно-компульсивное расстройство и тики.

1.4. Источник СГА-инфекции - человек, больной ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной стрептококковой инфекции и носители СГА-инфекции.

1.5. Продолжительность периода, в течение которого больной стрептококковой инфекцией является источником инфекции для окружающих, зависит от способа лечения таких больных. Рациональная терапия больных скарлатиной и ангиной антибиотиками пенициллинового ряда, к которым стрептококки высокочувствительны, приводит к быстрому освобождению организма от возбудителя (в течение полутора-двух суток).

1.6. Бактерионосительство СГА-инфекции может длиться более года. Доля бактерионосителей среди населения значительна, что определяет постоянную циркуляцию возбудителя.

1.7. Механизм передачи СГА-инфекции - аэрозольный, путь передачи - преимущественно воздушно-капельный. Заражение происходит при тесном длительном общении с больным или бактерионосителем.

1.8. Существуют контактно-бытовой и алиментарный пути инфицирования людей. Факторами передачи возбудителя в первом случае становятся грязные руки и предметы обихода, во втором - контаминированная пища.

1.9. Естественная восприимчивость людей высокая. Иммунитет после перенесенной СГА-инфекции носит антитоксический и антимикробный характер.

1.10. Стрептококковые инфекции распространены повсеместно. В районах умеренного и холодного климата они проявляются преимущественно в форме глоточных и респираторных форм. В южных районах с субтропическим и тропическим климатом превалируют кожные поражения (импетиго). Риску развития гнойных осложнений стрептококкового генеза подвергаются пациенты с ранениями, пациенты ожоговых отделений, больные в послеоперационном периоде, а также роженицы и новорожденные.

1.11. Внутрибольничная СГА-инфекция представляет собой заболевание, возникшее у пациента в любой момент времени после операции или в период от 48 часов после поступления (если инвазивные методы диагностики и лечения не проводились) до 7 суток после выписки из стационара.

1.12. Эпидемическая вспышка СГА-инфекции - два случая СГА-инфекции или более, связанных передачей СГА между пациентами или возникших в одной организации за период до 6 месяцев между случаями. Подтверждение принадлежности всех случаев к одной группе осуществляется с помощью emm/M-типирования.

1.13. Случаи внутрибольничной СГА-инфекции могут возникать в медицинских организациях любого профиля, но чаще в хирургических, акушерских, гинекологических и ожоговых отделениях.

II. Выявление, учет и регистрация случаев СГА-инфекции

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

III. Лабораторная диагностика СГА-инфекции

3.1. Диагноз глоточных и кожных форм СГА-инфекции устанавливается на основании клинической картины с учетом эпидемиологического анамнеза. Во всех случаях требуется бактериологическое подтверждение. При невозможности или неэффективности бактериологического исследования допустимо использовать молекулярные методы диагностики (ПЦР).

3.2. Сбор, хранение и транспортирование материала для всех видов диагностических исследований осуществляются в установленном порядке.

3.3. Бактериологическому обследованию на наличие СГА подлежат: больные ангиной, с подозрением на скарлатину, менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока.

3.4. Для постановки этиологического диагноза определяется видовая принадлежность стрептококков и их чувствительность к антибиотикам.

3.5. Экспресс-идентификация СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов и гнойничковыми поражениями кожи осуществляется с помощью коммерческих тест-систем, в основу которых положено определение группоспецифических антигенов СГА, экстрагируемых непосредственно с тампонов. Экспресс-идентификация проводится в медицинском кабинете детской организации, в кабинете врача поликлиники, в больничной палате по месту нахождения обследуемого. Все отрицательные результаты экспресс-тестов подтверждают культуральными методами.

3.6. Серодиагностика СГА-инфекции основана на определении антител к экстрацеллюлярным антигенам. Повышение титров антител в динамике болезни, по крайней мере к одному из внеклеточных стрептококковых антигенов (стрептолизину O, дезоксирибонуклеазе B, гиалуронидазе или никотинамидадениндинуклеотидазе), подтверждает этиологический диагноз. Уровень антител к каждому из внеклеточных антигенов определяется с помощью реакции нейтрализации.

3.7. В специализированных научных организациях проводится определение эритрогенных A-, B- и C-токсинов. «Золотым» стандартом типирования СГА является определение emm (M)-типов. Определение emm (M)-типа СГА наряду с типированием по T-белку и OF-фактору (липопротеиназа, фактор опалесценции) является ключевой фенотипической и молекулярно-биологической характеристикой выделенного штамма.

3.8. Молекулярные методы диагностики, в частности, полимеразная цепная реакция может быть использована для идентификации СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов, менингит, пневмонию, инфекции кожи и подкожной клетчатки, синдром токсического шока осуществляются с помощью наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению в Российской Федерации.

IV. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

4.1. Профилактические мероприятия направлены на раннюю диагностику и этиотропное лечение больных СГА-инфекцией, профилактику распространения СГА-инфекции в образовательных организациях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, медицинских организациях, организациях, оказывающих социальные услуги.

4.2. Выявление больных стрептококковой инфекцией осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских, образовательных организаций, организаций отдыха детей и их оздоровления, организаций, оказывающих социальные услуги, оздоровительных организаций (санатории, дома отдыха, пансионаты).

4.3. В дошкольных образовательных организациях, а также при формировании детских организованных групп осуществляется выявление больных ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной СГА-инфекции. Дети с клиническими признаками респираторной инфекции в детские организации (группы) не принимаются.

4.4. Бактериологическому обследованию на наличие возбудителя стрептококковой инфекции подлежат:

Больные менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока, ангиной.

4.5. Для купирования вспышек респираторного стрептококкоза в образовательных, медицинских и других организациях проводится выявление и лечение больных со всеми формами стрептококковой инфекции.

4.6. В образовательных, оздоровительных и других организациях проводятся санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на профилактику распространения СГА-инфекции воздушно-капельным путем передачи возбудителя.

V. Мероприятия в очагах СГА-инфекции

5.1. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с локализацией очагов инфекции в верхних дыхательных путях (при скарлатине, ангине).

5.2. Первичные противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага стрептококковой инфекции, осуществляются врачом медицинской организации или медицинским работником, выявившим больного.

5.3. В отношении больных СГА-инфекцией проводятся противоэпидемические мероприятия.

5.3.1. Обязательной госпитализации подлежат больные:

с тяжелыми и среднетяжелыми формами инфекции;

дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха и оздоровления и другие);

из семей, где имеются дети в возрасте до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной;

при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за ними на дому;

из семей, где имеются лица, работающие в детских дошкольных образовательных организациях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях - при невозможности их изоляции от больного.

5.3.2. Выписка больного скарлатиной из стационара осуществляется после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.

5.3.3. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые 2 класса общеобразовательной организации, переболевшие скарлатиной, допускаются в эти организации через 12 дней после клинического выздоровления.

5.3.4. Дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием подлежат дополнительной двенадцатидневной изоляции после выписки из стационара. Допускается их изоляция в той же организации при наличии для этого условий.

5.3.5. Взрослые, работающие в дошкольных образовательных организациях, организациях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях и перенесшие скарлатину, после клинического выздоровления переводятся на другую работу на 12 дней.

5.3.6. Больные ангинами из очага скарлатины, выявленные в течение 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускаются в вышеперечисленные организации в течение 22 дней от начала заболевания.

5.3.7. За лицами, переболевшими скарлатиной и ангиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара. Через 7 - 10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям - электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учета. При наличии патологии, в зависимости от ее характера, переболевший направляется под наблюдение специалиста (ревматолога, нефролога и других).

5.3.8. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами после первичной рожи и инвазивных форм СГА-инфекции проводится в кабинете инфекционных болезней поликлиники в течение 3-х месяцев. В случае рецидивирующей рожи наблюдение проводится не менее 2-х лет с момента последнего рецидива.

5.3.9. Мероприятия при выявлении случая стрептодермии направлены на изоляцию и адекватное лечение больного, а также на устранение факторов, способствующих распространению СГА-инфекции.

5.4. Противоэпидемические мероприятия проводятся в отношении лиц, контактировавших с больным скарлатиной.

5.4.1. При регистрации заболевания скарлатиной в дошкольной образовательной организации проводят следующие мероприятия:

в группе, где выявлен больной, вводятся ограничительные мероприятия сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного;

во время проведения ограничительных мероприятий прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп детской образовательной организации;

у детей и персонала группы проводится осмотр зева и кожных покровов с термометрией не менее 2 раз в день;

при выявлении в очаге скарлатины у детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр педиатром;

дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в образовательные организации, организации отдыха детей и их оздоровления, оздоровительные (санатории, пансионаты, дома отдыха), организации, оказывающие социальные услуги после полного клинического выздоровления с заключением от педиатра. В течение 15 дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции);

всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводится санация;

персонал детской организации не позднее 2 дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами.

5.4.2. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые два класса общеобразовательной организации, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, не допускаются в эти организации в течение 7 дней с момента последнего общения с больным. Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в детскую организацию после 17 дней от начала контакта и обязательного медицинского осмотра (зев, кожные покровы и другие).

5.4.3. Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, работающие в дошкольных организациях, первых двух классах общеобразовательных организаций, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, допускаются к работе и подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины.

5.4.4. Дети, ранее болевшие скарлатиной, взрослые, работающие в дошкольных образовательных организациях, первых двух классах общеобразовательной организации, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, общавшиеся с больным в течение всей болезни, допускаются в детские образовательные организации и на работу. За ними устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 17 дней от начала заболевания.

5.4.5. При регистрации случая скарлатины в общеобразовательной организации ограничительные мероприятия не проводятся.

5.4.6. При регистрации случая скарлатины среди учеников 1 - 3 классов после изоляции больного ежедневно проводится медицинский осмотр (зев, кожные покровы и других) контактировавших с больными детей. При выявлении у детей острых респираторных поражений (ангина, фарингит и других) их отстраняют от занятий с уведомлением участкового врача. Детей, переболевших ангиной и фарингитом, ежедневно в течение 15 дней от начала болезни осматривают на наличие шелушения кожных покровов на ладонях для ретроспективного подтверждения скарлатины. Переболевшие дети допускаются в образовательную организацию после клинического выздоровления и предоставления заключения от участкового врача. Детям с хроническими тонзиллитами проводится санация.

5.4.7. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

VI. Мероприятия в очагах внутрибольничной СГА-инфекции

6.1. В случае выявления нозокомиальной СГА-инфекции устанавливается соответствующий противоэпидемический, санитарно-гигиенический и дезинфекционный режим:

пациент помещается в отдельную палату с санузлом на 24 - 48 часов параллельно с назначением эффективной антибиотикотерапии и прекращением допуска посетителей;

персонал медицинских организаций, контактирующий с больным СГА-инфекцией, а также осуществляющий уборку палаты, использует хирургические маски и резиновые перчатки;

в палате ежедневно проводится влажная уборка с использованием дезинфекционных средств;

у пациента собирается эпиданамнез с целью определения источника инфицирования СГА-инфекцией (вне- или внутрибольничный);

при заболевании пациента в стационаре проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление продуктов питания, содержащих СГА-инфекцию, выявление и изоляцию больных и носителей, установление медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больным;

в случае занесения СГА-инфекции в медицинские организации, проводится опрос посетителей и/или членов семьи пациента в целях выявления среди них лиц с признаками заболевания или носителей СГА-инфекции.

При выявлении таких лиц им рекомендуется обратиться к врачу по месту жительства для диагностики и возможного лечения.

VII. Средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики СГА-инфекции

7.1. Текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

7.2. Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

VIII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

8.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекции организуют органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

8.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают в себя:

- наблюдение за уровнем и динамикой заболеваемости и летальности СГА-инфекции с различными клиническими проявлениями, особенно инвазивных форм;

- сбор и анализ данных о типовой структуре СГА, выделяемых от больных и носителей;

- использование скрининговых молекулярно-биологических и молекулярно-генетических методов исследования для оценки биологических свойств циркулирующих штаммов СГА и их чувствительности к антибиотикам на основе выборочных репрезентативных обследований различных групп населения;

- оценку иммунологического статуса населения в отношении СГА-инфекции на основании планового и экстренного иммунологического контроля в организациях;

- оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики респираторной стрептококковой инфекции, разработку мероприятий по их коррекции.

IX. Гигиеническое воспитание и обучение

9.1. Гигиеническое воспитание и обучение осуществляется:

при подготовке, переподготовке медицинских работников;

при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

9.2. Работа по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами управления здравоохранения, центрами медицинской профилактики, медицинскими организациями.

9.3. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению информации о профилактики СГА-инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

## 9.9. Профилактика легионеллеза

### I. Общие положения

1.1. Возбудители легионеллеза представляют самостоятельный род и семейство микроорганизмов. Род Legionella образует генетически родственную таксономическую структуру, а семейство Legionellaceae состоит только из одного рода и принадлежит к g-подтипу протеобактерий.

Известны более 50 видов легионелл, для 22 из которых доказана роль в инфекционной патологии человека. Более 90% случаев болезни ассоциированы с видом L.pneumophila. Среди других видов легионелл чаще всего заболевание вызывают, как правило, при нарушениях клеточного иммунитета и/или на коморбидном фоне виды L.micdadei, L.longbeuchae, L.dumoffii и L.bozemanii.

1.2. Легионеллы представляют собой грамотрицательные палочки диаметром 0,5 - 0,7 мкм и длиной 2 - 5 мкм. В ряде случаев встречаются нитевидные формы длиной до 20 - 25 мкм. Не образуют эндоспор, микроцист и капсул, растут в аэробных условиях, подвижны за счет одного, двух или большего числа жгутиков. Микроорганизмы не ферментируют углеводы, разжижают желатин, не образуют уреазу, не восстанавливают нитраты, не растут на обычных питательных средах, что связано с потребностью возбудителя в L-цистеине и в растворимом пирофосфате железа (Fe++).

1.3. Легионеллы устойчивы во внешней среде: в жидких средах при температуре 25 °C может сохраняться 112 дней, при температуре 4 °C - 150 дней. Легионеллы могут выживать в водопроводной воде до года, в дистиллированной - 2 - 4 месяца. Микроорганизмы быстро, за 1 мин., погибают под воздействием 70% спирта, 1% раствора формалина, 0,002% раствора фенола, в течение 10 мин. - в 3% растворе хлорамина.

Кроме того, возбудители легионеллеза чувствительны к другим дезинфицирующим хлорактивным средствам, а также кислородсодержащим и средствам на основе катионных поверхностно-активных веществ, в частности четвертичным аммониевым соединениям, третичному алкиламину, полигуанидинам и глутаровому альдегиду.

1.4. Легионеллы являются сапрофитами и широко распространены в природе. Обитают в пресноводных водоемах, где они паразитируют в водных амебах и других простейших. Размножение легионелл активно идет в теплой воде в диапазоне температур 20 - 45 °C, хотя их выделяют и из холодной воды. Условия для выживания легионелл в искусственных сооружениях более благоприятны, чем в естественных, что приводит к накоплению в них возбудителя в высоких концентрациях. Легионеллы активно колонизуют синтетические и резиновые поверхности водопроводного, промышленного, медицинского оборудования с образованием так называемых биопленок, в которых легионеллы значительно более устойчивы к действию дезинфицирующих веществ по сравнению с планктонными формами. При колонизации легионеллами искусственных водных систем, к которым относятся системы горячего и холодного водоснабжения, централизованные системы кондиционирования воздуха с водным охлаждением, градирни, вихревые бассейны и джакузи массового пользования в аквапарках и спортивно-восстановительных центрах, увлажнители воздуха, фонтаны и т.д., концентрация легионелл значительно возрастает, что представляет эпидемическую опасность.

1.5. Легионеллы являются факультативными внутриклеточными паразитами. В организме человека они размножаются преимущественно в альвеолярных макрофагах, полиморфно-ядерных нейтрофилах и моноцитах крови.

1.6. Легионеллез является сапронозной инфекцией, протекающей с поражением органов дыхания, часто в форме тяжелых пневмоний. Источниками при этом служат естественные и искусственные водоемы, различные системы водопользования, технические устройства с использованием воды, а также почва.

1.7. Механизм передачи легионеллеза - аэрозольный, путь - воздушно-капельный. Факторами передачи инфекции являются мелкодисперсионный водный аэрозоль и вода, контаминированные легионеллами.

Практически все крупные эпидемические вспышки и многие спорадические случаи легионеллеза связаны с распространением мелкодисперсного аэрозоля, содержащего легионеллы и генерируемого бытовыми, медицинскими или промышленными водными системами. Аспирация контаминированной водопроводной воды без образования аэрозоля считается альтернативным путем передачи инфекции. В последнее время он приобретает все большую актуальность. В тех случаях, когда температура воды в системах горячего водоснабжения не превышает 50 °C, создаются благоприятные условия для активного размножения возбудителя. В процессе водопользования, при наличии восприимчивых к легионеллезу лиц, происходит формирование эпидемических очагов с единичными или множественными случаями заболеваний.

1.8. Проявлениями эпидемического процесса легионеллеза являются манифестные формы инфекции. Болезнь легионеров (легионеллезная пневмония) развивается у 5 - 10% лиц, подвергшихся действию факторов передачи инфекции, лихорадка Понтиак (острое респираторное заболевание) поражает 80 - 100% таких лиц.

1.9. Инкубационный период зависит от клинической формы инфекции. Для клиническог варианта легионеллёза, протекающего с преимущественным поражением лёгких, характерен инкубационный период 2—10 дней. При форме в виде острой респираторной инфекции (лихорадка Понтиак) инкубационный период составляет от 5 часов до 3 суток, при острой лихорадочной форме с экзантемой (лихорадка форта Брагг) – от нескольких часов до 10 суток.

Легионеллез выявляют, как правило, у людей среднего и пожилого возраста на фоне действия таких факторов риска, как курение, злоупотребление алкоголем, сопутствующие заболевания, в первую очередь, диабет и сердечно-сосудистые заболевания; иммуносупрессивная терапия, первичные и вторичные иммунодефициты. В то же время легионеллезная инфекция, включая тяжелые формы заболевания, может возникать и у ранее совершенно здоровых людей. У детей легионеллез выявляют редко, обычно на фоне сопутствующих заболеваний. Болезнь легионеров чаще поражает мужчин, чем женщин (соотношение заболевших составляет 2 - 3:1). Случаи легионеллеза выявляют круглогодично, но пик заболеваемости приходится на летние месяцы.

1.10. Особенностью эпидемиологии легионеллезной инфекции является выделение трех основных групп заболеваний по характеру приобретения инфекции: внебольничный (community-acquired) легионеллез (эпидемические вспышки и спорадические случаи), нозокомиальный легионеллез (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи) и легионеллез, связанный с поездками, путешествиями (travel-associated legionellosis).

1.11. Носительство и персистенция легионелл не описаны.

### II. Выявление, учет и регистрация случаев легионеллеза

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Обследованию на наличие возбудителей легионеллеза подлежат лица с признаками пневмонии, в первую очередь при тяжелом клиническом течении пневмоний или у лиц с пневмониями при отсутствии положительной динамики в случае лечения бета-лактамными антибиотиками (пенициллин, ампициллин, цефалоспорины и другие).

2.3. В случае регистрации летального исхода пневмонии с тяжелым клиническим течением патологический материал (легочная ткань с геморрагическими поражениями) направляется в бактериологическую лабораторию для исследования на легионеллез. Материал подлежит немедленной доставке (в течение суток) или в замороженном состоянии (до минус 70 °C) может длительно храниться до отправки в лабораторию.

2.4. В случае выявления лиц с признаками пневмонии или острых респираторных инфекций в подтвержденном эпидемическом очаге легионеллезной инфекции диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

2.5. Выделяют следующие клинические формы легионеллеза: острый респираторный легионеллез - лихорадка Понтиак; легионеллезную пневмонию или собственно болезнь легионеров согласно Международной классификации болезней.

2.6. Клинические проявления инфекционного процесса при легионеллезе характеризуются широким спектром - от субклинических, практически бессимптомных или нетяжелых скоротечных заболеваний, клинически проявляющихся симптомокомплексом, характерным для острых респираторных инфекций (Лихорадка Понтиак), до тяжелых состояний с поражением многих органов, но чаще всего проявляющихся пневмонией (Болезнь легионеров).

2.7. Распознавание болезни весьма затруднительно, так как в клинической картине отсутствуют патогномоничные симптомы. Вместе с тем подозрение на легионеллезную этиологию инфекции возникает при выявлении клинической симптоматики при наличии следующих факторов риска:

- теплое время года;

- возраст старше 40 лет;

- мужской пол (болеют в 2-3 раза чаще);

- путешествие (отдых с выездом) внутри страны или за рубеж, совпадающее со сроком инкубационного периода (от 2 до 10 дней до начала заболевания);

- наличие вредных привычек (курение, алкоголь);

- наличие сопутствующих заболеваний, в первую очередь: сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, сердечно-сосудистые заболевания, легочная недостаточность, онкологические и гематологические заболевания, заболевания, сопровождаемые курсом гормональной или (и) интенсивной иммуносупрессивной терапии.

2.8. К группам риска при нозокомиальном легионеллезе относятся пациенты:

- старше 25 лет;

- в отделениях трансплантации органов, онкологии, реанимации, хирургии; при этом возможны внелегочные проявления легионеллезной инфекции на фоне интенсивной иммуносупрессивной терапии;

- больные сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, легочной недостаточностью;

- больные, лечение которых сопровождается интубацией и вентиляцией легких.

2.9. Больные с подтвержденным диагнозом легионеллезной инфекции не представляют опасности для окружающих и могут быть госпитализированы в обычный терапевтический, инфекционный или пульмонологический стационар.

2.10. В каждом подтвержденном лабораторно случае легионеллеза проводится эпидемиологическое расследование с обязательным бактериологическим обследованием потенциально опасного объекта и организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2.11. При выявлении, подтвержденного лабораторно, случая легионеллеза, связанного с путешествием или с пребыванием в стационаре, или 2-х и более, подтвержденных лабораторно, случаев легионеллеза, связанных с одним источником, территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор в течение 24 часов направляет экстренное донесение в адрес Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и в адрес Центра по легионеллезу, сотрудничающего с ВОЗ (123093, г. Москва, ул. Гамалеи, 18, НИИЭМ им. Гамалеи РАМН).

### III. Лабораторная диагностика

3.1. В связи со сходством клинических проявлений и симптоматики легионеллезной и пневмококковой пневмонии быстрая и эффективная лабораторная диагностика приобретает решающее значение для выбора тактики этиотропной терапии больных и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.

3.2. Во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в качестве диагностических критериев приняты стандарты, в соответствии с которыми диагноз легионеллеза в случае острой инфекции нижних дыхательных путей (клинически и рентгенологически подтвержденной) считается окончательно установленным:

3.2.1. при выделении культуры легионелл из отделяемого респираторного тракта или легочной ткани;

3.2.2. при 4-кратном или более нарастании титра специфических антител к Legionella pneumophila серогруппа 1 в реакции непрямой иммунофлюоресценции;

3.2.3. при определении растворимого антигена Legionella pneumophila серогруппа 1 в моче иммуноферментным или иммунохроматографическим методом.

3.3. При отсутствии сыворотки крови, взятой в ранние сроки болезни, выявление достоверно высокого уровня антител к Legionella pneumophila серогруппа 1 (1:128 и выше) в одиночной сыворотке методом непрямой иммунофлюоресценции позволяет считать диагноз легионеллеза предположительно установленным. Аналогичным образом интерпретируются результаты, полученные на основании выявления возбудителя или его ДНК в респираторном секрете или легочной ткани с помощью прямой иммунофлюоресценции или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Пункты 3.2.3 и 3.3 стандартов лабораторной диагностики в настоящее время распространяются только на антитела и антиген, определяемые для Legionella pneumophila серогруппы 1. Для других серогрупп Legionella pneumophila результаты, получаемые по определению антител или выявлению антигена в моче, позволяют установить лишь предполагаемый диагноз.

3.4. Выделение культуры возбудителя остается единственным методом стандартов, устанавливающим окончательный диагноз в случае инфекции, вызываемой другими серогруппами Legionella pneumophila или видами Legionella spp. В то же время следует отметить, что более 80% спорадических и групповых случаев легионеллеза вызваны штаммами Legionella pneumophila серогруппы 1, а при эпидемических вспышках внебольничных пневмоний этиологическое значение штаммов L.pneumophila серогруппы 1 подтверждено в 96% случаев.

3.5. Основным методом стандартов, позволяющим осуществлять в настоящее время своевременную диагностику и мониторинг легионеллезной инфекции, является определение легионеллезного антигена в моче иммунохроматографическим или иммуноферментным методом. Метод позволяет окончательно подтвердить диагноз в течение 1 - 3 часов.

3.6. Бактериологический метод занимает не менее 4 - 5 суток, причем требуются инвазивные процедуры по получению жидкости бронхоальвеолярного лаважа, материала бронхоскопии, биопсии, так как из мокроты, особенно после начала этиотропной терапии, возбудитель удается выделить далеко не всегда.

3.7. Выявление диагностического нарастания титров антител в реакции непрямой иммунофлюоресценции возможно лишь на 3-ей неделе заболевания, когда проведен курс антибиотикотерапии и исход заболевания обычно ясен.

3.8. Внутрибольничный легионеллез может быть вызван не только возбудителем болезни легионеров - Legionella pneumophila, но и другими оппортунистическими видами легионелл, прежде всего Legionella micdadei, Legionella bozemanii, Legionella dumoffi, Legionella longbeachae, поэтому при данной форме заболевания основным методом диагностики становится бактериологический метод, поскольку метод определения антигена в моче стандартизован только для Legionella pneumophila серогруппы 1. Для внутрибольничного легионеллеза, помимо типичной клинической симптоматики, характерны внелегочные проявления, в связи с чем возбудитель может быть выделен не только из отделяемого респираторного тракта, но и из крови.

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

4.1. Подозрение на эпидемическую вспышку легионеллезной этиологии возникает при выявлении в очаге 2-х и более случаев инфекции, подтвержденных клинически, рентгенологически и хотя бы одним из лабораторных методов, входящих в стандарты лабораторной диагностики легионеллеза.

4.2. Основанием для выявления объекта - причины эпидемической вспышки легионеллеза считается выделение культуры возбудителя и подтверждение роли выделенного штамма в этиологии вспышки иммунологическими и молекулярно-генетическими методами.

4.3. Работа специалистов по локализации вспышки начинается с эпидемиологического обследования очага.

4.4. По результатам эпидемиологического обследования очага составляется комплексный план по локализации и ликвидации вспышки легионеллеза, согласованный с руководителем учреждения, где регистрируются случаи заболеваний, ответственными лицами органов исполнительной власти на местах, управлений здравоохранения, инженерно-технических служб.

4.5. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 10 суток с момента последнего контакта с предполагаемым источником.

4.6. Проводится активное выявление больных методом поквартирных обходов, организаций медосмотров на предприятиях, быстрого реагирования на вызов неотложной помощи. В этих целях организуется взаимодействие с органами исполнительной власти на местах, учреждениями здравоохранения, станциями скорой и неотложной помощи, инженерно-техническими службами.

4.7. По результатам эпидемиологического обследования очага, в случае прогнозов массового поступления больных, проводится подготовка медицинских организаций (МО) к дополнительному развертыванию коек для больных, организация провизорного отделения - для наблюдения и обследования лиц, подозрительных на заболевание.

4.8. Совместно с органами исполнительной власти на местах учреждениями здравоохранения определяется потребность во врачебных бригадах, привлечении специалистов клинического и профилактического уровня, потребности в диагностических, лечебных и дезинфицирующих препаратах, средствах по уходу за больными.

4.9. Принимаются меры по прекращению реализации путей передачи инфекции: приостановление эксплуатации объектов, установок, оборудования (отключение подачи воды, остановка технических устройств, приостановление работ), рассматриваемых в качестве источника инфекции на основании результатов эпидемиологического обследования очага, организация их очистки и дезинфекции (Приложение 61).

4.10. Дезинфекционные мероприятия по очистке и обеззараживанию потенциально опасных водных объектов в случае их неудовлетворительного санитарно-гигиенического состояния начинают, не дожидаясь результатов бактериологического исследования, которое занимает до 2-х недель. При выявлении новых случаев, подозрительных на легионеллез, в очаге инфекции проводится дезинфекция всех потенциально опасных водных систем или прекращается их эксплуатация до завершения бактериологических исследований. При выявлении объекта - источника распространения инфекции, временно прекращается его эксплуатация, и проводятся дезинфекционные мероприятия. По завершении дезинфекционных мероприятий полная элиминация легионелл должна быть подтверждена отрицательными результатами бактериологических высевов. В течение года после прекращения случаев заболевания на объекте регулярно проводят контрольные дезинфекционные мероприятия и бактериологические исследования.

4.11. Проводится активная разъяснительная работа среди населения по вопросам клиники и профилактики легионеллеза с выпуском листовок, памяток, привлечением средств массовой информации.

4.12. После локализации вспышки легионеллеза (отсутствие случаев заболеваний в течение 10-ти дней с момента заболевания последнего больного) за очагом устанавливается наблюдение сроком на 1 год. В течение этого времени на объекте, послужившем причиной вспышки, регулярно проводят контрольные дезинфекционные мероприятия и бактериологические исследования. За пострадавшими в очаге лицами устанавливается медицинское наблюдение сроком на 1 год после выписки из стационара с ежемесячными осмотрами врачом-терапевтом и проведением необходимых лабораторных исследований. По истечении этого времени проводится окончательный анализ по исходам заболевания с учетом инвалидности и смертности.

4.13. Основные направления деятельности, по которым проводится оценка эффективности мероприятий при легионеллезе:

- анализ данных по контролю за проведением и качеством дезинфекции, определение наличия биопленок и легионелл после обработки и в течение года после ликвидации очага (Приложение 62);

- мониторинг заболеваемости внебольничными пневмониями в пределах границ ликвидированного эпидемического очага;

- экономическая и практическая целесообразность организационных решений.

### V. Эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией

5.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией - это система мониторинга за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы профилактических мер[[66]](#footnote-66).

5.2. Эпидемиологический надзор обеспечивает сбор, передачу и анализ информации.

5.3. Эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией включает мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя, прогнозирование ситуации (эпидемиологическую диагностику) и оценку эффективности проводимых мероприятий.

5.4. Целью эпидемиологического надзора за легионеллезной инфекцией является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения случаев легионеллеза, формирования очагов с групповыми заболеваниями и летальных исходов.

5.5. Задачами эпидемиологического надзора за легионеллезом являются:

- постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;

- выявление тенденций эпидемического процесса;

- выявление регионов, областей, населенных пунктов и учреждений с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

- выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;

- выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости легионеллезом на территории;

- контроль и обоснованная оценка масштабов, качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности мероприятий и сроков их реализации;

- разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации.

5.6. Эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией проводится [органами](consultantplus://offline/ref=F349CCD90E788022369FF834B85EA62A06B0A40617D48F6EC0095426F0108300AE4322DE939D414552F17406B48B1AA072885AE185FAEDA4s6y0K), осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### VI. Профилактические мероприятия

6.1. [Органы](consultantplus://offline/ref=F349CCD90E788022369FF834B85EA62A06B0A40617D48F6EC0095426F0108300AE4322DE939D414552F17406B48B1AA072885AE185FAEDA4s6y0K), осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят контроль за соблюдением требований санитарного законодательства, направленный на предупреждение контаминации легионеллами до эпидемически значимых концентраций потенциально опасных водных объектов, недопущения возникновения случаев легионеллеза среди людей и формирования эпидемических очагов.

6.2. В территориальных органах, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, должен быть перечень водных систем, потенциально опасных в отношении распространения легионеллезной инфекции и требующих периодического мониторинга.

6.3. Основа профилактики легионеллеза на потенциально опасных объектах общественного пользования заключается в соблюдении соответствующих инструкций, режимов и требований нормативно-технической документации при эксплуатации данных объектов.

6.4. Возбудитель легионеллеза является широко распространенным водным микроорганизмом, присутствующим в большинстве пресных водоемов в некультивируемом состоянии. Низкие концентрации легионелл в природных водоемах не превышают 103 КОЕ на литр и не представляют опасности для человека.

6.5. Природные водоемы не являются объектами профилактического исследования воды на наличие возбудителя легионеллеза.

6.6. В системах водоснабжения, кондиционирования и увлажнения воздуха, других системах, связанных с циркуляцией теплой воды в диапазоне от 20° до 50 °C концентрация возбудителя резко возрастает за счет образования биопленок на поверхности оборудования, что является ключевым фактором накопления потенциально опасных концентраций легионелл. Периодический количественный мониторинг потенциально опасных водных объектов и систем является необходимым условием эффективной профилактики легионеллеза.[[67]](#footnote-67)

6.7. К водным системам, потенциально опасным в отношении распространения легионеллезной инфекции и требующим периодического исследования на наличие возбудителя легионеллеза, относятся:

6.7.1. системы охлаждения воды промышленных предприятий (градирни и испарительные конденсаторы).

Наличие в данных системах больших количеств циркулирующей теплой воды в сочетании с образованием водного аэрозоля, способного распространяться в радиусе до нескольких километров, позволяет отнести данные объекты к числу потенциально опасных в отношении возникновения легионеллезной инфекции. Микробиологическое исследование на наличие возбудителя легионеллеза данных систем необходимо осуществлять ежеквартально. При выявлении возбудителя в концентрации, превышающей допустимые значения, необходимо проведение дополнительных профилактических мероприятий;

6.7.2. централизованные системы кондиционирования и увлажнения воздуха, используемые для создания микроклимата в общественных зданиях, торговых центрах, ресторанах, клубах, учреждениях, гостиницах, на пассажирских судах.

Избыточное тепло, образующееся при охлаждении воздуха, отводится через конденсатор, охлаждаемый водой, поступающей из градирни или другого водоисточника. В теплой воде охладительного контура создаются благоприятные условия для формирования биопленок легионелл. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год (кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажения воздуха и сплит-системы не опасны и контролю на легионеллы не подлежат). Точкой отбора проб является контур централизованного кондиционера;

6.7.3. бассейны, аквапарки, джакузи общественного пользования (в том числе в МО).

Особенно опасны в отношении легионеллезной инфекции джакузи общественного пользования в гостиницах, спортивных и оздоровительных центрах, саунах. Над поверхностью воды постоянно разбрызгивается водный аэрозоль с температурой более 30 °C, но менее 50 °C, что создает благоприятные возможности для колонизации объекта легионеллами. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо проводить ежеквартально. На исследование отбирается вода после фильтра;

6.7.4. Системы горячего и холодного водоснабжения.

Данные системы могут быть контаминированы легионеллами в диапазоне температур от 25° до 60 °C. При наличии застойных зон, участков трубы с низкой скоростью потока воды, в накопительных баках или резервуарах воды при данной температуре вероятно образование биопленок, содержащих высокую концентрацию легионелл. При температуре горячей воды выше 60 °C планктонные формы легионелл погибают, но в составе ранее сформировавшихся биопленок в ассоциациях с другими микроорганизмами и водорослями могут сохранять жизнеспособность и при более высоких температурах. При снижении температуры в системе горячего водоснабжения до температуры менее 50 °C условия для размножения легионелл наиболее благоприятны. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год. Отбор проб воды рекомендуется проводить в аккумуляторном баке котельной, выходе воды в распределительную сеть - в системе горячего водоснабжения, на входе в учреждение и в резервуаре-хранилище - в системе холодного водоснабжения.

6.8. Микробиологическое исследование на наличие легионелл в водных системах, визуальное выявление микробного загрязненных участков и поверхностей (биопленок) также является необходимым условием безопасной эксплуатации данных объектов. Количественное микробиологическое исследование в отношении контаминации легионеллами осуществляется в соответствии с требованиями нормативных методических документов и проводится в рамках производственного контроля.

6.9. Профилактические мероприятия включают:

- общую очистку и промывку системы;

- физическую и (или) химическую дезинфекцию:

- резкое повышение температуры воды в системе до 65 °C и выше;

- применение дезинфицирующих средств, обладающих способностью разрушать и предотвращать образование новых микробных биопленок.

6.10. Тактика очистки, промывки и обеззараживания водной системы зависит от условий эксплуатации и материалов конструкции.

6.11. Профилактика внутрибольничного легионеллеза основана на организации строгого контроля за водой, используемой в системе водоснабжения МО а также оборудования, инструментария и растворов, применяемых при осуществлении интубации, вентиляции легких и других процедур, осуществляемых для пациентов групп риска.

6.12. Для профилактики внутрибольничного легионеллеза необходим постоянный контроль температуры горячей воды на точках выхода и поддержания ее на уровне 65 °C и выше. В случае необходимости снижения температуры воды ниже 55 °C в отделениях МО, где находятся пациенты групп риска, целесообразно использование дополнительных факторов защиты:

- специальных фильтров, полностью исключающих соприкосновение пациента с легионеллами, которые устанавливаются в душевых и других точках выхода системы водоснабжения;

- в системе водоснабжения использование современных покрытий, исключающих формирование биопленок на их поверхности.

6.13. Система водоснабжения, оборудование и инструментарий медицинской организации дополнительно дезинфицируется с помощью препаратов, обладающих способностью разрушать и предотвращать образование новых биопленок.

6.14. Систему водоснабжения МО в случае снижения температуры горячего водоснабжения до 55 °C и ниже на точках выхода необходимо ежемесячно контролировать на наличие Legionella pneumophila и Legionella spp. до момента восстановления температурного режима до уровня выше 65 °C.

6.15. Обследование потенциально опасных водных объектов

6.15.1. Обследование градирен (водных систем охлаждения) промышленных предприятий и других объектов.

Обследованию подлежат все градирни, используемые в производственном процессе. При обследовании градирен исследуют образцы воды из чаши градирни (не менее 2-х образцов объемом 1 литр). В зависимости от конструкции градирни и наличия доступа аналогичное количество образцов воды отбирают из насоса и отстойника градирни. При визуальном обнаружении биопленки на поверхности чаши градирни для исследования берут не менее 2-х проб. Далее образцы исследуют в соответствии с действующими нормативными методическими документами. Градирни, используемые на непроизводственных объектах, обследуются аналогичным образом.

6.15.2. Обследование централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, используемых для создания микроклимата в общественных зданиях, торговых центрах, ресторанах, клубах, учреждениях, гостиницах, на пассажирских судах и поездах.

Отбор проб воды осуществляют из контура централизованной системы кондиционирования и увлажнения воздуха (не менее 2-х образцов объемом 1 литр). Благоприятные условия для колонизации легионеллами создаются в поддонах или на полу камер орошения, где скапливается конденсат охлаждаемого воздуха. При визуальном обнаружении биопленок берут не менее 2-х проб. Далее образцы исследуют в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

В случае сезонного использования системы кондиционирования и увлажнения (летний или зимний период) микробиологическое исследование проводится при запуске системы и в конце периода эксплуатации.

6.15.3. Обследование джакузи в местах общественного пользования (бассейны, сауны, аквапарки, фитнес и спа-центры, демонстрационные джакузи в торговых и выставочных центрах и другие).

Отбор проб воды осуществляется после фильтра (2 образца объемом 1 литр). Для исследования в зависимости от конструкции системы берут соскобы из насосных устройств, обеспечивающих циркуляцию воды и подачу воздуха. Визуальному осмотру подлежат места возможной колонизации легионеллами и образования биопленки (пластиковые или резиновые коврики и трапы, сливные и дренажные точки). При выявлении биопленок из данных мест также берутся образцы для микробиологического исследования.

В случае длительного перерыва в эксплуатации демонстрационных или декоративных джакузи в торговых, выставочных, офисных центрах при полном или частичном сохранении в них воды необходимо провести микробиологическое исследование до начала эксплуатации.

6.15.4. Обследование систем водоснабжения.

Микробиологическому исследованию предшествует анализ температуры воды в системе и выявление концевых (наиболее отдаленных от бойлерной), редко используемых участков и «застойных» зон и тупиковых точек системы горячего водоснабжения. При температуре воды выше 70 °C в магистрали или бойлерной и 60 °C и выше в точках потребления воды микробиологическое исследование проводить нецелесообразно. Также нецелесообразно проводить микробиологическое исследование холодной воды при температуре ниже 20 °C. Для исследования берут образцы воды объемом 0,5 - 1,0 литр и смывы с внутренней поверхности водопроводных кранов, сеток душа, внутренней поверхности труб концевых, редко используемых и «застойных» участков системы горячего водоснабжения. Общее количество проб определяется числом выявленных участков и точек системы, подлежащих исследованию. При отсутствии таковых исследуется вода и смывы в ближайшей и наиболее отдаленных от бойлера точках. Образцы воды берут также на выходе из бойлерной или магистрального водовода в соответствующем диапазоне температур. Микробиологический мониторинг систем водоснабжения в случае благоприятного для размножения легионелл температурного режима проводится не реже 2-х раз в год.

6.15.5. Обследования иных объектов.

В связи с возможностью размножения легионелл и в других водных системах общественного назначения (фонтаны уличные и внутренние, технологические циклы с использованием циркуляции и аэрозолирования воды, аварийные души на производстве, поливальные установки и другие) необходимость и частота их микробиологического мониторинга определяется температурой воды (25 - 50 °C); длительностью циркуляции воды в замкнутом режиме; длительными сроками хранения больших объемов «застойной» воды до начала ее использования, особенно аэрозолирования; обнаружением биопленок.

6.15.6. Обследование потенциально опасных водных объектов в МО.

Порядок и частота обследования потенциально опасных водных систем в МО (системы водоснабжения, системы кондиционирования и увлажнения воздуха, бассейны-джакузи) проводится в соответствии с [п. п. 9.1](#P182). - [9.4](#P191)., за исключением отделений МО групп риска, в которых необходимо полностью исключить возможность контакта пациента с контаминированной легионеллами водой (стационары, отделения, где применяется иммуносупрессивная терапия: трансплантология, онкология, хирургия, интенсивная терапия, реанимация, ожоговые отделения, перинатальная и неонатальная патология и другие).

В отделениях групп риска исследования потенциально опасных водных систем осуществляют ежеквартально, а в случае выявления легионелл после проведения профилактических мероприятий ежемесячно. Дополнительно в отделениях групп риска МО осуществляют контроль на контаминацию легионеллами содержащего воду оборудования, инструментария и растворов, применяемых для при осуществлении интубации, вентиляции легких, других процедур, осуществляемых для пациентов групп риска; бутилированной воды, используемой пациентами. Аналогичные требования к порядку и частоте обследования потенциально опасных водных систем необходимо соблюдать в учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

6.16. Средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики легионеллезной инфекции.

6.17. В медицинских организациях (МО) в период госпитализации больного в палату (бокс) и после его выписки, в случае летального исхода заболевания дезинфекция проводится в обычном режиме функционирования стационара.

6.18. В связи с тем, что в МО возможен артифициальный путь распространения инфекции, связанный с лечебными процедурами (вихревыми ваннами, терапией ультразвуковыми дезинтеграторами, интубацией и др.), все медицинские изделия и оборудование, используемое в этих целях после применения у пациентов, подвергают дезинфекции в плановом порядке.

6.19. Для дезинфекции системы водоснабжения, оборудования и медицинских изделий в медицинских организациях используют средства, обладающие способностью предотвращать и разрушать образование биопленок.

6.20. Основными методами дезинфекции искусственных водных резервуаров являются термический и химический.

6.20.1. При использовании термического метода осуществляют прогрев воды при температуре не менее 80 °C в течение суток. Этот метод применяют при обработке систем отопления, водоснабжения, замкнутых систем циркуляции воды.

6.20.2. При использовании химического используют разрешенные к применению хлорсодержащие средства, обеспечивающие концентрацию остаточного хлора на уровне 1 - 3 мг/л. При необходимости сокращения времени хлорирования концентрацию активного хлора следует увеличить до 20 - 50 мг/л.

6.20.3. Выбор метода или их сочетания осуществляют в зависимости от типа водного объекта, подлежащего дезинфекции. Замкнутые водные системы необходимо чистить и промывать не реже 2 раз в год. При обнаружении в системах легионелл ежеквартально проводят дезинфекционные мероприятия с последующим обязательным бактериологическим исследованием воды.

6.21. В МО, гостиницах, офисах учреждений, на транспорте (круизные и др. морские и речные суда) обеззараживанию подлежат места возможного распространения и накопления легионелл - искусственные водные резервуары: кондиционеры, увлажнители, душевые установки, плавательные бассейны, ванны для бальнеопроцедур.

6.22. Для обеззараживания промышленных или бытовых водных резервуаров, градирен, прудов-отстойников, систем оборотного водоснабжения рекомендуется следующая схема:

- проведение постоянного хлорирования при концентрации 2 - 3 мг/л свободного хлора в течение 24 - 48 часов;

- хлорирование меньшими дозами 0,7 - 1,0 мг/л по 1 часу в сутки.

6.23. Могут быть использованы дезинфицирующие средства, не содержащие хлора, а также другие рекомендованные и утвержденные в установленном порядке средства и технологии их применения.

### VII. Гигиеническое воспитание населения и обучение граждан по вопросам профилактики

7.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики легионеллеза.

7.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о легионеллезе, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие средства.

# 10. ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**10.1. Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации**

I. Общие положения

1.1. В целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению производственного контроля, проведению медицинских осмотров, гигиеническому воспитанию и обучению населения.

1.2. Мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации, направленные на предупреждение завоза паразитарных болезней из неблагополучных стран осуществляют в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Паразитарные болезни человека – группа заболеваний, вызываемых патогенными простейшими, гельминтами или членистоногими. Характеризуются многообразием путей передачи и полиморфностью клинических проявлений. В зависимости от систематической принадлежности возбудителя паразитарные болезни разделяют на протозоозы, гельминтозы и заболевания, вызываемые членистоногими. По особенностям биологического цикла развития подразделяют на: контагиозные паразитозы, трансмиссивные болезни, биогельминтозы и геогельминтозы.

II. Выявление, регистрация и учет паразитарных болезней

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными и паразитарными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные и паразитарные болезни, носителей возбудителей инфекционных и паразитарных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. Обследованию на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат: дети, посещающие детские дошкольные образовательные организации; персонал детских дошкольных образовательных организаций; школьники младших классов, дети, подростки, декретированные и приравненные к ним группы населения при диспансеризации и профилактических осмотрах; дети, подростки по эпидемическим показаниям; дети и подростки, оформляющиеся в детские дошкольные и другие образовательные организации, приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации, в детские отделения больниц; дети всех возрастов детских организаций закрытого типа и круглогодичного пребывания, пациенты детских и взрослых поликлиник и больниц по клиническим показаниям, лица, общавшиеся с больными.

2.3. Забор проб биологического материала для исследования на паразитозы проводят медицинские работники медицинских организаций, образовательных и иных организаций.

2.4. Доставку биологического материала в лабораторию производят в герметичных контейнерах, обеспечивающих его сохранность и безопасность при транспортировании.

2.5. Лабораторные исследования на наличие возбудителей паразитозов осуществляют юридические лица и индивидуальные предприниматели.

2.6. Организацию и проведение плановых обследований детей, посещающих дошкольные, школьные образовательные организации и другие детские организации, обеспечивают руководители таких организаций.

2.7. В целях ежегодного планового обследования детей на паразитозы руководители образовательных организаций совместно с медицинскими организациями (государственной или частной системы здравоохранения) разрабатывают график забора и доставки проб биологического материала на исследование.

2.8. При выявлении лиц, пораженных паразитозами, должностные лица Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации принимают решение о проведении эпидемиологического расследования, в том числе при необходимости с привлечением специалистов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации» и/или иного учреждения Роспотребнадзора. По итогам расследования заполняются карты эпидемиологического расследования случая паразитарного заболевания.

2.9. Инвазированные лица подлежат лечению в амбулаторных или стационарных условиях на основании их информированного добровольного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

2.10. В целях активного выявления и предупреждения распространения паразитарных болезней проводят плановые профилактические обследования должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным, медицинским и бытовым обслуживанием населения (далее – декретированные группы населения).

2.11. При угрозе возникновения и распространения паразитарных заболеваний должностные лица, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдают гражданам, юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе в рамках лабораторного обследования и медицинского наблюдения и выполнения работ по дезинфекции, дезинвазии, дезинсекции и дератизации.

2.12. Организация и проведение плановых и по эпидемическим показаниям обследований декретированных групп населения на наличие паразитарных болезней обеспечивают руководители организаций и индивидуальные предприниматели по месту их работы.

2.13. За всеми выявленными инвазированными лицами устанавливают медицинское наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

2.14. Снятие с диспансерного учета осуществляют после проведения лечения и получения отрицательных результатов лабораторного исследования биологического материала.

III. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

3.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее – эпидемиологический надзор) за паразитарными болезнями включают: непрерывное наблюдение должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, за эпидемическим процессом с целью оценки ситуации в популяции людей и в объектах окружающей среды; разработку и корректировку санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения, распространения паразитарных болезней среди населения и формирования эпидемических очагов с групповой заболеваемостью.

3.2. Комплекс мероприятий по эпидемиологическому надзору за паразитарными болезнями включает:

- постоянную оценку масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости паразитарных болезней;

- выявление тенденций эпидемического процесса;

- выявление регионов, областей, населенных пунктов с высоким уровнем заболеваемости и риском заражения;

- выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости паразитарными болезнями на территории; контроль и обоснованную оценку масштабов их распространенности;

- оценку качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- планирование последовательности мероприятий и сроков их реализации;

- разработку прогнозов эпидемиологической ситуации.

3.3. Основным инструментом эпидемиологического надзора является эпидемиологическая диагностика.

Эпидемиологическую диагностику осуществляют с помощью ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости.

3.4. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ (проводят не менее чем за 5 лет) предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости (пораженности);

- анализ заболеваемости по территориям;

- анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения;

- анализ эпидемических очагов паразитарных болезней по конкретным нозологическим формам;

- анализ по факторам риска с учетом источников и факторов передачи паразитозов;

- анализ лабораторной диагностики паразитозов;

- выводы и предложения по разработке профилактических мероприятий.

Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости паразитозами проводят ежегодно.

3.5. Оперативный эпидемиологический анализ проводят при эпидемическом подъеме заболеваемости или регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости. Эпидемиологический анализ включает постоянное наблюдение за динамикой заболеваемости с учетом определенного этиологического агента, оценку санитарно-эпидемиологической ситуации, формулирование предварительного и окончательного эпидемиологического диагноза с установлением причин и условий подъема заболеваемости или формирования эпидемического очага.

3.6. По эпидемическим показаниям (внепланово) должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимается решение о кратности и объеме лабораторных исследований почвы, сточных вод и их осадков, вод поверхностных водоемов, которые используются для целей рекреации и в качестве источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, вод плавательных бассейнов, питьевой воды на различных этапах водоподготовки.

IV. Требования к мероприятиям по профилактике отдельных   
групп паразитарных болезней

Мероприятия по профилактике малярии

4.1. Общие положения

Малярия — группа антропонозных, протозойных, трансмиссивных болезней человека, возбудители которых передаются самками комаров рода *Anopheles*. Характеризуются преимущественным поражением ретикулогистиоцитарной системы и эритроцитов, проявляющимся рецидивирующими пароксизмами лихорадки, спленомегалией, гепатомегалией и анемией. Вызывается паразитическими простейшими рода *Plasmodium*. Возбудителями малярии являются одноклеточные микроорганизмы, относящиеся к типу *Protozoa*, классу *Sporozoa*, отряду *Haemosporidea*, семейству *Plasmodiidae*, poдy *Plasmodium*. Для человека патогенны четыре вида этого рода: *P. vivax* (возбудитель трехдневной малярии), *P. ovale* (возбудитель трехдневной малярии типа овале), *P. malariae* (возбудитель малярии четырехдневной) и *P. falciparum* (возбудитель тропической малярии). В настоящее время установлено, что малярию у человека в Юго-Восточной Азии вызывают также некоторые виды плазмодиев приматов. Источник инвазии при малярии – человек, в периферической крови которого имеются половые формы малярийных плазмодиев (гамонты). Источником инвазии может быть больной малярией с первичными или повторными проявлениями и паразитоноситель. В естественных условиях возбудителей малярии человека передают только самки комаров рода *Anopheles*, однако возможна трансфузионная передача при переливании крови от донора - паразитоносителя или при манипуляциях инструментами, контаминированными кровью больного.

Малярия распространена на территориях тропического и субтропического поясов. Особое эпидемиологическое значение имеют тропическая малярия в связи с высокой летальностью среди неиммунных лиц при несвоевременной диагностике и трехдневная малярия, возбудители которой способны сохраняться в гепатоцитах в форме гипнозоитов в течение 36 месяцев с последующим формированием поздних рецидивов.

Лабораторная диагностика малярии основана на прямом обнаружении возбудителя в периферической крови при исследовании толстой капли и тонкого мазка.

4.2. Сбор и анализ данных о местных или завозных случаях малярии осуществляют медицинские организации и органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор.

4.3. Органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, определяют комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) противомалярийных мероприятий (таблица).

Таблица

Основные противомалярийные мероприятия

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование мероприятий | | При отсутствии инфекции | При завозе инфекции в период, когда возможна передача | В активных очагах |
| I. Лечебно-профилактические | | | | |
| 1. Выявление случаев малярии | | | | |
| активный метод | | - | + | + |
| пассивный метод | | + | + | + |
| 2. | Предварительное лечение лихорадящих лиц при вероятности заболевания тропической малярией | + | + | + |
| 3. | Лечение больных и/или паразитоносителей | - | + | + |
| 4. | Эпидемиологическое обследование очага | - | + | + |
| 5. | Химиопрофилактика сезонная, межсезонная | - | - | + |
| 6. | Проверка достоверности отсутствия малярии | + | + | - |
| II. Энтомологические и дезинсекционные мероприятия | | | | |
| 1. | Мониторинг за переносчиком | + | + | + |
| 2. | Расчет сроков сезона эффективной заражаемости комаров и сезона передачи малярии | + | + | + |
| 3. | Наблюдение за местами выплода и динамикой их площадей, паспортизация водоемов на территории населенных пунктов и в радиусе 3 км с ежегодным пополнением данных | + | + | + |
| 4. | Предупреждение образования анофелогенных водоемов и сокращение площади существующих | + | + | + |
| 5. | Защита населения от укусов комаров с помощью репеллентов, защитной одежды и электрофумигирующих устройств | - | + | + |
| 6. | Обработка помещений инсектицидами | - | - | + |
| 7. | Обработка анофелогенных водоемов ларвицидами | + | + | + |
| 8. | Энтомологический контроль качества ларвицидных и имагоцидных обработок | - | + | + |
| III. Подготовка кадров | | + | + | + |
| IV. Санитарно-просветительная работа среди населения | | - | + | + |

4.4. Организацию и проведение мероприятий по профилактике малярии на территории субъекта Российской Федерации осуществляют органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные ведомства, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления в муниципальных образованиях.

При организации противомалярийных мероприятий обеспечивают наличие в медицинских организациях неснижаемого запаса противомалярийных средств для лечения всех видов малярии, в том числе примахина (в медицинских организациях), и проведение дезинсекционных мероприятий по уничтожению комаров (имаго, личинок) на территориях, где возможна передача трехдневной малярии.

4.5. Проведение мероприятий по профилактике малярии в активном очаге трехдневной малярии осуществляют в течение 3 лет, ввиду возможного появления больных малярией после длительной инкубации.

4.6. Организации, командирующие сотрудников в страны субтропического и тропического пояса, или туристические агентства, организующие путешествия в эти страны, информируют выезжающих:

- о возможности заражения малярией и необходимости соблюдения мер профилактики (защита от укусов комаров и употребление химиопрофилактических препаратов, эффективных в стране пребывания);

- о необходимости немедленного обращения за квалифицированной медицинской помощью при возникновении лихорадочного заболевания во время пребывания в эндемичной стране;

- о необходимости после возвращения при возникновении любого лихорадочного заболевания срочно обращаться к врачу и сообщать ему о сроках пребывания в странах субтропического и тропического пояса и приеме химиопрофилактических препаратов.

Специалистов, командируемых в страны субтропического и тропического пояса в местности, где отсутствует доврачебная помощь, обеспечивают курсовой дозой противомалярийных препаратов.

4.7. Сотрудников транспортных организаций, выполняющих рейсы в страны, где распространена тропическая малярия, а также спасателей и военнослужащих, временно находящихся в указанных странах, обеспечивают укладкой, содержащей противомалярийные профилактические препараты и средства защиты от укусов комаров. Указанным лицам проводят химиопрофилактику.

4.8. Военнослужащим пограничных войск и общевойсковых соединений, которые проходят службу на территории стран, где распространена трехдневная малярия, за 14 дней до демобилизации или выезда из эндемичных районов на территорию Российской Федерации проводят курс профилактического лечения против малярии.

4.9. Обследованию на малярию подлежат:

- лица, прибывшие из эндемичных по малярии местностей или посетившие эндемичные страны в течение последних трех лет, при повышении температуры, с любым из следующих симптомов на фоне температуры тела выше 37 °C: увеличение печени, селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;

- лица с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 5 дней;

- больные с установленным диагнозом, но с продолжающимися периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое специфическое лечение;

- лица, проживающие в активном очаге, при любом повышении температуры.

V. Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся  
 через мясо и мясные продукты

5.1. Общие положения

Основными паразитарными болезнями, передающимися через мясо и мясную продукцию, являются трихинеллез и тениидозы.

Трихинеллёз является природно-очаговым зоонозным заболеванием. Это остро и хронически протекающая болезнь свиней, других всеядных, плотоядных, грызунов и человека, вызываемая личиночными стадиями нематоды *Trichinella spiralis*. Заражение человека происходит при употреблении в пищу мяса и мясной продукции, содержащих личинки трихинелл. Распространен повсеместно, потенциальным источником инвазии является мясо более 60 видов диких и домашних плотоядных животных. В клинической картине трихинеллеза ведущими синдромами являются: лихорадочный, отечный, мышечный, абдоминальный. Диагностика включает: сбор и анализ данных эпидемиологического анамнеза; клиническое обследование с использованием инструментальных методов; проведение лабораторных серологических и специальных паразитологических исследований. Клинический диагноз ставят на основании данных о длительности инкубационного периода, наличия клинических симптомов и лабораторных данных (эозинофилия и лейкоцитоз, положительные результаты серологических исследований).

В случае выявления больного с симптомами, соответствующими клинике трихинеллеза, врач (фельдшер) обязан собрать эпидемиологический анамнез и зарегистрировать данные в медицинской карте больного. При выявлении больного трихинеллезом или лиц с подозрением на заболевание руководитель медицинской организации обязан в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и, в течение 12 часов, направить экстренное извещение установленной формы в территориальный орган Роспотребнадзора. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на больного трихинеллезом в территориальный орган Роспотребнадзора.

Территориальный орган Роспотребнадзора при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информируют об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.

Каждый случай трихинеллеза подлежит регистрации и учету по месту его выявления в медицинских организациях с отметкой в «Журнале учета инфекционных заболеваний».

Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев заболеваний (подозрений на заболевание), а также оперативное и полное информирование о них территориальных органов и учреждений Роспотребнадзора несет руководитель медицинской организации по месту выявления больного.

В случае регистрации группового заболевания трихинеллезом руководитель Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации обязан представить внеочередное донесение в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Мероприятия по борьбе требуют комплексного подхода и информационного взаимодействия между медицинскими и ветеринарными работниками. Комплексный план по борьбе с трихинеллезом составляется совместно территориальными органами и учреждениями Роспотребнадзора, территориальными отделами ветеринарии, охотоведческими организациями и органами местного самоуправления. План должен включать противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Эпидемиологический надзор за трихинеллезом основан на результатах эпидемиологического и эпизоотологического мониторинга и эпидемиологической диагностики.

Тениидозы (тениаринхоз, тениоз). Возбудитель тениаринхоза – бычий (невооруженный) цепень (*Taeniarhynchus saginatus*). Развитие тениид происходит со сменой двух хозяев. Окончательный хозяин тениаринхоза – человек, промежуточный хозяин– корова, реже – буйвол, зебу, як, северный олень. Возбудитель тениоза — свиной цепень (*Taenia solium*). Окончательный хозяин – человек, промежуточный – свинья, реже другие млекопитающие, в том числе человек (цистицеркоз).

Тениидозы распространены повсеместно и приурочены к районам с развитым животноводством (разведением крупного рогатого скота, свиней). Источником инвазии является больной человек, выделяющий во внешнюю среду инвазионные элементы (членики, онкосферы), которыми заражается промежуточный хозяин, а затем через недостаточно термически обработанное мясо, содержащее инвазионную личиночную стадию возбудителя (цистицерки), происходит передача инвазии здоровому человеку. Клиническая картина тениидозов разнообразна. В ряде случаев отмечается отсутствие клинических проявлений заболевания и единственной жалобой больных является указание на выделение члеников во время дефекации и вне ее. Для массового обследования населения наиболее эффективным методом диагностики является опрос о самопроизвольном отхождении члеников (анамнестический метод). Из методов лабораторной диагностики применяют исследование материала из перианальных складок (перианальный соскоб), для исследования кала используют методы обогащения (флотации и седиментации).

Профилактические мероприятия проводят комплексно медицинские и ветеринарные специалисты. Профилактика направлена на предупреждение заражения скота, предупреждение заражения людей, активное выявление и лечение больных лиц. Санитарные мероприятия предусматривают благоустройство населенных пунктов, ферм, строительство туалетов не только на фермах, скотных дворах, но и на полевых станах, загонах и т. п. Для водопоя скота следует отводить водоемы, которые не загрязняются необеззараженными сточными водами. Лиц из групп особого риска заражения (пастухи, доярки, телятницы и т. п.) систематически обследуют на пораженность гельминтами и проводят их дегельминтизацию. Профилактика заражения людей осуществляют путем проведения ветеринарно-санитарной экспертизы (далее – ВСЭ) мяса.

5.2. Руководители организаций, а также индивидуальные предприниматели обеспечивают:

- качество и безопасность мяса и мясной продукции в процессе ее производства и реализации в соответствии с требованиями технических регламентов;

- проведение профилактических дезинвазионных и дератизационных мероприятий на территориях животноводческих ферм и комплексов, боен, складов мясных продуктов, на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания и организациях торговли продовольственными товарами и на других объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение;

- информирование медицинских, ветеринарных и охотоведческих организаций о случаях выявления гельминтозов, передающихся через мясо, среди диких и сельскохозяйственных животных, а также о случаях заболевания людей.

5.3. Требования к паразитологическим показателям мясной продукции

5.3.1. Мясная продукция допускается к использованию в качестве продовольственного сырья после лабораторных исследований по паразитологическим показателям: личинки трихинелл и цистицерки (финны) тениид (бычий и свиной цепни).

5.3.2. Мясо и продукты его переработки непригодны к использованию и подлежат утилизации при наличии хотя бы одной личинки трихинелл независимо от их жизнеспособности.

5.3.3. При обнаружении в мясе до 3 живых цистицерков бычьего и свиного цепня хотя бы на одном из разрезов площадью 40 см2 его относят к «условно годной» продукции и такая продукция подлежит обеззараживанию в соответствии с требованиями к методам обеззараживания мясной продукции. Мясная продукция, не прошедшая обеззараживание от цистицерков тениид, к реализации не допускается.

При обнаружении в мясе более трех цистицерков тениид хотя бы на одном из разрезов площадью 40 см2 его переводят в разряд «непригодной» продукции и утилизируют.

5.3.4. Обеззараживание мяса и мясной продукции осуществляют посредством термической (замораживание, прогревание) либо химической обработки (посол) в соответствии с режимами, обеспечивающими гибель личинок возбудителей паразитарных болезней.

5.3.5. Мясо и продукты его переработки, полученные от убоя частного скота, в организациях мясной промышленности и у индивидуальных предпринимателей, выдают (возвращают) владельцу после проведения ВСЭ в обеззараженном виде, при обнаружении личинок трихинелл – утилизируют.

5.3.6. Боенские и кухонные отходы, предназначенные для скармливания домашним и пушным животным, подлежат обязательной термической обработке в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

VI. Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки

6.1. Общие положения

Основными гельминтозами, передающимися через рыбу, ракообразных, моллюсков и продукты их переработки, являются описторхозы, дифиллоботриозы, анизакидоз, спарганоз, нанофиетоз, метагонимоз, парагонимоз.

Возбудителями описторхозов и клонорхоза являются трематоды *Opisthorchis* *felineus*, *Opisthorchis* *viverrini*, *Opisthorchis* (*Clonorchis*) *sinensis*. Окончательными хозяевами и источниками инвазии описторхов являются млекопитающие, в том числе человек. Развитие возбудителей происходит со сменой двух промежуточных хозяев (моллюски, рыба семейства карповых, при клонорхозе дополнительно семейств бычковых и сельдевых, креветки). Человек заражается при употреблении в пищу рыбы и рыбной продукции, содержащих жизнеспособные личинки (метацеркарии) описторхов. Описторхозы распространены на всей территории Евразии. Заболевание у человека протекает в двух клинических формах: острой и хронической. Клинические проявления острого описторхоза обусловлены аллергическими реакциями на фазу миграции личинки гельминта, клиника хронического описторхоза – симптомами поражения желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы паразитированием половозрелой особи. Диагноз описторхоза устанавливается на основании выявления в фекалиях яиц описторхов методами седиментации и/или обнаружением яиц возбудителя при микроскопии дуоденального содержимого. В острой стадии описторхоза используют иммуноферментный анализ с целью выявления специфических антител класса М.

Возбудителем дифиллоботриоза человека являются лентецы: широкий (*Diphyllobotrium* *latum*) и дальневосточный (*D.* *dendriticum*). Биологический цикл развития происходит со сменой трех промежуточных хозяев. Окончательным хозяином и источником инвазии являются хищные млекопитающие и человек. Заражение человека происходит в результате употребления в пищу рыбы хищных пород, содержащих инвазионные личинки (плероцеркоиды) дифиллоботриид. Инвазия протекает с минимальными признаками диспептических явлений или бессимптомно, характеризуется периодическим отхождением стробилы паразита (1 раз в 3-4 месяца). Диагноз устанавливается на основании паразитологического исследования стробилы гельминта, обнаружения яиц дифиллоботриид в кале или материале из перианальных складок.

Рыба практически любых видов, пресноводные и морские ракообразные, а также земноводные и пресмыкающиеся являются потенциальными источниками заражения человека редко встречающимися паразитозами (парагонимоз, нанофиетоз, анизакидоз, метагонимоз, спарганоз).

Профилактические мероприятия проводят комплексно медицинские, ветеринарные и специалисты рыбоохраны. Профилактика направлена на предупреждение фекального загрязнения водоемов, предупреждение заражения людей, активное выявление и лечение больных лиц. Санитарные мероприятия предусматривают благоустройство прибрежных зон в соответствии с требованиями действующего Водного кодекса. Профилактику заражения людей осуществляют путем проведения ВСЭ, санитарно-паразитологического контроля в рыбоперерабатывающих и торговых организациях, предприятиях общепита.

6.2. С целью выявления возбудителей гельминтозов в намеченном участке (зоне) пресноводного водоема исследуют по 25 особей каждого вида промежуточных и дополнительных (промыслового размера) хозяев возбудителей биогельминтозов.

6.3. В аккредитованных испытательных лабораториях исследуют по 20 особей промыслового размера дополнительных хозяев возбудителей биогельминтозов, распространенных на этой территории. При отрицательном результате число исследуемых экземпляров рыб увеличивают до 40. После подтверждени отрицательного результата водоем считается благополучным. Рыба, выловленная в таких водоемах, допускается на реализацию без ограничений. Последующие исследования в этом водоеме проводят через 3 года.

6.4. При обнаружении в водоеме рыб, зараженных личинками биогельминтов, всю рыбу данного вида и остальных видов, способных играть роль дополнительных хозяев биогельминтов, а также рыбную продукцию подвергают обеззараживанию от личинок биогельминтов перед реализацией. Рыбная продукция из таких водоемов, не прошедшая обеззараживание, к реализации не допускается.

6.5. Рыба и рыбная продукция, в которых при исследовании по паразитологическим показателям обнаружены одна и более жизнеспособных личинок гельминтов, к реализации не допускается и подлежит обязательному обеззараживанию.

6.6. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют виды рыб семейства карповых: язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ, зараженность которых личинками описторхисов достигает 60 - 100%. Эти виды рыб, выловленные из водоемов эндемичных по описторхозу территорий, подлежат исследованию по паразитологическим показателям только после предварительного обеззараживания.

6.7. Требования к безопасности рыбы и рыбной продукции по паразитологическим показателям изложены в ТР ЕАЭС 040-2016.

6.8. Обеззараживание рыбы и рыбной продукции осуществляют посредством замораживания, посола и тепловой обработки в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

6.9. При выявлении больного биогельминтозами или лиц с подозрением на заболевание работники медицинских организаций информируют территориальные органы Роспотребнадзора (согласно пп. 3.7, 3.17).

Комплексный план по борьбе с биогельминтозами, передающимися через рыбу, составляют совместно территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора, территориальные отделы ветеринарии, территориальные органы Федерального агентства по рыболовству и органы местного самоуправления. План должен включать противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Эпидемиологический надзор за биогельминтозами, передающимися через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки, основан на результатах эпидемиологического и эпизоотологического мониторинга и эпидемиологической диагностики.

VII. Мероприятия по профилактике эхинококкозов

7.1. Общие положения

Эхинококкозы человека вызываются паразитированием в тканях и органах личиночных стадий цестод рода *Echinococcus,* из которых наиболее значимыми являются возбудитель эхинококкоза однокамерного – эхинококк однокамерный *Echinococcus* *granulosus* и возбудитель альвеококкоза (эхинококкоза многокамерного) – эхинококк многокамерный *Echinococcus* *multilocularis*. Инвазия характеризуется длительным хроническим течением, тяжелыми органными и системными нарушениями, обширностью поражения внутренних органов и тканей, приводящими к инвалидности и даже к гибели больного. После заражения заболевание длительное время протекает бессимптомно. Клинические проявления соответствуют нарушению функции органа или системы, пораженных ларвоцистами.

Окончательными хозяевами *Echinococcus granulosus* являются: собака, волк, реже – шакал, лисица, енотовидная собака, корсак, а промежуточными – широкий круг различных травоядных и всеядных животных, включая основные виды сельскохозяйственных животных (овцы, козы, крупный рогатый скот, свиньи, лошади, ослы и др.). Окончательные хозяева *Alveococcus* *multilocularis* – песец, лисица, собака, реже – волк, корсак, енотовидная собака, в единичных случаях – кошки. Промежуточные хозяева – в основном, дикие мышевидные грызуны (ондатры, полевки и др.). В биологии эхинококков человек играет роль промежуточного хозяина. Механизм заражения человека – фекально-оральный. Заражение происходит при попадании в желудочно-кишечный тракт онкосфер эхинококков с продуктами питания или шерстью животных, контаминированных инвазионными яйцами гельминтов.

Обязательными методами обследования больных с подозрением на эхинококкозы являются ультразвуковые и рентгенологические методы обследования, используют серологические методы с целью выявления специфических антител к возбудителям эхинококкозов.

7.2. Организация профилактических мероприятий за эхинококкозами включает:

- оперативное слежение (мониторинг) за эпидемиологической ситуацией;

- эпидемиологический анализ информации об эхинококкозах на территории за определенный промежуток времени (данные о заболеваемости населения, числе хирургических операций по поводу эхинококкозов, инвалидности, смертности, экономическому ущербу, характеру и объему санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий);

- гигиеническое воспитание с использованием средств массовой информации;

- регулирование содержания животных семейств псовых, кошачьих, их плановой профилактической дегельминтизации.

7.3. Объектами санитарно-гельминтологических исследований являются места содержания собак, животноводческие хозяйства, а также домовладения.

7.4. Предупреждение заражения человека и сельскохозяйственных животных включает:

7.4.1. Обеспечение дегельминтизации приотарных, оленегонных, ездовых и других собак на территории городов и поселков.

7.4.2. Обеспечение органами местного самоуправления и юридическими лицами учета и регистрации собак, регулирования численности бродячих собак путем их отлова и содержания в специальных питомниках. При реализации региональных программ, комплексных планов санитарно-эпидемиологического благополучия населения организация и проведение указанных мероприятий относится к полномочиям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

7.4.3. Профилактическую дегельминтизацию против цестод приотарных, сторожевых, оленегонных, ездовых, охотничьих и других собак проводят за 5-10 дней перед перегоном животных на пастбища. Плановую дегельминтизацию приотарных собак осуществляют в период с декабря по апрель каждые 45 дней, остальных животных – ежеквартально. Дегельминтизацию собак проводят на специальных площадках. Выделенные после лечения фекалии собирают в ёмкость и обрабатывают препаратами, обладающими овицидным действием. Проводят обработку площадки и почвы.

7.4.4. Для выгула домашних животных в населенных пунктах должны быть выделены специальные территории, обозначенные табличками. На территориях для выгула домашних животных устанавливают специальные контейнеры для сбора фекалий животных.

7.4.5. Эффективность дезинвазии навоза и навозных стоков проверяют при проведении производственного контроля 1 раз в месяц и в ходе контрольно-надзорных мероприятий должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор с проведением лабораторных исследований по паразитологическим показателям.

7.4.6. В целях предупреждения заражения человека, собак и пушных зверей вольерного содержания альвеококкозом выполняют следующие мероприятия:

- в местах добычи пушнины, в каждом населенном пункте и в охотничьих зимовьях оборудуют специальные помещения для снятия, первичной обработки шкур зверей, сбора пораженных туш и их утилизации, отвечающие санитарно-гигиеническим нормам. Помещения обеспечивают достаточным количеством воды. Пол, стены и оборудование должны иметь гладкую поверхность. Отходы от обработки шкур сжигают. Прием пищи, хранение пищевых продуктов в этих помещениях категорически запрещается.

7.5. Группы риска заражения возбудителем эхинококкозов (охотники, чабаны, оленеводы, пастухи, работники звероферм, животноводческих хозяйств, зоопарков, заготовители пушнины, работники меховых мастерских, ветеринарные работники, лица, занятые отловом собак, владельцы собак, работники заповедников, заказников, лесничеств, сборщики и закупщики грибов, ягод, а также члены их семей) при проведении профилактических и периодических медицинских осмотров, диспансеризации подлежат обследованию на эхинококкозы.

На территориях, эндемичных по эхинококкозам, при плановых медицинских осмотрах лабораторному и инструментальному обследованию подлежит население старше 3 лет.

VIII. Мероприятия по профилактике дирофиляриоза

8.1. Общие положения

Дирофиляриозы – группа филяриатозов - единственные в умеренном климате гельминтозы с трансмиссивным путем передачи. Возбудители – *Dirofilaria* *repens* (возбудитель подкожного дирофиляриоза), *Dirofilaria* *immitis* (возбудитель висцерального, плевролегочного дирофиляриоза). Окончательные хозяева дирофилярий – плотоядные животные семейств псовых, кошачьих, виверровых. Основными источниками инвазии для человека служат зараженные домашние собаки, редко – кошки. Передача и распространение дирофиляриоза осуществляется комарами родов *Aedes*, *Culex* и *Anopheles*. Человек является факультативным хозяином. Диагноз устанавливают клинически при визуализации подвижного паразита под кожей больного или же при морфологическом исследовании биологического материала после оперативного удаления гельминта.

8.2. Профилактика заражения человека и животных дирофиляриями основана на прерывании трансмиссивной передачи инвазии: истребление комаров, выявление и дегельминтизация инвазированных домашних собак, предотвращение контакта комаров с домашними животными и человеком.

8.3. В городах и сельских населенных пунктах в местах, где формируются очаги дирофиляриоза (парковая зона, зона отдыха людей и выгула собак, питомники собак), специалисты - энтомологи учреждений Роспотребнадзора обеспечивают наблюдение за фенологией, экологией и видовым составом переносчиков дирофилярий, определяют сроки выплода и массового вылета комаров.

8.4. В очагах дирофиляриоза проводят сплошную обработку водоемов – деларвацию, жилые и нежилые помещения обрабатывают инсектицидами.

8.5. Обследование и дегельминтизация инвазированных домашних собак и кошек проводят в весенне-летний период. Неинвазированным собакам в эндемичной зоне для предотвращения заболевания дирофиляриозом проводят химиопрофилактику.

8.6. Для предотвращения контакта домашних животных и человека с комарами применяют репелленты длительного действия.

8.7. Разъяснительную работу с населением о профилактике дирофиляриоза проводят медицинские работники с использованием средств массовой информации.

IX. Мероприятия по профилактике геогельминтозов  
 (аскаридоз, трихоцефалез, токсокароз)

9.1. Общие положения

Геогельминтозы – группа гельминтозов, у возбудителей которых созревание яиц проходит в почве. Заражение ими происходит при заглатывании инвазионных яиц окончательными хозяевами. Наиболее актуальными являются: аскаридоз (*Ascaris* *lumbricoides*), трихоцефалез (*Trichocephalus* *trichiurus*), токсокароз (*Toxocara* *canis*, *Toxocara* *cati*).

Возбудители геогельминтозов передаются через растительную, плодоовощную, плодово-ягодную продукцию, а также через объекты внешней среды (почва, вода), контаминированные инвазионными яйцами гельминтов. Клинические проявления инвазии антропонозными геогельминтами связаны с признаками нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Диагноз устанавливают на основании выявления в кале методами флотации и/или седиментации яиц паразитов, а также по факту отхождения аскарид. Клинические проявления токсокароза неспецифичны и варьируют от бессимптомных и скрытых форм до манифестных. Критериями диагноза являются данные лабораторных исследований: эозинофилия, лейкоцитоз, выявление специфических антител в серологических реакциях.

9.2. Очаги аскаридоза, трихоцефалеза различают по степени их экстенсивности, определяемой уровнем пораженности населения и числом микроочагов.

9.3. Руководители организаций, занимающиеся выращиванием и реализацией овощей, фруктов, зелени и продуктов их переработки, обеспечивают безопасность выпускаемой продукции по санитарно-паразитологическим показателям.

9.4. Противоэпидемические мероприятия по профилактике аскаридоза и трихоцефалеза включают:

- выявление источников инвазии и установление микроочагов;

- эпидемиологическое обследование очага при выявлении геогельминтозов;

- оздоровление микроочагов и очагов геогельминтозов;

- лечение инвазированных (с контролем эффективности через 14 дней после дегельминтизации, трехкратно с интервалом 7-10 дней) и обследование жителей микроочага (в течение 2-х лет ежегодно);

- санитарно-паразитологический мониторинг объектов окружающей среды в каждом очаге (контрольные точки устанавливают в ходе эпидемиологического расследования);

- дезинвазию почвы, нечистот;

- запрещение применения инвазированных фекалий в качестве удобрений;

- наблюдение за очагом (микроочагом) аскаридоза в течение 2-х лет (микроочаг снимают с учета через 2 года при отсутствии регистрации инвазированных лиц, а также отрицательных результатах санитарно-паразитологического исследования почвы).

9.5. Решение по проведению дезинвазии объектов и объему мероприятий по оздоровлению очага принимают территориальные органы Роспотребнадзора.

9.6. Мероприятия по профилактике аскаридоза, трихоцефалеза и токсокароза включают:

- анализ пораженности, заболеваемости населения;

- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов почвы и выращиваемых на ней овощей, фруктов, ягод, столовой зелени, а также блюд из них, употребляемых в пищу без термической обработки;

- санитарно-паразитологический контроль за безопасностью растительной продукции;

- санитарно-паразитологический контроль источников водоснабжения населения;

- санитарно-паразитологический контроль за эффективностью работы очистных сооружений канализации по качеству дегельминтизации (дезинвазии) в рамках производственного контроля, мониторинга и планового надзора;

- санитарно-паразитологический контроль за качеством дезинвазии сточных вод и их осадков, применяемых для орошения и удобрения сельскохозяйственных угодий и теплиц;

- контроль численности собак в населенных пунктах, профилактическая и плановая их дегельминтизация не реже 1 раза в квартал;

- выделение на территории домовладений площадок для выгула собак и обеспечение их надлежащего состояния;

- дезинвазию песка в песочницах и предупреждение загрязнения их фекалиями собак и кошек;

- санитарную очистку территорий населенных пунктов;

- соблюдение личной гигиены в быту, общественных местах, а также при контакте с почвой, песком и растительной продукцией;

- гигиеническое воспитание и обучение;

- разработку комплексных планов по профилактике паразитарных болезней, в том числе геогельминтозов.

X. Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза

10.1. Общие положения

Группа контагиозных антропонозных гельминтозов. Возбудителем энтеробиоза является *Enterobius* *vermicularis*, гименолепидоза – *Hymenolepis nana*. Распространены повсеместно, особенно в странах с сухим теплым климатом, неблагополучными социально-экономическими условиями и низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Основным источником заражения является инвазированный человек, выделяющий инвазионные яйца паразитов. Заражение здорового человека происходит при заглатывании яиц гельминтов (фекально-оральный механизм передачи); факторами передачи являются руки, обсемененные яйцами гельминтов, предметы обихода, игрушки, продукты питания, объекты окружающей среды (почва, вода). В передаче инвазии в качестве механического переносчика могут играть роль мухи и тараканы. На предметах обихода, в т.ч. игрушках, постельных принадлежностях, ковровых покрытиях и других, возбудитель энтеробиоза сохраняет жизнеспособность до 21 дня, на объектах окружающей среды – в верхних слоях почвы, песка (в том числе игровых площадок, песочниц) - до 14 дней, в водопроводной и сточной воде - до 7 дней. При температуре плюс 22 - 28 °C и снижении влажности до 60% яйца остриц сохраняют жизнеспособность до 8 дней. Возбудитель энтеробиоза устойчив к различным дезинфицирующим средствам. Устойчивость яиц остриц во внешней среде увеличивается по мере их созревания. Инвазия энтеробиоза и гименолепидоза характеризуется аллергическими, диспептическими явлениями, перианальным зудом, нередко протекает бессимптомно. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений, эпидемиологического анамнеза (выявление факта заболевания гельминтозом у членов семьи, других детей в школе или детском саду), обнаружения яиц гельминтов в материале из перианальных складок и фекалиях при исследовании методами седиментации, флотации.

10.2. Профилактика энтеробиоза и гименолепидоза включает следующий комплекс мероприятий:

- выявление больных и паразитоносителей;

- обследование декретированных групп населения;

- лечение выявленных инвазированных лиц и химиопрофилактика контактных лиц;

- санитарно-паразитологический контроль эпидемически значимых объектов, в том числе воды бассейнов, песка песочниц, воды питьевой, помещений, оборудования, инвентаря, игрушек, предметов обихода, пищеблоков и т. д. в организованных детских коллективах;

- мониторинг за циркуляцией возбудителей энтеробиоза и гименолепидоза в группах повышенного риска заражения (дети и персонал организованных детских коллективов, декретированные контингенты);

- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий (дезинвазия поверхностей в помещениях, мягкой мебели, ковров, игрушек, предметов обихода, уборочного инвентаря, фекалий; объектов окружающей среды – воздуха в помещениях, воды питьевой и воды бассейнов, песка в песочницах; обеззараживание рук).

- определение уровня риска заражения в соответствии с эпидемиологической ситуацией и результатами санитарно-паразитологического контроля и (или) уровнем пораженности обследованных лиц в очаге;

- разработку комплексных планов, целевых программ по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза;

- гигиеническое воспитание и обучение населения.

10.2.1. Выявление больных и/или паразитоносителей проводится при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах (исследование фекалий и материала из перианальных складок).

10.2.2. Обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных организаций;

- персонал дошкольных образовательных организаций;

- школьники младших классов (с 1 по 4 класс);

- дети, подростки, декретированные группы населения по эпидемическим показаниям и при диспансеризации и профилактических осмотрах;

- дети, при оформлении в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;

- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;

- лица, контактировавшие с больным или паразитоносителем;

- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна с оформлением справки лечебно-профилактического учреждения, разрешающей посещение бассейна (Контроль за наличием медицинской справки у посетителей обеспечивает администрация бассейна).

10.2.3. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных организациях и образовательных организациях младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода) и (или) по эпидемиологическим показаниям.

10.2.4. Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат декретированные группы населения - один раз в год.

10.3. Противоэпидемические мероприятия в очаге включают:

- выявление источников инвазии;

- выявление путей и факторов передачи;

- оценку эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения;

- лечение больных;

- санацию очагов энтеробиоза, в том числе дезинвазионные мероприятия.

Дезинвация поверхностей и предметов обстановки, объектов окружающей среды осуществляется различными способами (механическим, физическим, химическим и другими) согласно Приложению 63. По завершению дезинвазионных мероприятий проводятся санитарно-паразитологические исследования, по результатам которых выносится решение о необходимости дополнительных противоэпидемических мероприятий.

При выявлении больных энтеробиозом или гименолепидозом в организованных коллективах первичные меры (организация дезинвазионных мероприятий) проводят медицинские работники учреждения или его администрация.

Эпидемиологическое расследование очага гельминтоза проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, оценки эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

10.4. Лица, инвазированные острицами и карликовым цепнем, подлежат обязательному лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям).

10.5. Инвазированных острицами и карликовым цепнем лиц, относящихся к декретированным группам населения, на период лечения переводят на другую работу. При невозможности перевода таких работников временно (на период лечения и контрольного лабораторного обследования) отстраняют от работы.

10.6. Дети, инвазированные острицами и карликовым цепнем, не допускаются в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

XI. Мероприятия по профилактике кишечных протозоозов (лямблиоз, амебиаз, криптоспоридиоз, балантидиаз, бластоцистоз и другие)

11.1. Общие положения

Большинство кишечных протозойных заболеваний, за исключением балантидиаза и криптоспоридиоза, являются антропонозными инфекциями. Источник заражения кишечными простейшими *Lamblia* *intestinalis* (возбудитель лямблиоза) и *Entamoeba* *histolytica* (возбудитель амебиаза) – человек. Наибольшую эпидемическую опасность, в качестве источника инфекции, представляют больные хроническими формами протозоозов в межрецидивный период и здоровые носители. Балантидиаз – зоонозная инвазия, основным источником заражения которой являются свиньи. Возбудитель – инфузория *Balantidium* *coli*. Основным источником криптоспоридиоза (*Criptosporidium parvum*) является молодняк сельскохозяйственных животных (телята, ягнята, поросята, козлята и др.), у которых инвазия протекает как тяжелая острая, часто с летальным исходом, кишечная инфекция.

В организме человека и животных возбудители кишечных протозоозов паразитируют в вегетативных формах. Попадая во внешнюю среду, они формируют цистные формы, способные сохранять жизнеспособность в течение нескольких недель, а иногда и нескольких месяцев.

Механизм передачи кишечных протозойных инвазий – фекально-оральный. В пищеварительный тракт человека цисты (и вегетативные формы) попадают с пищевыми продуктами и водой, через грязные руки. На продукты цисты простейших попадают с загрязненных рук цистовыделителей, переносятся мухами и тараканами. При удобрении почвы огородов (садов) фекалиями человека, свиней и крупного рогатого скота, поливе необезвреженными сточными водами цисты попадают на овощи, ягоды, фрукты. Цистами могут быть загрязнены предметы обихода, разделочные столы, ножи, кухонная и столовая посуда, оборудование, дверные ручки и т.п.

Клинические проявления чаще всего сопровождаются диспептическими симптомами и варьируют от легких и бессимптомных форм (лямблиоз, криптоспоридиоз) до тяжелых язвенно-некротических форм колита (амебиаз, балантидиаз). Диагноз устанавливают на основании обнаружения в фекалиях и/или биоптатах двенадцатиперстной или толстой кишок трофозоитов возбудителей методом нативного мазка или цист/ооцист простейших в окрашенных мазках или при исследовании методами седиментации.

Группами риска заражения являются дети младшего дошкольного и школьного возраста, а также страдающие иммунодефицитными состояниями, работники животноводческих ферм, лица, вернувшиеся из стран тропического и субтропического климата, высокоэндемичных по амебиазу.

11.2. Профилактические мероприятия включают:

- анализ заболеваемости взрослого и детского населения;

- обследование эпидемически значимых контингентов населения: дети и персонал организованных детских коллективов – при приеме в организацию и далее 1 раз в год, декретированные группы населения – при поступлении на работу и далее 1 раз в год, лица, контактировавшие с больными, а также стационарные и амбулаторные больные;

- санитарно-паразитологический контроль в помещениях организованных детских коллективов, организаций общественного питания;

- охрану водоемов от загрязнения сточными водами, поверхностными стоками;

- санитарно-паразитологический контроль за качеством питьевой воды и воды поверхностных водных объектов;

- кипячение воды, применение фильтрующих устройств и дезинфицирующих средств при децентрализованном водоснабжении, в том числе из естественных водоемов, употребление бутилированной воды;

- соблюдение режимных санитарно-эпидемиологических требований в медицинских организациях;

- соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организованных детских коллективах;

- гигиеническое обучение декретированных групп населения, в том числе работников дошкольных образовательных организаций;

- соблюдение правил содержания животных, обеспечивающих защиту от заражения протозоозами;

- разработка комплексных планов по профилактике кишечных протозоозов.

11.3. Противоэпидемические мероприятия включают:

- выявление больных и/или паразитоносителей (лабораторное исследование копроматериала от лиц с высоким риском заражения);

- эпидемиологическое обследование очага при выявлении случаев кишечных протозоозов;

- обязательное лечение в амбулаторных или стационарных условиях лиц, инвазированных кишечными протозоозами (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям);

- отстранение от работы на период лечения и контрольного лабораторного обследования (или перевод на другую работу) лиц, инвазированных кишечными протозоозами, относящихся к декретированным группам населения;

- запрещение допуска в дошкольные образовательные организации детей, инвазированных кишечными протозоозами, на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

XII. Требования к мероприятиям по профилактике заболеваний человека,  
 вызванных членистоногими

12.1. Общие положения

Среди паразитов кожи человека эпидемиологическое значение имеют клещ *Sarcoptes* *scabei* (возбудитель чесотки)*,* возбудители педикулеза – головная вошь (*Pediculus* *humanus* *capitis*), платяная вошь (*Pediculus* *humanus* *corporis*) и лобковая вошь (*Phtyrus* *pubis*). Распространены повсеместно, клинически проявляются кожным зудом, расчесами в местах локализации паразитов. Диагноз устанавливают на основании паразитологического исследования материала из соскобов кожных покровов (при чесотке) или самих паразитов (при инвазии вшами).

12.2. Мероприятия по профилактике педикулеза и чесотки включают:

- плановые осмотры населения на педикулез;

- обеспечение организованных коллективов (дошкольные образовательные организации, детские дома, дома ребенка, стационарные организации отдыха и оздоровления детей) сменным постельным бельем, средствами личной гигиены, дезинфекционными и моющими средствами;

- оснащение дезинфекционным оборудованием и обеспечение дезинфекционными средствами медицинских организаций, приемников-распределителей, организаций систем социального обеспечения, следственных изоляторов, домов ночного пребывания, мест временного пребывания мигрантов, санитарных пропускников, бань, прачечных.

12.3. Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

- дети, посещающие дошкольные образовательные организации, – ежемесячно;

- учащиеся, получающие начальное образование в общеобразовательных организациях - ежемесячно; учащиеся, получающие основное и среднее образование в общеобразовательных организациях – после каждых каникул и ежемесячно выборочно 4-5 классов;

- учащиеся профессиональных образовательных организаций – 4 раза в год;

- учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка – еженедельно;

- дети, выезжающие на отдых в оздоровительные организации, – до отъезда;

- дети, находящиеся в детской оздоровительной организации, – еженедельно;

- больные, поступающие на стационарное лечение, – при поступлении и далее 1 раз в 7 дней;

- лица, находящиеся в организациях системы социального обеспечения, – 2 раза в месяц;

- амбулаторные больные – при обращении;

- работники организаций – при проведении диспансеризации и профилактических осмотров.

12.4. При выявлении педикулеза у лиц, поступивших в стационар, в приемном отделении проводят санитарную обработку.

12.5. При поступлении детей в организованный детский коллектив проводится осмотр на педикулез и чесотку.

12.6. Детей, пораженных педикулезом, направляют для санации с отстранением от посещения организованного детского коллектива. Допуск детей в организованный детский коллектив после санации разрешается только при наличии медицинской справки об отсутствии педикулеза.

12.7. Учащихся общеобразовательных организаций при обнаружении педикулеза на время проведения лечения отстраняют от посещения организации. Допуск в образовательные организации разрешается после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

12.8. За лицами, контактировавшими с больным педикулезом, устанавливают медицинское наблюдение сроком на 1 месяц с проведением осмотров 1 раз в 10 дней с занесением результатов осмотра в журнал.

12.9. Результаты осмотра на педикулез и чесотку лиц, поступающих на стационарное лечение и (или) обращающихся на амбулаторный прием, регистрируют в медицинских документах.

12.10. При обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные и общеобразовательные организации, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства проводят обработку (в том числе нательного и постельного белья) по заявкам организаций и лиц. Дезинфекционные обработки проводят организации, имеющие лицензию на данный вид деятельности.

12.11. Лица, у которых выявлены лобковые вши, направляются в кожно-венерологический диспансер по месту жительства с целью подтверждения диагноза и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий.

12.12. Детей дошкольного и школьного возраста при обнаружении чесотки отстраняют от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций на время проведения лечения. Допуск в образовательные организации разрешается только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

12.13. Врач с учетом эпидемиологической обстановки определяет необходимость профилактическоог лечения лиц, контактировавших с больным чесоткой. Лечение проводят лицам, находившимся в контакте с больным, а также из организаций, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или в процессе наблюдения за очагом (в течение 1 месяца) выявлены новые больные. В общеобразовательных организациях, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр кожных покровов обучающихся осуществляют трижды с интервалом в 10 дней.

12.14. При выявлении в организации чесотки проводится текущая дезинфекция.

XIII. Мероприятия по профилактике демодекоза

13.1. Общие положения

Демодекоз – паразитарная инвазия, вызываемая паразитированием условно-патогенного клеща – железницы угревой (*Demodex* *folliculorum* и *Demodex* *brevis*). Преимущественно клещ локализуется на лице: веки, кожа лица, область надбровных дуг, лоб, носогубные складки и подбородок, наружный слуховой проход. Диагноз устанавливают на основании обнаружения клеща и его яиц в соскобе с кожи лица или секрете сальных желез.

13.2. Профилактические мероприятия включают:

- соблюдение общих гигиенических норм (парикмахерские, косметологические кабинеты, бани, сауны, бассейны, аквапарки и другие);

- соблюдение правил личной гигиены при уходе за кожей лица и глазами;

- обследование на демодекоз групп риска: работников медицинских организаций (сотрудники клинико-диагностических лабораторий, окулисты, дерматологи и другие), парикмахеров, косметологов.

13.3. Противоэпидемические мероприятия:

- выявление больных и/или паразитоносителей при медицинских осмотрах, по эпидпоказаниям и (или) при обращении в медицинские организации;

- проведение обеззараживания от возбудителей демодекоза оборудования, материалов, рабочих поверхностей в парикмахерских, косметологических кабинетах и других;

- контроль за обработкой оборудования, материалов, рабочих поверхностей в помещениях бань, саун, парикмахерских, косметологических кабинетов и других в соответствии с действующими требованиями.

### XIV. Мероприятия по профилактике паразитарных болезней, передающихся через укусы насекомых и клещей

14.1. С целью предупреждения заболеваемости паразитарными болезнями, передающимися через укусы насекомых и клещей, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями проводят комплекс профилактических мероприятий:

- благоустройство парков, скверов, кладбищ, территорий оздоровительных организаций, мест массового отдыха и пребывания населения;

- акарицидная обработка территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, баз отдыха, включая домашних и сельскохозяйственных животных;

- дератизационные мероприятия с целью снижения численности прокормителей клещей (диких грызунов) на расчищенных территориях;

- дезинсекционные профилактические (противоэпидемические) мероприятия с целью снижения численности кровососущих насекомых, с учетом результатов энтомологического мониторинга, в том числе в местах формирования очагов трансмиссивных болезней (водоемов вблизи населенных пунктов и рекреационной зоне, территорий выгула и содержания собак, в жилых и нежилых помещениях и других);

- обработка инсектоакарицидными препаратами широкого спектра действия собак и кошек;

- обучение населения методам индивидуальной защиты человека и домашних животных от кровососущих насекомых и клещей.

14.2. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают плановый энтомологический мониторинг объектов окружающей среды (территорий водоемов, мест рекреации и других) с целью слежения за циркуляцией кровососущих насекомых и клещей (переносчиков паразитарных болезней) и прогнозирования энтомологической ситуации.

### XV. Требования к мероприятиям по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитарных болезней

15.1. Профилактические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды от контаминации возбудителями паразитарных заболеваний организуют и осуществляют органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также индивидуальные предприниматели и юридические лица на принадлежащей им территории.

15.2. Профилактические, в том числе дезинвазионные мероприятия с использованием инструментального контроля технологических параметров индустриальных методов, проводят на очистных сооружениях хозяйственно-бытовых, производственных, смешанных и животноводческих стоков непрерывно, вне зависимости от результатов санитарно-паразитологического контроля (планового, мониторингового, производственного). Санитарно-паразитологические исследования на этих объектах, в рамках производственного, планового (внепланового) контроля и мониторинга, осуществляют с целью контроля эффективности дезинвазии (Приложение 64).

15.3. На других объектах (территории населенных пунктов, рекреационные территории, общественные пляжи, территории детских дошкольных и образовательных организаций, площадки для выгула животных и пр.) в случае обнаружения возбудителей паразитарных заболеваний проводят противоэпидемические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды с последующими санитарно-паразитологическими исследованиями для контроля эффективности дезинвазии.

15.4. Основные мероприятия по охране объектов окружающей среды от загрязнения жизнеспособными яйцами и личинками гельминтов, цистами (ооцистами) кишечных патогенных простейших включают:

- соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации, в части охраны окружающей среды (почвы, поверхностных водоемов, прибрежных вод морей и пр.) от паразитарного загрязнения;

- недопущение попадания инвазионного материала, не прошедшего обеззараживание (дегельминтизацию и дезинвазию), на объекты окружающей среды, потенциально являющиеся факторами передачи паразитозов, в том числе почву населенных мест, рекреационных зон, зон повышенной посещаемости населением, детских образовательных и оздоровительных учреждений; питьевую воду; воду поверхностных водоемов, прибрежных вод морей и пр.;

- своевременное выявление и лечение инвазированных людей и животных, а также превентивную дегельминтизацию животных;

- канализование населенных пунктов;

- благоустройство неканализованных населенных пунктов, фермерских, индивидуальных хозяйств, мест отдыха населения, территорий содержания и убоя скота (строительство люфт-клозетов, туалетов с водонепроницаемыми выгребами, своевременным обеззараживанием (дезинвазией) и вывозом их содержимого и пр.);

-оснащение общественных мест, автомобильного, железнодорожного и водного транспорта, мест временного пребывания бригад рыбаков, заготовителей сена и т. п. биотуалетами;

- внедрение индустриальных технологий дезинвазии с инструментальным контролем критических технологических параметров на функционирующих объектах, а также при их реконструкции и строительстве новых (сооружений по очистке и обеззараживанию хозяйственно-бытовых, промышленных и смешанных стоков;локальных очистных сооружений канализации, не имеющих водоотведения в общесплавную канализацию;локальных очистных сооружений для ливневых, талых и паводковых вод);

- недопущение содержания в сточных водах и осадках сточных вод жизнеспособных цист, яиц и личинок возбудителей паразитозов;

- обеспечение дезинвазии осадков сточных вод, образующихся на водоочистных станциях и очистных сооружениях канализации, перед их утилизацией;

- осуществление производственного контроля сточных вод и их осадков на очистных сооружениях канализации, животноводческих комплексах, фермах по паразитологическим показателям;

- сбор, хранение и обеззараживание твердых бытовых отходов;

- предупреждение паразитарного загрязнения продукции при сборе, транспортировании, хранении и реализации овощей, ягод, столовой зелени и прочей продукции растительного и животного происхождения в торговой сети, на рынках и в организациях общественного питания;

15.4.1. В целях предупреждения обсеменения почвы возбудителями паразитарных болезней осуществляют:

- запрет на использование необеззараженных нечистот в качестве удобрения;

- запрет выгула животных на территориях детских дошкольных и школьных учреждений, зон рекреации;

- оборудование песочниц крышками с целью недопущения загрязнения песка выделениями домашних и безнадзорных животных;

- оборудование в соответствии с санитарными требованиями площадок для выгула животных на территории населенных пунктов;

- внесение в почву в качестве удобрения только гарантированно обезвреженных от возбудителей паразитозов сточных вод и их осадков, в том числе при использовании внутрипочвенных методов внесения;

15.4.2. В целях предупреждения обсеменения воды поверхностных водоемов и прибрежных вод морей возбудителями паразитозов, проводят следующие мероприятия:

- организация зарегулирования ливневого, талого стока селитебных территорий в общегородскую канализационную систему;

- организация отвода паводковых и ливневых стоков с территорий населенных мест, ферм и животноводческих хозяйств в пруды-накопители или биологические пруды с целью предварительной обработки и дезинвазии перед сбросом в водоемы;

- сброс в поверхностные водоемы, прибрежные воды морей сточных вод хозяйственно-бытового водоотведения, животноводческих хозяйств, железнодорожного транспорта, фановых, ливневых и паводковых стоков только гарантированно обеззараженных (не содержащих жизнеспособных яиц гельминтов и цист патогенных простейших);

- организация глубоководных выпусков обеззараженных от паразитарных агентов сточных вод при сбросе их в крупные водоемы, в моря;

- строительство и содержание благоустроенных уборных по берегам поверхностных водоемов и прибрежных зон морей;

- недопущение вывоза и складирования на поверхности ледяного покрова водных объектов осадков сточных вод, твердых бытовых отходов, твердой фракции стоков животноводческих хозяйств.

15.5. В целях профилактики паразитарных болезней при техногенных авариях и чрезвычайных ситуациях проводят:

- оценку эпидемиологической ситуации на месте с определением масштаба и границ чрезвычайной ситуации для принятия управленческих решений (в первый день после устранения технических причин аварии);

- отбор проб почвы на загрязненной и сопредельной территориях для санитарно-паразитологических исследований в зависимости от площади затопления (в первый день после устранения технических причин аварии);

- индикацию возбудителей паразитарных болезней;

- оценку результатов лабораторных исследований;

- организацию дезинвазионных мероприятий;

- контроль качества проведенных мероприятий по обеззараживанию территорий, включая санитарно-паразитологические исследования почвы и воды;

- мониторинговые санитарно-паразитологические исследования почвы в течение 2-х лет в очагах и микроочагах геогельминтозов;

- слежение за заболеваемостью населения, проживающего на территории загрязнения, в течение 2-х лет, при отсутствии регистрации случаев заболеваний в очагах и микроочагах геогельминтозов.

15.6. Мероприятия по дезинвазии объектов окружающей среды

Для очистки и обеззараживания питьевой воды проводят комплекс мероприятий, гарантирующий отсутствие в питьевой воде, подаваемой в распределительные сети, возбудителей паразитарных болезней с обязательным контролем параметров технологического процесса и текущей оценкой эффективности конечного результата путем проведения соответствующих санитарно-паразитологических исследований.

С целью дезинвазии/обеззараживания нечистот (фекалий), твердых бытовых отходов, сточных вод и их осадков, жидкого навоза и навозных стоков, ливневых стоков, почвы(песка), игрушек, белья, прочих предметов обихода и объектов окружающей среды применяют любые доступные методы (аппаратные и реагентных – химические, физические, биологические и комбинированные), обладающие подтвержденными дезинвазионными свойствами, с обязательным контролем параметров технологического процесса (температура, дозировка, экспозиция и др.) и оценкой эффективности конечного результата путем проведения соответствующих санитарно-паразитологических исследований.

Перечень методов, средств и режимов дезинвазии/обеззараживания объектов окружающей среды определяется действующими методическими указаниями и реестром дезинвазионных методов и средств, порядок формирования и внедрения которого определяется федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по разработке и утверждению государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов. Методы и средства обеззараживания/дезинвазии, не вошедшие в действующие методические документы и регламент дезинвазионных средств, могут быть рекомендованы для использования и включения в соответствующие документы после научного обоснования и проведения независимых многоцентровых исследований (испытаний) в аккредитованных лабораториях профильных научных организаций.

XVI. Гигиеническое воспитание и обучение граждан   
по вопросам профилактики паразитарных болезней

16.1. Гигиеническое воспитание и обучение граждан является одним из основных методов профилактики паразитарных болезней.

16.2. Гигиеническое воспитание и обучение проводят при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения при приеме на работу и в дальнейшем с периодичностью 1 раз в 2 года, по очной форме; включает представление подробной информации о контагиозных гельминтозах, противоэпидемических мероприятиях в очаге, мерах профилактики.

16.3. Профессиональная гигиеническая подготовка и аттестация указанных выше категорий работников проводится специалистами организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по гигиеническому воспитанию, осуществляющих профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию указанных выше категорий работников.

16.4. Гигиеническое воспитание населения включает подробное информирование населения о паразитарных болезнях, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети «Интернет».

16.5. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики паразитарных болезней организуют и проводят органы и учреждения Роспотребнадзора, органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, медицинские организации, центры медицинской профилактики.

# 11. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**11.1. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

I. Общие положения

* 1. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) - любое инфекционное (паразитарное) заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных организациях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.
  2. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) - любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в стационаре (и не имевшиеся до поступления в стационар, в том числе в инкубационном периоде) и проявившиеся в условиях стационара или после выписки пациента в течение периода инкубации. Внутрибольничные инфекции являются частью ИСМП.
  3. Диагноз ИСМП устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Возбудителями ИСМП могут быть: бактерии, вирусы, грибы, простейшие, эктопаразиты, прионы. Наиболее часто этиологическими агентами ИСМП являются условно-патогенные микроорганизмы из группы ESCAPE: Enterococcus, Staphylococcus aureus, Acinetobacter spp., Pseudomonas aeruginosa, Clostridium difficile, Enterobacteriaceae (E. coli, K. pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp.).

* 1. Среди возбудителей ИСМП идентифицируют:

Бактерии: Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp., Pseudomonas spp., Escherichia spp., Klebsiella spp., Enterobacter spp., Acinetobacter spp., Serratia spp., Proteus spp., Citrobacter spp., Clostridium spp., Mycobacterium spp., Salmonella spp., Shigella spp., Yersinia spp., Legionella spp. и др.

Вирусы: ВИЧ, вирусы гепатита B, C, D, ротавирусы, норовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа и других ОРВИ, кори, краснухи, эпидемического паротита, герпеса, цитомегаловирусы, коронавирусы (SARS-CoV) и др.

Грибы: Candida spp., Aspergillus spp. и др.

Простейшие: Cryptosporidium spp., Pneumocystis carinii идр.

Эктопаразиты: Pediculus spp.; Sarcoptes scabiei идр.

ИСМП могут быть как экзогенного, так и эндогенного генеза.

Некоторые из микроорганизмов вызывают различные клинические формы ИСМП, другие выделяются только при определенных клинических состояниях, поражают определенные группы пациентов.

При возникновении ИСМП, обусловленных патогенными микроорганизмами, требуется проведение противоэпидемических мероприятий согласно соответствующим разделам данных Санитарных правил.

* 1. Основными формами ИСМП являются:

**1)** **Гнойно-септические инфекции новорожденных (ГСИ новорожденных):** бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит, омфалит, инфекции кровотока, пиодермия пиодермия, импетиго, панариций, паронихий, мастит, неонатальная инфекция мочевых путей, конъюнктивит и дакриоцистит, пневмонии.

**2)** **Гнойно-септические инфекции родильниц (ГСИ родильниц):** сепсис, инфекции соска и молочной железы, связанные с деторождением, острый перитонит, инфекция хирургической акушерской раны, расхождение швов после кесарева сечения, расхождение швов промежности, инфекции мочевых путей после родов, инфекции органов дыхания, осложняющие роды и послеродовой период.

**3)** **Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ).**

**4) Инфекции кровотока (ИК):** инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией. Среди инфекций кровотока выделяют катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК).

**5) Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП).** Среди них выделяют катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей.

**6) Инфеции нижних дыхательных путей (ИНДП).** Среди них выделяют ИВЛ-ассоциированные ИНДП.

**7) Острые кишечные инфекции (ОКИ), в т.ч. острые гепатиты А и Е.**

**8) Другие сальмонеллезные инфекции.**

**9) Воздушно-капельные инфекции (ВКИ).**

**10) Туберкулез впервые выявленный, активные формы.**

**11) Парентеральные инфекции: ВИЧ, гепатиты В и С.**

* 1. Случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в МО, проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления в пределах инкубационного периода данной нозологической формы), называются заносами инфекции и не относятся к ИСМП. При заносе инфекционных заболеваний необходимо проводить комплекс противоэпидемических мероприятий согласно соответствующим разделам настоящих Санитарных правил.

1.7. Источники ИСМП - пациенты, медицинские работники, а также лица, ухаживающие за больными и посетители. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами, в том числе внутриутробного характера заражения (ВУИ), носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией верхних и нижних дыхательных путей, мочевыводящего и желудочно-кишечного трактов, кожи и подкожной клетчатки.

1.8. Механизмы передачи ИСМП: естественный (фекально-оральный, аспирационный, контактный, транслокация) и искусственный (артифициальный: ассоциированный с инвазивными и неинвазивными лечебно - диагностическими процедурами и манипуляциями, в т.ч. трансплантация органов, тканей).

1.9. Факторами передачи являются: руки медперсонала, белье, медицинское оборудование (аппараты ИВЛ, гемодиализа, эндоскопы и пр.), инструменты, средства ухода за больными, инъекционные растворы (в первую очередь в многодозовых флаконах), повторно используемые одноразовые медицинские изделия, воздух и др. Руки персонала играют наибольшее эпидемиологическое значение в передаче инфекции (более 50%).

1.10. Причинами, способствующими росту заболеваемости ИСМП, относят нарушения в организации работы МО, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

- несоответствие состава и площади помещений;

- перекрест технологических потоков;

- отсутствие механической приточно-вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы МО:

- превышение норм коечной емкости палат;

- отсутствие разделения по нозологическим формам;

- совместное размещение детей и взрослых пациентов;

- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебои и отсутствие в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально - техническое оснащение:

- недостаток медицинских изделий, в том числе одноразовых (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки и т.п.);

- нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

- перебои в поставке белья, моющих и дезинфицирующих средств.

Нарушения противоэпидемического режима:

- несоблюдение цикличности заполнения палат;

- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

- повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное использование средств ухода за больными, емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

- нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

II. Выявление, учет и регистрация случаев ИСМП

2.1. Случаи ИСМП подлежат обязательной регистрации, учету и статистическому наблюдению. Общие положения по выявлению, учету и регистрации представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил. Учету и регистрации подлежат ИСМП в соответствии с действующей международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, перечня, предусмотренного формой федерального государственного статистического наблюдения[[68]](#footnote-68) (№2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»).

2.2. Ответственными за полноту, достоверность и своевременность учета, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются руководители медицинских организаций, выявившие больного.

2.3. Каждый случай ИСМП подлежит регистрации в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы по месту их выявления и месту инфицирования пациента в медицинских организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Учет всех случаев ИСМП ведется по месту инфицирования пациента.

2.4. В случае выявления ИСМП после выписки или перевода пациента в другой стационар, МО, выявившая ИСМП, должна передавать информацию в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, которые, в течение 12 часов передают информацию о зарегистрированных ИСМП в МО по месту предполагаемого инфицирования.

2.5. Групповыми заболеваниями следует считать 5 и более случаев ИСМП, связанных одним источником инфекции и/или общими факторами передачи, включая суммарное заражение пациентов и персонала.

2.6. О возникновении групповых заболеваний ИСМП любой этиологии МО сообщает в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера[[69]](#footnote-69).

2.7. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету в данном стационаре. Генерализованные формы (сепсис, гематогенный остеомиелит, менингит) учитываются стационаром в течение месяца после рождения ребенка.

Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, пиелонефрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит, и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету акушерским стационаром.

2.10. Хирургические гнойно-воспалительные заболевания, связанные с оказанием хирургической медицинской помощи (ИОХВ) имеют максимальный инкубационный период 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – год и более.

III. Лабораторная диагностика

3.1. При подозрении диагноза ИСМП пациент и персонал должен быть обследован лабораторно в целях идентификации возбудителя, вызвавшего заболевание, и определения антибиотико-чувствительности и устойчивости к дезинфицирующим средствам любым из доступных методов диагностики.

3.2. Для лабораторной диагностики ИСМП могут использоваться бактериологический, молекулярно-генетический, серологический и другие методы исследования.

3.3. Для проведения лабораторное диагностики применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

3.4. Взятие, транспортирование, доставка в лабораторию для исследования биологического материала осуществляются в соответствии с настоящими Санитарными правилами (глава 4, раздел 4.3.) и техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории[[70]](#footnote-70).

3.5. Взятие материала следует проводить непосредственно из патологического очага (по возможности до начала антибактериальной терапии), а также во время операции по поводу повторной ревизии операционной раны и операций по поводу гнойных процессов.

Показания к взятию материала на бактериологическое исследование при подозрении на ИОХВ:

- повторная ревизия операционной раны;

- подозрение на послеоперационное осложнение любого генеза:

а) гнойно-септическое,

б) кровотечение (т.к. возможен лизис сосудов в результате гнойного поражения);

в) несостоятельность швов;

г) парез кишечника в послеоперационном периоде;

- операции по поводу гнойных процессов.

3.6. При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и подобных процессах целесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

3.7. При невыясненной бактериальной этиологии заболевания пациента обследуют на вирусы и других возбудителей инфекционных заболеваний с учетом клинической картины.

3.8. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее следующие сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

IV. Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях осуществляющих медицинскую деятельность

#### 4.1. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях осуществляющих медицинскую деятельность

4.1.1. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП и других инфекционных заболеваний в МО должны своевременно и в полном объеме проводиться, предусмотренные санитарно-эпидемиологическими правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе по осуществлению производственного контроля, принятию изоляционных мер в отношении больных (носителей) ИСМП и другими инфекционными заболеваниями, прерыванию путей передачи (дезинфекционные мероприятия), профилактических мер среди медицинского персонала (проведению предварительных и периодических медицинских осмотров и организации иммунопрофилактики).

4.1.2. Ответственным за организацию и контроль выполнения комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ИСМП в МО является руководитель МО /индивидуальный предприниматель.

4.1.3. В целях профилактики возникновении и распространения ИСМП разрабатываются планы профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике возникновения и распространения отдельных инфекционных заболеваний (в том числе гнойно-воспалительных), а также комплекс первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного инфекционным заболеванием и план производственного контроля по выполнению требований санитарного законодательства, которые утверждаются руководителем организации. План профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике отдельных инфекционных заболеваний может входить отдельным разделом в план производственного контроля.

4.1.4. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике ИСМП осуществляет заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам /врач-эпидемиолог. В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на заместителя руководителя МО по лечебной работе/ медицинской части.

4.1.5. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляет медицинский персонал под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП (руководитель организации, заместитель руководителя по санитарно-эпидемиологическим вопросам/ заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог).

4.1.6. Для организации профилактики ИСМП, необходимо на основе действующих нормативных, методических документов, федеральных клинических рекомендаций разрабатывать стандарты операционных процедур (СОП) различных манипуляций, которые бы учитывали особенности конкретной медицинской организации, возможности и особенности отделений, излагали основные требования (стандарт) проводимых манипуляций с позиций эпидемиологической безопасности и критериев оценки качества медицинской помощи.. В целях обеспечения биобезопасности пациентов и медицинского персонала необходимо проводить обучение СОП сотрудников с проведением регулярных тренингов и контроля неукоснительного соблюдения стандартов. МО на основе настоящих Правил, Федеральных Клинических Рекомендаций, Государственных Отраслевых Стандартов и других нормативно-методических материалов по данному вопросу разрабатывает стандарты операционных процедур (СОП), в которых с учетом условий и возможностей стационара, особенностей клинических отделений, излагают основные требования (стандарт) проводимых манипуляций с позиций эпидемиологической безопасности и критериев оценки качества медицинской помощи. Персонал проходит обучение по данным СОП, в том числе в виде тренингов по выполнению стандартов. Администрация МО в различной форме осуществляет проверку их соблюдения.

4.1.7. С целью контроля за ИСМП распорядительным документом по учреждению создается комиссия по профилактике ИСМП, которая может входить в состав врачебной комиссии МО. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам / заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог, заместители руководителя МО по профильным направлениям, главная медицинская сестра, заведующие профильными отделениями, заведующий микробиологической лабораторией (врач-бактериолог), клинический фармаколог/заведующий аптекой, врач-инфекционист, заведующий патологоанатомическим отделением/ патологоанатом, другие специалисты (главный инженер, зам. по хозяйственным вопросам). Заседания комиссии проводят не реже одного раза в квартал.

Для организаций малого и среднего бизнеса приказом руководителя МО могут быть назначены лица, ответственные за работу по профилактике ИСМП или эта работа может проводиться специалистом (врачом-эпидемиологом, санитарным врачом или врачом-дезинфектологом).

4.1.8. Основными задачами комиссии являются: эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП, разработка и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий, оценка их эффективности, широкое оповещение или информирование медицинского персонала об эпидемиологической обстановке в МО, ее отдельных подразделениях, результатах микробиологического мониторинга, организация разработки СОПов по манипуляциям, имеющим противоэпидемическое значение, организация обучения медицинского персонала и проведение тренингов, координация профилактических и противоэпидемических мероприятий с руководством и всеми службами МО, а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.1.9. С целью профилактики возникновения ИСМП и других нежелательных состояний (токсических, аллергических и т.п.) запрещается:

- повторное использование медицинских изделий однократного применения;

- использование медицинских изделий и лекарственных средств с истекшим сроком годности, а также с нарушением условий хранений и транспортировки, указанным производителем;

- повторная стерилизация медицинских изделий однократного применения с истекшим сроком годности.

4.1.10. Профилактические мероприятия проводят исходя из положения, о том, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и других).

4.1.11. При поступлении в стационар пациенты должны быть осмотрены врачом на предмет наличия симптомов инфекционных болезней и проведен сбор эпидемиологического анамнеза с отметкой в истории болезни.

При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе, и лица, допущенные в детские медицинские организации в целях осуществления ухода за детьми, находящимися на стационарном лечении, а также лица, направленные в амбулаторно-поликлинические учреждения для оказания хирургической помощи, подлежат профилактическому обследованию на туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года).

Пациенты, поступающие в стационары для плановых оперативных вмешательств, а также пациенты, направленные в амбулаторно-поликлинические учреждения для оказания хирургической помощи, подлежат профилактическому обследованию на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и сифилис (результаты действительны в течение месяца до госпитализации).

Дети, подростки и сопровождающие лица, госпитализируемые в детские отделения больниц, обследуются на кишечные инфекции, контактные гельминтозы и кишечные протозоозы (результаты действительны в течение 2 недель до госпитализации).

Дети, поступающие на плановое стационарное лечение должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации и справку о профилактических прививках.

При оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением центральной нервной системы, проводится однократное обследование (на догоспитальном уровне) на наличие возбудителей кишечных инфекций и дифтерии*.* Однократное обследование проводится также при переводе больных в учреждения психоневрологического (психосоматического) профиля (результаты действительны в течение 2 недель).

Однократному лабораторному обследованию с целью определения возбудителей острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии подлежат сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки МО (результаты действительны в течение 2 недель).

4.1.12. Для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, аналогичные обследования проводят в условиях стационара.

4.1.13. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения медицинской организации и ее подразделений, в том числе палатных отделений и отделений реанимации, устанавливает администрация МО в виде локального нормативного акта.

4.1.14. Для проведения инъекций в палатах необходимо использовать мобильную тележку, в конструкции которой предусмотрено разделение стерильных и использованных медицинских изделий. При невозможности использования тележки (надзорные палаты и пр.) допустимо использование чистых, обеззараженных лотков. Комплектация нескольких наборов для инъекций, используя стерильную пеленку в один лоток, возможна, если обеспечить технологию, не допускающую нарушение правил асептики и предусмотреть емкость для безопасного сброса отходов класса Б, либо проводить инъекции одновременно только одному пациенту.

#### 4.2. Требования к правилам личной гигиены пациентов.

4.2.1. При поступлении в стационар пациентов осматривают на педикулез с отметкой в истории болезни, при необходимости они проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки пациенту выдается комплект чистого нательного белья, пижаму/халат, тапочки. Личную одежду и обувь оставляют в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передают его родственникам (знакомым). В стационарах (отделениях), где предусмотрены прогулки для пациентов, хранение верхней одежды может осуществляться в специальных помещениях/шкафах непосредственно в отделениях, в том числе в палатах. Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде.

Личную одежду больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, лиц, пораженных педикулезом, подвергают камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных нормативными документами, делают отметку в истории болезни.

4.2.2. В отделении больному выдают мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательницу, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены. Подкладное судно после использования подлежит немедленному удалению из палаты, опорожнению и мойке. Одноразовые подкладные судна пациентов неинфекционных стационаров и отделений относятся к медицинским отходам класса А. В инфекционных стационарах одноразовые подкладные судна, гигиенические прокладки и памперсы относятся к отходам класса Б.

4.2.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни; в детских отделениях и отделениях психиатрического и психосоматического профиля одновременно проводят осмотр на педикулез. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводят утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки.

Гигиеническая обработка кожных покровов пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии проводится не менее 2-х раз в сутки с использованием разрешенных для этих целей моющих и антисептических средств.

Накануне операции пациент принимает душ с отметкой в истории болезни.

Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

4.2.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смена постельного белья пациентам реанимационных отделений проводится не реже 1 раза в сутки. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4-5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование гигиенических прокладок фабричного изготовления.

4.2.5. Перед возвращением пациента в палату после операции производят обязательную смену белья.

4.2.6. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование подгузников промышленного производства.

4.2.7. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациента обеспечивают индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым в соответствии со спецификой манипуляции.

4.2.8. Кожные покровы пациентов подлежат обеззараживанию перед медицинскими манипуляциями (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

4.2.9. Обработку кожи операционного поля осуществляют двукратным протиранием, последовательно, двумя раздельными стерильными салфетками (тампонами), смоченными спиртсодержащим кожным антисептиком, до его полного увлажнения. Предпочтение следует отдавать спиртсодержащим кожным антисептиком с красителем для визуального определения границы обработанного участка. Для этих целей не используют кожные антисептики, содержащие смягчающие, увлажняющие и питающие кожу компоненты.

Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя хирургические клиперы.

Перед обработкой антисептиком кожу операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

Для ограничения операционного поля (в том числе мест катетеризации магистральных сосудов) применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

4.2.10. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика, предназначенного для этих целей, в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Обработку инъекционного поля проводят однократно, стерильной салфеткой, смоченной спиртсодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика. При необходимости место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой).

Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля.

Для проведения инъекций применяются кожные антисептики на основе спиртов, а для детей в возрасте до 7 лет - кожные антисептики на основе только этилового спирта.

4.2.11. Санитарная обработка кожных покровов пациентов предназначена для удаления загрязнений и снижения количества резидентной микрофлоры.

Санитарную обработку кожных покровов проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

Для санитарной обработки кожных покровов используют кожные антисептики, не содержащие спиртов, обладающие моющим эффектом.

Всю поверхность тела, либо отдельный участок кожи протирают салфеткой или тампоном, смоченным кожным антисептиком либо готовой к применению салфеткой, пропитанной кожным антисептиком.

4.2.12. Пациенты и посетители проводят гигиеническую обработку рук с использованием мыла и воды или спиртсодержащего антисептика в следующих случаях:

до и после контакта с поврежденными участками кожи, повязками, слизистыми оболочками, использованными медицинскими изделиями;

- при входе в палату;

- перед выходом из палаты;

- перед едой;

- после посещения туалета.

Пациенты и посетители обязаны подчиняться требованиям медицинского персонала в части соблюдения правил внутреннего распорядка и требований гигиены рук.

#### 4.3. Требования к профилактике инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

4.3.1. Персонал МО должен проходить предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) и периодические медицинские осмотры (1 раз в год)[[71]](#footnote-71).

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение предварительных и периодических осмотров. По окончании прохождения медицинским работником предварительного или периодического осмотра медицинская организация, где проводился осмотр, оформляет заключение по результатам осмотра.

Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносят в медицинскую карту амбулаторного больного, личную медицинскую книжку (в случаях, предусмотренных законодательством), и доводят до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ИСМП в медицинской организации, направившей работающего.

4.3.2. При прохождении предварительных и периодических осмотров медицинский персонал должен быть осмотрен врачами: терапевтом, дермато-венерологом, отоларингологом, стоматологом и инфекционистом (по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических медицинских осмотрах), а также пройти следующие обследования:

- рентгенография органов грудной клетки;

- исследование крови на сифилис;

- исследование мазков на гонорею;

- обследование на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф (при поступлении на работу и в дальнейшем – по эпидемиологическим показаниям);

- обследование на ВИЧ-инфекцию;

- обследование на маркеры гепатитов В и С.

В зависимости от выявленной у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

4.3.3. Обязательному медицинскому освидетельствованию при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год) с целью выявления ВИЧ-инфекции подлежат:

- медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) центров по профилактике и борьбе со СПИДом, специализированных отделений и структурных подразделений, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

- научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, производств по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека;

- медицинские работники стационаров (отделений) хирургического профиля;

- персонал лабораторий, осуществляющий обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

4.3.4. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обязательному обследованию на маркеры вирусов гепатитов В и С медицинский персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии, хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реанимационных, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том числе процедурных, прививочных), клинико-диагностических лабораторий, персонал станций и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов.

4.3.5. Обследование медицинского персонала родильных домов (отделений), перинатальных центров, отделений патологии новорожденных, недоношенных, детских больниц (отделений), хирургических стационаров (отделений), на носительство золотистого стафилококка и других условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

4.3.6. При обнаружении у вновь поступающих на работу и работающих носительства патогенных микроорганизмов вопрос о допуске их к работе и необходимом лечении решается в установленном порядке.

Не допускаются к работе медицинские работники:

- с активными формами туберкулеза. Решение о допуске к профессиональной деятельности переболевших туберкулезом принимает врачебная комиссия специализированной фтизиатрической организации;

- с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний.

4.3.7. Профилактическая иммунизация персонала МО проводится в соответствии с национальным и региональным календарями профилактических прививок, календарем прививок по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с Постановлениями главного государственного санитарного врача по субъекту РФ.

Плановой вакцинации против гепатита В подлежат все работники медицинских организаций.

Ревакцинация медицинского персонала против дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет, независимо от возраста.

В плановом порядке иммунизации против кори подлежат работники медицинских организаций до 55 лет, не болевшие корью и не привитые против этой инфекции или привитые однократно (в соответствии с национальным календарем профилактических прививок). По эпидемиологическим показаниям (при контакте с больным) экстренная иммунопрофилактика проводится независимо от возраста.

4.3.8. Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих МО в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции должно быть предусмотрено устройство обеззараживания воздуха.

4.3.9. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, медицинскими костюмами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маски, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). Предпочтение отдают средствам защиты однократного применения.

В операционных и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах и бахилах, специальной обуви, шапочках, перчатках и масках.

В перевязочных, процедурных, отделениях новорожденных, ожоговых отделениях, гематологических отделениях, отделениях трансплантологии, отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций используют перчатки и маски.

Использование масок обязательно во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия. Маски используются при непрерывном применении не более 3-х часов, повторное использование многоразовых масок без стирки и дезинфекции не допускается. Одноразовые использованные маски относят к отходам класса Б.

Стирка спецодежды персонала осуществляют централизованно и раздельно от белья пациентов.

4.3.10. Смена спецодежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля, отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), отделениях трансплантации, отделениях для лиц с иммунодефицитными состояниями, в процедурных и перевязочных кабинетах, осуществляется ежедневно и по мере загрязнения; в учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Внешние поверхности сменной обуви подлежат дезинфекции с той же периодичностью, что и спецодежда дезинфицирующими средствами, разрешенными для этих целей.

4.3.11. В подразделениях хирургического и акушерского профилей, а так же отделениях реанимации и интенсивной терапии сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

4.3.12. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты (СИЗ) в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, очками, щитками, респираторами, фартуками, нарукавниками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

4.3.13. Для персонала стационаров предусматривают устройство гардеробных с душем и туалетом. В составе подразделений следует предусматривать санузлы для персонала. В каждом структурном подразделении выделяют комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

4.3.14. В ходе проведения манипуляций персонал не должен вести записи, использовать телефон, персональные мобильные устройства и другие предметы, не имеющие отношения к выполнению процедуры или осмотру пациента.

4.3.15. На рабочем месте запрещено принимать пищу.

4.3.16. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами МО не допускается.

4.3.17. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

4.3.17.1. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводят следующие мероприятия:

4.3.17.2. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом.

4.3.17.3. Руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом. Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б.

4.3.17.4. При уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем.

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

4.3.17.6. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в герметичном мешке направить для стирки с дезинфекцией в прачечную, осуществляющую стирку больничного белья.

4.3.17.7. В МО должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика). При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), с возникновением риска инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организуют регистрацию аварии и организует профилактические мероприятия в соответствии с настоящими Санитарными правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

#### 4.4. Правила обработки рук медицинского персонала.

4.4.1. В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет обработку рук по одному из способов − гигиенической обработки рук или обработки рук хирургов (а также других лиц, участвующих в выполнении оперативных вмешательств). Для удаления загрязнений и сопутствующего снижения микробной контаминации рук осуществляют гигиеническое мытье рук мылом (в том числе с антимикробными свойствами) и водой. При гигиенической обработке рук мыло и спиртсодержащий антисептик не должны быть использованы вместе.

Для обработки рук используются средства, разрешенные для применения в установленном порядке.

4.4.2. МО разрабатывает стандартную операционную процедуру (СОП) по обработке рук в зависимости от вида работ, применяемых конкретных гигиенических средств и кожных антисептиков, проводит обучение и тренинги медицинских работников, внедряет систему приверженности гигиене рук медицинских работников и пациентов путем удобного размещения дозаторов, обеспечения индивидуальными флаконами с кожными антисептиками и контролирует выполнение СОП.

4.4.3. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, или бесконтактные устройства, разрешенные в установленном порядке; при обработке рук хирургов используют стерильные тканевые салфетки.

4.4.4. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья, обеззараживания рук; для снижения риска возникновения контактных дерматитов - средствами по уходу за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.). При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость медицинских работников.

4.4.5. Гигиеническая обработка рук.

4.4.5.1. В медицинских организациях должны быть созданы условия для мытья и гигиенической обработки рук с применением спиртовых антисептиков для пациентов и посетителей (наличие дозаторов с жидким мылом и кожным антисептиком в местах общего пользования, при входе в палатные отделения, палаты, туалеты, буфетные отделения, столовые).

Гигиеническую обработку рук осуществляют медицинские работники на всех этапах оказания медицинской помощи, работники пищеблоков, других подразделений, связанных с оказанием медицинской помощи, а также осуществляющих уборку помещений, обслуживание оборудования, другие работы в помещениях, предназначенных для оказания медицинской помощи, пациенты и члены их семей, другие лица при посещении пациентов и уходе за ними.

4.4.5.2. Гигиеническая обработка обеспечивает снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня.

4.4.5.3. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят способом втирания в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

4.4.5.4. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят:

- до и после непосредственного контакта с пациентом;

- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

- перед выполнением инвазивных процедур (до контакта с инвазивным оборудованием);

- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

- при переходе от более контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к менее контаминированному при оказании медицинской помощи пациенту;

- перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

4.4.5.5. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 мл) с кожным антисептиком.

4.4.5.6. При использовании любого дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают после дезинфекции, промывания водой и высушивания дозатора. Нельзя доливать средство в дозатор. Дозатор с антисептиком должен иметь соответствующую маркировку.

4.4.6. Использование перчаток.

В медицинских организациях при оказании отдельных видов медицинских услуг обязательным является использование медицинских перчаток.

4.4.6.1. Медицинские перчатки необходимо надевать:

– во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в том числе во время уборки помещений;

– при контакте со слизистыми оболочками;

– при контакте с поврежденной кожей;

– при контакте с агрессивными жидкостями;

– при использовании колющих и режущих инструментов;

– при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

4.4.6.2. Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

4.4.6.3. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

4.4.6.4. Стерильные хирургические перчатки должны использоваться при выполнении всех видов оперативных вмешательств. Стерильные диагностические перчатки следует использовать при введении стерильного устройства в стерильные полости организма, постановке центрального катетера, проведении стерильных эндоскопических вмешательств.

4.4.6.5. Нестерильные диагностические перчатки допускается использовать при выполнении неинвазивных диагностических процедур, а также внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, катетеризации периферических вен, внутривенных вливаний, постановке периферического венозного катетера, при проведении нестерильных эндоскопических вмешательств, при работе в клинико-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов.

4.4.6.6. После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Новую пару перчаток надевать на высохшие руки.

4.4.6.7. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б.

4.4.6.8. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток необходимо использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки.

4.4.6.9. При выполнении ряда манипуляций при приеме родов (ручное отделение последа и др.) применяют перчатки с удлиненной манжетой.

4.4.6.10. При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности.

4.4.6.11. Кольчужные перчатки используют при оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в т.ч. на костях (травматология, хирургия).

4.4.6.12. При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки.

4.4.6.13. При интраоперационной внутриполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать хирургические перчатки из синтетических эластомеров (полихлоропрен, нитрил и т.п.).

4.4.6.14. С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и т.д.) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки.

4.4.7. Обработка рук хирургов.

4.4.7.1.Для обработки рук хирургов используют спиртсодержащие кожные антисептики.

Обработку рук хирургов проводят в случаях:

- выполнения любых оперативных вмешательств или других процедур, манипуляций любой продолжительности, сложности, локализаци;

- катетеризации магистральных сосудов;

- установки инвазивного/дренажного устройства;

- пункции тканей, полостей, сосудов, спинномозговых каналов;

- выполнения стерильных эндоскопических манипуляций;

- приема родов.

4.4.7.2. Обработку рук хирургов проводят все участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов.

4.4.7.3. Обработка рук хирургов проводится в два этапа:

I этап - мытье рук жидким мылом и водой, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

II этап - обработка спиртсодержащим антисептиком кистей рук, запястий и предплечий способом втирания в кожу (до его полного высыхания).

4.4.7.4. До нанесения кожного антисептика осуществляют мытье кистей рук и предплечий теплой проточной водой с жидким мылом без антимикробных компонентов, без применения щеток в течение двух минут. Затем руки высушивают (промокают) одноразовой стерильной тканевой салфеткой или стерильным полотенцем.

Следуя определенному алгоритму, кожным антисептиком обрабатывают кисти рук, запястья и предплечья. Кожный антисептик наносят отдельными порциями, равномерно распределяют и тщательно втирают в кожу. Количество антисептика, кратность обработки и её продолжительность должны строго соответствовать инструкции по применению кожного антисептика. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

Алгоритмы/стандарты (стандартные операционные процедуры - СОП) всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических парентеральных манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук и средств их защиты при выполнении соответствующих манипуляций.

#### 4.5. Требования к проведению противоэпидемических мероприятий.

4.5.1. При выявлении случаев инфекционных заболеваний в МО заместитель руководителя по санитарно-эпидемиологическим вопросам /заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог с участием специалистов профильных отделений МО проводит комплексное эпидемиологическое расследование, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия, и организует проведение первичных противоэпидемических мероприятий в соответствии с планом, разработанным для каждой группы инфекций.

4.5.2. При подозрении или выявлении у пациента, находящегося на стационарном лечении, инфекционного заболевания, он подлежит изоляции до решения вопроса о его переводе в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

4.5.3. При выявлении инфекционных заболеваний, вызванных патогенными микроорганизмами, в стационарах неинфекционного профиля больные подлежат переводу в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

4.5.4. При возникновении послеоперационных осложнений, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, пациента переводят в отделение гнойной хирургии. При отсутствии отделения гнойной хирургии пациент должен быть изолирован в отдельную палату.

4.5.5. Независимо от внутрибольничного или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренного в данном случае.

4.5.6. Вопрос о внутриутробном или внутрибольничном характере заражения решают при участии госпитального эпидемиолога.

4.5.7. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентными стафилококками, ванкомицин-резистентными энтерококками, грамотрицательными микроорганизмами - продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра действия – БЛРС, микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью требуются разработка и проведение целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий с проведением изоляции и санации пациента. Для ухода за этими пациентами выделяют отдельный персонал. При работе с данной категорией больных медицинский персонал должен соблюдать следующие барьерные мероприятия:

- в шлюзе при входе в палату надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает после проведения манипуляций при выходе из шлюза;

- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только индивидуально для данного пациента;

- перевязка пациента проводится в палате;

- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

- после выписки пациента проводят заключительную дезинфекцию, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха и поверхностей и генеральную уборку помещений;

- после дезинфекции и генеральной уборки проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводят после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

4.5.8. В родовспомогательных учреждениях в случае возникновения групповых гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных и родильниц (5 случаев в пределах 7 дней) прекращают прием беременных и рожениц, решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемическим показаниям. Экстренно развертывают резервное помещение для приема рожениц и беременных. Определяют стационар для госпитализации заболевших новорожденных с максимальными условиями для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

4.5.9. По результатам эпидемиологического расследования делают заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывают и проводят комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых случаев ИСМП, включающий применение средств специфической и неспецифической профилактики.

V. Эпидемиологический надзор за ИСМП

5.1. Эпидемиологический надзор за ИСМП – система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП.

5.2. Врач, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в истории болезни, и информирует лицо, отвечающего за регистрацию случая инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных болезней ф.60 у/леч, а также доводит информацию до заместителя руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителя руководителя по лечебной работе/ врача-эпидемиолога в целях своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

5.3. Эпидемиологический надзор за ИСМП в МО предусматривает:

* обеспечение активного своевременного выявления, учета и регистрации ИСМП у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;
* проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости, летальности, включающих, анализ по клиническим формам, возрастной структуре, отделениям, тяжести течения (легкая, средняя, тяжелая), степени чистоты оперативных вмешательств («чистые», «условно-чистые», загрязненные» и «грязные»), причинам, способствующим возникновению ИСМП, видам медицинских вмешательств (операции, роды, катетеризация, ИВЛ и другие), характеру инфицирования (эндогенный или экзогенный);
* выявление причин, групп и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;
* эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
* оценку эпидемиологической безопасности лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях, родах) с учетом факторов риска (количество ИВЛ-дней, количество катетеро-дней (уринарных и/или магистральных и т.п.);
* мониторинг использования антибиотиков в различных отделениях и типах организаций здравоохранения;
* осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП с видовой идентификацией (типирование) возбудителей ИСМП, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение спектра устойчивости выделенных штаммов к антибиотикам и дезинфицирующим средствам) с целью разработки рациональной стратегии и тактики их применения;
* эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания пациентов и работы медицинского персонала в МО;
* оценку эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;
* прогнозирование эпидемической ситуации.

5.4. Руководитель / заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам / заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог совместно с руководителями структурных подразделений в рамках эпидемиологического надзора организует:

* активное выявление ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет преимущественно на основе данных истории болезней по структурным подразделениям, включая данные лабораторно-инструментальных исследований;
* проведение эпидемиологического расследования каждого случая ИСМП с определением причин;
* проведение микробиологического мониторинга в подразделениях МО;
* контроль соблюдения санитарно- противоэпидемического режима в МО.

Эта работа проводится на основе ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений):

- о случаях ИСМП и других инфекционных заболеваний среди пациентов, медицинского персонала;

- о результатах микробиологических исследований материала от пациентов (этиологическая расшифровка) и персонала;

- о результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды, включая данные по устойчивости эпидемиологических штаммов (штаммов, вызвавших заболевание или занимающих первые два места при ранжировании по частоте выявления) к дезинфицирующим средствам;

- о нарушениях санитарно- противоэпидемического режима.

6.5. На основе полученных данных, лицо, отвечающее за работу по профилактике ИСМП, устанавливает причины возникновения ИСМП разрабатывает и предлагает руководству МО план противоэпидемических мероприятий для принятия неотложных мер, организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики, а также организует контроль выполнения профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

5.6. Оперативный (текущий) и ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии, срокам развития, факторам риска.

5.7. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводят оценку текущей эпидемиологической обстановки, выявление рисков, способствующих возникновению ИСМП и решают вопрос о благополучии или осложнении эпидемиологической ситуации, адекватности проводимых мер или необходимости их корректирования.,

5.8. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, фонового уровня заболеваемости, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи в МО проводят ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

5.9. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП предусматривает:

* анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
* анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
* сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
* изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
* анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);
* анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;
* определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;
* анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

6.10. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ИСМП.

5.11. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо использовать информацию о количестве проведенных операций и других манипуляций, представляющих собой факторы риска возникновения ИСМП за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП.

5.12. Для корректного сравнения показателей частоты различных форм ИСМП их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, количества ИВЛ-дней, катетеро-дней, тяжести состояния пациента и т.п.

5.13. Помимо интенсивных показателей заболеваемости - заболеваемость на 100 пациентов, 100 операций (кумулятивная инцидентность), рассчитывают плотность инцидентности на 1000 пациенто-дней госпитализации. Не рекомендуется сравнение абсолютного количества ИСМП и интенсивных показателей.

Для учета действия факторов риска рассчитывают стратифицированные показатели, позволяющие оценить степень воздействия ряда факторов риска (плотность инцидентности). Стратифицированные показатели учитывают длительность действия основного фактора риска: частоту инфекций нижних дыхательных путей на 1000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ); кровотока на 1000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов; мочевыводящих путей на 1000 пациенто-дней уринарных катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря и т.д.). Это позволяет сравнивать заболеваемость в разных отделениях и стационарах с различной длительностью действия фактора риска.

Пример расчета:

Заболеваемость ИВЛ-ассоциированными инфекциями нижних дыхательных путей на 1000 ИВЛ/дней *(I):*

В числителе указывают число пациентов с ИОХВ нижних дыхательных путей *(N)* (за месяц, квартал, год), в знаменателе – число всех пациентов *(A)*, кому за (месяц, квартал, год) проводилась ИВЛ, умноженное на количество дней ИВЛ (суммарное время воздействия факторов риска на всех пациентов, подвергшихся ИВЛ (ИВЛ/дни) *(B)* за определенный период времени (за месяц, квартал, год). Полученное отношение умножают на 1000.

Частота возникновения ИСМП, связанных с постановкой центрального сосудистого, уринарного катетера и других факторов риска рассчитывается аналогично.

#### 5.14. Особенности проведения эпидемиологического надзора за ИСМП в отделениях и стационарах хирургического профиля и ОРИТ.

5.14.1. Для проведения эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП о каждом выявленном пациенте с ИСМП, лечащий врач отражает в истории болезни следующую информацию (в том числе в электронной форме):

* дата рождения;
* отделение;
* дата поступления;
* перенесенную(ые) операцию(ии) ;
* дата(ы) операции(ий) ;
* время начала и окончания операции (ий) ;
* состав хирургической бригады;
* номер операционной;
* номер палаты до и после операции;
* количество койко-дней, проведенных в реанимационном отделении
* дата заболевания (выявления) ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и др.;
* дату регистрации ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и др.;
* тип операции (плановая, экстренная), степень контаминации раны (чистая, условно-чистая, загрязненная, грязная);
* оценка тяжести состояния пациента (легкая, средняя, тяжелая);
* диагноз в соответствии с МКБ действующего пересмотра и по видам инфекции (поверхностная инфекция разреза, глубокая инфекция в области хирургического вмешательства, инфекция полости/органа);
* количество ИВЛ-дней;
* количество катетеро-дней (уринарных и/или магистральных);
* количество дней парентерального питания;

5.14.2. Оперативный анализ заболеваемости ИСМП (ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и др.) проводят с учетом:

* сроков возникновения заболевания после операции;
* места проведения операции (номер операционной);
* длительности операции;
* времени, прошедшего с момента поступления до операции;
* продолжительности пребывания в стационаре;
* места нахождения в послеоперационном периоде (реанимационное, палатное);
* профилактического применения антибиотиков (периоперационная профилактика) и последующей антимикробной терапии;
* типа операционной раны по степени контаминации (класса раны);
* оценки тяжести состояния пациента;
* результатов клинических микробиологических исследований пациента;
* результаты микробиологических исследований медицинских изделий после использования у пациента (эндотрахеальная трубка, дистальный фрагмент катетера и т.п.);
* данных микробиологического мониторинга в отделении нахождения пациента (реанимационное, палатное);
* нарушения противоэпидемического режима (недостаточная обеспеченность одноразовыми медицинскими изделиями, погрешности при обработке медицинского оборудования или медицинских изделий и пр.) в период нахождения пациента.

5.14.3. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и др. предусматривает:

* анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения по отношению к выявленной в течении предыдущих 2-3 лет базовой заболеваемости;
* анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
* сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
* изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
* анализ по видам оперативных вмешательств;
* распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);
* анализ данных о формировании госпитальных штаммов;
* определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ИСМП;
* анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и др..

#### 5.15. Особенности проведения эпидемиологического надзора за ИСМП в акушерских стационарах (отделениях)

5.15.1. Оперативный анализ заболеваемости в акушерских стационарах (отделения) проводят с учетом:

* даты родов;
* сроков возникновения заболевания;
* локализации патологического процесса;
* этиологии;
* видам медицинских вмешательств;
* перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
* даты выписки или перевода в другой стационар;
* длительности пребывания в стационаре.
* результатов исследование последа для прогнозирования развития ИСМП родильниц и новорожденных.

5.15.2. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных, родильниц и персонал (суммарно), возникающих в пределах одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и/или общими факторами передачи.

5.15.3. Выявление групп и факторов риска развития ИСМП.

Группами риска возникновения ИСМП среди родильниц считают женщин:

* с хориоамнионитом в родах;
* с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;
* с иммунодефицитными состояниями;
* с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;
* с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
* после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);
* с кровотечениями в послеродовом периоде.

К группам риска возникновения ИСМП среди новорожденных относят:

* недоношенных;
* переношенных;
* родившихся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;
* после оперативного родоразрешения;
* с врожденными аномалиями развития;
* с родовой травмой;
* с синдромом дыхательных расстройств;
* с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;
* с патологией родов (длительный безводный период и др.);
* при проведении искусственной вентиляции легких;
* родившихся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

К факторам риска возникновения ИСМП новорожденных и родильниц относят: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.15.4. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

Для профилактики ИСМП, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемиологической обстановки и появления групповых заболеваний.

К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относят следующие:

* факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);
* увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;
* появление генерализованных форм ИСМП;
* увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
* увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
* смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
* выделение преимущественно одного вида возбудителя;
* появление микробных ассоциаций;
* увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
* возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
* рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
* рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление одного или нескольких вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.15.5. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог (при отсутствии - заместитель по лечебной работе) оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача акушерского стационара и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Администрация и персонал акушерского стационара принимает меры по устранению нарушений, усиливая весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.15.6. При невозможности устранения причин, способствующих росту заболеваемости ИСМП, в том числе наличие грубых нарушений противоэпидемического режима, ставят вопрос о прекращении работы акушерского стационара.

VI. Микробиологический мониторинг в медицинских организациях

6.1. Микробиологический мониторинг является обязательным параметром эпидемиологического надзора, позволяющий определить этиологическую структуру ИСМП, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционных мероприятий, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия.

6.2. В каждой МО на основании федеральных документов разрабатывают и внедряют в работу протокол микробиологического мониторинга (в виде СОП).

6.3. Микробиологический мониторинг осуществляет микробиологическая лаборатория МО, при ее отсутствии – по договорам с аккредитованными организациями.

6.4. В рамках микробиологического мониторинга приоритетным (более информативным в плане выявления эпидемических рисков) является анализ результатов исследований материала, взятого из патологических локусов пациентов после «чистых» и «условно – чистых» оперативных вмешательств при подозрении и/ или возникновении ИСМП. Микроорганизмы одного вида, выделенные в одном отделении, или после схожих операций (манипуляций), при ранжировании, занимающие первые или вторые места по частоте высева, будут свидетельствовать с большой долей вероятности о госпитальном характере данной микрофлоры и необходимости принятия целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6.5. Для выявления госпитальных штаммов и их циркуляции на объектах больничной среды (факторы передачи инфекции экзогенного генеза) проводят тестирование выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам (антибиотикам, дезинфицирующим средствам).

6.6. Санитарно-бактериологические исследования внутрибольничной среды проводят по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации по каждому отделению, с кратностью, предусмотренной санитарными правилами или локальными нормативными актами, но не реже 1 раз в 6 месяцев. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью. Приоритетным следует считать контроль качества обработки рук медицинского персонала, контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

6.7. В связи с тем, что бактерии на абиотических поверхностях (медицинское оборудование, мебель, инструментарий, включая эндоскопы) могут находиться в форме микробных ассоциаций – биологических пленок, дополнительно 1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям проводят процедуры индикации и разрушения (деструкции) матрикса биопленок с последующим выявлением свободноживущих микроорганизмов, в соответствии с МР 4.2.0161-19 «Методы индикации биологических плёнок микроорганизмов на абиотических объектах».

6.8. Объектами исследования при проведении санитарно-бактериологического контроля являются:

* воздушная среда;
* предметы внутрибольничной среды, рабочие поверхности, медицинское оборудование в том числе для наркоза, для экстракорпорального кровообращения, кувезы для новорожденных, посуда в пищеблоках (буфетных), помещения для приготовления детских смесей и для сбора и хранения грудного молока;
* медицинские изделия (медицинские инструменты, перевязочный и шовный материал и другие) на стерильность;
* лекарственные формы;
* грудное молоко, детские питательные смеси, молокоотсосы для индивидуального применения, емкости для сбора сцеженного грудного молока, емкости для детских смесей, растворы для питья новорожденных, средства для ежедневного туалета новорожденных;
* руки персонала,
* оборудование для стерилизации;
* дезинфекционные камеры;
* химические средства для дезинфекции;
* белье;
* рабочие поверхности и оборудование пищеблока (буфетных), посуда.

6.9. Взятие проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов (не менее 5 смывов в одном помещении), проб воздуха - аспирационным методом.

6.10. В плановом порядке исследования проводят на санитарно-показательную микрофлору - стафилококки, бактерии группы кишечной палочки.

По эпидемическим показаниям перечень и объем исследований определяют в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой и предполагаемым этиологическим агентом (микроорганизмы из группы ESCAPE: *Enterococcus, Staphylococcus aureus, Acinetobacter spp., Pseudomonasaeruginosa, Enterobacteriaceae (E. coli, K. pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp*.).

6.11. Медицинские изделия, подлежащие контролю на стерильность, направляют в микробиологическую лабораторию в упаковке, в которой проводилась стерилизация. Их доставляют в лабораторию с соблюдением требований к срокам и условиям транспортировки проб для санитарно-бактериологических исследований.

6.12. При расследовании групповых заболеваний для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды с применением молекулярно-генетических методов идентификации.

6.13. Микробиологическая лаборатория должна располагать следующей информацией, которая при необходимости представляется заместителю руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителю руководителя по лечебной работе/врачу-эпидемиологуэпидемиологу для осуществления оперативного и ретроспективного анализа и разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий:

* количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;
* количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая дрожжевые грибки (отдельно по каждому из видов);
* количество выделенных микробных ассоциаций;
* количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;
* чувствительности выделенных микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, применяемым в отделении.

VII. Организация дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях

7.1. В целях профилактики ИСМП в МО осуществляют дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также, дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских изделий.

7.2. Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель МО, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативными и методическими документами.

7.3. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут служить факторами передачи ИСМП: медицинские изделия (включая медицинское оборудование), руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, кожа локтевых сгибов доноров, предметы ухода за больными, воздух в помещениях класса чистоты А, Б и В, постельные принадлежности, посуда, рабочие поверхности медицинских столов, стоек, тележек, каталок, мебель (тумбочки, кровати и т.п.), приборы, аппараты, больничный текстиль, уборочный инвентарь, медицинские отходы. Выделения больных (моча, фекалии) и биологические жидкости (мокрота, кровь и другие) допускается без предварительного обеззараживания сливать в систему централизованной канализации.

7.4. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий МО должны быть обеспечены моющими и дезинфицирующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и стерилизации различного назначения, кожными антисептиками, стерилизационными упаковочными материалами, а также средствами контроля (в том числе зкспресс-индикаторами), необходимым дезинфекционным и стерилизационным оборудованием.

7.5. Для проведения профилактической и текущей дезинфекции в присутствии пациентов применяют малоопасные (IV класса опасности) дезинфекционные средства.

При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения (только способом протирания).

7.6. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств, используемых для обработки различных объектов:

- отдельно для каждого этапа обработки медицинских изделий (предварительная очистка, дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация);

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными;

- для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления.

7.7. Профилактическая дезинфекция осуществляется в трех формах: плановой, по эпидемиологическим и по санитарно-гигиеническим показаниям.

7.7.1. Плановую профилактическую дезинфекцию в МО проводят систематически с целью снижения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности накопления микроорганизмов; предупреждения распространения микроорганизмов через медицинские изделия, руки медицинского персонала и кожные покровы пациентов, поверхности в помещениях, приборы, оборудование, предметы ухода за больными, воздух и др.; освобождения помещений МО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

При плановой профилактической дезинфекции в МО проводится:

- обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

- обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, после их использования у пациента;

- дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целости тканей, то есть при "нестерильных" эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов;

- гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

- обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

- обработка операционного и инъекционного полей;

- полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

- обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

- дезинсекция, обеспечивающая освобождение или снижение численности членистоногих в помещении и на окружающей территории;

- дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение их численности на окружающей территории.

7.7.2. Для профилактической дезинфекции при обработке поверхностей в помещениях по противобактериальному (кроме возбудителей туберкулеза) режиму при использовании химических дезинфицирующих средств на основе четвертичных аммониевых соединений, полимерных производных гуанидина, третичных алкиламинов и на основе композиций данных действующих веществ (ДВ), а также на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты и перекиси водорода, следует применять рабочие растворы дезинфицирующих средств со следующим содержанием ДВ:

- четвертичные аммонивые соединения – не менее 0,02%;

- полимерные производные гуанидина – не менее 0,05%;

- третичные алкиламины – не менее 0,01%;

- различные композиции ДВ (четвертичные аммонивые соединения, полимерные производные гуанидина, третичные алкиламины) – суммарно не менее 0,01%;

- натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты – не менее 0,015%;

- перекись водорода – не менее 3,0%.

7.7.3. Поверхности в помещениях, приборы, оборудование и др. обеззараживают способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить процесс обеззараживания объекта с его мойкой в один этап, либо после дезинфекции включать этап последующей влажной уборки с применением моющих средств.

7.7.4. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

7.7.5. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания салфетками, смоченными растворами дезинфицирующих средств. Кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электровакуумных отсосов, судна, мочеприемники, емкости эмалированные, медицинские термометры, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих машин, разрешенных для применения в установленном порядке, в случае их наличия в отделениях.

7.7.6. Профилактическую дезинфекцию по эпидемиологическим показаниям проводят с целью предотвращения распространения возбудителей ИСМП и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Её осуществляют с учетом эпидемиологических особенностей конкретной нозологической формы ИСМП (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, при необходимости – дезинсекции, дератизации).

7.7.7. Профилактическую дезинфекцию по санитарно-гигиеническим показаниям проводят как разовое мероприятие в помещениях МО, находящихся в неудовлетворительном санитарном содержании по методике проведения генеральных уборок.

7.7.8. Генеральную уборку осуществляют с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. Проведение генеральной уборки фиксируют в журнале произвольной формы.

Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводят не реже одного раза в 7 дней дезинфицирующими средствами по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

Генеральные уборки в палатных отделениях (кроме инфекционных), врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят не реже одного раза в 30 дней дезинфицирующими средствами по режимам, предусмотренным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями, а в инфекционных отделениях – по режимам, рекомендованным для конкретных возбудителей.

При генеральной уборке проводят мытье, очистку и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей (в том числе наличников), окон (с внутренней стороны), плинтусов, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств (или дезинфицирующих средств с моющими свойствами) с последующим обеззараживанием воздуха.

7.7.9. Текущие уборки в МО неинфекционного профиля проводят с применением моющих средств (без применения дезинфицирующих средств). Текущие уборки в МО проводятся не реже 2 раз в сутки. В операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом текущую уборку помещений проводят с применением дезинфицирующих средств по режимам эффективным для профилактики вирусных инфекций.

В операционных между операциями проводят текущую дезинфекцию рабочих поверхностей с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

При возникновении в стационаре (отделении) ИСМП, а также в стационарах (отделениях) инфекционного профиля при текущей уборке применяют дезинфицирующие средства по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

7.7.10. В медицинских организациях в целях профилактики распространения госпитальных клонов (штаммов) микроорганизмов, локализации и ликвидации эпидемических очагов ИСМП возможно использование биологического метода дезинфекции с использованием бактериофагов. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов целесообразна в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и др.), где применение химических дезинфицирующих средств ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за функциями пациентов.

Для дезинфекции биологическим методом применяют препараты лечебно-профилактических бактериофагов, которые содержат комплексы поликлональных вирулентных (строго литических) бактериальных вирусов, вызывающих гибель гомологичных видов бактерий. Для дезинфекции используются только жидкие препараты лечебно-профилактических бактериофагов, зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации.

Перед дезинфекцией с использованием бактериофага обязательно проводят предварительное изучение его литической активности и оценка чувствительности к нему конкретного вида бактерий.

7.8. Очаговую дезинфекцию проводят при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических и других МО любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя.

Очаговую дезинфекцию осуществляют в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции с включением этапа влажной уборки с применением моющих средств.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) через объекты, имевшие контакт с больными или с их выделениями.

При очаговой дезинфекции обеззараживают различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводят гигиеническую обработку рук медицинского персонала, полную или частичную обработку кожных покровов пациентов, при необходимости − дезинсекцию и дератизацию.

7.8.1. Текущую очаговую дезинфекцию проводят при наличии источника инфекции (заболевшего ИСМП пациента). Обеззараживают объекты внутрибольничной среды в окружении больного с момента выявления у него внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

В ходе текущей очаговой дезинфекции проводят систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: медицинские изделия, предметы ухода, посуда, белье, поверхности в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, при необходимости - дезинсекцию и дератизацию.

При текущей очаговой дезинфекции медицинский персонал проводит гигиеническую обработку рук, полную или частичная обработку кожных покровов пациента.

7.8.2. Заключительную очаговую дезинфекцию проводят после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре.

В ходе заключительной очаговой дезинфекции обеззараживают поверхности в помещениях, в которых находился пациент, места общего пользования, поверхности оборудования и приборы, медицинские изделия, предметы ухода за больным, медицинские отходы*.* После заключительной дезинфекциив помещениях проводят влажную уборку с применением моющих средств. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, защитные очки, перчатки, фартук).

При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом протирания или орошения (аэрозольный метод) с помощью аэрозольных установок (аппаратуры)различных типов. Норма расхода дезинфицирующих средства составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м2. Конкретная норма расхода дезинфицирующих средств определяется инструкцией по их применению.

При заключительной дезинфекции постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), нательное белье и вещи больного (по показаниям), выдаваемые ему перед выпиской, обеззараживают в дезинфекционных камерах. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

По показаниям проводят полную или частичную санитарную обработку кожных покровов больных перед выпиской. Обеззараживают санитарный транспорт, перевозивший больного. При необходимости проводят дезинсекцию и дератизацию.

7.9. Воздух помещений следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

* воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей (включая импульсные установки), применяемых в отсутствие людей, закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей. Необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем с учетом объема помещения, типа и производительности установки. Экспозицию облучения рассчитывают согласно действующим нормам и регистрируют в журнале учеты работы облучателя. Суммарный срок эксплуатации не должен превышать указанный в паспорте производителя. При использовании бактерицидных облучателей открытого или комбинированного типа выключатели должны быть выведены за пределы помещений;
* воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
* воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствие людей при проведении заключительной дезинфекции и при проведении генеральных уборок;
* воздействие постоянных электрических полей, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;
* применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров, как встроенных в систему вентиляции, так и в виде специальных установок;
* возможно использование других технологий с применением специального оборудования, разрешенного к применению в установленном порядке.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных дезинфекционных средств и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенного для обеззараживания воздуха в помещениях.

7.10. Мероприятия по дезинфекции водных систем МО (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха и др.) проводят с целью профилактики распространения легионеллезной инфекции. Микробиологический мониторинг на наличие легионелл необходимо осуществлять для централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха не реже 2 раз в год, и ежеквартально для бассейнов при этом необходимо руководствоваться действующими нормативными документами.

7.11. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

7.12. Хранение дезинфицирующих средств допускается в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям, в оригинальной упаковке изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Не допускается использование дезинфицирующих средств с истекшим сроком годности.

7.13. В целях предупреждения и своевременного выявления резистентных к дезинфицирующим средствам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости эпидемиологически значимых штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам. По результатам исследования принимают решение о необходимости ротации дезинфицирующего средства (последовательная замена дезинфицирующего агента из одной химической группы на ДВ из другой химической группы) после предварительной оценки чувствительности госпитального штамма к вновь выбранному ДС.

7.14. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий**.**

5.14.1. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

7.14.2. МО должны быть обеспечены медицинской техникой и медицинскими изделиями в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.

7.14.3. Медицинские изделия после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

Изделия однократного применения утилизируют в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими требованиям к обращению с медицинскими отходами

7.14.4. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий~~,~~ касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

7.14.5. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное − с активностью в отношении грибов рода ‎Candida) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода ‎Candida. В туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза, при этом средства должны быть тестированы на Mycobacterim terrae. В микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении дерматофитов*.*

7.14.6. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

7.14.7. Для предотвращения контаминации возбудителями ИСМП дезинфицирующих растворов их многократное использование для дезинфекции медицинских изделий допускается только в течение рабочей смены, если их внешний вид не изменился (мутность, хлопья, осадок, изменение цвета и т.д.) вне зависимости от наличия рекомендаций по срокам использования рабочих растворов дезинфицирующих средств, указанных в инструкциях по их применению.

7.14.8. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств медицинские изделия погружают в рабочий раствор средства (или готовое к применению средство) (далее – «раствор») с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

7.14.9. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения медицинского изделия в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

7.14.10. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

Способом протирания дезинфицируют профессиональные («многопользовательские», «госпитальные») глюкометры для экспресс-мониторинга уровня глюкозы в крови, предназначенные для применения у разных пациентов. Их конструкция позволяет без нарушения функциональных свойств применять дезинфицирующие салфетки или обычные тканевые салфетки, увлажненные раствором дезинфицирующего средства, рекомендуемого инструкцией по применению глюкометра. Дезинфицирующие средства используют по противовирусному режиму.

7.14.11. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

7.14.12. Критерием качества поведенной дезинфекции является отсутствие высева санитарно-показательных микроорганизмов (золотистый стафилококк и бактерии группы кишечной палочки) в смывах с поверхностей и каналов изделий.

7.14.13. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют ручным или механизированным способами путем мытья в растворе моющего средства после дезинфекции или при совмещении мытья с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства) в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию.

7.14.14. При проведении предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) ручным способом этапами процесса являются:

- замачивание (выдерживание) изделий в средстве (в случае готового к применению средства) или в рабочем растворе средства;

- мойка каждого изделия в том же средстве/растворе, в котором проводили замачивание, при помощи соответствующих приспособлений (ерши, щетки, ватно-марлевые тампоны, тканевые салфетки, шприцы);

- ополаскивание проточной питьевой водой;

- ополаскивание дистиллированной водой;

- сушка.

7.14.15. Раствор средства для предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) при ручном способе очистки можно использовать многократно в течение одной рабочей смены, если это допускается инструкцией по применению средства. При механизированном способе очистки в моюще-дезинфицирующих машинах раствор используется однократно.

7.14.16. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО), при его отсутствии - по месту проведения манипуляций.

7.14.17. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб (разрешенных к применению в установленном порядке) на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

7.14.18. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в ЦСО − 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке − 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале установленной формы.

7.14.19. Стерилизации подвергают все медицинские изделия многократного применения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимых в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой пациента, и могут вызвать ее повреждение.

7.14.20. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускают в стерильном виде предприятиями-изготовителями.

Запрещается повторное использование изделий однократного применения или использование их после истечения срока годности, указанного производителем.

7.14.21. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии - в отделениях МО.

Допускается стерилизацию многоразовых изделий проводить на условиях аутсорсинга.

7.14.22. Стерилизацию медицинских изделий осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

7.14.23. Физические методы стерилизации.

Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационной очистки) обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

7.14.24. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств,обладающих спороцидной активностью, как правило, применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые и доступные методы стерилизации. Стерилизующие растворы можно использовать многократно в течение срока годности под контролем концентрации ДВ тест-полосками до изменения внешнего вида раствора.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, обладающих спороцидным действие~~м~~.

Не применяют для этих целей средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (КПАВ): четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, третичные амины, фенолы и спирты, так как они не обладают спороцидным действием.

Для стерилизации медицинских изделий многократного применения и ДВУ эндоскопов используют рабочие растворы химических средств стерилизации со следующим содержанием ДВ:

- глутаровый альдегид – не менее 2,0%;

- ортофталевый альдегид – не менее 0,55%;

- перекись водорода – не менее 6%;

- надуксусная кислота – не менее 0,2%.

Во избежание разбавления рабочих растворов, в том числе используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств, все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

При стерилизации химическим методом с применением растворов химических стерилизующих средств, отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

Простерилизованные гибкие эндоскопы хранят в специальных шкафах, предотвращающих их вторичную контаминацию микроорганизмами.Эксплуатацию специальных шкафов для хранения гибких эндоскопов осуществляют в соответствии с технической документацией и рекомендациями изготовителей этих шкафов. К эксплуатации допускаются только шкафы, прошедшие государственную регистрацию в Российской Федерации в качестве медицинских изделий.

7.14.25. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению в установленном порядке средства. Перед стерилизацией газовым методом, после предстерилизационной очистки, с изделий удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям (руководствам) по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники и других термолабильных изделий пароформалиновых камер и озоновых стерилизаторов.

7.14.26. Химическим методом с применением паров перекиси водорода в специально предназначенных, в том числе плазменных, стерилизаторах стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

7.14.27. В стоматологических МО (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Запрещается использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

7.14.28. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

7.14.29. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

7.14.30. При паровом, воздушном, газовом методах, а также при использовании паров перекиси водорода изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, стерилизационные коробки с фильтрами (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этих целей в установленном порядке. Упаковочные материалы используют в соответствии с инструкцией по применению (однократно или многократно). Сроки хранения определяется видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

7.14.31. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, а также фильтрами, у которых исчерпан ресурс по допустимой кратности применения или истек срок годности.

7.14.32. Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки; плотность заполнения коробки - 2/3 объема. Стерилизационные коробки с ватой не следует ставить вблизи двери стерилизатора и зоны подачи пара***.***

7.14.33. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить только после их полного остывания. На коробках указывают дату стерилизации.

7.14.34. Для доставки в отделения упаковки со стерильными изделиями необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки), предотвращающую загрязнение и механическое повреждение при транспортировке. Преимущество следует отдавать закрытым контейнерам.

7.14.35. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок, в том числе стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

7.14.36. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

* стерилизации изделий растворами химических средств;
* при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, необходимо сразу использовать по назначению, перенос их из кабинета в кабинет запрещается. Не допускается хранение неупакованных простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

7.14.37. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению бактерицидных камерах, оснащенных ультрафиолетовыми бактерицидными лампами в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер − на стерильном столе не более 6 часов.

7.14.38. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные, перевязочные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время вскрытия.

7.14.39. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий, а также использовать медицинскую мебель со встроенными ультрафиолетовыми лампами.

7.14.40. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, медицинской шапочке, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают не более чем на 6 часов, при этом, все инструменты должны быть полностью покрыты стерильной тканью.

Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

7.14.41. Не допускается использование медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

7.14.42. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя. Категорически запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте.

7.14.43. Флаконы с растворами для парентерального введения перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки протирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используют не более 6 часов с момента вскрытия.

7.14.44. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

7.14.45. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и бактериологическим методами в соответствии с действующими документами:

* физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов);
* химическим (с использованием химических индикаторов);
* бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) .

Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

7.14.46. Эффективность работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах в сочетании с удовлетворительными результатами контроля физическим и химическим методами.

7.14.47. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

7.14.49. Стерильность медицинских изделий оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Критерием эффективности является 100% гибель микроорганизмов всех видов.

7.14.50. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения – не реже 1 раза в полгода. В соответствии с правилами внутреннего распорядка (локальными нормативными актами) или СОП кратность может быть увеличена (1 раз в месяц или 1 раз в квартал).

7.14.51. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

### VIII. Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах

#### I. Общие положения

8.1.1 Эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высокоинформативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику (эндоскопическое обследование) и лечение (эндоскопическая манипуляция, в том числе эндоскопическое оперативное вмешательство) различных заболеваний.

8.1.2. Эндоскопические вмешательства выполняются с использованием эндоскопического оборудования, в том числе эндоскопов и инструментов к ним самостоятельно или в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем).

8.1.3. Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками и (или) проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств.

8.1.4. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути).

8.1.5. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевой пузырь) через естественные пути.

8.1.6. При дезинфекции высокого уровня (далее - ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов проводится ручным способом или механизированным способом в моюще-дезинфицирующей машине (далее - МДМ).

#### II. Организация и контроль мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими вмешательствами

8.2.1. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в структурных подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и (или) проводящих обработку и хранение эндоскопического оборудования, направлены на недопущение передачи возбудителей инфекционных болезней пациентам и персоналу.

8.2.2. В структурных подразделениях медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, распорядительным документом руководителя организации должны быть определены лица, ответственные за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе за качество обработки эндоскопического оборудования.

8.2.3. Руководителем эндоскопического отделения или врачом эндоскопического кабинета должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющихся на оснащении структурного подразделения, которая согласовывается с эпидемиологом и утверждается руководителем медицинской организации. Указанная инструкция должна разрабатываться на основании положений настоящих санитарных правил, эксплуатационной документации на эндоскопы и на оборудование, предназначенное для их обработки и хранения, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации.

8.2.4. Стандартные операционные процедуры (далее СОПы) подготовки медицинских изделий для эндохирургических вмешательств к повторному использованию составляются заведующим (старшей медицинской сестрой) ЦСО и старшей медицинской сестрой операционного блока на основании требований настоящих санитарно-эпидемиологических правил, эксплуатационной документации изготовителя медицинских изделий и технических средств очистки, дезинфекции и стерилизации, инструкций по применению используемых средств очистки, дезинфекции и стерилизации. СОПы согласовываются с эпидемиологом и утверждаются руководителем МО.

8.2.5. Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры), должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную деятельность, по программам дополнительного профессионального образования, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

8.2.6. Мероприятия по контролю за выполнением требований настоящих санитарных правил, в том числе проведение инструментального и лабораторного контроля качества обработки эндоскопического оборудования, включаются в Программу (план) производственного контроля медицинской организации.

8.2.7. Каждому гибкому эндоскопу для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его модели и серийном номере. Идентификационный код эндоскопа должен указываться в протоколе эндоскопического вмешательства или в журнале записи оперативных вмешательств, в графе особые отметки журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.

8.2.8. Каждый цикл обработки эндоскопа должен фиксироваться в журналах.

В Журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств ([Приложение 6](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P337)5 к настоящим санитарным правилам) должны указываться:

- дата обработки эндоскопа;

- идентификационный код (номер) эндоскопа;

- результаты теста на герметичность;

- наименование средства для окончательной очистки ручным способом;

- время начала и окончания процесса окончательной очистки ручным способом;

-результаты контроля качества очистки, проведенного в соответствии с требованиями [пункта 8.9.2](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P274) настоящего раздела санитарных правил;

- способ ДВУ эндоскопа (ручной или механизированный). При ручном способе обработки должны быть указаны: название средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания в нем действующего вещества (далее-ДВ), время начала/окончания дезинфекционной выдержки). При механизированном способе обработки должны быть указаны: порядковый номер или марка МДМ (при наличии в отделении нескольких единиц техники для обработки эндоскопов), номер используемого режима обработки, наименование средств очистки и ДВУ; концентрация раствора и результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в средстве ДВУ многократного применения, время завершения цикла обработки в МДМ;

- фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

Качество очистки эндоскопов, предназначенных для стерильных вмешательств, а также инструментов к ним для стерильных и нестерильных вмешательств должно отмечаться в журнале учета качества предстерилизационной обработки.

В Журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P386) 66 к настоящим санитарным правилам), который заполняется в стерилизационном помещении операционного блока или профильного хирургического отделения, должны указываться:

- дата и время начала обработки;

- наименование и количество всех стерилизуемых изделий, в том числе оптического прибора, головки видеокамеры, световода;

- номер медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) или медицинской карты пациента, получающего медпомощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), для которого эти медицинские изделия использовались;

- наименование стерилизующего средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве многократного применения, время стерилизационной выдержки);

- время завершения стерилизации и упаковки стерилизованных изделий;

- фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

При проведении стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств в стерилизационном помещении операционного блока или в централизованном стерилизационном отделении (далее-ЦСО) с использованием стерилизационного оборудования параметры стерилизации регистрируются в журнале контроля работы стерилизатора.

При стерилизации инструментов для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств ручным способом в дезинфекционно-стерилизационном или стерилизационном помещении эндоскопического отделения данные о процессе стерилизации фиксируется в Журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом (Приложение 66 к настоящим санитарным правилам) за исключением указания номера медицинской карты пациента.

8.2.9. Транспортировка эндоскопов для нестерильных вмешательств по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и за его пределами должна осуществляться в закрытом виде в жестких контейнерах или на лотках, которые подлежат дезинфекции после каждого использования.

8.2.10. Транспортировка жесткого эндоскопа для эндохирургических вмешательств в ЦСО должна осуществляться отдельно от инструментов в специальной решетчатой корзине (сетчатом лотке, контейнере) с эластичными креплениями для его надежной фиксации и обеспечения сохранности оптики.

#### III. Требования к циклу обработки эндоскопов и инструментов к ним

8.3.1. Эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно:

- предварительной очистке;

- окончательной очистке или окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

- дезинфекции высокого уровня;

- хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

8.3.2. Эндоскопическое оборудование, в том числе эндоскопы для стерильных эндоскопических вмешательств, все инструменты многоразового использования для стерильных и нестерильных вмешательств непосредственно после использования подлежат последовательно:

- предварительной очистке;

- предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

- стерилизации;

- хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

8.3.3. Цикл обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств нельзя прерывать. После каждого использования в полном объеме должны быть выполнены все процессы обработки эндоскопа, в том числе подвергнуты обработке все каналы независимо от того были они использованы при проведении вмешательства или нет. При оказании медицинской помощи эндоскопическим методом за пределами базовой МО и отсутствии условий для проведения окончательной очистки и ДВУ эндоскопа выполнение этих процессов может быть отсрочено до возвращения эндоскопа в МО.

8.3.4. Процесс стерилизации эндоскопов и инструментов к ним разрешается перенести на следующую рабочую смену при условии проведения их эффективной предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией и тщательной сушки.

#### IV. Требования к планировке, оборудованию и санитарному содержанию помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих нестерильные эндоскопические вмешательства.

8.4.1. Эндоскопическое отделение (кабинет) должно иметь следующие помещения:

Кабинет(ы) врача(ей);

Раздельные эндоскопические манипуляционные (в зависимости от видов проводимых вмешательств) для проведения:

- бронхоскопии,

- исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта,

- исследований нижних отделов желудочно-кишечного тракта;

- вспомогательные помещения.

Сочетанное исследование верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта под седацией допускается проводить в одной манипуляционой. Выход пациента из седации должен осуществляться под медицинским контролем.

Моечно-дезинфекционные помещения или моечно-дезинфекционный блок: моечная, дезинфекционно-стерилизационная и помещение (зона) для хранения чистых эндоскопов.

8.4.2. Ретроградная холангиопанкреатография проводится в эндоскопической манипуляционной или в рентгеноперационной, соответствующей требованиям норм радиационной безопасности.

8.4.3. При манипуляционной для проведения исследований нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается наличие санитарного узла.

8.4.4. Манипуляционная для проведения бронхоскопии (класс чистоты «Б») оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95%.

8.4.5. Помещение, в котором проводятся эндоскопические вмешательства, должно быть оборудовано раковиной для мытья рук медицинских работников. Использование раковины для других целей недопустимо.

8.4.6. Предварительная очистка использованных эндоскопов и инструментов к ним выполняется в том же помещении, где проводилось вмешательство.

8.4.7. Окончательная очистка или окончательная очистка при совмещении с дезинфекцией, а также дезинфекция высокого уровня эндоскопов проводятся в специально оборудованном моечно-дезинфекционном помещении (помещение для обработки эндоскопов) или моечно-дезинфекционном блоке (блок для обработки эндоскопов).

8.4.8. Предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией инструментов проводится в зоне очистки моечно-дезинфекционного помещения отдельно от эндоскопов ручным способом или с использованием ультразвуковых очистителей.

8.4.9. Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн.

8.4.10. Для обеспечения эффективности ДВУ и сохранности эндоскопа в моечно-дезинфекционном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении устанавливаются дополнительные средства очистки водопроводной воды, в том числе антибактериальные фильтры в МДМ и (или) при подаче воды в моечную ванну для финального ополаскивания эндоскопов после ДВУ.

8.4.11. Расположение технологического оборудования в моечно-дезинфекционном помещении должно обеспечивать поточность выполнения всех этапов обработки эндоскопов в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил. Во вновь проектируемых медицинских организациях предусматриваются планировочные решения, исключающие перекрест потоков чистых и грязных эндоскопов.

8.4.12. Помещение для обработки эндоскопов функционально разделяется на условно грязную зону, предназначенную для проведения окончательной очистки как самостоятельного процесса или при совмещении с дезинфекцией, и условно чистую зону, где проводится дезинфекция высокого уровня, сушка и хранение эндоскопов. В крупных эндоскопических отделениях при централизации обработки эндоскопов выделяют моечно-дезинфекционный блок с отдельными помещениями для проведения окончательной очистки эндоскопов и предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов многоразового использования; ДВУ эндоскопов и, при необходимости, стерилизации инструментов ручным способом; хранения эндоскопов.

8.4.13. В помещении для обработки эндоскопов устанавливается раковина для мытья рук медицинского персонала. Не допускается использовать ее для других целей.

8.4.14. Зона окончательной очистки эндоскопов (или помещение для окончательной очистки эндоскопов) должна оборудоваться:

- столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами;

- моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и водоснабжению; количество моечных ванн определяется исходя из принятого алгоритма обработки и максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении (кабинете);

-столом для проведения теста на качество окончательной очистки;

- стеллажами (шкафами) для хранения нестерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, моющие и дезинфицирующие средства).

8.4.15. Зона ДВУ и хранения эндоскопов (помещения для ДВУ и хранения эндоскопов) должна оборудоваться и оснащаться:

- емкостями для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ;

- моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований;

- емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды - стерильными, в других случаях - продезинфицированными);

- столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов;

- шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;

- стеллажами (шкафами) для хранения стерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, чехлы для эндоскопов).

8.4.16. Все виды шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже 1 раза в неделю, если иное не предусмотрено инструкциями по их эксплуатации.

8.4.17. Стерилизация инструментов к эндоскопам, загубников, щеток многоразового использования и др. медицинских изделий ручным или механизированным способом должна проводиться в стерилизационном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении эндоскопического отделения, которое соответствует классу чистоты Б, или в ЦСО.

8.4.18. Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или 2 раз в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств по бактерицидному режиму проводится 1 раз в неделю.

#### V. Требования к помещениям, предназначенным для проведения стерильных эндоскопических вмешательств, обработки использованных при данном виде вмешательств эндоскопов и инструментов

8.5.1. Стерильные эндоскопические вмешательства должны проводиться в операционных, малых операционных медицинских организаций или в эндоскопических манипуляционных (класс чистоты Б) профильных хирургических отделений.

8.5.2. Предварительная очистка эндоскопического оборудования (оптический прибор, головка видеокамеры, световод, инструменты, комплект силиконовых трубок) в операционном блоке или малой операционной должна осуществляться после завершения оперативного вмешательства в зоне, в которой проводится предварительная очистка хирургического инструментария.

8.5.3. Предварительная очистка гибких и жестких эндоскопов, а также инструментов к ним, использованных для проведения стерильных вмешательств с диагностической и/или лечебной целью, должна проводиться в эндоскопической манипуляционной профильных хирургических отделений сразу после завершения исследований.

8.5.4. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, эндоскопов для стерильных вмешательств и инструментов должна проводиться в помещении разборки и мытья инструментов операционного блока, в моечно-дезинфекционном помещении хирургического отделения, в ЦСО. Транспортировка эндоскопов (оптический прибор, головка видеокамеры) к месту выполнения обработки осуществляется отдельно от инструментов и должна исключать возможность их механического повреждения.

8.5.5. Стерилизация эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических вмешательств и инструментов проводится:

- ручным способом в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения;

- механизированным способом с использованием стерилизационного оборудования в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения, ЦСО.

8.5.6. Эндоскопы и инструменты, подвергнутые стерилизации, хранят в асептических условиях.

8.5.7. Текущая уборка и дезинфекция в помещениях, где осуществляются стерильные эндоскопические вмешательства, должна проводиться после каждого вмешательства. Генеральная уборка - 1 раз в неделю.

#### VI. Требования к оборудованию, средствам и материалам для обработки эндоскопического оборудования

8.6.1. При обработке эндоскопов и прочих медицинских изделий в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем), а также инструментов к эндоскопам должны использоваться изделия медицинской техники (стерилизаторы, моющие машины, МДМ, ультразвуковые очистители и другие), моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению для этих целей в Российской Федерации.

8.6.2. Моюще-дезинфицирующие машины (МДМ) для обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств допускается использовать только с валидированными и указанными в эксплуатационной документации на МДМ химическими средствами очистки и дезинфекции. Средства ДВУ многократного применения должны быть обеспечены химическими индикаторами контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве. Внесение производителем МДМ в эксплуатационную документацию дополнительных средств очистки и ДВУ возможно после проведения испытаний в испытательно-лабораторном центре, аккредитованном на данный вид исследований.

8.6.3. При выборе средств очистки, дезинфекции (в том числе ДВУ) для ручного способа обработки, а также средств и методов стерилизации должны учитываться рекомендации изготовителей эндоскопов и инструментов, касающиеся воздействия конкретного средства (стерилизующего агента) на материалы этих медицинских изделий. Не допускается использовать методы и режимы стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, не указанных в эксплуатационной документации на конкретные медицинские изделия, т.к. это ведет к выходу их из строя (поломке).

8.6.4. Не допускается применение для очистки или очистки, совмещенной с дезинфекцией, дезинфицирующих средств, которые в рекомендованных режимах оказывают фиксирующее действие на органические загрязнения, в том числе содержащих в своем составе спирты и альдегиды.

8.6.5. Растворы моющих средств для очистки эндоскопов на основе ферментов и/или поверхностно-активных веществ применяются однократно. Растворы дезинфицирующих средств в режиме очистки, совмещенной с дезинфекцией, применяются до изменения внешнего вида, но не более одной рабочей смены.

8.6.6. Для ДВУ эндоскопов применяются растворы альдегидсодержащих, кислород-активных и некоторых хлорсодержащих средств (анолиты, получаемые в МДМ для обработки эндоскопов) в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

8.6.7. Для стерилизации эндоскопов и инструментов применяют:

- паровой, газовый и плазменный методы;

- растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

8.6.8. Запрещается использовать для стерилизации эндоскопов и инструментов к ним озоновые стерилизаторы и пароформалиновые камеры.

8.6.9. Длительность применения рабочих растворов и готовых к применению средств ДВУ и стерилизации многократного применения (в пределах срока годности) определяется концентрацией ДВ, которая должна контролироваться химическими индикаторами (тест полосками) с кратностью не реже одного раза в смену. Не допускается для тестирования концентрации ДВ в одном средстве использовать химические индикаторы от другого средства, содержащего то же действующее вещество. Средства, не обеспеченные химическими индикаторами, необходимо использовать однократно.

8.6.10. При многократном применении (в пределах срока годности) рабочего раствора или готового к применению средства ДВУ и стерилизации для предотвращения его разбавления при ручном способе обработки медицинские изделия перед погружением в раствор должны просушиваться.

8.6.11. Емкости с рабочими растворами средств для стерилизации и ДВУ должны быть снабжены крышками, иметь надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, срока годности.

Для готовых к применению средств должно указываться название и назначение и дата. Раствор используется однократно.

#### VII. Требования к технологии обработки и хранению эндоскопического оборудования

8.7.1. Обработка гибких эндоскопов для нестерильных эндоскопических вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

8.7.1.1. Процесс предварительной очистки внешних поверхностей вводимой трубки, промывка каналов; для видеоэндоскопа (при наличии указаний в инструкции изготовителя) – герметизация электронного коннектора с использованием защитного колпачка.

8.7.1.2. Визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию.

8.7.1.3. Процесс окончательной очистки или окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией включает следующие этапы:

- погружение эндоскопа в раствор моющего или моюще-дезинфицирующего средства с заполнением всех каналов через вспомогательные приспособления (ирригатор, адаптеры, промывочные трубки) на время, указанное в инструкции на средство;

- очистка салфетками внешних поверхностей эндоскопа, очистка щетками клапанов, гнезд клапанов и биопсийного порта, торцевой оптики, механизма инструментального подъемника (при наличии) и открытых для доступа каналов;

- промывка моющим или моюще-дезинфицирующим раствором всех каналов эндоскопа через вспомогательные приспособления (не менее 90 мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов);

- ополаскивание внешних поверхностей, клапанов и каналов эндоскопа водой питьевого качества (не менее 90мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов) с использованием тех же вспомогательных приспособлений, что для очистки;

- сушка внешних поверхностей чистым материалом и каналов продувкой (аспирацией) воздухом.

Промывные воды после очистки и ополаскивания эндоскопов должны сливаться в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания.

8.7.1.4. Проверка качества очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с [пунктом 8.9.2](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P274). настоящего раздела санитарных правил. Тестированию подлежит каждый 10 из очищенных эндоскопов, но не менее 1 в смену.

8.7.1.5. Процесс ДВУ эндоскопа при ручном способе обработки включает следующие этапы:

- дезинфекционная выдержка при полном погружении эндоскопа в раствор одного из средств, указанных в [пункте 8.6.6](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P167). настоящего раздела санитарных правил. Все каналы должны быть принудительно заполнены раствором, пузырьки воздуха с наружных поверхностей удалены салфеткой;

- ополаскивание эндоскопа проводится согласно инструкции по применению конкретного средства, предназначенного для ДВУ. Системы каналов биопсия/аспирация и воздух/вода промываются не менее 90 мл воды, дополнительные каналы – не менее 30 мл воды. Эндоскопы для гастроинтестинальных исследований должны ополаскиваться водой не ниже питьевого качества, бронхоскопы - водой стерильной или очищенной на антибактериальных фильтрах. Порция воды для ополаскивания эндоскопа всегда используется однократно.

- удаление влаги с внешних поверхностей эндоскопа при помощи стерильного материала; из каналов - продувкой воздухом или активной аспирацией воздуха. Для более полного удаления влаги из каналов эндоскопа обработка завершается промыванием 70% этиловым спиртом, отвечающим требованиям фармакопейной статьи, или 70% изопропиловым спиртом 2 класса микробиологической чистоты, и продувкой воздухом.

8.7.1.6. Обработка эндоскопов механизированным способом проводится в соответствии с эксплуатационной документацией на оборудование. Перед каждым циклом обработки эндоскопа в МДМ проводится их окончательная очистка ручным способом в соответствии с п.7.1.3, если в инструкции к МДМ нет других указаний.

8.7.1.7. Обработка в МДМ определенных моделей эндоскопов проводится при наличии адаптеров для подключения всех каналов к оборудованию. При отсутствии в МДМ адаптера для подключения дополнительного канала (элеваторного, для подачи CO2 или воды) этот канал должен пройти полную обработку вручную до начала цикла в МДМ.

8.7.1.8. После завершения обработки эндоскоп подлежит повторному использованию или хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

8.7.1.9. В течение рабочей смены обработанный эндоскоп в собранном виде может храниться в асептических условиях до очередного использования не более 3-х часов. Эндоскоп, не использованный в течение указанного периода, повторно подвергается ДВУ.

8.7.1.10. Между рабочими сменами эндоскоп должен храниться в разобранном виде, упакованным в стерильный материал или неупакованным в шкафу для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде.

Срок хранения эндоскопов в шкафу для сушки и хранения в асептической среде указывается в инструкции по эксплуатации шкафа. Срок хранения эндоскопов, упакованных в стерильные тканевые чехлы, не должен превышать 72 часа. После истечения указанного срока хранения эндоскоп подлежит ДВУ повторно.

8.7.1.11. Не допускается хранение эндоскопов в шкафах под действием прямых ультрафиолетовых лучей.

8.7.1.12. Емкость (контейнер, бачок) для воды, предназначенной для очистки линз, крышка и соединительные шланги к ней в конце рабочей смены подлежат очистке, сушке и стерилизации. Перед использованием и далее в течение рабочей смены емкость заполняется стерильной водой.

8.7.1.13. Аспирационная банка в процессе работы заполняется не более чем на 3/4 объема. После каждого опорожнения она подлежит дезинфекции способом погружения и очистке. На каждый аспирационный отсос предусматривается не менее двух банок.

8.7.2. Обработка гибких эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

8.7.2.1. Процесс предварительной очистки проводится в порядке, установленном [подпунктом 8.7.1.1](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P183). настоящего раздела санитарных правил.

8.7.2.2. Визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию.

8.7.2.3. Процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, выполняется аналогично процессу окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией ([подпункт 8.7.1.3](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P192) настоящего раздела санитарных правил).

8.7.2.4. Проверка качества очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 8.9.2 настоящего раздела санитарных правил.

8.7.2.5. Стерилизация гибких эндоскопов проводится в растворах химических средств ручным способом или механизированным способом в низкотемпературных стерилизаторах, которые не имеют ограничений к использованию для конкретной модели и серии эндоскопа (по материалам; количеству, длине и диаметру каналов).

8.7.2.6. Процесс стерилизации эндоскопов ручным способом включает следующие этапы:

- стерилизационная выдержка в растворе одного из средств, указанных в [пункте 8.6.6](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P168) настоящего раздела санитарных правил, при полном погружении эндоскопа и принудительном заполнении каналов через вспомогательные приспособления, а также удалении пузырьков воздуха с наружных поверхностей;

- ополаскивание эндоскопа стерильной водой в соответствии с инструкцией по применению конкретного стерилизующего средства. Внутренние каналы ополаскиваются через вспомогательные приспособления не менее 90мл стерильной воды каждый.

Стерильная вода и стерильные контейнеры для воды используются однократно.

- сушка наружных поверхностей эндоскопа стерильными салфетками, каналов - воздухом под давлением или аспирацией воздуха. Дополнительная сушка каналов спиртом не проводится.

8.7.2.7. Отмытые от остатков стерилизующего средства и высушенные изделия перекладываются в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной тканью. Допустимый срок хранения простерилизованных изделий - не более 72 часов.

8.7.3. Обработка жестких эндоскопов, блока управления видеокамерой и блока видеоголовки, световодов и вспомогательного оборудования для стерильных вмешательств включает следующие процессы: предварительная очистка, предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, стерилизация.

8.7.3.1. Обработка жесткого эндоскопа:

8.7.3.1.1. Предварительная очистка внешних поверхностей эндоскопа от видимых загрязнений проводится при помощи безворсовой салфетки в воде или растворе нейтрального моющего средства, каналы (при наличии) промываются при помощи специальных приспособлений (спринцевальные трубки, промывочные шприцы или моечный пистолет с насадками).

8.7.3.1.2. Предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией жестких эндоскопов и принадлежностей к ним проводится ручным способом и/или механизированным способом в МДМ.

Процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки эндоскопа после полного демонтажа его съемных деталей включает:

- дезинфекционную выдержку в моюще-дезинфицирующем растворе при полном погружении в раствор и принудительном заполнении каналов (при наличии);

- механическую очистку внутренних каналов (при наличии) и съемных деталей эндоскопа при помощи щеток и проволочных очистителей соответствующего размера;

- промывку каналов при помощи специальных приспособлений;

- ополаскивание эндоскопа водой питьевого качества и дистиллированной водой, в том числе каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений.

Наружные поверхности эндоскопа просушиваются мягкой тканью, каналы - воздухом при помощи воздушного пистолета. Дополнительно 70% спиртом просушиваются оптические поверхности, если это указано в инструкции изготовителя.

Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в МДМ химическими средствами или химическими средствами и термическим методом, которые рекомендованы изготовителем эндоскопического оборудования. Эндоскоп должен быть помещен в решетчатую корзину (сетчатый лоток), надежно зафиксирован эластичными креплениями и подключен к системе ирригации машины (при наличии канала).

8.7.3.1.3. После завершения предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, проверяется качество очистки в соответствии с пунктом 9.2 настоящего раздела санитарных правил; в соответствии с инструкцией по эксплуатации проверяется качество изображения, выполняются процедуры ухода.

8.7.3.1.4. Перед автоматическим циклом стерилизации эндоскоп тщательно сушится и укладывается в стерилизационный контейнер, рекомендованный изготовителем для обеспечения эффективности выбранного метода стерилизации и сохранности изделия во время процесса стерилизации, а также в процессе последующей транспортировки и хранения.

8.7.3.1.5. Процесс стерилизации эндоскопа ручным способом должен проводиться в соответствии с [подпунктом 8.7.2.4](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P210) настоящего раздела санитарных правил.

8.7.3.2. Обработка блока управления видеокамерой и блока видеоголовки (блок видеоголовки с интегрированным оптическим адаптером (объективом), видеоголовка с винтовым соединением и с оптическим адаптером или без него, а также сам оптический адаптер) начинается сразу после отсоединения сетевого штекера.

8.7.3.2.1. Блок управления видеокамерой протирается одноразовой салфеткой, смоченной в дезинфицирующем средстве, не содержащем альдегиды, спирты или другие фиксирующие биологические загрязнения компоненты.

8.7.3.2.2. Видеоголовка, объектив и кабель видеоголовки после визуальной проверки на наличие разрывов и трещин подвергаются предварительной очистке в растворе нейтрального моющего средства.

8.7.3.2.3. Процесс предстерилизационной очистки при совмещении с дезинфекцией, эндоскопического оборудования, указанного в [подпункте 8.7.3.2](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P229) настоящего раздела санитарных правил, включает:

- погружение в моюще-дезинфицирующий раствор на время дезинфекционной выдержки;

- удаление загрязнений с видеоголовки и объектива мягкой щеткой (безворсовой тканью);

- ополаскивание дистиллированной водой;

- сушку чистой безворсовой тканью.

8.7.3.2.4. Стерилизация медицинских изделий, указанных в [подпункте 8.7.3.2.](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P229) настоящего раздела санитарных правил, должна проводиться в соответствии с рекомендациями изготовителя паровым, газовым или плазменным методами. Перед стерилизацией проводится проверка на чистоту оптики и штекера камеры, сушка стеклянных поверхностей 70% спиртом, осмотр на наличие повреждений.

8.7.3.2.5. Для повышения сохранности видеоголовки и кабеля, защиты их от загрязнения биологическим материалом во время проведения оперативного вмешательства используются прозрачные одноразовые полимерные непроницаемые для жидкостей, в том числе биологических, чехлы. Перед надеванием одноразовых стерильных чехлов данные медицинские изделия должны пройти все процессы обработки в соответствии с инструкцией изготовителя (предстерилизационная очистка, дезинфекция, стерилизация).

3D видеолапароскопы перед надеванием одноразового стерильного чехла или защитного тубуса с чехлом должны пройти все процессы цикла обработки в строгом соответствии с инструкцией изготовителя. Повторное использование одноразовых чехлов или тубусов недопустимо.

8.7.3.3. Предварительная очистка стекловолоконных и жидкостных световодов заключается в удалении салфеткой видимых загрязнений в растворе нейтрального моющего средства. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, проводится ручным или механизированным способами. Перед стерилизацией световод тщательно сушится, стеклянные поверхности дополнительно просушиваются 70% спиртом, проводится функциональный тест. Стекловолоконные световоды стерилизуются методами, указанными в [пункте 8.6.7](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P168). настоящего раздела санитарных правил. Жидкостные световоды стерилизуются газовым методом или в растворах химических средств.

8.7.3.4. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, аспирационной банки и комплекта многоразовых силиконовых трубок, которые являются принадлежностями к отсасывающему (промывающему насосу или помпе), после каждой эндоскопической операции проводится ручным или механизированным способом, стерилизация - паровым методом по режиму, рекомендованному изготовителем.

Обработка силиконовых трубок ручным способом должна проводиться в соответствии с [подпунктом 8.7.3.6.](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P242) настоящего раздела санитарных правил.

Помпа после отключения от сети протирается салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащего спирты.

8.7.3.5. Обработка инсуффляционного прибора с принадлежностями проводится в следующей последовательности:

Прибор после отключения от сети протирается одноразовой салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащего спирты. Использованные одноразовые антибактериальные CO2-газовые фильтры относятся к медицинским отходам класса «Б».

8.7.3.6. Комплект многоразовых силиконовых трубок подвергается:

- предварительной очистке в растворе моющего средства;

- предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией, ручным или механизированным способом с использованием специальных приспособлений для беспрепятственного промывания внутренних полостей трубок потоком моюще-дезинфицирующего средства; разборный колпачок датчика давления подвергается дезинфекции и очистке в разобранном виде;

- ополаскиванию дистиллированной водой;

- сушке внутренних полостей воздухом и наружных поверхностей тканью;

- осмотру на чистоту, целостность и проверке на герметичность;

- стерилизации паровым методом.

Комплект трубок для артроскопии всегда используется однократно и не подлежит повторной обработке. Комплекты одноразовых трубок не подлежат повторной обработке и после использования удаляются как медицинские отходы класса Б.

8.7.3.7. При подготовке эндоскопического оборудования к хирургическим эндоскопическим вмешательствам в целях предотвращения инфицирования пациентов и контаминации прибора на каждую операцию на разъеме для инсуффляции устанавливается одноразовый стерильный антибактериальный CO2-газовый фильтр.

8.7.4. Срок хранения простерилизованных эндоскопов и инструментов к ним определяется выбранным методом стерилизации, видом и сроком годности упаковочного материала.

#### VIII. Требования к технологии обработки инструментов к эндоскопам

8.8.1. Обработка инструментов должна проводиться отдельно от эндоскопов.

8.8.2. Для предварительной очистки инструменты непосредственно после использования погружаются в раствор нейтрального моющего средства. Рабочие части инструментов к сложным эндохирургическим комплексам, в том числе относящимся к роботам, непосредственно после использования погружаются в специальные пробирки с моющим раствором до начала проведения предстерилизационной очистки и дезинфекции.

8.8.3. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, инструментов к эндоскопам осуществляется ручным или механизированным способом.

8.8.3.1. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в ультразвуковых очистителях (долее - УЗО) или в МДМ. Не допускается использование УЗО для очистки медицинских изделий со стеклянными оптическими деталями.

8.8.3.2. Процесс предстерилизационой очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки проводится в следующей последовательности:

- дезинфекционная выдержка в растворе моюще-дезинфицирующего средства при полном погружении разобранного инструмента и принудительном заполнении внутренних каналов (при наличии);

- очистка наружных поверхностей инструмента с помощью салфеток, щеток; промывка узких внутренних каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений (спринцевальных трубок, промывочных шприцев или моющих пистолетов с соответствующими насадками);

- механическая очистка внутренних каналов (при наличии) при помощи щеток и проволочных очистителей;

- повторная промывка внутренних каналов (при наличии) раствором моюще-дезинфицирующего средства при помощи специальных приспособлений;

- ополаскивание дистиллированной водой наружных поверхностей и промывка внутренних каналов (при наличии) инструмента при помощи специальных приспособлений.

Наружные поверхности инструментов сушатся тканью, внутренние полости - воздухом при помощи воздушного пистолета с насадками.

8.8.4. После завершения предстерилизационной очистки инструментов к эндоскопам осуществляется контроль качества ее проведения в соответствии с [пунктом 8.9.2](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P274). настоящего раздела санитарных правил; проводят осмотр на целостность, функциональные тесты и процедуры ухода в соответствии с инструкцией изготовителя.

8.8.5. При выборе методов стерилизации учитываются рекомендации изготовителя инструментов. Процесс стерилизации инструментов к эндоскопам ручным способом должен проводиться в порядке, установленном [подпунктом 8.7.2.4](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P210) настоящего раздела санитарных правил.

#### IX. Контроль качества очистки, дезинфекции высокого уровня и стерилизации эндоскопов и инструментов к эндоскопам

8.9.1. В медицинской организации должен осуществляться контроль качества очистки, ДВУ и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним.

8.9.2. Для оценки качества очистки эндоскопов и инструментов к ним ставится азопирамовая или другая регламентированная для этой цели проба. Для оценки качества ополаскивания изделий от щелочных растворов ставится фенолфталеиновая проба.

8.9.3. Процесс окончательной очистки в МДМ медицинских изделий, предназначенных для проведения эндоскопических вмешательств, в том числе эндоскопов для нестерильных вмешательств, должен быть валидирован. Для этой цели используются тесты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

8.9.4. Плановый бактериологический контроль качества обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств проводится в соответствии с планом производственного контроля ежеквартально. Критерием эффективности ДВУ является отсутствие роста бактерий группы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, плесневых и дрожжевых грибов, а также других условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. При этом условии показатель общей микробной обсемененности биопсийного канала должен быть менее 50 КОЕ/мл.

8.9.5. Внеплановые бактериологические исследования смывов с эндоскопа для нестерильных вмешательств должны проводиться при подозрении на нарушение герметичности аппарата, после его ремонта или по эпидемическим показаниям.

8.9.6. При проведении планового микробиологического контроля эффективности цикла обработки эндоскопа для отбора смывов используется стерильная дистиллированная вода или тампоны, смоченные в стерильной дистиллированной воде. Смывы отбираются с обработанного и просушенного эндоскопа в зоне для ДВУ моечно-дезинфекционного помещения до начала работы. Микробиологическому исследованию подлежат образцы смывов с поверхностей вводимой части эндоскопа, клапанов, гнезд клапанов, смывная жидкость из биопсийного канала.

При проведении микробиологических исследований образцов проб с обработанного эндоскопа по эпидемическим показаниям в качестве смывной жидкости используют стерильный нейтрализатор к применяемому средству ДВУ. Объем исследований определяется эпидемиологом.

8.9.7. Критерием эффективности стерилизации эндоскопов, головки видеокамеры, световодов, комплектов силиконовых трубок и инструментов является отсутствие роста микрофлоры в смывах, отобранных с простерилизованных медицинских изделий в асептических условиях.

8.9.8. Плановому (не реже 2 раз в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Смывы с различных участков машины отбираются непосредственно после завершения цикла самодезинфекции тампонами, смоченными в стерильной дистиллированной воде. Критерий эффективности - отсутствие роста вегетативных форм микроорганизмов в исследуемых образцах смывов.

8.9.9. По эпидемическим показаниям пробы с разных участков МДМ отбираются после завершения очередного цикла обработки эндоскопа тампонами, смоченными в стерильном нейтрализаторе к применяемому средству ДВУ. Контролю на предмет микробной контаминации подлежит раствор средства (готовое к применению средство) ДВУ многократного применения.

#### X. Порядок проведения эпидемиологического расследования случае инфекционных заболеваний, предположительно связанных с эндоскопическими вмешательствами

8.10.1. При возникновении случая инфекционного заболевания, предположительно связанного с эндоскопическим вмешательством, должно проводиться эпидемиологическое расследование.

8.10.2. При расследовании случая инфекции, вызванной патогенными бактериями:

8.10.2.1. Устанавливается следующая информация о пациенте: дата заболевания, результаты бактериологического исследования клинического материала с характеристикой выделенного штамма микроорганизма, серологических и других лабораторных методов исследования; дата (или даты) эндоскопического вмешательства в пределах инкубационного периода заболевания.

8.10.2.2. Проводится обследование подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, в ходе которого оцениваются: соответствие фактической обработки эндоскопов требованиям настоящих санитарных правил, рабочей инструкции или СОПов, утвержденных в медицинской организации; применяемые средства очистки и ДВУ; обеспечение контроля параметров цикла ДВУ/стерилизации; качество предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов; компетенция персонала, проводившего обработку эндоскопов, наличие у них удостоверений о повышении квалификации по вопросам профилактики инфекций, связанных с эндоскопическими вмешательствами.

8.10.2.3. Анализируются результаты планового микробиологического контроля эффективности обработки эндоскопов за год, предшествующий эпидемиологическому расследованию.

8.10.2.4. Для установления предполагаемого источника инфекции и выявления пациентов, находившихся в том же риске инфицирования, что и пострадавший, проводятся следующие мероприятия:

- на основании данных [Журнала](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P337) контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, журнала записи оперативных вмешательств в стационаре и др. составляется список пациентов, которые были обследованы (оперированы) до пострадавшего пациента тем же эндоскопом, в пределах срока, определенного эпидемиологом в соответствии с этиологией заболевания;

- устанавливается инфекционный статус пациентов, включенных в вышеуказанный список, по данным медицинской документации и дополнительно проведенным лабораторным исследованиям. Пациент, инфицированный микроорганизмом того же вида, рассматривается в качестве предполагаемого источника инфекции;

- осмотр и, при необходимости, лабораторное обследование медицинских работников, непосредственно участвовавших в проведении эндоскопического вмешательства пострадавшему пациенту и в обработке эндоскопа и инструментов к нему;

- выявляется прямая связь пострадавшего (пострадавших) с предполагаемым источником инфекции (если он выявлен) путем доказательства идентичности бактерий одного вида, выделенных из клинического материала, с использованием культуральных (видовая идентификация с определением антибиотикограммы), а при наличии возможности молекулярно-генетических методов лабораторных исследований;

- после даты эндоскопического вмешательства подтвержденного источника инфекции выявляют всех пациентов, которые в течение периода, определенного эпидемиологом, были обследованы тем же эндоскопом, в связи с чем находились в том же риске инфицирования, что и пострадавший; устанавливают их инфекционный статус по медицинской документации или по результатам проведенных скрининговых исследований. Пациенты, имевшие клинически выраженное инфекционное заболевание или колонизацию одного или нескольких биотопов тем же возбудителем (идентичность устанавливают при наличии возможности молекулярно-генетическими методами) учитываются как пострадавшие.

8.10.2.5. В качестве вероятных факторов передачи возбудителя инфекции при проведении нестерильного эндоскопического вмешательства рассматриваются эндоскоп, инструменты к эндоскопу, МДМ, руки медицинского персонала. Для выявления фактора передачи возбудителя инфекции проводятся следующие мероприятия:

- оценка герметичности эндоскопа, которым обследовался пострадавший, и проведение по эпидемическим показаниям микробиологического контроля эффективности его обработки с идентификацией до вида выделенных микроорганизмов (п.9.6). Выделение из смывов, отобранных из каналов и (или) с внешних поверхностей эндоскопа и съемных деталей, микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего будет свидетельствовать о том, что данный эндоскоп явился фактором передачи инфекции;

- определяется вид использованного инструмента по протоколу эндоскопического исследования; оценивается соблюдение технологии обработки для инструмента многоразового использования, в том числе метод стерилизации; анализируются предшествующие результаты планового микробиологического контроля инструментов на стерильность; проводится внеплановый микробиологический контроль на стерильность инструментов; оценивается возможность или устанавливается факт повторного использования одноразового инструмента.

- выявляется МДМ (при использовании механизированного способа обработки), в которой обрабатывался эндоскоп, используя Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств; проводятся микробиологические исследования по эпидемическим показаниям смывов с различных участков машины и проб рабочего раствора дезинфицирующего средства (при многократном применении) на предмет микробной контаминации (п.9.8). Выделение из отобранных проб микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего даст основание рассматривать МДМ как фактор передачи инфекции.

8.10.3. Расследование случаев инфекций, вызванных условно-патогенными бактериями (далее - УПБ) и связанных с диагностическими эндоскопическими обследованиями или хирургическими вмешательствами, выполненными эндоскопическим доступом, проводится по аналогии с инфекциями, вызванными патогенными бактериями. Дополнительно оцениваются данные об эпидемической обстановке и результатах микробиологического мониторинга по медицинской организации в целом. Инфекции, вызванные УПБ, подлежат регистрации при возникновении в период от 48 часов до 30 дней от момента проведения эндоскопического вмешательства.

Для определения идентичности культур бактерий одного вида, выделенных из клинического материала от инфицированных пациентов, а также в смывах с предполагаемых факторов передачи инфекции, проводится сравнение их культуральных свойств, антибиотикограмм, а при наличии возможности дополнительно используют молекулярно-генетические методы исследования.

8.10.4. При эпидемиологическом расследовании случая инфицирования пациента вирусом гепатита B (ВГB) или вирусом гепатита C (ВГC), предположительно связанного с нестерильным эндоскопическим вмешательством, необходимо собрать следующие данные о пациенте: дата заболевания, дата последнего, предшествующего заболеванию, исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов и (или) выявления дезоксирибонуклеиновой кислоты (далее - ДНК) и (или) рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) с документально подтвержденным отрицательным результатом; наличие вакцинации против гепатита B (даты введения вакцины и препарат); дата (даты) эндоскопического вмешательства в пределах максимального инкубационного периода.

8.10.4.1. При рассмотрении эндоскопа как вероятного фактора передачи возбудителя инфекции должны проводиться следующие мероприятия:

- изучаются все аспекты обработки эндоскопов в соответствии с [подпунктом 10.2.2](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P289) и [подпунктом 10.2.3](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P290) настоящего раздела санитарных правил;

- составляется карта эндоскопических вмешательств (очередность проведенных вмешательств различных видов) и по [Журналу](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20Профилактика%20ИЗ%20при%20эндоскопических%20вмешательствах.docx#P337) контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журналу регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, или журналу записи оперативных вмешательств в стационаре выявляются пациенты, которые в течение 3-месячного (для ВГB) или 2-недельного (для ВГC) срока до даты эндоскопического вмешательства инфицированного пациента обследовались (оперировались) тем же эндоскопом;

- изучается медицинская документация выявленных пациентов для получения данных о наличии (отсутствии) у них гепатита B (C) до момента госпитализации в медицинскую организацию; лицам, не имеющим таких сведений, проводятся дополнительные исследования на маркеры ВГB (ВГC), при необходимости - выявление ДНК (РНК) и генотипа вируса.

Пациент, у которого вирус гепатита того же генотипа, что и у пострадавшего, был выявлен до даты эндоскопического исследования пострадавшего, может рассматриваться как предполагаемый источник инфекции. Для доказательства его прямой связи с пострадавшим необходимо провести молекулярно-генетические исследования вирусов по определению их идентичности.

Серонегативные пациенты, обследованные после предполагаемого (установленного) источника инфекции тем же эндоскопом в пределах 3-х месяцев для ВГВ и 2-х недель для ВГС, рассматриваются в качестве лиц, подвергшихся риску инфицирования наравне с пострадавшим. Выявление у них в пределах максимального инкубационного периода после эндоскопического исследования маркеров ВГB (ВГC) является основанием для проведения углубленного клинико-лабораторного обследования с использованием молекулярно-генетических методов верификации вируса для подтверждения (исключения) связи с источником инфекции и инфицированным пациентом.

8.10.4.2. Если эндоскопическое исследование проводилось с использованием седативных препаратов, выясняется наименование препаратов и их расфасовка (однодозовая, многодозовая). При использовании одного флакона препарата для заболевшего и других пациентов (независимо от вида проведенного эндоскопического исследования) проводится исследование их крови на маркеры ВГB (ВГC), а у серопозитивных лиц - выделение ДНК (РНК) вирусов. Для доказательства связи между пациентами, инфицированными вирусом одного генотипа, дополнительно используются молекулярно-генетические методы исследований.

#### XI. Требования к охране здоровья медицинского персонала структурных подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства

8.11.1. Перед допуском к работе, связанной с выполнением эндоскопических вмешательств или обработкой эндоскопического оборудования, медицинские работники обязаны пройти специальную первичную подготовку по правилам обработки эндоскопов и инструктаж на рабочем месте по охране здоровья.

8.11.2. Медицинские работники структурных подразделений, выполняющих эндоскопические вмешательства, должны быть обеспечены медицинской одеждой (халаты, пижамы, шапочки) в соответствии с табелем оснащения (не менее трех комплектов на одного работающего) и средствами индивидуальной защиты (водонепроницаемые фартуки, нарукавники, очки или щитки, маски или респираторы, одноразовые перчатки) в достаточном количестве.

8.11.3. Смена медицинской одежды (халат или пижама, шапочка) персонала отделения (кабинета) внутрипросветной эндоскопии должна проводиться по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю; персонала хирургических (эндоскопических) отделений (кабинетов), выполняющих хирургические эндоскопические вмешательства, - по мере загрязнения, но не реже 1 раза в день.

8.11.4. Перед проведением каждого нестерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, проводит гигиеническую обработку рук и надевает средства индивидуальной защиты (одноразовая маска, защитные очки, одноразовые медицинские перчатки, водонепроницаемые халат или одноразовый фартук).

8.11.5. Перед проведением каждого стерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, обрабатывает руки по методике обработки рук хирургов, надевает шапочку, маску, стерильные халат и перчатки.

8.11.6. Персонал, проводящий очистку эндоскопов, обязан надеть средства индивидуальной защиты, включающие: одноразовые перчатки из химически устойчивого материала; защитные очки, маску или защитный экран для лица; халат или накидку (с длинными рукавами, непромокаемые) или одноразовый водонепроницаемый фартук с рукавами (нарукавниками).

8.11.7. Для предотвращения образования и распыления микробных аэрозолей при обработке эндоскопов и канальных инструментов процедуры ручной очистки проводятся при полном погружении изделий в раствор, в том числе при использовании моющих пистолетов, давление жидкости в которых устанавливают на минимально достаточном уровне. Сушка каналов эндоскопов для нестерильных вмешательств после проведения окончательной очистки проводится способом аспирации воздуха или продувки воздухом после закрытия салфетками мест выхода каналов.

8.11.8. Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств применяется механизированный способ с использованием МДМ. При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида) механизированный способ обработки эндоскопов является обязательным.

8.11.10. Для предупреждения травм от инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями необходимо минимизировать контакт персонала с необработанными инструментами, используя контейнеры с перфорированными вкладками, МДМ и УЗО. Запрещается использовать инъекционные иглы для забора патологического материала из браншей биопсийных щипцов.

8.11.11. Случаи травмирования медицинского персонала на всех этапах подготовки к стерилизации инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями должны регистрироваться в «Журнале учета травм и аварийных ситуаций».

8.11.12. Медицинский персонал при наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита на время заболевания отстраняется от выполнения эндоскопических вмешательств, обработки эндоскопов и контакта с ними.

**IX. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) хирургического профиля**

9.1. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ИСМП должны проводиться во всех видах МО (отделений, кабинетов), использующих хирургические методы лечения и диагностики. Для комплексной и эффективной организации мероприятий по профилактике ИСМП (ИОХВ) в хирургических стационарах (отделениях) необходимо учитывать, как санитарно-эпидемиологические требования, так и клинические подходы.

9.2. В целях достижения эпидемиологической безопасности перед проведением плановых операций необходимо:

- на догоспитальном уровне обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции;

- максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в предоперационный период;

- при госпитализации для плановых оперативных вмешательств не повторять исследования, проведенные на догоспитальном уровне, чтобы не увеличивать парентеральную нагрузку на пациента и срок пребывания пациента в стационаре.

9.3. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяют состоянием их здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

9.4. Состав и площадь помещений палатных отделения хирургического профиля определяют в зависимости от числа и профиля коек.

9.5. В отделениях с двумя палатными секциями (не более, чем по 30 коек) процедурные и перевязочные предусматривают в каждой секции.

9.6. Очередность перевязок планируют с учетом чистоты раны. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в одно-коечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках, в том числе одноразовых.

9.7. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуют отделения дневного пребывания больных (далее – ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляют в приемно-смотровом отделении. В ОДПБ соблюдают санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

9.8. Персонал проводит гигиеническую обработку рук, обработку рук хирургов, кожи операционного, инъекционного поля в порядке, изложенном в главе 2 настоящего раздела Санитарных правил.

9.9. Для снижения частоты развития ИОХВ в послеоперационном периоде проводят периоперационную антибиотикопрофилактику. При выборе препаратов для периоперационной антибиотикопрофилактики следует отдавать предпочтение антибактериальным средствам, активным в отношении наиболее вероятных возбудителей ИОХВ в данной МО (отделении), в соответствии с локальными протоколами периоперационной антибиотикопрофилактики на основе микробиологического мониторинга или Национальными клиническими рекомендациями.

Периоперационная антибиотикопрофилактика показана при всех операциях с «условно-чистыми» и «загрязненными» ранами. При операциях с «чистыми» ранами антибиотикопрофилактика проводится только в случаях, когда потенциальная инфекция представляет серьезную угрозу жизни и здоровью больного (протезирование клапанов сердца, аорто-коронарное шунтирование, имплантация суставов), а также при наличии у больного факторов риска ИОХВ: сахарный диабет, ожирение или истощение, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, хроническая почечная недостаточность (ХПН), иммуносупрессия (терапия глюкокортикоидами, цитостатиками, ВИЧ), спленэктомия. При «грязных» ранах периоперационная профилактика не проводится, а проводится адекватная антибиотикотерапия.

9.10. С целью достижения эффективной концентрации антибактериального препарата в тканях и в сыворотке крови в момент разреза кожи, антибиотики для профилактики ИОХВ следует вводить внутривенно в интервале от 30 до 60 минут до разреза кожи или в течение 2 часов до разреза при применении ванкомицина. Максимальная продолжительность профилактического введения антибиотика не должна превышать 24 часов после окончания операции. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при продолжительных (более 3 ч) операциях. Продление профилактики после хирургического вмешательства до 48 (72) часов возможно при кардиохирургических операциях, трансплантации органов, эндопротезировании суставов.

9.11. В каждой МО разрабатывают и утверждают руководителем протокол периоперационной антибиотикопрофилактики на основании национальных и международных рекомендаций и с учетом данных локального микробиологического мониторинга.

9.12. При выявлении случая ИОХВ выбор антибиотика для лечения, осуществляют с учетом данных микробиологического мониторинга микробного пейзажа отделения (учитывается чувствительность господствующей микрофлоры отделения).

9.13. Антибиотикотерапию пациенту не проводят антибиотиками, используемыми для профилактики и не предотвратившими осложнение.

9.14. Участие госпитального эпидемиолога, клинического фармаколога, бактериолога в консилиумах, разборах историй болезни по вопросам тактики лечения и ведения пациентов с ИОХВ является обязательным.

9.15. В зависимости от степени контаминации раны микроорганизмами во время операции выделяют:

* чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления) - в результате плановых оперативных вмешательствах на органах, не обладающих собственной микрофлорой;
* условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути) - в результате плановых операций на органах, обладающих собственной микрофлорой;
* загрязненные (контаминированные) раны – раны при экстренных операциях, загрязненные в результате травмы с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек (в том числе с нарушением целостности желудочно-кишечного тракта и других органов, обладающих собственной микрофлорой);
* грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном поле до начала операции) - в результате операций по поводу гнойных процессов.

9.16. Особенности профилактики ИСМП (ИОХВ) в операционных блоках и перевязочных.

9.16.1. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата и чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционные для неотложной хирургии могут размещать в составе приемных отделений.

9.16.2. При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения эффективной работы механической приточно-вытяжной вентиляции, нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

9.16.3. В операционной допускается размещение только одного операционного стола. Исключение составляют эксклюзивные методики, где технологией предусмотрено установка сразу нескольких столов (в виде «ромашки» в офтальмологии и пр.), при этом должны быть обеспечены принципы профилактики перекрестного инфицирования пациентов.

9.16.4. В операционных блоках предусматривают строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, экстренная стерилизационная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз, помещения для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов «А» и «Б», использованного белья, а также технические помещения). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную.

9.16.5. Зону общебольничного режима (после шлюза) отделяют от остальных помещений операционного блока "красной чертой". Вход персонала других отделений за "красную черту" запрещен. При необходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

9.16.6. В операционные блоки предусматривают раздельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациентов доставляют через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора операционного блока.

9.16.7. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

9.16.8. В операционных предусматривают автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму. По заданию на проектирование для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

9.16.9. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

9.16.10. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и проводит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливают контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

9.16.11. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

* стол предварительно моют и дезинфицируют способом протирания одним из средств, рекомендованных для дезинфекции поверхностей в помещениях;
* простыни, используемые для подготовки стерильных столов, перед стерилизацией проверяют на целостность материала. При наличии повреждений их следует заменить. Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургического белья или стерильных одноразовых специальных комплектов.

9.16.12. Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок):

* визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целостность стерилизационной упаковки однократного применения;
* проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе на стерилизационных упаковочных материалах;
* проверяют дату стерилизации;
* на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.

9.16.13. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки.

9.16.14. При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали не менее чем на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы её края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами, сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.

9.16.15. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.

9.16.16. При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладывают стерильные инструменты и материалы, и сверху накрывают их стерильной пеленкой, сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей.

9.16.17. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.

9.16.18. Приоритетной заменой большого инструментального стола являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты, вскрываемые перед началом операции.

9.16.19. В операционной использованные медицинские инструменты сбрасывают в емкости, покрытые чистой простыней, и удаляют после каждой операции. При большой длительности операции допускается нахождение использованных инструментов в операционной до 6 часов (в зависимости от длительности операции). В этих случаях в целях предотвращения высыхания загрязнений, использованные инструменты орошают специальными аэрозолями. После операции многоразовые инструменты подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Доставку использованных необеззараженных инструментов в ЦСО проводят в закрытых влагостойких контейнерах.

9.16.20.  При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов.

9.16.21. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки, надевают соответствующую обувь (бахилы).

9.16.22. Члены операционной бригады перед входом в зону строгого режима надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в главе I настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халаты и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата. Анестезиологи (врач, медсестра) должны работать в чистой рабочей одежде (операционные костюмы, шапочки, соответствующая обувь или бахилы, надетые в санпропускнике) и стерильных перчатках.

9.16.23. Хирургические халаты, используемые в операционном блоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги. Преимущество следует отдавать разовым халатам.

9.16.24. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходных материалов. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

9.16.25. Стерильный перевязочный стол накрывается так же, как в операционной и используют не более 6 часов. На каждую перевязку накрывают «малый» перевязочный стол. При наличии индивидуальных стерильных наборов стерильный стол можно не накрывать, при этом в составе набора предусматривается стерильная салфетка.

9.16.26. Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой), предпочтительно однократного применения, перед каждой новой перевязкой.

9.16.27. Снятие повязки проводит медицинская сестра перевязочной в чистых (нестерильных) перчатках, которые меняет после каждого пациента.

Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

9.16.28. Все предметы со стерильного перевязочного стола берут стерильным корнцангом (пинцетом). В целях предотвращения вторичной контаминации «рабочей поверхности» корнцанга /пинцета (дистальная часть браншей) в операционной и перевязочной целесообразно располагать корнцанг /пинцет на краю стерильного стола так, чтобы «рабочая поверхность» инструмента находилась под стерильной пеленкой, а поверхность, которая соприкасается с руками персонала (кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета) несколько выступала за край стерильного стола. Либо корнцанг/пинцет должен находиться в стерильном лотке, покрытом стерильной пеленкой, из-под которой выступают кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета. Если корнцанг или пинцет входят в стерильный операционный набор, что предпочтительнее, их сбрасывают с другими инструментами после окончания операции (перевязки) для обработки и стерилизации. Пинцет или корнцанг менять через три часа использования. Данные инструменты подлежат немедленной замене, если имеется контаминация «рабочих поверхностей» биологическими жидкостями пациента, либо произошло нарушение стерильности каким – либо другим способом.

9.16.29. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, одноразовые халаты, пеленки сбрасывают в емкость для сбора отходов класса Б.

9.16.30. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с обеззараживанием воздуха и рабочих поверхностей. Для проведения уборок имеется промаркированный инвентарь и уборочный текстиль.

9.17. Профилактика ИСМП в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии

9.17.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) определяется числом и профилем коек структурных подразделений МО.

При строительстве новых МО и по возможности при реконструкции действующих в целях профилактики ИСМП, связанных с пребыванием пациентов в реанимационных отделениях хирургического профиля, предусмотреть возможность изолированного размещения пациентов.

9.17.2. В составе ОРИТ должен предусматриваться изолятор (боксированная палата).

9.17.3. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

Должно быть обеспечено раздельное пребывание пациентов с асептическими и септическими заболеваниями в отдельных палатах или отсеках.

9.17.4. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов. Сотрудники других отделений, проводящие лечебно-диагностические манипуляции у реанимационных больных, при входе в реанимационное отделение, надевают одноразовый халат, который после выхода из ОРИТ помещают в отходы класса Б.

9.17.5. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

9.17.6. После выписки больного из отделения прикроватную тумбочку, кровать обрабатывают дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах влагонепроницаемых чехлов, их протирают растворами дезинфицирующих средств.

9.17.7. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

В целях профилактики пролежней необходимо ежедневно проводить обработку кожи пациентов, применять противопролежневые матрацы, специальные прокладки, изменять положение тела. Полную обработку кожи пациентов проводить не менее 2-х раз в день. Более подробные мероприятия по профилактике пролежней изложены в соответствующих федеральных документах, на основе которых разрабатывают СОП и обучают медицинский персонал, осуществляющий уход за пациентами.

9.17.8. В каждой МО на основании федеральных документов разрабатывают и внедряют в работу протокол катетеризации и ухода за внутрисосудистыми периферическими и центральными венозными и артериальными катетерами (в виде СОП). Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить персонал, обученный соответствующей стандартной операционной процедуре.

9.17.9 При установке центральных венозных и артериальных катетеров (ЦВК и ЦАК) медицинские работники выполняют максимальные барьерные меры предосторожности: обрабатывают руки (по типу обработки рук хирургов), надевают шапочку, маску, стерильный халат и стерильные перчатки. Накрывают пациента полностью, от головы до ног, стерильной хирургической простынёй с отверстием для операционного поля. Чрескожное введение центральных катетеров проводят в помещении с асептическим режимом.

9.17.10 Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

9.17.11. С целью обеспечения ежедневного контроля состояния раны, надежной фиксации ЦВК, минимизации механических повреждений кожи при смене повязки и защиты раны входного отверстия катетера от контаминации извне, предпочтительнее использовать прозрачную полупроницаемую повязку (наклейку, остающуюся на коже несколько дней). У пациентов с длительными сроками постановки ЦВК следует использовать прозрачную адгезивную полупроницаемую повязку с антисептиком. Специальные стерильные непрозрачные повязки можно использовать в исключительных случаях (например, в случае экстренной катетеризации центральной вены, и при недоступности прозрачных повязок/наклеек). Такая повязка должна быть заменена при первой возможности на прозрачную. Стерильные марлевые повязки не обладают барьерной функцией, и их не следует применять.

В истории болезни указывают место, дату постановки катетера и дату его удаления. Ежедневно ведется учет катетеро-дней по отделению (для расчета стратифицированных показателей действия факторов риска.

9.17.12. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки спиртсодержащим кожным антисептиком и надевает перчатки. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

9.17.13. Необходимо ежедневно инспектировать место постановки катетера через неповрежденную прозрачную повязку. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую. В случае появления признаков инфицирования катетера (гиперемия, болезненность при пальпации, патологическое отделяемое вокруг катетера, лихорадки неясного генеза), целесообразно удалить катетер, его дистальный конец, находящийся в кровяном русле (не менее 5 см) направляют на бактериологическое исследование.

9.17.14. Назначение катетеризации мочевого пузыря проводят только по строгим клиническим показаниям. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

Катетеризацию мочевого пузыря выполняют две медицинские сестры, одна из которых непосредственно выполняет манипуляцию введения катетера, а вторая ей ассистирует.

9.17.15. Следует использовать только одноразовые стерильные катетеры.

9.17.16. Введение растворов для ультразвукового или рентгенологического исследования мочевого пузыря должно проводиться только через стерильный катетер, установленный непосредственно перед обследованием (в том числе у пациентов с цистостомой).

9.17.17. Перед постановкой катетера периуретральную область тщательно обрабатывают водным антисептиком. Катетеризацию проводят в стерильных перчатках. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

9.17.18. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

9.17.19. Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажные системы со специальным портом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки;

9.17.20. Не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

9.17.21. Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

9.17.22. Замену катетера производят по строгим показаниям (например, обструкция катетера, необходимость проведения исследований с заполнением мочевого пузыря).

9.17.23. Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться ниже уровня кровати пациента (но выше уровня пола).

9.17.24. При использовании дыхательной аппаратуры следует вести учет ИВЛ-дней по отделению.

9.17.25. Для снижения эпидемиологического риска необходимо удалять эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

9.17.26. Во время проведения ИВЛ необходимо обеспечивать подъем головного конца кровати на 30-45 градусов при отсутствии противопоказаний.

Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства и контролировать давление в манжете – целевой уровень давления 25-30 см вод. ст.

9.17.27. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет полости рта в зависимости от состояния больного, но не реже 2 раза в день.

9.17.28. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях.

9.17.29. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

9.17.30 При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные санационные катетеры однократного применения с соблюдением принципа «одна санация – один катетер». Повторное использование санационных катетеров и закрытых систем (кроме применения у одного пациента в течение рекомендуемого срока) категорически запрещается.

У пациентов с прогнозируемой длительностью ИВЛ более 48 часов, с целью уменьшения контаминации предметов окружения пациента и риска экзогенного инфицирования нижних дыхательных путей, необходимо отдавать предпочтение закрытым системам для санации. Длительность использования закрытой системы для санации трахеи у одного пациента принимается в соответствии с инструкцией производителя.

9.17.31 С целью снижения риска экзогенного инфицирования для пациентов находящихся на ИВЛ более 3-4 дней (острое нарушение мозгового кровообращения, нейроинфекция и т.п.) целесообразно применять дилатационную транскутанную трахеотомию.

9.17.32. Для проведения санации трахеобронхиального дерева у каждого пациента используется индивидуальная вакуум-система.

С целью профилактики перекрестного инфицирования запрещается использовать одну и туже вакуумную систему для санации трахеобронхиального дерева у нескольких больных. Емкость вакуум-отсоса необходимо опорожнять и дезинфицировать по мере наполнения, но не реже 1 раза в смену. Предпочтение следует отдавать емкостям для сбора секретов дыхательных путей однократного применения

Повторное использование систем для аспирации секретов дыхательных путей, в том числе у одного и того же пациента категорически запрещается.

9.17.33. Расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева) должны быть стерильны.

9.17.34. Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т. п.) производить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента. Предпочтение следует отдавать использованию дыхательных контуров однократного применения. Длительность применения контура принимают в соответствии с инструкцией производителя. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

9.17.35. Съемные детали аппаратов наркозно-дыхательной аппаратуры дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в инструкции по эксплуатации аппаратов конкретных моделей.

9.17.36. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру необходимо использовать вирусно-бактериальные дыхательные фильтры однократного применения, предназначенные для оснащения указанных аппаратов. Увлажнители при этом заполняют стерильной водой через закрытые капельницы. Воду меняют по мере использования.

9.17.37. С целью увлажнения дыхательной смеси при проведении ИВЛ у взрослых следует отдавать предпочтение тепловлагообменным фильтрам. Смена фильтра проводится в соответствии с рекомендациями производителя либо чаще в случае его загрязнения или обтурации. При наличии у пациента бронхо-обструктивного синдрома, повышенной вязкости мокроты, склонности к обтурации искусственных дыхательных путей возможно применение активного увлажнения дыхательной смеси. Для заполнения резервуара активного увлажнения используют только стерильную воду. Система «емкость со стерильной водой – дыхательный контур» должна всегда оставаться закрытой.

X. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) акушерского профиля

10.1. В составе акушерского стационара выделяют родильный блок, вход в который предусматривается через санпропускник.

10.2. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1 – 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения.

10.3. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях организаций родовспоможения следует предусматривать:

– индивидуальные родовые палаты с повышенной кратностью воздухообмена и фильтрацией воздуха; Индивидуальная родовая палата проектируется с санузлом и местом для обработки новорожденного и при необходимости, его реанимации. По заданию на проектирование может быть предусмотрено место для установки ванной для родов в воду;

– 1-2-х местные палаты в палатном отделении;

– не менее 30% палат совместного пребывания матери и ребенка должны быть на одну койку и одну кроватку, остальные – не более двух коек и двух кроваток;

– боксированные палаты (со шлюзом и входом в санузел из палаты);

- наличие микробиологической лаборатории;

– мощность палатных отделений не более 30 коек;

– возможность планировочной изоляции одной из палатных секций.

10.4. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях акушерских стационаров, перинатальных центров и стационаров для лечения детей должны предусматриваться специальные помещения отдельные от пищеблоков, буфетных и столовых, для сцеживания грудного молока, помещения для сбора и хранения материнского грудного молока, а также помещения для приготовления детских смесей.

10.5. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование.

10.6. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских. В послеродовых палатах раздельного пребывания количество коек для родильниц должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

10.7. В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами и коридором отделения.

10.8. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

10.9. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляют через блок помещений обсервационного приема с отдельным входом.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых, обсервационное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания обсервационного отделения.

10.10. Отделения второго этапа выхаживания предусматривают в составе перинатальных центров и детских стационаров, при наличии приемно-смотровых боксов и соблюдения принципов изоляции.

Планировка отделений второго этапа выхаживания (в том числе хирургической коррекции врожденных патологий, неврологической коррекции новорожденных и пр.) возможна по двум вариантам:

- совместное круглосуточное пребывание матери и ребенка (не менее 30% мест);

- дневное пребывание матери в палатах новорожденных.

При использовании второго варианта для приходящих родителей следует предусмотреть фильтр при входе в секцию и помещение для отдыха и приема пищи, санитарный узел.

10.11. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным, роженицам и родильницам.

10.12. Особенности мероприятий по профилактике ИСМП в акушерских стационарах и их подразделениях:

10.12.1. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

10.12.2. При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

10.12.3. Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

10.12.4. Сроки выписки из акушерского стационара определяют состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3-4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины у новорожденного.

10.12.5. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.

10.12.6. Акушерский стационар обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

10.12.7. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливает администрацией акушерского стационара (отделения).

10.12.8. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви. Порядок обследования таких лиц соответствуют порядку обследования лиц, планово поступающих в стационар.

10.12.9. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые, туалеты. Санитарная одежда меняется ежедневно.

10.12.10. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

10.12.11. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных проводят по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

10.12.12. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

* соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);
* соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
* свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
* убедиться в целостности укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;
* выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
* при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику в соответствии с действующими нормативными документами.

10.13. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров

10.13.1. Приемно-смотровое отделение.

При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

10.13.2. При поступлении роженицы проводят медицинский осмотр и санитарную обработку. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводят. Душ назначают всем пациентам, выдают индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

10.13.3. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в родовом блоке.

В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка, а также во всех вновь строящихся акушерских стационарах предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка, не имеющих индивидуальных родовых залов, соблюдают цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Допускается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, используемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит обработку рук спиртовым кожным антисептиком. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

Первичный туалет новорожденного проводят в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенка на животе у матери укрывают стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

Обработку кожных покровов новорожденного проводят только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают тёплой водопроводной водой.

Профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводят с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибоврода Кандида*.* Для отсасывания слизи у новорожденного используют стерильные баллоны и катетеры только одноразового применения.

10.13.4. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.

Для совместного пребывания матери и ребенка оборудуют одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

Постельное белье меняют каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

10.13.5. Палаты новорожденных.

Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании проводят грудное вскармливание по «требованию» младенца.

Все медицинские изделия многоразового использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции и стерилизации.

При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках для каждого новорожденного. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного. В отделениях для новорожденных используют одноразовые клизмы.

Для новорожденных используют лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) применяется одноразовый инструмент.

Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.

Лечение детей с признаками инфекции (в том числе внутриутробной**)** в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденных с подозрением на инфекционное заболевание переводят в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляют в отдельных помещениях.

10.13.6. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

10.13.6.1. В акушерских стационарах предусматривают молочную комнату для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей в составе не менее 2 помещений: для подготовки посуды и приготовления смесей. Помещения должны быть обеспечены раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие не кистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла. При входе в эти помещения персонал должен использовать специально выделенную спецодежду. Доступ посторонних лиц в эти помещения должен быть запрещен.

10.13.6.2. При отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока.

10.13.6.3. Емкости для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, не содержащего соединения хлора.

10.13.6.4. Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко только его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.

10.13.6.5. Допуск матерей к сбору и хранению сцеженного молока, требования к посуде, ИМН для сбора и хранения грудного молока, подготовке матерей к сцеживанию, сбору грудного молока, закладке на хранение, отпаиванию, подготовке и кормлению ребенка хранившимся сцеженным молоком, к действиям медицинского персонала, осуществляющего помощь матерям и контроль за процессом сбора и хранения молока должны соответствовать инструкции, утвержденной руководителем МО или его заместителем по медицинской деятельности. Требования инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации и на максимальное сохранение показателей пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

10.13.6.6. Для сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

10.13.6.7. Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, прошедшей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме.

10.13.6.8. Закрытые емкости с собранным грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре (4±2)˚С не более 24 часов от момента сцеживания. Допускается хранение сцеженного молока при комнатной температуре (но не выше 25˚С в темном месте не более 2 часов для использования при следующем кормлении ребенка, оставшееся при этом молоко охлаждению и хранению не подлежит.

10.13.6.9. Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, допускается под контролем медицинского работника дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в сутки) в течение не более чем 24 ч от момента сцеживания первой порции. Рекомендуемая кратность добавления молока в одну и ту же емкость – не более 5 раз за 24 ч.

10.13.6.10. Охлажденное сцеженное грудное молоко в количестве не более 150 мл, хранящееся в индивидуальных промаркированных емкостях в холодильнике не более 24 часов (в случае объединения порций – от момента сцеживания первой порции), допускается замораживать при температуре минус 18-40˚С.

10.13.6.11. Закрытые емкости (контейнеры) с замороженным грудным молоком могут храниться в специально предназначенном морозильнике при температуре не выше минус 18 ˚С в течение не более 3 месяцев.

10.13.6.12. В случае необходимости отсроченного (более чем 24 ч с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления ребенка в соответствии с действующими рекомендациями. Допускается хранить не подвергшееся подогреванию размороженное грудное молоко в холодильнике при температуре (4±2)˚С не более 24 ч от момента размораживания, неиспользованное размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

10.13.6.13. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

10.13.6.14. Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30 - 50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают ватно-марлевыми или корковыми пробками и пастеризуют на водяной бане в течение 5 - 7 минут от начала закипания воды, уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры, поместив их в емкость с холодной водой и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 24 часов.

10.13.6.15. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

10.13.6.16. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей производят в стерильной посуде. Допускается использование готовых жидких смесей фабричного производства.

10.13.7. Обсервационное отделение.

В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствие с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

Показания к приему беременных и рожениц:

* лихорадочное состояние (температура тела 37,6°C и выше без клинически выраженных других симптомов);
* инфекционная патология, в том числе:
* острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
* острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
* ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
* туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;
* прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;
* внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
* отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
* роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

* повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38°C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
* лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6°C), продолжающуюся более 1 суток;
* проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляют в условиях гинекологического стационара (отделения).

Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

* новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;
* новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
* дети, родившиеся вне родильного дома.

Новорожденных с ИСМП и ВУИ переводят в детский стационар или перинатальный центр.

В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа в отделение должны быть одноразовые халаты, емкости с бахилами.

Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом осуществляют в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производят в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную обсервационного отделения.

При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводят обработку влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивают проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производят только по жизненным показаниям.

10.13.8. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.

ОРИТН и ОПНН имеют самостоятельный набор помещений, изолированный от родовспомогательных и других отделений.

В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

В случае, если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривают наличие помещений приема.

Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук. После осмотра ребенка в кувезе персонал проводит обработку рук антисептиком перед закрытием кувеза. Предпочтительно педальное управление кувезом.

Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривают пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

Термометрию проводят электронным термометром. Для осмотра зева используют одноразовый шпатель.

При отделениях предусматривают помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещено приводить несовершеннолетних детей.

Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно-патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

10.14. В акушерском стационаре систематически проводят дезинфекционные мероприятия, при этом обработка кувезов проводится в следующем порядке.

10.14.1. Дезинфекцию кувезов осуществляют дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

10.14.2. Для дезинфекции кувезов не допускают применение хлорактивныхсредств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

10.14.3. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезовс целью профилактики ИСМП осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

10.14.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными к применению в установленном порядке. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

10.14.5. Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого, но не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

10.14.6. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

10.14.7. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

10.14.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.

10.14.9. По окончании обработки, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

XI. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) инфекционного профиля

11.1. Требования к размещению инфекционных стационаров (отделений).

11.1.1. Здания стационаров инфекционного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки.

11.1.2. Инфекционные отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещают в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход).

11.1.3. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

11.1.4. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение инфекционных отделений в одном здании с другими отделениями.

11.1.5. Инфекционные стационары (отделения) в составе многопрофильных больниц должны иметь отдельное приемное отделение.

11.1.6. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями.

11.1.7. На территории инфекционного стационара не допускается размещение подразделений, не имеющих к нему отношения.

11.1.8. При строительстве новых инфекционных стационаров (отделений) или реконструкции действующих следует все отделения предусматривать боксированными. В акушерских отделениях инфекционного профиля должны быть оборудованы родовые боксы.

11.1.9. На выезде из «грязной» зоны территории инфекционного стационара (корпуса) предусматривается площадка или помещение для дезинфекции санитарного транспорта.

11.1.10. При въезде на территорию стационара указательными и световыми сигналами обозначают направление к приемному отделению, смотровым боксам. В соответствующих местах помещают светящиеся ночью вывески: «приемное отделение», «бокс № 1», «бокс № 2» и т.д., «место дезинфекции транспорта».

11.1.11. Графики движения больных, персонала, транспорта, особенно связанных с «грязными» маршрутами, предусматривают максимально короткими.

11.1.12. Проход персонала в здания инфекционного стационара (отделения), а также выход из них должен быть организован со стороны «чистой» зоны. Проход персонала из «грязной» зоны в «чистую» должен осуществляться через санитарные пропускники.

11.1.13. Выписываемый (здоровый) пациент из боксов должен выходить в «чистую» зону.

11.1.14. Доставка пищи из пищеблока, белья из прачечной и т.д. в инфекционный стационар (отделение) должна быть организована по поверхности территории больницы. Соединение корпусов тоннелями не допускается.

11.1.15. Въезд на хозяйственный двор стационара должен быть обособлен от въезда больных в приемное отделение и проходить в стороне от лечебных корпусов.

11.1.16. Выезд от патологоанатомического корпуса должен проходить в стороне от мест пребывания больных и осуществляться через специальные ворота, без пересечения территорий стационара; он может быть совмещен также с хозяйственным выездом.

11.2. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям инфекционных стационаров (отделений)

11.2.1. В составе инфекционного стационара (корпуса) предусматривают дезинфекционное отделение. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения необходима установка дезинфекционной камеры для дезинфекции постельных принадлежностей, одежды, белья. Камерная дезинфекция постельных принадлежностей, одежды, белья из инфекционного стационара (корпуса) в других организациях не допускается.

11.2.2. Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях следует рассчитывать.

11.2.3. Больных распределяют по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течении заболевания и цикличности заполнения палат.

11.2.4. Палаты (боксированные палаты) в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки над притоком, обеспечивающей нормативную чистоту воздуха.

11.2.5. В стационаре, где развернуто инфекционное отделение необходимо предусматривать наличие экспресс-лаборатории, оснащенной оборудованием для проведения молекулярно-генетических методов исследования.

11.2.6. Для обслуживающего персонала в отделении выделяют бытовые помещения (раздевалка, душевая, комната для приема пищи и отдыха, туалет и др.).

11.2.7. Верхнюю одежду и обувь персонала хранят в индивидуальных шкафах раздельно от рабочей одежды (платье или костюмы, медицинская шапочка или косынка, тапочки).

11.2.8. В отделке предпочтительно использовать материалы, обладающие бактерицидными свойствами.

11.3. Требования к вентиляции инфекционных стационаров (отделений)

11.3.1. В инфекционных стационарах (отделениях) вытяжные вентиляционные системы должны оснащаться устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки (Н11-Н14).

11.3.2. Боксы и боксированные палаты оборудуют автономными системами вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений, возможно объединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции.

11.3.3. В существующих зданиях, при отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность обеззараживания (инактивации) по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

11.3.4. Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие) допускается только в боксах с системой механической приточно-вытяжной вентиляции, при этом фильтр (устройство обеззараживания) должен быть установлен на выходе воздуховода удаляемого воздуха из бокса.

11.4. Санитарно-эпидемиологические требования к инфекционным стационарам (отделениям).

11.4.1. Порядок приема и санитарной обработки больных.

В каждом инфекционном стационаре или инфекционном отделении многопрофильных больниц должно быть приемное отделение, где необходимо иметь не менее двух смотровых боксов. Каждый смотровой бокс должен иметь самостоятельный изолированный наружный вход.

Прием инфекционных больных проводят строго индивидуально. Одновременное ожидание двух или более больных в одном помещении не допускается. Если инфекционный больной нуждается в лечении в реанимационном отделении, то его направляют туда, минуя приемное отделение.

Приемное отделение должно быть обеспечено: предметами ухода за больными, запасом чистых мешков для укладки в них одежды и белья больных, баком с крышкой для хранения вещей больных до отправки их в дезинфекционную камеру, комплектами белья для поступающих больных, достаточным количеством мыла в одноразовой фасовке, индивидуальных мочалок, машинками для стрижки волос, ножницами для стрижки ногтей, ведрами для сбора волос с плотно закрывающимися крышками, емкостями для сбора рвотных масс и испражнений, дезинфицирующими ковриками для обеззараживания обуви при входе и выходе из смотрового бокса.

Приемное отделение или боксы для приема больных оснащают ультрафиолетовыми облучателями закрытого типа, разрешенными к работе в присутствии людей.

11.4.2. В боксах, смотровых кабинетах необходимо наличие средств индивидуальной защиты (халаты, шапочки, маски/респираторы) для медицинских работников. При входе в смотровые боксы медицинский персонал переодевает халат, шапочку и маску (при капельных инфекциях). При выходе халат, шапочку и маску снимают. Халаты меняют в конце смены, шапочки и маски - после приема каждого больного.

11.4.3. В смотровом боксе проводят тщательный осмотр больного (кожные покровы, зев и др.), измеряют температуру, собирают эпидемиологический анамнез (данные о перенесенных инфекционных заболеваниях, наличие контактов с другими инфекционными больными или нахождение в другом стационаре, выезд в другие страны, пребывание в районах, эндемичных по инфекционным (паразитарным) заболеваниям, наличие прививок от вакционоуправляемых инфекций и т.д.). Данные эпидемиологического анамнеза, регистрируют в истории болезни. Здесь же, при наличии показаний, у больного берут испражнения (у всех детей до двух лет), слизь из зева и носа и другие материалы для лабораторных исследований. У больных с подозрением на пищевую токсикоинфекцию для этих же целей собирают рвотные массы и воды после промывания желудка.

11.4.4. После осмотра пациента направляют в смежное помещение смотрового бокса для проведения санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в зависимости от назначения врача и состояния больного. При тяжелом состоянии больного ограничиваются частичной обработкой или влажным протиранием отдельных частей тела.

11.4.5. Вещи больного подвергают обеззараживанию в дезинфекционной камере. До камерного обеззараживания вещи инфекционных больных родственникам не выдают. Личные вещи больных гриппом и другими ОРВИ, корью, паротитом, ветряной оспой и коклюшем обеззараживать не требуется. Эти вещи разрешают забирать родственникам домой.

11.4.6. После прохождения санитарной обработки больной получает чистое больничное белье, халат (пижаму), тапочки.

11.4.7. Транспорт, доставивший инфекционного больного, подвергают обеззараживанию силами персонала стационара на территории больницы на специально отведенной площадке или в шлюзе приемного отделения. О дезинфекции санитарного транспорта делают запись в журнале приема больных и выдают эвакуатору талон за подписью дежурной медицинской сестры приемного отделения или ставят штамп на путевке водителя о проведенном обеззараживании.

11.4.8. Распределение больных по отделениям

На основании поставленного диагноза и данных о контактах с инфекционным заболеванием больного направляют в соответствующее отделение.

При наличии диагностического отделения отдельных больных в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до уточнения диагноза и перевода в соответствующие отделения. Больных дифтерией, корью и ветряной оспой или с подозрением на эти инфекции помещают преимущественно в боксы, снабженные автономной вентиляцией.

В стационаре, где нет диагностического отделения, больного с неуточненным диагнозом помещают в отдельную палату или бокс.

В случае выяснения контакта больного с другой инфекцией его также помещают в одно-коечную или боксированную палату.

11.4.9. При отсутствии центральной канализации в стационаре (отделении) больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками (или подкладными суднами). Маркировка индивидуальной посуды для выделений должна соответствовать номеру кровати больного.

11.4.10. Больных в отделении распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

11.4.11. Выписка больных.

Выписку больных проводят в выписной комнате, куда приносят продезинфицированные личные вещи выздоровевшего.

Все выписывающиеся из инфекционных отделений проходят санитарную обработку.

11.5. Требования к организации питания пациентов инфекционных стационаров (отделений).

11.5.1. Больные принимают пищу в палатах.

11.5.2. Посуду после приема пищи собирают в буфетной отделения на отдельном столе, освобождают от остатков пищи, подвергают дезинфекции (обеззараживанию) химическим (растворы дезинфицирующих средств, в том числе в моечной машине) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.).

11.5.3. Обеззараженную посуду моют, просушивают на, специально выделенном, чистом столе в сетках и хранят в шкафу.

11.5.4. Остатки пищи сбрасывают в специальный бак с крышкой и обеззараживают химическим (растворы дезинфицирующих средств) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение и др.)

11.6. Требования к обеззараживанию постельных принадлежностей и бельяинфекционных стационаров (отделений).

11.6.1. Грязное белье больных собирают в баки с педальным устройством или ведра с крышками с вложенными вовнутрь клеенчатыми мешками. В этих же мешках белье доставляют в специальную комнату для разборки.

11.6.2. Стирку белья МО инфекционного профиля осуществляют только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

11.6.3. Дезинфекцию белья проводят в собственной или специализированной прачечной путем обработки белья в стиральных машинах с применением соответствующих режимов (термическая дезинфекция) или дезинфицирующих растворов.

11.6.4. Постельное и нательное белье, полотенце меняют один раз в неделю послегигиенической ванны или душа и по мере загрязнения с отметкой в истории болезни.

11.6.5. После выписки инфекционного больного постельное белье собирают в специальные мешки для дезинфекции и стирки, постельные принадлежности и верхнюю больничную одежду отправляют для камерного обеззараживания, кровать протирают дезинфицирующим раствором и до поступления следующего больного не застилают.

11.7. Требования к организации труда в инфекционных стационарах (отделениях) и профилактика инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

11.7.1. На работу в инфекционные стационары (отделения) принимают лиц не моложе 18 лет.

11.7.2. Больных открытыми формами туберкулеза, венерическими и инфекционными кожными болезнями на работу в инфекционные больницы и отделения не принимают.

11.7.3. Медицинский персонал инфекционного стационара (отделения) должен быть вакцинирован в рамках Национального календаря прививок и календаря прививок по эпидемиологическим показаниям против дифтерии, столбняка, кори, краснухи, вирусного гепатита В, гриппа, шигеллеза, менингококковой инфекции.

11.7.4. Со всем вновь принимаемым на работу персоналом должен проводиться вводный инструктаж по вопросам охраны труда и правилам выполнения своих функциональных обязанностей, с учетом специфических особенностей работы в инфекционном стационаре (отделении), мероприятиям по предупреждению заражения и по соответствующему поведению персонала.

11.7.5. В дальнейшем не реже 1 раз в год должен проводиться повторный инструктаж по правилам личной профилактики и технике безопасности.

11.7.6.Смена спецодежды медицинского персонала в подразделениях инфекционного профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения.

11.7.10. Медицинский персонал не должен выходить в спецодежде за пределы МО инфекционного профиля и надевать личную верхнюю одежду на спецодежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей.

11.8. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в инфекционных стационарах (отделениях).

11.8.1. Необходимо выделение отдельного уборочного инвентаря для каждого бокса в приемном отделении. В палатных отделениях отдельный уборочный инвентарь выделяют для административных кабинетов, кабинетов для проведения медицинских манипуляций. Для группы палат пациентов с одинаковой нозологической формой выделяется один уборочный инвентарь. Для дезинфекции туалетов в палатах и боксах отделений выделяется отдельный уборочный инвентарь.

11.8.2. Уборочный материал маркируют и применяют строго по назначению. После использования уборочный инвентарь обеззараживают.

11.8.3. Уборку палат (боксов), дезинфекцию уборочного инвентаря проводят по режиму соответствующей инфекции.

11.8.4. При входе в бокс, где лежит инфекционный больной, и при выходе из него персонал обязан вытирать ноги о губчатый или поролоновый коврик, смоченный дезинфицирующим раствором.

11.8.5. При входе в палату к больным капельными инфекциями, а в периоды, неблагополучные по заболеваемости гриппом, во все палаты, персонал обязан надевать одноразовые маски, закрывающие рот и нос. Маски меняют после посещения каждой палаты.

11.8.6. В инфекционных отделениях, в которых из-за малой численности инфекционных больных имеется общий медицинский персонал, последний обязан:

а) носить маски при посещении палат больных инфекциями дыхательных путей и соблюдать очередность в обслуживании инфекционных больных: соответственно трансмиссивными, кишечными, капельными инфекциями;

б) при входе в бокс надевать второй халат, при выходе снимать его и проводить гигиеническую обработку рук кожными антисептиками.

11.9. Организация дезинфекционных мероприятий в инфекционных стационарах (отделениях).

11.9.1. Текущую профилактическую дезинфекцию и влажную уборку (пол, мебель, радиаторы, подоконники) в палатах, коридорах и других помещениях проводят 2 раза в день с применением дезинфицирующих средств по режиму соответствующей инфекции, а заключительную - после одномоментной выписки больных из палаты или после выписки больного из изолированного бокса (палаты), перед текущим ремонтом, при перепрофилировании палаты, отделения.

11.9.2. Генеральную уборку в палатах проводят после выписки больных (после заключительной дезинфекции), но не реже 1 раза в 7 дней с тщательным протиранием предметов и поверхностей (пол, окна, двери, стены, осветительная арматура) по режиму соответствующей инфекции или с применением аэрозольного способа дезинфекции ( в отсутствии больных).

11.9.3. Промаркированный уборочный инвентарь (емкости, салфетки, швабры, держатели мопов и др.) для уборки палат, коридоров и туалетов дезинфицируют и хранят отдельно.

11.9.4. Для обеззараживания воздуха в палатах устанавливают бактерицидные облучатели закрытого типа, разрешенные к работе в присутствии людей. Расчет количества облучателей проводят в соответствии с паспортом к каждой марке облучателя.

11.9.5. В отделениях кишечных инфекций и вирусных гепатитов в случае отсутствия централизованных или локальных сооружений по обеззараживанию сточных вод обеззараживание выделений проводят в туалете в подкладных суднах, ночных горшках или в специально приспособленных для этого емкостях (баки, ведра и т.п.). После обеззараживания и удаления выделений посуду дезинфицируют в специальных промаркированных баках с плотно закрывающимися крышками и моют.

11.9.6. Тапочки после выписки больного обеззараживают в дезинфекционных камерах или в дезинфицирующем растворе по фунгицидному режиму.

11.9.7. Игрушки в детских отделениях допускают только новые и легко моющиеся: резиновые или пластмассовые. Игрушки ежедневно обеззараживают в специально выделенных маркированных емкостях методом погружения в один из растворов дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению. Игрушки не должны переходить от одного ребенка к другому без предварительного обеззараживания. Игрушки из отделений родителям не возвращают, о чем последних предупреждают заранее.

11.10. Порядок общения пациентов инфекционных стационаров (отделений) с родственниками.

11.10.1. Посещение больных родственниками запрещают.

11.10.2. Справки о состоянии больных родственникам дает лечащий врач в установленное время в специально выделенном для этого помещении.

11.10.3. Допуск матерей для ухода за детьми, кроме детей грудного возраста, производят в каждом отдельном случае с разрешения заведующего отделением.

11.10.4. Сопровождающие по уходу за ребенком, проходят инструктаж, санитарную обработку, надевают больничную одежду и подчиняются правилам, установленным в больнице (отделении). В отделениях кишечных инфекций сопровождающим проводят бактериологическое обследование на носительство возбудителей кишечных инфекций.

11.10.5. Передачи больным принимают в пределах разрешенного ассортимента и количества продуктов.

XII. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях (подразделениях) стоматологического профиля

12.1. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

12.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

12.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочные материалы.

12.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки собираются как отходы класса Б, многоразовые сдаются в стирку.

12.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

12.6. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного действия.

12.7. Дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения проводят с учетом особенностей стоматологической практики.

12.8. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т.п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно − до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

12.9. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

12.10. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

12.11. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

12.12. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

12.13. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

* стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;
* ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;
* хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;
* лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

12.14. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

12.15. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.

12.16. В виду того, что для обработки и стерилизации карпульных шприцев многоразового применения необходима их разборка, при которой возможна травма иглой персонала, следует использовать одноразовые карпульные шприцы, с последующим обеззараживанием или обезвреживанием их как отходы класса Б.

XIII. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в прочих медицинских организациях и ФАП

13.1. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике ИСМП, предусмотренные санитарными правилами.

13.2. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Промаркированный уборочный инвентарь (можно цветном): ведра, тазы, салфетки, швабры, держатели мопов используют строго по назначению, обрабатывают и хранят в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетах).

13.3. Генеральную уборку помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников проводят по графику не реже 1 раза в месяц.

Генеральную уборку (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводят один раз в неделю.

13.4. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводят заключительную дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции с последующей влажной уборкой с применением моющих средств, либо при использовании моюще-дезинфицирующих средств мойку и дезинфекцию проводят в один этап.

13.5. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

13.6. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

13.7. В помещениях ФАП, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

13.8. Медицинские изделия многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации на местах.

13.9. Стирку белья осуществляют в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Допускается оборудование мини-прачечной в здании ФАП, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

13.10. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляют в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

13.11. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории очищают от мусора ежедневно и содержат в чистоте.

13.12. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов устанавливают на площадке с твердым покрытием, закрывают крышками, регулярно очищают, моют и дезинфицируют после каждого опорожнения.

13.13. В основных функциональных, производственных помещениях должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

13.14. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.15. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем смену одежды не менее2 раз в неделю. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

13.16. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметь сменную одежду и обувь.

13.17. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить в перчатках.

13.18. Обработку рук медицинский персонал проводит в соответствии с требованиями главы I настоящих правил.

13.19. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с установленными требованиями.

XIV. Санитарно-эпидемиологические особенности подразделений  
 различного профиля

14.1. Приемные отделения стационаров.

Эпидемиологическая задача приемного отделения: не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматривают кожные покровы и слизистые, зев, измеряют температуру, проводят осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирают эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащают термометрами и шпателями в количестве, соответствующему числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу).

В приемно-карантинном отделении психиатрического стационара проводится взятие материала для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов). Пациент находится в приемно-карантинном отделении (или боксе) до получения результатов исследования.

14.2. Палатные отделения стационаров неинфекционного профиля, в том числе дневные.

14.2.1. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование, но не более 30. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

В отделениях с двумя палатными секциями предусматривют не менее 2 процедурных, а в отделениях хирургического профиля – не менее двух перевязочных.

В палатных отделениях строящихся и реконструируемых стационаров предусматривают одноместные палаты для изоляции хирургических пациентов – носителей полирезистентной/панрезистентной микрофлоры. Это палаты с барьерными функциями: со шлюзом с подпором воздуха, возможностью создания отрицательного давления в палате (переключение системы вентиляции, когда вытяжка преобладает над притоком). При палате предусматривается санузел с унитазом, умывальником и душем с гибким шлангом (в дневных стационарах душ предусматривается по заданию на проектирование). Санузлы и уборные, доступные для инвалидов-колясочников, оборудуют приспособлениями (поручнями, стойками, откидными сидениями), облегчающими тяжелобольным пользование санитарными приборами.

В дневных стационарах, расположенных в зданиях с палатными отделениями стационара, поток пациентов дневного стационара приравнивается к амбулаторно-поликлиническому и должен быть отделен от стационарных пациентов.

14.2.2. В туберкулезном стационаре необходимо предусматривать боксированные палаты с барьерными функциями для больных туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

Перепрофилирование специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений (далее – объектов) осуществляется в зависимости от степени потенциального риска загрязнения (заражения) микобактериями туберкулеза (МБТ) территории и помещений.

Степень потенциального риска распространения туберкулеза зависит от клинической формы туберкулеза (легочной или внелегочной туберкулез, открытая или закрытая формы) у пациентов, которым оказывалась медицинская помощь, а также от срока закрытия специализированного туберкулезного учреждения, который прошел от выписки последнего пациента.

По степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза объекты разделяются на классы:

- класс А (неопасные) – объекты, не предназначенные и не использовавшиеся для обследования, лечения, размещения больных туберкулезом (административные корпуса, аптеки, проходные, гаражи, мастерские, пищеблоки, другие объекты подобного назначения);

- класс Б (потенциально опасные) – объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с внелегочными формами туберкулеза;

- класс В (опасные) - объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с легочными формами туберкулеза, больных туберкулезом, вызванных возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью; микробиологические и клинико-диагностические лаборатории, патолого-анатомические отделения, очистные сооружения.

При наличии в здании нескольких помещений (отделений), отнесенных к различным классам опасности, все здание должно быть отнесено к наиболее опасному классу из числа представленных в здании.

Решение о перепрофилировании специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений принимается органами управления здравоохранением при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при этом определяется класс потенциального риска загрязнения объекта микобактериями туберкулеза и порядок проведения работ по перепрофилированию с учетом следующих требований:

- для объектов класса А (неопасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации;

- для объектов класса Б (потенциально опасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации с последующим капитальным ремонтом объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска;

- для объектов класса В (опасные) решение о перепрофилировании и передаче права собственности принимается органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации после проведения следующих мероприятий: на объекте осуществляется заключительная дезинфекция, после чего объект консервируется на срок не менее трех лет.

По истечении срока консервации проводится капитальный ремонта объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска; после завершения капитального ремонта повторно проводится заключительная дезинфекция;

- перепрофилирование объектов класса Б и В, размещенных в деревянных постройках не допускается, неиспользуемые объекты демонтируются, строительные конструкции сжигаются;

- после проведения заключительной дезинфекции осуществляется контроль ее эффективности с использованием лабораторных методов контроля;

- при перепрофилировании стационарных учреждений туберкулезного профиля в целом проводится рекультивация почвы (обеззараживание и перекопка на глубину 10-15 см) на территории рекреаций, а также на площади снесенных зданий и площадок после вывоза строительного мусора.

14.2.3. Палатные отделения для пациентов с ВИЧ инфекцией, онкогематологическими заболеваниями, ожогами, реципиентов отделений трансплантологии. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек. Больные распределяются по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течении заболевания и цикличности заполнения палат.

Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальных палаток, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

При проектировании новых и реконструируемых зданий стационаров по заданию на проектирование могут предусматриваться условия, обеспечивающие возможность пребывания в стационаре лиц по уходу за тяжелыми пациентами.

14.2.4. При оказании стационарной медицинской помощи больным муковисцидозом (МВ) в специализированных отделениях или центрах пациенты должны госпитализироваться в боксы или боксированные палаты на одного пациента и одного сопровождающего. Работа должна быть организована по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

Посещение диагностических процедур больными МВ должно быть организовано с максимальным разобщением по времени, с обязательной дезинфекцией после приема каждого пациента.

При оказании медицинской помощи больным МВ в амбулаторных условияхв специализированных центрах, кабинетах на базе консультативно-диагностических центров, поликлиник необходимо соблюдение специальных мер по профилактике перекрестного инфицирования:

• разделение потоков пациентов согласно результатам микробиологического исследования мокроты или отделяемого из верхних дыхательных путей,

• прием больных осуществлять по графику с учетом времени на обработку помещений после каждого пациента.

Пациенты с МВ должны находится в медицинских организациях в масках и не контактировать друг с другом в зонах ожидания.

После приема каждого пациента с МВ проводится дезинфекция помещения и обработка поверхностей, оборудования и дверных ручек.

В амбулаторных центрах муковисцидоза, кабинетах муковисцидоза должен быть обеспечен доступ к средствам дезинфекции рук, бесконтактным диспенсерам.

Врачи, принимающие больных МВ в специализированных центрах, кабинетах, должны быть обеспечены одноразовыми халатами, масками, перчатками.

Амбулаторный прием пациентов с МВ и высевом из мокроты бактерий *Burkholderia cepacia complex*, метициллин-резистентного *Staphylococcus aureus, Achromobacter spp*., а также нетуберкулезных микобактерий должен вестись с разобщением приема от других больных МВ по времени (специальный день) или месту (в отдельном боксе с отдельным входом).

14.3. Эндоскопические отделения.

Планировка, оборудование и санитарное содержание помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих стерильные и нестерильные эндоскопические вмешательства, должны соответствовать действующим нормативным документам по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах. Для соблюдения противоэпидемического режима, эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

14.4. Отделения гемодиализа

14.4.1. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных пациентов. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным пациентам выделяют самостоятельную зону. В отделении гемодиализа предусматривают клинико-диагностическую экспресс лабораторию, малую операционную и палату интенсивной терапии или используют соответствующие подразделения медицинской организации.

14.4.2. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматривают отдельные залы и оборудование.

Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, должны быть привиты против гепатита В.

14.5. Отделения переливания и заготовки крови (ОПК)

Отделения переливания и заготовки крови размещают в изолированном блоке помещений с отдельным входом и подъездными путями для автомашин, удобными подходами для доноров, персонала больницы и ОПК. В случае размещения ОПК в отдельно стоящем здании оно должно находиться в зоне неинфекционных корпусов. Между отдельно стоящим зданием ОПК и лечебными корпусами целесообразно иметь утепленный переход.

В составе ОПК предусматривают следующие основные блоки:

- помещения для доноров (вестибюль-гардеробная, регистратура, буфетная, ожидальная, туалет для доноров);

- лаборатории (для определения групповой и резус-принадлежности, клинических и биохимических показателей, диагностических маркеров инфекционности, в т.ч. с использованием молекулярных методов);

- блок помещений заготовки крови и ее препаратов (манипуляционная забора крови, манипуляционные для плазмафереза и тромбоцитофереза, бокс с предбоксником для отделения плазмы крови, центрифужная, отсек для оказания, медицинской помощи донорам, предоперационная для персонала с местом для маркировки флаконов);

- помещения карантинизации, хранения и выдачи крови и других трансфузионных сред,

- помещение для обеззараживания забракованной крови,;

- административно-бытовые помещения.

14.6. Подразделения скорой и неотложной помощи.

14.6.1. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

14.6.2. Для станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусмотрен следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут также предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

14.7. Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

14.7.1. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть размещено в лечебном корпусе стационара.

14.7.2. В отделении выделяют следующие зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматривают не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, выдача тел умерших).

В Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) в секционной и лабораторной зонах дополнительно могут выделяться зоны «грязная, промежуточная и чистая». Зонирование таких помещений определют приказом руководителя Бюро с учетом существующих рисков заражения инфекционным заболеванием или отравления сотрудников. В «грязную» зону включены помещения: предсекционных, секционных залов, вырезки биологического материала, инфекционных секционных помещений, холодильников для хранения трупов и биологического материала, помещений для обработки и временного хранения медицинских отходов класса Б и В, разборки и хранения грязного белья, обеззараживания отходов класса «В», места хранения и обработки уборочного инвентаря для «грязной» зоны, лабораторных помещений для работы с необеззараженным биологическим материалом (работа проводится в одноразовой спецодежде).

«Чистая» зона: кабинеты врачей судебно-медицинских экспертов, среднего и младшего медицинского персонала, смотровые кабинеты для экспертизы живых лиц, комнаты персонала, лабораторные помещения для работы с аппаратурой и заведомо обеззараженным биологическим материалом, санпропускники чистой зоны, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, уборочного матери-ала, дезинфицирующих средств, расходных материалов, чистого белья (допускается работа в многоразовой спецодежде и специальной обуви).

«Промежуточная» зона может включать помещения, в которых ограничения устанавливаются в зависимости от величины ожидаемых рисков (помещения хранения вещественных доказательств, подготовки трупов к выдаче, санпропускники между зонами и т.п.).

14.7.3. Для обеззараживания воздуха помещения секционных оборудуют бактерицидными облучателями закрытого типа или другими установками обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

14.7.4. В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол (в том числе для вскрытия инфицированных трупов), с запасным наружным входом.

Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривают наличие трапа в полу секционной.

Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключающих туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяют защитные костюмы. В секционных залах должны быть установлены средства обеззараживания воздуха непрерывного действия.

Все работы в комнате хранения вещей умерших и вещественных доказательств проводят в спецодежде с обязательным использованием средств индивидуальной защиты (перчатки, маски, фартуки).

Влажные аутопсийные и биопсийные материалы хранят в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий или обезвреживают как отходы класса Г.

Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) проводят в вытяжном шкафу. Скорость движения воздуха в проемах вытяжных шкафов должна быть не менее 0,2-0,5 м/сек.

14.8. Лабораторные подразделения.

14.8.1. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории размещают в изолированных непроходных отсеках зданий.

14.8.2. Помещение для взятия материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

14.8.3. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения), клинико-диагностической лаборатории, проводящей исследования с патогенными биологическими агентами (далее ПБА) III - IV групп определяют с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней.

14.8.4. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу. Летучие химические вещества хранят в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранят в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания, кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10-20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

14.9. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)

14.9. 1. Создание ЦСО при больницах мощностью более 100 коек обязательно, при больницах мощностью до 100 коек – при наличии хирургических и акушерских стационаров. ЦСО размещают с учетом удобных связей с операционным блоком, отделением реанимации, родовым блоком, обеспечиваемых в т.ч. вертикальными коммуникациями. Допускается привлечение для проведения стерилизации медицинских изделий сторонних организаций (аутсорсинг)

14.9.2. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – «грязная», «чистая» и «стерильная». К «грязной» зоне относят помещения приема и очистки медицинских изделий, к «чистой» зоне - помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы, к «стерильной» зоне - стерильная половина стерилизационной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход в помещения «стерильной» зоны осуществляют через шлюз, который оборудуют раковиной для мытья рук и вешалкой / шкафом для специальной одежды. С учетом мощности ЦСО предпочтение следует отдавать установке стерилизационного оборудования проходного типа, которое размещают между «чистой» и «стерильной» зоной.

14.9.3. В крупных ЦСО следует предусматривать помещение для центрального компьютера, предназначенного для автоматизации производственных процессов и контроля качества стерилизации.

14.9.4. В организациях мощностью менее 25 коек и 50 посещений в смену для обработки изделий медицинского назначения многократного применения допускается оборудование ЦСО с сокращенным набором помещений. При наличии одного помещения расстановку оборудования осуществляют с учетом последовательности технологических процессов, выделяя «грязную» и «чистую» зоны. Прием и выдачу медицинских изделий осуществляют в разные двери (или дверь и передаточное окно). При маленькой мощности и площади помещения (меньше 10 м2) прием использованных и выдача стерильных изделий может осуществляться по графику.

14.10. Дезинфекционное отделение

14.10.1. Дезинфекционное отделение (далее – дезотделение) предназначены для:

- централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств;

- камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря;

- дезинфекционной обработки кроватей (для вновь строящихся зданий по заданию на проектирование);

- комплектования уборочных тележек;

- стирки мопов.

14.10.2. Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: «грязную», где ведутся работы с инфицированными и потенциально инфицированными вещами и больничным текстилем, и «чистую», где работают с обеззараженными вещами и больничным текстилем, и иметь два самостоятельных входа – один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой – для приема инфицированных вещей. Дезотделения размещют в нижних этажах, в т.ч. подземных.

14.10.3. Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

14.10.4. Станции обработки кроватей предусматривают для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, мойка и дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производят в «грязной» зоне отделения. В «чистой» зоне производят комплектацию чистой кровати чистыми постельными принадлежностями и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Станцию обработки кроватей размещают в нижних этажах (в т.ч. подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с палатными отделениями.

14.10.5. В составе дезинфекционного отделения располагают помещения или зоны для обработки (стирки и дезинфекции) и подготовки к работе уборочного текстиля (моющих насадок / мопов) и салфеток), хранения и приготовления растворов моющих и дезинфицирующих средств, комплектации уборочных тележек.

14.11. Больничные прачечные

14.11.1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию больничных прачечных устанавливаются в соответствии с действующими нормативными документами, регламентирующими работу прачечных, а также технических регламентов (СП 158.13330.2014)

14.11.2. Производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на койку в сутки и 0,4 кг сухого белья на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

14.11.3. Стирка белья из отделений инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

14.11.4. Все белье из инфекционных отделений, а также белье, загрязненное биологическими жидкостями и выделениями больных из соматических отделений дезинфицируют и стирают в прачечных. Для этого используют стиральные машины барьерного проходного типа, имеющих 2 окна – загрузочное («грязное») и разгрузочное («чистое»). Слабозагрязненный больничный текстиль, в том числе уборочный текстильный инвентарь можно стирать в машинах непроходного типа.

14.11.5. Стирка белья из отделений неинфекционного профиля осуществляется в собственных/больничных прачечных или прачечных бытового обслуживания, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинской организации. В случае стирки белья в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья медицинской организации выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

14.11.6. Планировка прачечной должна предусматривать последовательность (поточность) технологического процесса. Не допускается пересечение потоков чистого и грязного белья. Доставка чистого белья и транспортировка грязного проводится разными лифтами. Поступление грязного и выдача чистого белья осуществляется через разные входы и помещения.

14.11.7. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенца, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений и собирают в непромокаемые мешки. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств (ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе обработки белья в медицинских организациях Стирку больничного белья осуществляют по режимам термической или термохимической дезинфекции в соответствии с инструкциями к дезинфицирующим средствам и стиральному оборудованию. Используются барьерные стиральные машины проходного типа.

14.11.8.Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года в прачечной организуют отдельный технологический поток и используют специальные моющие средства, разрешенные для этих целей в установленном порядке.

14.11.9. Для стирки спецодежды персонала или небольшого количества белья (салфетки, полотенца для персонала) в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа, включая дневные стационары, допускается устройство мини-прачечных, состоящих из двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

14.11.10. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота. Микробиологическая чистота белья определяется отсутствием санитарно-показательной микрофлоры (бактерии группы кишечной палочки – БГКП, золотистый стафилококк) в смывах с чистого белья, проводимых в рамках производственного контроля не реже 2 раз в год, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

14.11.11. В МО должен быть предусмотрен обменный фонд больничного белья и постельных принадлежностей в соответствии с действующими нормативами.

**12. ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**Профилактика столбняка**

I. Общие положения

1.1. Столбняк – зооантропонозная бактериальная инфекционная болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся поражением центральной нервной системы с тоническим напряжением скелетной мускулатуры, периодическими генерализованными судорогами и высокой летальностью.

1.2. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни и эпидемиологического анамнеза. Лабораторная диагностика столбняка имеет второстепенное значение.

1.3. Возбудитель столбняка - Clostridium tetani (C.tetani), спорообразующий анаэроб, продуцирующий один из самых сильных биологических токсинов - тетаноспазмин (летальная доза для человека - 2,5 нг/кг веса), обусловливающий поражение центральной нервной системы и основной судорожный синдром в клинике заболевания.

С. tetani - тонкие, грамположительные, строго анаэробные спорообразующие палочки. Вегетативные формы микроорганизма чувствительны к нагреванию и кислороду. Споры С. tetani, благодаря устойчивости к различным внешним воздействиям, десятки лет могут не только сохраняться в почве, но и при благоприятных условиях вегетировать, создавая стойкие природные эндемичные очаги заражения. Они выдерживают автоклавирование при 121°С в течение 10-15 минут. Споры также относительно устойчивы к фенолу и другим химическим агентам.

1.4. Возбудители столбняка встречаются в почвах всего мира, но наиболее часто в плотно населенных областях с теплым, влажным климатом и с почвой, богатой органическими веществами.

1.5. Эпидемиологически значимым природным резервуаром и источником С. tetani является почва, особенно загрязненная фекалиями человека и животных.

1.6. Возбудитель столбняка не передается от человека к человеку.

1.7. Заболеваемость столбняком регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемических очагов столбняка нет.

1.8. Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики.

1.9. В Российской Федерации ежегодно регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно не привитых. Столбняк новорожденных не регистрируется. Пик заболеваемости обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры.

Во время военных действий столбняк часто осложняет осколочные ранения.

1.10. Механизм и пути передачи возбудителя - контактный - через:

- поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) в результате чего возникает посттравматический столбняк;

- проникающие повреждения желудочно-кишечного тракта при экстренных операциях - постоперационный столбняк;

- пуповину при самостоятельных родах (без медицинской помощи) - столбняк новорожденных (пупочный столбняк).

1.11. Каждая из этих форм характеризуется особенностями симптоматики, клинического течения и исхода.

Посттравматический столбняк чаще имеет средний инкубационный период 6-14 дней, развивается по классической схеме: тянущие боли по ходу поврежденной части тела, последовательное развитие спазма мимической мускулатуры с появлением страдальческой улыбки (resussardonicus), спазма жевательной мускулатуры с нарушением глотания (trismus), спастическое сокращение мышц затылка, груди, плеч, спины, бедер, что вызывает выгибание позвоночника (opisthotonus). Характерной особенностью является сохранение гипертонуса мышц после приступа. Наблюдается повышение температуры, потливость, тахикардия, нарушение мочеиспускания и дефекации при сохранении сознания. Далее развиваются тонические и клонические судороги, которые захватывают дыхательные мышцы, диафрагму и могут привести к летальному исходу. Летальность при этой форме составляет до 50%.

Постоперационный и постабортальный столбняк может развиваться через 6 - 24 часа, максимум - 2 - 3 суток, клиническая картина развивается быстро, часто отсутствуют спазмы мимической и жевательной мускулатуры, сразу появляются судороги всего тела. Летальность при таких формах столбняка достигает 70%.

Пупочный столбняк (наиболее тяжелая форма), которая имеет короткий инкубационный период (1 - 3 суток), инициальные симптомы: постоянный крик ребенка, полный отказ от груди, судороги тела с запрокидыванием головы и поджатием рук и ног (поза лягушонка). Летальность - 80 - 90%.

II. Выявление, регистрация и учет больных столбняком

2.1. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 пункте VII настоящих Санитарно-эпидемиологических правил.

2.2. При подозрении на столбняк больные подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии (реанимации) в связи с возможностью нарушения жизненно важных функций организма или в хирургические отделения. Пациенты должны быть размещены в отдельных палатах, максимально изолированных от внешних раздражителей, способных спровоцировать судороги.

2.3. В направлении на госпитализацию больных столбняком или лиц с подозрением на это заболевание указывают сведения о больном, в том числе: первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках, наличие травм, ран и другие.

2.4. При госпитализации больных или лиц с подозрением на заболевание столбняком необходимо соблюдать преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи - от момента обращения (скорая и неотложная медицинская помощь, поликлиника, травматологический пункт, фельдшерско-акушерский пункт, амбулатория) до госпитализации в стационар.

2.5. Выписку больного столбняком проводят после полного клинического выздоровления.

2.6. Диспансерное наблюдение за переболевшим столбняком осуществляют в течение 2 лет. При этом наблюдение у невропатолога и клинические осмотры проводят в первые 2 месяца - 1 раз в месяц, далее - 1 раз в 3 месяца. По показаниям проводят консультации кардиолога и других специалистов.

2.7. Сбор отчетности о заболеваниях столбняком составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

III. Мероприятия в очаге столбняка

3.1. Противоэпидемические мероприятия в очаге выявленного больного столбняком не проводятся, разобщение контактных лиц не требуется.

3.2. Дезинфекция в очаге не проводится.

IV. Организация и проведение эпидемиологического обследования в очаге столбняка

4.1. При получении экстренного извещения специалист органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции с уточнением следующих данных:

- наличие в анамнезе больного травмы (ожог, обморожение, внебольничный аборт, хирургические операции, роды на дому, укусы диких и домашних животных, хронические язвы наружных покровов, ранения и другие);

- даты, места и обстоятельства получения травмы, ожога (число, месяц, год);

- вид травмы (бытовая, производственная, дорожно-транспортная, спортивная);

- локализации травмы (нижние, верхние конечности, голова, шея, корпус);

- характеристики раны (колотая, резаная, рваная, ушибленная, огнестрельная);

- места и даты обращения за медицинской помощью по поводу травмы;

- полное наименование медицинской организации;

- проведение хирургической обработки раны;

- проведение специфической профилактики;

- введение противостолбнячной сыворотки (количество ME), дата;

- введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

- введение противостолбнячной сыворотки (количество ME), дата, дополнительно введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

- введение противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (количество ME), дата;

- наличие прививок против столбняка до развития заболевания - даты их проведения, название препаратов с указанием дозы, серии, контрольного номера;

- состояние здоровья (перенесенные заболевания) в сроки (1 - 3 мес.) до иммунизации, в момент ее проведения и после нее;

- причины отсутствия прививок против столбняка (медицинские противопоказания, отказ);

- организация работы по профилактике столбняка на территории.

4.2. По завершении эпидемиологического расследования сведения о больном вносятся в эпидемиологическую карту обследования очага установленной формы.

V. Профилактические мероприятия при столбняке

5.1. С целью предупреждения возникновения заболеваний столбняком проводят неспецифическую и специфическую профилактику.

Неспецифическая профилактика направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, исключение возможности заражения операционных, пупочных и других ран, раннюю и тщательную хирургическую обработку ран.

Специфическая профилактика (иммунопрофилактика) проводится в виде плановой активной иммунизации детей и взрослых и экстренной иммунопрофилактики по поводу травмв в медицинских организациях различного профиля.

5.2. Плановую специфическую профилактику против столбняка проводят иммунобиологическими лекарственными препаратами, разрешенными к применению в установленном порядке, содержащими очищенный адсорбированный столбнячный анатоксин в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

5.3. Экстренную профилактику столбняка проводят при любых травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах (термических, химических, радиационных) второй, третьей и четвертой степеней, проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта, прободениях (при хирургических операциях на желудочно-кишечном тракте в стационарах экстренная профилактика не проводится), проникающих травмах ротовой полости, глаза, внебольничных абортах, родах вне медицинских организаций, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах, остеомиелитах, укусах животными.

Экстренную профилактику столбняка проводят до 20 дня с момента получения травмы.

5.4. Экстренную профилактику столбняка (препараты и схемы их применения) осуществляют в соответствии с нормативными документами. Назначение препаратов для экстренной иммунопрофилактики столбняка проводится дифференцированно в зависимости от наличия документального подтверждения о проведении профилактической прививки или данных иммунологического контроля напряженности противостолбнячного иммунитета, а также с учетом характера травмы.

5.5. Экстренную иммунопрофилактику столбняка проводят в виде:

- пассивной иммунизации или серопрофилактики противостолбнячным человеческим иммуноглобулином (ПСЧИ), а при его отсутствии - противостолбнячной сывороткой (ПСС);

- активно-пассивной профилактики, состоящей из одновременного введения в разные участки тела противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (а при его отсутствии - ПСС) и столбнячного анатоксина (АС);

экстренной ревакцинации столбнячным анатоксином (или дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов - АДС-м) для стимуляции иммунитета у ранее привитых людей.

5.6. Ответственность за своевременность и полноту проведения экстренной профилактики столбняка несет медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь при травме.

VI. Мероприятия при появлении реакции на введение препаратов, применяемых при экстренной профилактике столбняка

6.1. За каждым привитым устанавливают медицинское наблюдение в течение часа после проведения прививки.

6.2. Медицинский кабинет, в котором проводят вакцинацию, в том числе препаратами, применяемыми для экстренной профилактики столбняка, обеспечивают средствами противошоковой терапии.

6.3. Всех больных с анафилактическим шоком госпитализируют.

6.4. Оказание неотложной помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке и общих аллергических реакциях проводят в установленном порядке.

6.5. Обо всех случаях осложнений, развившихся после введения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка, медицинские организации направляют документацию по установленным формам (экстренное извещение, внеочередное донесение о поставакцинальном осложнении) в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту регистрации осложнения (независимо от места проживания больного).

6.6. Случаи осложнений, развившихся после применения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка, подлежат регистрации и расследованию в установленном порядке.

6.7. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность учета случаев осложнений, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации.

VII. Учет проведенной иммунопрофилактики столбняка

7.1. Сведения о пациенте и проведенной ему экстренной профилактике, а также об осложнении, в случае его развития после введения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка, вносят в журнал регистрации оказания помощи при травмах. Эти данные вносят также: в историю развития ребенка, карту учета профилактических прививок или амбулаторную карту взрослого, журнал учета профилактических прививок, в журнал учета экстренной профилактики столбняка при травмах, в сертификаты профилактических прививок.

7.2. Сведения о проведенной плановой иммунизации против столбняка вносят в установленные учетные формы медицинской документации.

VIII. Слежение за иммунологической структурой населения к столбняку

8.1. С целью контроля за иммунитетом к столбняку среди населения проводят серологический мониторинг в соответствии с действующими нормативными документами.

IX. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за заболеваемостью столбняком

9.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за заболеваемостью столбняком представляют собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом, включая отслеживание заболеваемости населения (анализ заболеваемости столбняком по территориям, возрастным и социальным группам населения, профессиональным факторам риска), оценку эффективности проводимых мероприятий и прогнозирование.

9.2. В целях осуществления мероприятий по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводится оценка эпидемиологической ситуации на территории, тенденций возможного развития, с учетом прогнозов и динамики эпидемического процесса для разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости столбняком.

9.3. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за столбняком осуществляют органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

X. Гигиеническое воспитание и обучение населения по вопросам профилактики столбняка

10.1. Работу по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

10.2. В целях пропаганды профилактики столбняка используются культурно-просветительные учреждения, каналы и средства массовой информации (местная печать, радио, телевидение) в сотрудничестве с общественными организациями.

# 13. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ

## 13.1. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней

I. Общие положения

1.1. Иммунопрофилактика инфекционных болезней (далее - иммунопрофилактика) - система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок ([статья 1](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=1) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

1.2. Проведение иммунизации направлено на борьбу с инфекционными заболеваниями и основано на применении иммунобиологических лекарственных препаратов (вакцин, анатоксинов, иммуноглобулинов и прочих лекарственных средств, предназначенных для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням) для защиты восприимчивого к инфекциям населения.

Организация иммунопрофилактики предполагает осуществление комплекса мероприятий по обеспечению иммунобиологическими лекарственными препаратами (ИЛП), их транспортировке и хранению, учету всех подлежащих вакцинации лиц с целью их максимально полного охвата прививками, организацию и проведение прививок, включая обеспечение безопасности иммунизации, а также оценку качества и эффективности иммунопрофилактики.

1.3. Финансовое обеспечение противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, а также проведение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок, является расходным обязательством Российской Федерации в соответствии с ФЗ 157 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают расходные обязательства субъектов Российской Федерации по реализации мер в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней на территории субъекта Российской Федерации в пределах своих полномочий. (Пункт в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года [Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/901907297); в редакции, введенной в действие [Федеральным законом от 25 ноября 2013 года № 317-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/499059427)) ([статья 6](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=6) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

1.4. Осуществление иммунопрофилактики обеспечивают федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения (в редакции, введенной в действие [Федеральным законом от 25 ноября 2013 года № 317-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/499059427)).

Осуществление иммунопрофилактики в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах, в которых законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, обеспечивают военно-медицинские организации или медицинские организации соответствующих федеральных органов исполнительной власти ([статья 8](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=8) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

1.5. Профилактические прививки проводятся гражданам в медицинских организациях независимо от организационно-правовой формы при наличии у таких организаций лицензий на соответствующую медицинскую деятельность (Пункт в редакции, введенной в действие [Федеральным законом от 25 ноября 2013 года № 317-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/499059427). - См. [предыдущую редакцию](http://docs.cntd.ru/document/499059801)) ([статья 11](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=11) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

Руководитель медицинской организации является ответственным за организацию иммунопрофилактики.

1.6. В медицинской организации руководителем назначаются лица, ответственные за все разделы работы по организации иммунопрофилактики, в том числе: за подготовку и повышение квалификации медицинских кадров в области иммунопрофилактики; за прием, учет, хранение и выдачу иммунобиологических лекарственных препаратов и мероприятия по обеспечению «холодовой цепи»; за сбор, обеззараживание, хранение и удаление медицинских отходов, образующихся при иммунизации.

Руководитель медицинской организации утверждает планы мероприятий по обеспечению «холодовой цепи»; сбору, обеззараживанию, хранению и удалению медицинских отходов, а также повышению квалификации по иммунопрофилактике.

1.7. Не допускается проведение иммунизации на дому, за исключением проведения массовых профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок по социальным показаниям (инвалидам, детям и взрослым в асоциальных семьях, в труднодоступных группах населения- мигранты, кочующее население) по согласованию с территориальными органами Роспотребнадзора и органами управления здравоохранением.

1.8. Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные иммунобиологические лекарственные препараты ([статья 12](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=12) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

1.9. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.  
(Пункт в редакции, введенной в действие [Федеральным законом от 25 ноября 2013 года № 317-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/499059427))

1.10. Руководитель медицинской организации обеспечивает проведение обучения медицинского персонала по вопросам организации иммунопрофилактики инфекционных болезней и безопасности иммунизации в соответствии с планом, а также внедрение новых документов по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней.

1.11. Медицинская организация обеспечивает возможность необходимого обследования пациента на собственной базе или на базе других медицинских организаций на договорной основе.

II. Материально-техническое обеспечение организации, осуществляющей профилактические прививки, набор и требования к помещениям для организации иммунопрофилактики инфекционных болезней

2.1. Материально-техническое обеспечение организации определяется количеством обслуживаемого населения и типом организации, осуществляющей профилактические прививки (родильные дома и отделения, медицинские организации по месту жительства, медико-санитарные части, фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, консультативные центры по специфической профилактике и другие организации независимо от организационно-правовой формы).

2.2. Для работы по иммунопрофилактике инфекционных болезней необходим следующий набор помещений: кабинет для регистрации и осмотра пациентов, прививочный кабинет, помещение для хранения запаса ИЛП, помещение для размещения прививочной картотеки или рабочего места с компьютером для ведения электронной базы данных. Количество помещений, их площадь, расположение, санитарно-техническое состояние, количество входов и выходов, пожарная безопасность должны соответствовать установленным требованиям.

Для проведения кожных проб для диагностики туберкулёза и вакцинации БЦЖ выделяют отдельный прививочный кабинет. При отсутствии такового диагностические кожные пробы и прививки БЦЖ проводят в прививочном кабинете в специально выделенные дни и часы.

В крупных медицинских организациях (поликлиниках, здравпунктах крупных организаций, высших учебных заведений) необходим набор всех указанных помещений. В небольших организациях (фельдшерский медицинский пункт, офис семейного или частного врача) разрешается иметь два кабинета для организации иммунопрофилактики, в которых можно совместить: в одном - регистрацию, осмотр пациентов и хранение документации (картотеки), в другом - проведение прививок и хранение ИЛП.

В кабинетах для осмотра пациентов и проведения вакцинации соблюдают зрительную и акустическую изолированность, режим уборки, проветривания, дезинфекции, бактерицидного облучения, предусматривают достаточную освещенность, энергопитание, отопление, водоснабжение (холодная и горячая вода) в соответствии с нормативными требованиями.

2.3. Медицинская организация, осуществляющая профилактические прививки, должна быть оборудована электронными средствами связи (телефоны, факсы, устройства для доступа в интернет).

III. Учетно-отчетная документация

3.1. Для проведения иммунопрофилактики в медицинской организации должны быть документы (на бумажном носителе и/или в электронном виде), обеспечивающие полноту, достоверность и своевременность учета групп населения, подлежащих вакцинации, а также выполненных прививок.

3.2. В медицинской организации, обслуживающей детское население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и/или в электронном виде):

- переписи детей по домам и годам рождения - по каждому участку медицинской организации;

- сводные переписи детей по участкам, отделениям и в целом по медицинской организации;

- списки детей, посещающих дошкольные и общеобразовательные организации (по группам или классам);

- картотека учетных прививочных форм на неорганизованных (по участкам) и организованных (по организациям) детей, а также на организованных детей, проживающих на территории обслуживания медицинской организации и посещающих дошкольные и общеобразовательные организации на территории других медицинских организаций (по участкам);

- журнал миграции населения;

- журнал учета новорожденных;

- журнал работы иммунологической комиссии;

- журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам, отделениям и организациям);

- списки детей, родители которых отказались от профилактических прививок детям (по участкам, отделениям и организациям);

- журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

3.3. В медицинской организации, обслуживающей взрослое население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и/или в электронном виде):

- перечень объектов, где организуются профилактические прививки, расположенных на территории обслуживания медицинской организации (по участкам, отделениям);

- списки работающих по каждому объекту со сведениями о профилактических прививках (картотека учетных прививочных форм) и медицинских отводах (отказах) от прививок;

- картотека учетных прививочных форм на неработающее население (по участкам,отделениям);

- журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам и организациям);

- списки лиц, отказавшихся от профилактических прививок (по участкам и организациям);

- журнал работы иммунологической комиссии;

- журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

3.4. Во всех медицинских организациях, проводящих прививки, должны быть следующие документы:

- журнал учета профилактических прививок;

- журналы поступления и расходования ИЛП;

- копии отчетов о расходовании ИЛП;

- журналы контроля температурного режима работы холодильников для хранения ИЛП;

- журнал учета выданных сертификатов профилактических прививок;

- журнал регистрации и учета сильных (необычных) реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;

- форма экстренного извещения об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, поствакцинальном осложнении.

3.5. Сведения о профилактических прививках должны заноситься в следующие индивидуальные учетные формы:

- история развития ребенка;

- [медицинская карта](http://ivo.garant.ru/document?id=4076891&sub=1000) ребенка для образовательных организаций дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, организаций начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов;

- [медицинская карта](http://ivo.garant.ru/document?id=70777304&sub=4) амбулаторного больного;

- медицинская карта стационарного больного;

- учетная форма профилактических прививок;

- история развития новорожденного,

- сертификат профилактических прививок.

3.6. В медицинской организации, осуществляющей прививки должны быть в наличии следующие отчетные формы:

- ежемесячные отчеты о выполненных профилактических прививках в организациях на территории обслуживания поликлиники;

- ежемесячных отчеты о расходовании ИЛП;

- формы федерального государственного статистического наблюдения «сведения о профилактических прививках» (ежемесячные, ежегодные)

- [форм](http://ivo.garant.ru/document?id=12050228&sub=2000)ы федерального государственного статистического наблюдения «сведения о контингентах детей, подростков, взрослых, привитых против инфекционных болезней»(ежегодные).

При использовании автоматической системы управления иммунизацией (АСУИ) с применением программ, связанных единой информационной средой, из базы данных получают учетную и отчетную документацию (формы федерального государственного статистического наблюдения, указанные в п. 4.6), а также дополнительную информацию: по всем видам прививок, по возрастам, группам детского и взрослого населения, анализ охвата прививками и причин непривитости и другие нестандартные отчетно-аналитические табличные документы на основе формализованных запросов руководителя организации, верхних звеньев управления. Отчетные документы на бумажных носителях хранятся в медицинской организации не менее 3 лет.

IV. Планирование профилактических прививок

4.1. Годовой план профилактических прививок определяет объем работы медицинской организации по иммунопрофилактике, позволяет оценивать полноту иммунизации в течение года, планировать потребность в ИЛП по медицинской организации, а также по району, городу, субъекту Российской Федерации в целом.

Планирование профилактических прививок проводится медицинской организацией после уточнения численности обслуживаемого населения (переписи), его возрастного и профессионального состава, анализа данных индивидуальных учетных форм и медицинских документов, содержащих сведения о выполненных прививках.

Качество прививочной работы зависит от полноты и своевременности учета населения, проживающего или работающего в районе деятельности медицинской организации и подлежащего иммунизации.

4.2. Перепись детского населения (пофамильно) проводится 2 раза в год (апрель, октябрь) по каждому дому отдельно с указанием всех номеров квартир по порядку.

В перепись включаются дети от 0 до 17 лет включительно:

- проживающие и зарегистрированные по данному адресу;

- зарегистрированные, но не проживающие по данному адресу (в этом случае указывается адрес их фактического проживания);

- фактически проживающие по данному адресу, но не зарегистрированные по месту жительства (в этом случае указывается адрес их регистрации).

По результатам проведенной переписи оформляются журналы контингентов детей - перепись по домам и перепись по годам рождения.

По каждому участку составляется сводная (цифровая) перепись по годам рождения, на основании которой составляется перепись по годам рождения по поликлинике.

4.3. В период между проведением переписей в журналы переписи по домам и годам рождения, а также в соответствующие компьютерные базы данных, вносят сведения о новорожденных, поступивших из родильных домов, и вновь прибывших детях, а также снимают с учета выбывших детей (не ранее трех лет с момента выбытия).

Учетные формы профилактических прививок на новорожденных и вновь прибывших детей заполняют медицинские сестры участков и передают их в картотеку учетных форм профилактических прививок (прививочную картотеку). При перемене места жительства учетные формы выдают родителям для предъявления в медицинскую организацию по новому месту жительства.

4.4. В дошкольных и образовательных организациях учет детей проводится после формирования коллективов - с 15 сентября по 1 октября. Списки, заверенные руководителями и медицинскими работниками дошкольных и образовательных организаций, представляют в поликлиники и передают в прививочную картотеку. Данные переписи сверяются с наличием на каждого ребенка карты профилактических прививок, истории развития ребенка, [медицинской карты](http://ivo.garant.ru/document?id=12037975&sub=2000) амбулаторного больного, [медицинской карты](http://ivo.garant.ru/document?id=4076891&sub=1000) ребенка для образовательных организаций дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, организаций начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов.

4.5. При переводе подростков из детских медицинских организаций в медицинские организации, обслуживающие взрослое население, передаются индивидуальные учетные формы, содержащие информацию о всех полученных ранее профилактических прививках (учетная форма профилактических прививок), история развития ребенка и др.

4.6. Для учета взрослого населения проводится перепись работающего и неработающего населения. Перепись работающего населения проводится ежегодно в сентябре-октябре месяце по организациям, расположенным на территории обслуживания медицинской организации.

Руководитель организации назначает лицо, ответственное за организацию иммунизации сотрудников (доверенный врач, сотрудник отдела кадров и пр.), которое уточняет сведения о прививочном статусе работников на основании представленных ими документов (прививочных сертификатов) о профилактических прививках. Сведения о прививочном статусе работников организации вносятся в списки работающих, обновление списка проводится регулярно с учетом приема и увольнения работающих.

Ответственное лицо ежегодно представляет в медицинские организации списки работающих, заверенные подписью руководителя, с указанием ФИО, даты рождения, занимаемой должности, сведений о проведенных ранее прививках, имеющихся медицинских отводах (противопоказаниях).

Указанные данные поступают в прививочную картотеку или базу данных АСУИ в поликлинике.

Перепись неработающего населения должна составляться по каждому дому отдельно с указанием номеров квартир. В перепись включаются все неработающие от 18 лет и старше, фактически проживающие по данному адресу, с указанием прививочного анамнеза.

На основании переписи работающего и неработающего населения, состоящего на учете в данной медицинской организации, составляется сводная перепись взрослого населения по медицинской организации.

4.7. Годовой план профилактических прививок формируется в соответствии с [национальным календарем](http://ivo.garant.ru/document?id=70547158&sub=1000) прививок, календарем прививок по эпидемическим показаниям, на основании полного учета детского и взрослого населения, проведенных ранее профилактических прививок, наличия сведений о длительных медицинских отводах, о перенесенных инфекционных заболеваниях, а также прогнозируемого числа новорожденных.

В медицинских организациях, обслуживающих детское население, в план включаются:

- дети и подростки в возрасте от 0 до 17 лет включительно - неорганизованные, проживающие на территории обслуживания медицинской организации, и организованные, посещающие дошкольные и другие образовательные организации на территории обслуживания, независимо от форм собственности.

В медицинских организациях, обслуживающих взрослое население, план составляется на неработающее население и население, работающее в организациях на территории обслуживания, после проведения переписи в сентябре-октябре месяце.

4.8. Планы профилактических прививок составляют:

- в медицинских организациях - участковые бригады (врач, медицинская сестра) или сестра-картотетчица;

- в дошкольных и других образовательных организациях - медицинские работники (врач, медицинская сестра организации) совместно с сестрой-картотетчицей медицинской организации.

Ответственное за проведение иммунопрофилактики лицо в каждой медицинской организации формирует сводный годовой план профилактических прививок по медицинской организации.

Согласованный с территориальными органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, годовой план утверждается руководителем медицинской организации и представляется для обобщения в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья формируют сводный план профилактических прививок с разбивкой по муниципальным образованиям и согласовывают его с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации.

С целью выполнения годового плана профилактических прививок формируется персонифицированный план прививок на текущий месяц, который фиксируется в рабочем журнале участковой медицинской сестры, медицинской сестры дошкольной или другой образовательной организации, а при наличии в медицинской организации программного средства по иммунизации - ежемесячно выдается сестрой-картотетчицей медицинской организации в распечатанном виде. Заполнение журнала (распечатанного плана) по всем графам создает отчетный документ о выполненных прививках за месяц и причинах невыполнения плана на текущий месяц по каждому пациенту.

4.9. Для формирования отчета о профилактических прививках, сведения о прививках, выполненных в дошкольных и других образовательных организациях, пофамильно, в конце каждого месяца по графику медицинскими сестрами организаций представляются в прививочную картотеку. На основании записи в рабочем журнале медсестры или в плане-распечатке сведения вносятся в формы учета профилактических прививок.

Персонифицированные сведения о выполненных прививках подросткам и взрослым в здравпунктах организаций, прививочными бригадами в организациях без здравпунктов передаются в медицинские организации, обслуживающие детское (в случае проведения прививок подросткам) и взрослое население, на основании отчетов о профилактических прививках, представленных медицинскими работниками организаций и прививочных бригад, проводивших иммунизацию.

Сведения о выполненных прививках в прививочных кабинетах детских и взрослых медицинских организаций поступают в течение месяца по мере их выполнения в прививочную картотеку или в локальную сеть АСУИ через запись в истории развития ребенка или в медицинской карте амбулаторного больного.

Ежемесячно подводят итоги выполнения и причины невыполнения месячного плана прививок (медицинские отводы, миграция, отказы от прививок, отсутствие ИЛП) по каждому участку организации для принятия соответствующих организационных мер.

Ответственное за проведение иммунопрофилактики лицо в каждой медицинской организации организует формирование сводного отчета о профилактических прививках и отчета о расходовании ИЛП и направление отчетов в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор и территориальные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, в установленном порядке.

4.10. Основным критерием оценки качества иммунизации в детских медицинских организациях является оценка охвата своевременной иммунизацией детей в 1 и 3 месяца жизни, детей с 6 до 12 месяцев, а также в целом детей до 1 года. Показатель охвата своевременной иммунизацией должен быть не ниже 95%. Анализ охвата своевременной иммунизацией необходимо проводить не реже 1 раза в квартал. При использовании АСУИ эффективно ежемесячное формирование списков детей с медицинскими отводами к трехмесячному возрасту, списков не привитых в любом возрасте для контроля и анализа обоснованности медицинских отводов, качества диспансеризации детей.

V. Составление заявок на иммунобиологические лекарственные препараты   
и обеспечение ими организаций здравоохранения

5.1. Обеспечение государственных и муниципальных организаций здравоохранения иммунобиологическими лекарственными препаратами для проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям, осуществляют федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации ([статья 15](http://ivo.garant.ru/document?id=12013020&sub=15) Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

Для осуществления прививок, включенных в региональный календарь профилактических прививок, могут быть привлечены различные источники финансирования, определенные законодательством Российской Федерации.

5.2. В системе планирования и составления заявок-заказов функционируют следующие уровни:

- 4-й уровень - медицинские организации, которые проводят профилактические прививки (поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, общие врачебные практики (ОВП), медико-санитарные части, здравпункты и т.п.);

- 3-й уровень - центральные районные (городские) больницы, органы местного самоуправления в сфере здравоохранения, территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

- 2-й уровень - органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации;

- 1-й уровень - федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения здоровья.

5.3. Работу по планированию потребности, учету, хранению, расходованию ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи» проводят ответственные лица, назначенные руководителем медицинской организации.

Основополагающим является правильное определение потребности в ИЛП на 4-м уровне на основании следующих данных:

- годового плана прививок в рамках национального (и регионального) календаря профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям;

- национального (и регионального) календаря профилактических прививок;

- остатков препаратов предшествующего года с учетом сроков их годности;

- количества неснижаемого запаса (не менее 30% от годового расхода);

- годового расхода препарата;

- расхода каждого препарата на 1 прививку, включая потери препарата, связанные с проведением прививок (разлив вакцин) - не более 5% для однодозных вакцин и не более 50% для многодозных вакцин от расчетного количества.

На 3-м уровне проводятся:

- обобщение заявок медицинских организаций 4-го уровня;

- при необходимости - внесение корректив;

- оформление обобщенной заявки и согласование её с территориальным органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

-направление обобщенной и согласованной заявки в орган местного самоуправления в сфере здравоохранения

На 2-м уровне обобщенная заказ-заявка в целом по субъекту Российской Федерации согласовывается с органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, и направляется в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Качество планирования и составления заявок на ИЛП на всех уровнях зависит от полноты и качества учета профилактических прививок, выполненных в рамках национального и регионального календаря профилактических прививок, календаря прививок по эпидемическим показаниям, а также израсходованных препаратов.

Учет движения ИЛП проводят в соответствии с методическими документами. Ответственное за учет ИЛП лицо должно не реже раза в квартал анализировать уровень и причины потерь ИЛП для иммунопрофилактики и докладывать о результатах анализа руководителю медицинской организации для принятия мер по снижению и предотвращению потерь ИЛП.

5.4. На все имеющиеся в медицинской организации ИЛП необходимы следующие документы:

- годовая заказ-заявка медицинской организации на ИЛП;

- объяснительная записка по составлению годовой заявки;

- копии требований на выдачу ИЛП с районного склада;

- журнал анализа движения ИЛП в медицинской организации;

- журнал учета поступления и выдачи ИЛП в организации на территории обслуживания медицинской организации;

- копии отчетов о движении ИЛП в вышестоящие организации;

- акты списания ИЛП;

- график отпуска препаратов на территории обслуживания медицинской организации;

- накладные на полученные препараты с указанием количества доз ИЛП и растворителя каждой серии, срока годности, организации-изготовителя;

- инструкции по применению препаратов.

5.5. Отечественные ИЛП сопровождаются:

- копией регистрационного удостоверения на ИЛП

- копией паспорта отделения биологического и технологического контроля (ОБТК) организации-изготовителя на реализуемую серию ИЛП или другими сведениями, подтверждающими соответствие ИЛП требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия - нормативной документации или нормативного документа (сведения о декларации или сертификате соответствия).

5.6. ИЛП зарубежного производства сопровождаются:

- копией регистрационного удостоверения установленного образца на ИЛП;

- копией сертификата соответствия на реализуемую серию препарата;

- инструкцией по применению препарата на русском языке.

5.7. В случае поставки растворителя к вакцине в отдельной потребительской упаковке на него должен оформляться отдельный пакет товаросопроводительной документации.

5.8. Организации, осуществляющие поставку, хранение, реализацию ИЛП для иммунизации населения, должны иметь лицензию на фармацевтическую деятельность.

5.9. Обеспечение ИЛП на всех уровнях осуществляют в соответствии с заказом-заявкой и примерным расчетом потребности в ИЛП [национального (и регионального) календаря](http://ivo.garant.ru/document?id=70547158&sub=1000) профилактических прививок и прививок по эпидпоказаниям.

Руководитель организации является ответственным за организацию работы с ИЛП, соблюдение требований температурного режима при хранении и транспортировании ИЛП, обеспечивает учет и представление отчетности о поступлении и реализации препаратов на данной территории в органы Роспотребнадзора и органы управления здравоохранением в установленном порядке.

VI. Требования к кадровому обеспечению организации

6.1. Кадровый состав (врач, медсестры-картотетчицы, медсестры прививочного кабинета, медсестра, ответственная за движение ИЛП) должен иметь базовую подготовку по иммунопрофилактике. Необходимо также иметь подготовленный аттестованный кадровый резерв врача, медсестры-картотетчицы, медсестры прививочного кабинета.

6.2. С вновь поступающими на работу врачами и медицинскими сестрами, в функциональные обязанности которых входит проведение иммунопрофилактики, проводится первичный инструктаж по нормативным и методическим документам, инструкциям по применению ИЛП, вопросам организации и проведения прививок. Медицинские сестры дошкольных и других образовательных учреждений, здравпунктов и т.п., вновь поступающие на работу, проходят практическое обучение в течение трех дней в прививочном кабинете медицинской организации. Инструктаж фиксируют в специальном журнале под роспись. В течение года в медицинской организации проводят по календарному плану, утвержденному главным врачом, мероприятия по повышению квалификации врачей и медицинских сестер по всем разделам иммунопрофилактики инфекционных болезней. Раз в год администрация и ответственный за прививочную работу проводят аттестацию медицинского персонала с учетом индивидуальных результатов обучения и качества работы по иммунопрофилактике за год. Не реже чем 1 раз в 5 лет медицинские работники, в функциональные обязанности которых входит проведение иммунизации, должны проходить повышение квалификации по иммунопрофилактике инфекционных болезней на базе аккредитованных образовательных учреждений дополнительного профессионального образования.

6.3. В медицинской организации обеспечивают информирование населения (родителей, опекунов детей), при необходимости - отдельных профессиональных и возрастных групп о преимуществах иммунизации в плановом порядке и по эпидемическим показаниям, о возможных побочных проявлениях после иммунизации и оказании медицинской помощи в случае развития побочных реакций, а также о последствиях отказа от профилактических прививок.

График работы медицинской организации по иммунопрофилактике должен обеспечивать доступность иммунизации, минимальную длительность ожидания, предусматривать время выдачи документов (справки, прививочные сертификаты), перераспределение обязанностей медицинских работников при проведении массовой иммунизации.

VII. Оценка качества работы медицинской организации по иммунопрофилактике

7.1. Организация и проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней осуществляются в соответствии с [национальным календарем](http://ivo.garant.ru/document?id=70547158&sub=1000) профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также региональным календарем профилактических прививок

7.2. Для оценки качества работы медицинской организации по иммунопрофилактике используются показатели:

- уровень охвата профилактическими прививками и своевременность иммунизации детского и/или взрослого населения на территории обслуживания;

- показатели заболеваемости населения на территории обслуживания инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики;

- структура причин непривитости и их обоснованность;

- количество и частота серьезных случаев побочных проявлений после иммунизации, структура причин их возникновения;

- количество и частота травм, полученных медработниками при проведении иммунизации.

7.3. Уровень охвата своевременной иммунизацией (охват иммунизацией на момент достижения декретированного возраста) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок должен быть не менее 95%.

7.4. Анализ показателей заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики, должен проводиться по участкам медицинской организации и территории обслуживания в целом с учетом результатов серомониторинга.

Показатели необходимо сравнивать с предшествующими годами и средними показателями по организации, району, субъекту Российской Федерации, сопоставлять с целевыми показателями, рекомендованными федеральными и региональными целевыми программами.

Следует анализировать показатели заболеваемости среди привитых и не привитых, оценивать экономическую эффективность вакцинации.

7.5. Необходимо анализировать удельный вес не привитых в каждом декретированном возрасте, а также структуру причин непривитости по каждому виду прививки:

- отказы, миграция, отсутствие ИЛП, отсутствие вызова на прививку, отсутствие кадров;

- длительные и временные медицинские отводы.

При анализе причин оценивается:

- работа с лицами, отказывающимися от прививок;

- работа с временно выбывающими детьми;

- работа с детьми, мигрирующими внутри города;

- работа с беженцами, переселенцами;

- причина отсутствия кадров, принимаемые меры;

- причины отсутствия или несвоевременного получения ИЛП;

- причины несвоевременного вызова на прививку;

- структура заболеваний, определивших оформление отводов от прививок;

- качество диспансерного наблюдения за больными детьми;

- эффективность системы наблюдения за детьми первого года жизни с отягощенным анамнезом, с анализом своевременности их вакцинации;

- система оформления длительных медицинских отводов в медицинской организации (специалистом, врачом-иммунологом, иммунологической комиссией, участковым врачом);

- обоснованность медицинских отводов в соответствии с современными противопоказаниями;

- своевременность пересмотра медицинских отводов;

- методическая работа с врачами медицинской организации по вопросу медицинских отводов от прививок.

На основании анализа причин неполного охвата прививками должен быть разработан план мероприятий по их устранению.

7.6. Необходимо анализировать частоту первичной регистрации случаев побочных проявлений после иммунизации, в том числе тяжелых заболеваний и летальных исходов в поствакцинальном периоде по медицинской организации и в целом по территории; следует изучить структуру, причины серьезных случаев побочных проявлений после иммунизации ,оценивать знания, настороженность медицинских работников к выявлению подобных случаев.

По результатам анализа должен быть разработан план мероприятий по профилактике серьезных случаев побочных проявлений после иммунизации.

## 13.2. Обеспечение безопасности иммунизации

### I. Общие положения

1.1. Безопасность иммунизации означает отсутствие при проведении профилактических прививок или при введении иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) вредного воздействия на здоровье пациента, медицинского работника, осуществляющего введение ИЛП, а также на здоровье населения, контактирующего с медицинскими отходами, образующимися при проведении профилактических прививок или введении ИЛП. Безопасность иммунизации является одним из основных критериев оценки качества вакцинопрофилактики.

1.2. В целях предупреждения возникновения побочных проявлений после иммунизации, а также инфекционных заболеваний с артифициальным механизмом передачи возбудителя при проведении профилактических прививок должна быть обеспечена безопасность:

- пациента, которому вводят вакцину;

- медицинского персонала, осуществляющего иммунизацию;

- населения, проживающего на территории, прилегающей к медицинским или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки.

1.3. Безопасность иммунизации обеспечивает руководитель медицинской организации.

1.4. На проведение профилактической прививки должно быть получено информированное согласие пациента или его родителя (опекуна). Перед проведением профилактической прививки пациенту или его родителям (опекунам) разъясняется (устно, письменно) необходимость иммунизации, возможные побочные проявления после иммунизации, а также последствия отказа от иммунизации. О проведении профилактических прививок в дошкольных и общеобразовательных организациях родители (опекуны) детей, подлежащих иммунизации, должны быть оповещены заранее, должно быть получено их информированное согласие на проведение прививок.

1.5. Профилактические прививки проводят медицинские работники, обученные правилам организации и техники проведения прививок, а также приемам неотложной помощи в случае возникновения побочных проявлений после иммунизации и имеющие документальное подтверждение прохождения обучения. Вновь поступающие на работу в прививочные кабинеты медицинских организаций медицинские сестры (фельдшера) получают допуск к проведению иммунизации после прохождения инструктажа непосредственно на рабочем месте. Ответственным за проведение инструктажа и выдачу допуска является руководитель медицинской организации или должностное лицо, им назначенное.

К проведению прививок БЦЖ и кожных проб для диагностики туберкулёза допускаются медицинские сестры, прошедшие обучение на базе противотуберкулёзных учреждений и имеющие соответствующее документальное подтверждение прохождения данного обучения.

1.6. Случаи серьезных и тяжелых побочных проявлений после иммунизации подлежат расследованию в порядке, установленном действующими нормативными и методическими документами.

II. Обеспечение безопасности пациента при проведении иммунизации

2.1. Профилактические прививки проводят по назначению врача (фельдшера).

2.2. Плановая вакцинация граждан предусматривает необходимый порядок введения вакцин в определенной последовательности, в установленные сроки, которые определяются Национальным (и региональным) календарем профилактических прививок. При нарушениях сроков иммунизации, предусмотренных Национальным (или региональным) календарем профилактических прививок, их проводят по индивидуальной схеме, в соответствии с установленными требованиями и инструкциями по применению ИЛП.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводят в сроки, предусмотренные календарем прививок по эпидемическим показаниям, действующими нормативными документами и инструкциями по применению ИЛП.

2.3. Отбор пациентов для проведения иммунизации осуществляется с целью:

- проведения профилактических прививок всем нуждающимся в них лицам;

- выявления лиц с противопоказаниями к профилактическим прививкам в соответствии с установленными требованиями и инструкциями по применению препаратов;

- выявления лиц с повышенным риском развития сильных реакций на введение препарата или поствакцинальных осложнений.

2.4. Все лица, которым должны проводить профилактические прививки, предварительно подвергаются медицинскому осмотру врачом (фельдшером). Перед иммунизацией врач (фельдшер) должен тщательно собрать анамнез у пациента с целью выявления предшествующих заболеваний, в том числе хронических, наличия реакций или осложнений на предыдущее введение препарата, аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты, выявить индивидуальные особенности (недоношенность, родовая травма, судороги), уточнить, имеются ли контакты с инфекционными больными, а также сроки предшествующих прививок, для женщин - наличие беременности.

Лица с хроническими заболеваниями, аллергическими состояниями и др. при необходимости подвергаются медицинскому обследованию с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования.

Непосредственно перед проведением профилактической прививки должна быть проведена термометрия.

Результаты осмотра пациента, термометрии, проведенных лабораторных и инструментальных исследований, особенности прививочного анамнеза, а также разрешение на введение конкретной вакцины с указанием вида прививки или отвода от иммунизации по медицинским показаниям должны быть зафиксированы врачом (фельдшером) в соответствующих учетных медицинских документах.

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

2.5. Профилактические прививки проводятся в прививочных кабинетах медицинских организаций, не допускается проведение прививок в процедурных кабинетах за исключением сельских медицинских организаций (ФАПов). В данном случае устанавливается график проведения процедур и иммунизации населения, исключающий одновременное их проведение, и предусматривающий обязательную влажную уборку помещения с применением дезинфицирующих средств и обеззараживанием воздуха после проведения процедур до начала иммунизации.

2.6. Оборудование и оснащение прививочного кабинета должно соответствовать установленным требованиям.

В прививочном кабинете необходимо иметь письменные инструкции о порядке проведения уборки и дезинфекции помещений. Для обеззараживания воздуха в прививочном кабинете следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства в соответствии с технологиями обработки и режимами обеззараживания, изложенными в нормативных и методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и/или дезинфицирующего средства.

2.7.В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств неотложной и противошоковой терапии, а также экстренной профилактики парентеральных инфекций.

2.8. Иммунизация на дому или по месту работы/пребывания проводится мобильными прививочными бригадами, обеспеченными необходимым оборудованием и оснащением, в том числе медикаментами для оказания неотложной помощи пациентам, укладкой для экстренной профилактики парентеральных инфекций, расходными материалами и тарой для сбора медицинских отходов.

2.9. Детям, посещающим детские образовательные организации и школы, учреждения стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты) профилактические прививки проводятся в прививочных кабинетах данных организаций, оснащенных необходимым оборудованием и материалами в соответствии с установленными требованиями. При отсутствии прививочных кабинетов возможно проведение профилактических прививок мобильными бригадами в медицинских кабинетах данных организаций при условии проведения комплекса подготовительных мероприятий (п.2.6.).

При отсутствии здравпунктов в организациях для проведения иммунизации мобильными бригадами выделяют помещения, где возможно создать условия для обеспечения безопасности иммунизации: помещение должно быть отремонтированным, чистым, хорошо проветриваться и легко подвергаться влажной уборке, оборудованным раковиной для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды, а также иметь необходимый набор мебели для осмотра пациента и проведения профилактических прививок (стол, стулья, кушетка).

2.10. Перед проведением профилактических прививок и после работы прививочной бригады выделенное помещение тщательно убирают с использованием дезинфицирующих средств, зарегистрированных в Российской Федерации, разрешенных для применения в медицинских организациях в соответствии с инструкцией по их применению, и проветривают. Ответственным за подготовку выделенного помещения является руководитель организации, сотрудникам которой проводят прививки.

2.11. Решение о возможности работы прививочной бригады в выделенном помещении принимает врач (в сельской местности - фельдшер) прививочной бригады.

2.12. Все манипуляции с вакцинами проводятся только на специально отведенных промаркированных столах.

2.13. Необходимо организовать поток пациентов таким образом, чтобы одновременно в прививочном кабинете находился только один пациент, а при проведении прививок маленьким детям — один ребенок и один его сопровождающий.

При проведении прививки медицинский работник должен находиться между пациентом и столом с острыми инструментами.

При проведении прививок маленьким детям взрослый, сопровождающий ребенка, должен усадить последнего безопасным образом, удерживая так, чтобы исключить неожиданные движения ребенка. Медицинский работник, осуществляющий прививку, не должен удерживать ребенка.

2.14. Лица, осуществляющие иммунизацию, должны быть здоровы. Контроль состояния здоровья средних медицинских работников, проводящих прививки, осуществляет врач прививочной бригады или руководитель, ответственный за проведение прививок в данном учреждении. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых независимо от их локализации, отстраняются от проведения прививок.

2.15. При приемке ИЛП работниками медицинской организации осуществляется проверка соответствия принимаемых препаратов товаросопроводительной документации по ассортименту, количеству и качеству, соблюдению специальных условий хранения и транспортирования.

2.16. Розничная продажа ИЛП осуществляется по рецептам, отпуск ИЛП проводится в термоконтейнеры или термосы в соответствии с установленными требованиями.

2.17. Хранение и транспортирование ИЛП должно осуществляться при строгом соблюдении инструкций по их применению и требований действующего санитарного законодательства. При использовании ИЛП следует придерживаться принципа: вакцины, срок годности которых истекает раньше, должны быть использованы в первую очередь. Следует использовать основные запасы ИЛП до наступления максимально допустимого срока хранения.

2.18. В каждой организации, осуществляющей деятельность по транспортированию, хранению и использованию ИЛП, должен быть разработан и утвержден руководителем организации план мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях.

Работники, ответственные за соблюдение температурного режима хранения и транспортирования вакцины, должны владеть навыками практического выполнения плана экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи».

2.19. Подготовка ИЛП к введению пациенту осуществляется в строгом соответствии с инструкцией по применению препарата.

Перед использованием любой вакцины или растворителя к вакцине следует проверить наличие этикетки на флаконе или ампуле:

- соответствует ли выбранная вакцина назначению врача;

- соответствует ли выбранный растворитель данной вакцине;

- не истек ли срок годности вакцины и/или растворителя;

- нет ли видимых признаков повреждения флакона или ампулы;

- нет ли видимых признаков загрязнения содержимого флакона или ампулы (наличие подозрительных на загрязнение плавающих частиц, изменение окраски, мутности и т.п.), соответствует ли внешний вид вакцины до и после восстановления (растворения) ее описанию, приведенному в инструкции;

- для анатоксинов, вакцины против гепатита В и других сорбированных вакцин или для растворителей - нет ли видимых признаков того, что вакцина (растворитель) подвергалась замораживанию.

Если по какому-либо из перечисленных признаков качество вакцины или растворителя вызывает сомнение - данный препарат использовать нельзя.

2.20. Вакцина из многодозных флаконов может использоваться в течение рабочего дня в соответствии с инструкцией по ее применению при соблюдении следующих условий:

- забор каждой дозы вакцины из флакона осуществляется с соблюдением правил асептики;

- вакцины хранятся при соответствующей температуре (от +2°С до +8°С);

- восстановленные вакцины используются немедленно и хранению не подлежат.

Открытые флаконы с вакциной в конце рабочего дня уничтожают в соответствии с установленными требованиями.

2.21. Не допускается смешивание вакцин и растворителей из неполных открытых флаконов.

2.22. Для восстановления вакцины в каждом флаконе используется отдельный стерильный шприц со стерильной иглой. Повторное применение шприца и иглы, уже использованных для смешивания растворителя и вакцины, не допускается.

2.23. Не разрешается заблаговременный набор вакцины в шприцы и последующее хранение вакцины в шприцах.

2.24. Профилактические прививки против туберкулёза и туберкулинодиагностику проводят в отдельной комнате прививочного кабинета, а при ее отсутствии - на специально выделенном столе, в определенные дни и часы. Не разрешается проведение прививок против туберкулёза и туберкулинодиагностики одновременно с другими прививками.

2.25. Все профилактические прививки при парентеральном введении препаратов проводят стерильными шприцами и иглами однократного применения.

В случае одновременного проведения одному пациенту нескольких профилактических прививок, каждую вакцину вводят отдельным шприцем и иглой в разные участки тела в соответствии с инструкцией по применению препарата. Не допускается проведение иммунизации вакциной БЦЖ и вакциной против желтой лихорадки одновременно с другими прививками.

2.26. Вскрытие ампул, восстановление лиофилизированных вакцин, введение препарата осуществляются в соответствии с инструкциями по их применению при строгом соблюдении правил асептики. Для восстановления лиофилизированных вакцин применяют растворители, произведенные в соответствии с фармакопейной статьей организации на данный медицинский иммунобиологический препарат.

2.27. Перед набором сорбированного препарата в шприц необходимо тщательно встряхнуть ампулу (флакон) для лучшего перемешивания.

2.28. Для забора каждой дозы вакцины из многодозового флакона используются стерильный шприц со стерильной иглой. Оставлять иглу в крышке флакона для взятия последующих доз вакцины запрещается. Для забора вакцины из флакона используется тот же шприц, который будет использован для инъекции.

2.29. Вакцину вводят в дозе, строго соответствующей инструкции по применению препарата.

Обработка инъекционного поля осуществляется в направлении от центра к периферии салфеткой или тампоном, смоченным антисептиком. Предварительное замачивание и хранение ватных тампонов в растворе антисептика запрещается. Допускается использование салфеток однократного применения с антисептиком, герметично упакованных производителем, зарегистрированных и разрешенных к применению для обработки инъекционного поля в установленном порядке.

Инъекцию следует проводить после высыхания антисептика.

Вакцину вводят в положении пациента лежа или сидя во избежание падения при обморочном состоянии.

Для введения вакцины используется только тот метод, который указан в инструкции по ее применению. Размеры шприцев и игл определяются исходя из объема вводимого препарата и метода введения препарата.

Внутримышечные инъекции детям первых лет жизни проводят только в верхненаружную поверхность средней части бедра. Лицам в возрасте старше 3-х лет инъекции вакцины проводятся на границе верхней и средней трети плеча.

2.30. Перед проведением прививки медицинский работник должен предупредить пациента, родителей (или опекуна) ребенка о возможности возникновения местных реакций и других побочных проявлений после иммунизации, дать рекомендации по оказанию доврачебной помощи в случае их возникновения и о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении подобных симптомов.

2.31. Непосредственно после введения вакцины в течение 30 минут за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

Сроки и длительность медицинского наблюдения определяются сроками наиболее вероятного развития поствакцинальных реакций и осложнений, указанными в инструкции по применению препарата.

При проведении профилактических прививок детям должно быть обеспечено активное медицинское наблюдение (патронаж) в следующие сроки:

- на следующий день после иммунизации против гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции;

- на 2-й и 7-й дни после иммунизации против полиомиелита;

- через 1, 3, 6, 9 и 12 мес. после иммунизации против туберкулёза;

- на 5-7 день после иммунизации против кори, краснухи и эпидемического паротита.

Результаты патронажа регистрируют в соответствующих учетных медицинских документах.

2.32. Порядок регистрации профилактических прививок является единым и обязательным для всех медицинских организаций независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности.

Медицинский работник, проводящий иммунизацию, обеспечивает правильность и достоверность ее регистрации.

Сведения о выполненной профилактической прививке (дата введения препарата, название препарата, производитель, номер серии, доза, дата истечения срока годности, метод и место введения препарата, а по результатам наблюдения - характер реакции) вносятся в соответствующие учетные медицинские документы.

III. Обеспечение безопасности медицинского работника при проведении иммунизации

3.1. Медицинский работник при проведении иммунизации, обращении с инъекционным инструментарием, вакцинами и образующимися медицинскими отходами, обязан соблюдать правила техники безопасности, направленные на профилактику инфекций с артифициальным механизмом передачи возбудителя.

3.2. Медицинские работники, осуществляющие иммунизацию:

- проходят предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

- должны быть привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям с учетом эпидемиологической ситуации.

3.3. Медицинский персонал должен осуществлять иммунизацию в специальной медицинской одежде (халате и шапочке) и нестерильных диагностических перчатках. Перчатки необходимо менять после каждого пациента. Гигиеническая обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями санитарного законодательства.

3.4. Медицинские работники должны владеть безопасной техникой проведения инъекций, исключающей ненужные манипуляции, которые могут привести к травме. Для уменьшения риска травматизма медицинским работникам следует:

- избегать ручных манипуляций с необеззараженными шприцами;

- применять специальные приспособления для снятия игл (иглосъемники, иглоотсекатели, деструкторы игл).

Запрещается надевать колпачок на иглу после инъекции.

3.5. В случае получения работником травмы, потенциально опасной в плане инфицирования (укол, порез с нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых), необходимо принять меры экстренной профилактики. На рабочем месте персонала должна быть укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций.

3.6. Ответственным лицом вносится запись в журнал учета аварийных ситуаций, составляется акт о несчастном случае на производстве установленной формы с указанием даты, времени, места, характера травмы, в котором подробно описывают ситуацию, использование средств индивидуальной защиты, соблюдение правил техники безопасности, указывают лиц, находившихся на месте травмы, а также примененный метод экстренной профилактики. Акт составляется в 2 экземплярах и хранится 3 года.

3.7. Извещение, учет и расследование случаев инфицирования персонала возбудителями инфекционных заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью, проводятся в соответствии с установленными требованиями.

3.8. Сбор, временное хранение, транспортирование, уничтожение (утилизацию) медицинских отходов, образующихся при иммунизации, осуществляют в соответствии с установленными санитарным законодательством требованиями.

3.9. Вакцины и растворители с истекшим сроком годности, или хранившиеся с нарушением холодовой цепи, или с видимыми изменениями, не обозначенными в инструкции (наличие хлопьев, изменение цветности и прозрачности и т.п.), а также остатки ИЛП во вскрытых ампулах и флаконах подлежат уничтожению в соответствии с установленными требованиями.

IV.Обеспечение безопасности населения, проживающего на территории,   
прилегающей к организации, где проводится иммунизация

4.1. Не допускается контакт с отходами, образующимися при иммунизации, населения, проживающего на территории, прилегающей к медицинским организациям или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки.

4.2. Сбор, временное хранение и вывоз отходов следует выполнять в соответствии со схемой обращения с медицинскими отходами, которая разрабатывается в соответствии с требованиями санитарного законодательства и утверждается руководителем организации.

4.3. Транспортирование отходов с территории организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, производится транспортом специализированных организаций к месту последующего обезвреживания, размещения медицинских отходов с учетом единой централизованной системы санитарной очистки данной административной территории.

**13.3. Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов**

### I. Общие требования

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила устанавливают общие требования к условиям транспортирования и хранения всех групп ИЛП, порядок транспортирования и хранения ИЛП от момента их изготовления до использования в медицинских организациях, а также требования к оборудованию, обеспечивающему сохранность исходного качества и безопасность ИЛП, и порядок использования этого оборудования.

1.2. Для сохранения высокого качества и безопасности ИЛП проводится комплекс организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических), технических, контрольных и надзорных, учебно-методических и иных мероприятий по обеспечению оптимальных условий транспортирования и хранения ИЛП на всех этапах (уровнях) их движения от производителя до потребителя («холодовая цепь») ([Приложение 6](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P312)7 к Правилам).

1.2.1. Первый уровень - доставка ИЛП от организации-изготовителя до организаций оптовой торговли лекарственными средствами, включая этап таможенного оформления.

1.2.2. Второй уровень - хранение ИЛП организациями оптовой торговли лекарственными средствами и доставка ИЛП до других организаций оптовой торговли лекарственными средствами, городских и районных (сельских) аптечных организаций, медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность.

1.2.3. Третий уровень - хранение ИЛП городскими и районными (сельскими) аптечными организациями, медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность, и доставка ИЛП до медицинских организаций или их обособленных подразделений (например, участковых больниц, амбулаторий, поликлиник, родильных домов) или иных организаций (например, медицинских кабинетов образовательных и других организаций), использующих ИЛП, а также розничная реализация ИЛП.

1.2.4. Четвертый уровень - хранение ИЛП в медицинских организациях или их обособленных подразделениях (например, участковых больницах, амбулаториях, поликлиниках, родильных домах), иных организациях (медицинских кабинетах образовательных и других организаций), где используются ИЛП.

1.3. При транспортировании и хранении ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи», а также при применении ИЛП руководитель организации (индивидуальный предприниматель) организует и обеспечивает выполнение установленных настоящими правилами требований к условиям транспортирования и хранения ИЛП, гарантирующих сохранность качества ИЛП.

1.4. В организациях, осуществляющих хранение и транспортирование ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи», должны работать специалисты, прошедшие инструктаж по вопросам обеспечения сохранности качества препарата и защиты его от воздействия вредных факторов окружающей среды. Инструктаж специалистов проводится ежегодно с отметкой в специальном журнале.

II. Требования к температурному режиму транспортирования

и хранения ИЛП

2.1. При транспортировании и хранении ИЛП должны соблюдаться условия, обеспечивающие сохранность качества препарата и защиту его от воздействия вредных факторов окружающей среды (температуры, влажности, света), от повреждения групповой, первичной и вторичной упаковки ИЛП.

2.2. Транспортирование и хранение большинства ИЛП, в том числе содержащих в упаковке растворитель, осуществляется при температуре в пределах от +2 °C до +8 °C включительно.

2.3. Хранение живой оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ) на первом и втором уровнях возможно при температуре -20 °C и ниже или при температуре в пределах от +2 °C до +8 °C включительно; при транспортировании вакцины ОПВ при температуре от +2 °C до +8 °C включительно допускается последующее повторное ее замораживание до температуры -20 °C и ниже.

2.4. Не допускается замораживание адсорбированных препаратов, содержащих адъюванты (коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины, дифтерийно-столбнячного анатоксина, вакцин против гепатита B и A, субъединичных гриппозных вакцин, инактивированной вакцины против полиомиелита), а также растворителей для вакцин при их транспортировании и хранении.

2.5. На четвертом уровне «холодовой цепи» все ИЛП, в том числе растворители для вакцин, должны храниться в холодильнике при температуре в пределах от +2 °C до +8 °C включительно.

2.6. При определении режима транспортирования и хранения ИЛП необходимо руководствоваться инструкцией по его применению.

III. Требования к оборудованию для «холодовой цепи»

3.1. В системе «холодовой цепи» используются следующие виды оборудования:

оборудование для транспортирования ИЛП;

оборудование для хранения ИЛП;

оборудование для контроля температурного режима хранения и транспортирования ИЛП.

3.2. Покрытие внутренних и внешних поверхностей оборудования, используемого в системе «холодовой цепи», должно быть устойчиво к действию моющих и дезинфицирующих средств.

3.3. Для бесперебойной работы холодильного оборудования и электрических приборов для контроля температурного режима необходимо обеспечить стабильность напряжения в электросетях, осуществляющих энергоснабжение данного оборудования, а также возможность электроснабжения по резервным схемам или автоматическое подключение системы автономного электропитания (электрогенераторов или аккумуляторов).

3.4. Запрещается использовать оборудование «холодовой цепи» для совместного с ИЛП хранения и транспортирования продуктов питания, других лекарственных средств, а также сырья, материалов, оборудования и предметов, которые могут повлиять на качество ИЛП и/или повредить их упаковку.

3.5. Необходимо строгое соблюдение сроков эксплуатации и периодичности технического обслуживания оборудования, определенных его производителем.

3.6. Оборудование, предназначенное для транспортирования и хранения ИЛП, должно обеспечивать:

- требуемый температурный режим или заданный интервал температур в течение всего времени транспортирования и хранения при любой допустимой степени загрузки;

- размещение максимального запаса ИЛП, который может поступить на данный уровень «холодовой цепи» (при одновременной поставке ИЛП для предсезонной иммунизации); не допускается превышение объема загрузки холодильного оборудования более чем на 2/3;

- замораживание и хранение в замороженном состоянии достаточного количества хладоэлементов, используемых в комплекте с термоконтейнерами или в качестве аварийных источников холода в стационарном холодильном оборудовании.

IV. Требования к оборудованию для транспортирования ИЛП

4.1. В системе «холодовой цепи» для транспортирования ИЛП используется следующее оборудование:

- термоконтейнеры (емкостью от менее 10 дм3 до более 100 дм3 включительно, в том числе медицинские сумки-холодильники);

- хладоэлементы;

- авторефрижераторы.

4.2. Для транспортирования обычным (не рефрижераторным) транспортом ИЛП упаковываются в специальные термоконтейнеры, изготовленные из теплоизоляционного материала, обеспечивающие соблюдение требуемого интервала температур в течение определенного времени для защиты ИЛП от воздействия высоких или низких температур окружающей среды.

В зависимости от способа сохранения требуемого интервала температур применяются термоконтейнеры:

- активные, рефрижераторного типа с встроенной холодильной установкой;

- пассивные, изотермического типа, где в качестве хладагентов используются хладоэлементы.

В зависимости от используемого термоматериала и технологии производства пассивные термоконтейнеры подразделяются на термоконтейнеры однократного и многократного применения. Не допускается повторное использование изотермической упаковочной тары однократного применения.

4.3. Термоконтейнеры емкостью до 50 дм3 включительно должны обеспечивать температурный режим хранения и транспортирования от +2 °C до +8 °C:

- не менее 24 часов при постоянном воздействии температуры окружающей среды +34 °C;

- не менее 6 часов при постоянном воздействии температуры окружающей среды -20 °C.

4.4. Термоконтейнеры емкостью свыше 50 дм3 должны обеспечивать температурный режим хранения и транспортирования от +2 °C до +8 °C:

- не менее 48 часов при постоянном воздействии температуры окружающей среды +43 °C;

- не менее 10 часов при постоянном воздействии температуры окружающей среды -30 °C.

4.5. Термоконтейнеры многократного применения должны быть укомплектованы паспортом, термокартой, инструкцией по применению, должны иметь покрытие, легко подвергающееся санитарной обработке, и иметь прочную наружную поверхность для защиты от случайного механического и другого повреждающего воздействия окружающей среды.

4.6. На первом и втором уровнях «холодовой цепи» необходимо обеспечить резервный запас хладоэлементов. На третьем и четвертом уровнях «холодовой цепи» термоконтейнеры многократного применения должны быть укомплектованы двойным комплектом хладоэлементов, один из которых используется для загрузки термоконтейнера, другой - замораживается в морозильнике.

4.7. Термоконтейнеры емкостью до 30 дм3 включительно (медицинские сумки-холодильники) должны обеспечиваться средствами для ручного транспортирования. Термоконтейнеры емкостью более 30 дм3 до 50 дм3 включительно (средние термоконтейнеры) должны обеспечиваться средствами, облегчающими их ручное транспортирование. Загруженные большие (свыше 50 дм3 до 100 дм3) и сверхбольшие (свыше 100 дм3) термоконтейнеры перемещаются с помощью механических транспортных средств.

4.8. Запрещается использование термоконтейнеров с механическими повреждениями стенок и/или крышки как внутри, так и снаружи.

4.9. Санитарная обработка термоконтейнеров многократного применения проводится перед загрузкой и после использования, а также по мере необходимости, с использованием дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению термоконтейнеров.

4.10. Загрузка ИЛП производится в термоконтейнер, предварительно охлажденный до температуры от + 2 °C до + 8 °C (если в инструкции к термоконтейнеру не предусмотрен другой режим подготовки). Сверхмалые и малые термоконтейнеры охлаждаются в холодильнике (холодильной камере), остальные - либо в холодильных комнатах (камерах), либо с помощью резервного запаса хладоэлементов.

4.11. Для создания необходимой температуры внутри пассивного термоконтейнера используются хладоэлементы. В хладоэлементах могут использоваться жидкие и гелеобразные наполнители.

Хладоэлементы, содержащие в качестве наполнителя воду, должны иметь маркировку «вода».

Хладоэлементы, содержащие другие наполнители, должны иметь маркировку рабочих температур, указанных в инструкции к хладоэлементу. Запрещается использование сухого льда в пассивных термоконтейнерах при транспортировании и хранении ИЛП.

4.12. Хладоэлементы используются в соответствии с инструкцией их производителя и требованиями, изложенными в прилагаемых паспорте и/или инструкции к термоконтейнеру или хладоэлементу.

Перед загрузкой в термоконтейнеры замороженные водяные хладоэлементы (если другое не предусмотрено инструкцией) выдерживаются при комнатной температуре для оттаивания инея на их поверхности и при необходимости - кондиционирования (частичного размораживания). Перед использованием их вытирают насухо.

Между упаковками ИЛП и поверхностью хладоэлементов необходимо размещать термоизолирующий материал (например, картон или бумагу).

4.13. При транспортировании в одном пассивном термоконтейнере ИЛП различных видов, в том числе не допускающих замораживание, и растворителей к вакцинам, для предотвращения замораживания ИЛП используются кондиционированные (частично размороженные) хладоэлементы с наполнителем из воды либо другие с рабочими температурами в интервале от +2 °C до +8 °C, если иное не предусмотрено инструкцией к термоконтейнеру.

4.14. При транспортировании ИЛП в термоконтейнере используется оборудование для контроля температурного режима, которое позволяет установить, были ли нарушения температурного режима в течение всего цикла транспортирования. Допускается использование термометров со встроенной электронной памятью, обладающих возможностью фиксации нарушений температурного режима в цикле контроля.

Оборудование для контроля температурного режима размещается в каждом термоконтейнере в месте, рекомендованном производителем согласно термокарте, между упаковками с ИЛП. Контроль показаний приборов осуществляется после окончания цикла транспортирования во время выгрузки препаратов.

В пассивных термоконтейнерах применяются термоиндикаторы. Активные термоконтейнеры оборудуются встроенными или автономными терморегистраторами.

4.15. Для транспортирования ИЛП в упаковке производителя без дополнительных изотермических средств защиты используется авторефрижератор с изотермическим кузовом, оборудованный холодильно-обогревательной установкой с автоматической системой поддержания заданной температуры внутри кузова, оснащенный средствами измерения и контроля температуры, а также теплоизолирующей завесой в дверном проеме кузова.

4.16. Кузов авторефрижератора для транспортирования ИЛП оборудуют термометром и терморегистратором. Для обеспечения возможности визуального контроля температуры в кузове рефрижератора в процессе транспортирования ИЛП в кабине водителя размещается средство визуального отображения информации о температурном режиме.

Авторефрижераторы допускается использовать в качестве холодильных или морозильных камер для временного хранения ИЛП в экстренных ситуациях, а также для подготовки термоконтейнеров и хладоэлементов к загрузке.

4.17. В качестве дополнительного средства контроля температуры в авторефрижераторе допускается использование термоиндикаторов, которые закладываются в одну или несколько транспортных упаковок с препаратами.

Контроль показаний термоиндикаторов и терморегистраторов осуществляется после окончания каждого этапа транспортирования во время выгрузки препаратов.

4.18. Способ размещения коробов в кузове специального авторефрижератора должен обеспечивать свободную циркуляцию воздуха и сохранность ИЛП. В кузовах авторефрижераторов большого объема необходимо размещать ИЛП на паллетах (поддонах).

4.19. Погрузка ИЛП производится в предварительно охлажденный (нагретый) до температуры от +2 °C до +8 °C кузов рефрижератора. Разгрузка ИЛП должна проводиться в максимально сжатые сроки.

4.20. Транспортное средство должно обеспечиваться дезинфицирующим средством и инструкцией по его применению на случай аварийных ситуаций с возможным нарушением целостности упаковки вакцин (ампул, флаконов).

4.21. Обработка кузовов авторефрижераторов с применением дезинфицирующих средств должна проводиться перед и после каждого рейса.

4.22. Водители автотранспорта, используемого для транспортирования ИЛП, и/или экспедиторы должны пройти обучение мерам и способам сохранения ИЛП при транспортировании и погрузке/выгрузке, а также в случае поломки или аварии в пути, и проведению дезинфекционных мероприятий.

V. Требования к оборудованию для хранения ИЛП

5.1. Для хранения ИЛП используется следующее оборудование, зарегистрированное в установленном порядке и предназначенное для «холодовой цепи»:

- холодильные камеры и комнаты;

- морозильные камеры;

- холодильники, в том числе холодильники-прилавки;

- морозильники, в том числе морозильники-прилавки;

- холодильники со встроенной морозильной камерой;

- термоконтейнеры, в том числе медицинские сумки-холодильники;

- хладоэлементы.

5.2. Стабильность температурных параметров и регулируемых характеристик оборудования для хранения ИЛП должна подтверждаться термокартой при разной степени загрузки, предоставляемой производителем при поставке каждой новой единицы холодильного оборудования в системе «холодовой цепи». Данные термокарты должны учитываться при размещении ИЛП внутри холодильного оборудования.

5.3. Холодильное оборудование необходимо размещать в отапливаемом помещении для предотвращения замораживания лекарственных средств при отрицательных температурах воздуха окружающей среды. В помещении также предусматривается вентиляция, водоснабжение (подводка воды с установкой раковины). Допустимая освещенность рабочих поверхностей должна составлять не менее 200 ЛК. Стены и пол должны быть покрыты материалами, выдерживающими влажную уборку и дезинфекцию. Площадь помещения определяется в соответствии с габаритами используемого оборудования.

При размещении холодильного оборудования в подвальных и полуподвальных помещениях должны предусматриваться пути надежной эвакуации ИЛП в экстренной ситуации и защита оборудования от возможного затопления водопроводной водой или сточными водами.

5.4. Холодильное оборудование должно размещаться таким образом, чтобы обеспечить свободный доступ к нему и выполнение загрузки и выгрузки ИЛП с использованием, при необходимости, средств механизации.

5.5. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» для распаковывания, хранения, упаковки и подготовки для дальнейшего транспортирования ИЛП используются холодильные камеры (комнаты).

Холодильные камеры (комнаты) должны оснащаться складским оборудованием, а также приборами измерения и контроля температуры.

5.6. Морозильные камеры используются на первом и втором уровнях «холодовой цепи» для ИЛП, которые согласно инструкции по их применению должны храниться в замороженном состоянии.

5.7. Холодильная (морозильная) камера (комната), не должна иметь оконных проемов, дверной проем оборудуется изотермической дверью шириной не менее 70 см. Дверь холодильной (морозильной) камеры (комнаты) должна открываться наружу по ходу пути аварийной эвакуации ИЛП, запираться на замок, который должен открываться как снаружи, так и изнутри. Холодильная (морозильная) камера (комната) оборудуется температурной и охранной звуковой и световой сигнализацией.

5.8. При монтаже новых холодильных (морозильных) камер (комнат) следует устанавливать двойной холодильный агрегат с системой автоматического переключения для переменного использования обоих агрегатов в целях обеспечения гарантии сохранения качества ИЛП в случае поломки одного из устройств. Каждый агрегат должен поддерживать заданную температуру при любых возможных для местного климата окружающих температурных условиях.

5.9. Холодильные (морозильные) камеры (комнаты) оборудуются стеллажами, маркированными для каждого вида ИЛП. Нижняя полка для размещения лекарственных средств в холодильной камере (комнате) должна находиться на высоте не менее 200 мм от уровня пола с целью предохранения лекарственных средств от переохлаждения и от повреждения при мытье пола. При паллетном хранении не допускается размещение нескольких наименований ИЛП на одном поддоне (паллете). Внутри холодильной камеры (комнаты) должно быть выделено место для упаковки ИЛП и пространство для охлаждения термоконтейнеров. Охлаждение термоконтейнеров осуществляется в открытом виде (без крышки). Размещение охлаждаемых термоконтейнеров на полу запрещено.

5.10. Загрузка холодильных (морозильных) камер (комнат) должна обеспечивать свободный доступ в любую часть камеры (комнаты) и условия для работы персонала внутри камеры (комнаты), а также свободную циркуляцию воздуха по всему объему в целях обеспечения равномерности распределения температуры. Не допускается загрузка полезного объема (полок, стеллажей) помещений и оборудования для хранения более чем на 2/3.

5.11. Холодильные камеры (комнаты) оборудуются терморегистратором, встроенным и автономными термометрами, а также термоиндикаторами.

Датчики встроенного термометра и встроенного терморегистратора (либо автономные терморегистраторы) размещаются по периметру холодильной камеры (комнаты) на уровне средних полок стеллажей не менее чем в двух контрольных точках, определенных производителем холодильной камеры (комнаты) или в соответствии с термокартой.

Автономные термометры и термоиндикаторы размещаются не менее чем в трех контрольных точках: на нижней полке, наиболее удаленной от двери, на средней полке в центре камеры (комнаты) и вблизи двери. Автономные термометры и термоиндикаторы размещаются непосредственно на коробках с ИЛП рядом друг с другом. Точки размещения автономных средств контроля определяются в соответствии с термокартой.

5.12. При загрузке холодильных камер (комнат) не разрешается размещение препаратов, замораживание которых недопустимо, термоиндикаторов и автономных термометров на траектории распространения потока холодного воздуха с температурой ниже +2 °C.

5.13. Текущая уборка в холодильных камерах (комнатах) осуществляется по мере необходимости; генеральная уборка проводится не реже одного раза в месяц.

5.14. Морозильные камеры оборудуются терморегистратором, термоиндикатором, встроенным термометром и тремя автономными термометрами. Все средства температурного контроля должны иметь возможность фиксировать низкие (до -25 °C и ниже) отрицательные температуры.

Датчики встроенного терморегистратора либо автономные терморегистраторы размещаются по периметру морозильной камеры на уровне средних полок стеллажей не менее чем в двух контрольных точках, определенных производителем морозильной камеры или термокартой.

Термоиндикатор размещается в наиболее «теплой», подверженной вероятному перегреву точке (возле двери).

Автономные термометры размещаются в трех контрольных точках: наиболее «теплой», подверженной вероятному перегреву (возле двери), и наиболее «холодной», а также на уровне средних полок стеллажей.

5.15. Текущая уборка в морозильных камерах осуществляется по мере необходимости; генеральная уборка проводится не реже одного раза в месяц. Не допускается наличие инея на стенах морозильной камеры.

5.16. Укладка ИЛП в термоконтейнеры осуществляется в холодильной камере (комнате). В организациях, осуществляющих оптовые поставки ИЛП, в зоне экспедиции необходимо организовать упаковочный отсек - помещение или часть помещения для подготовки (кондиционирования) хладоэлементов, активации термоиндикаторов и запуска терморегистраторов. Упаковочный отсек должен размещаться на пути движения ИЛП из помещения для хранения в зону загрузки транспорта.

5.17. В системе «холодовой цепи» для хранения ИЛП используются холодильники для «холодовой цепи» с технической возможностью длительного (не менее 24 часов) удержания надлежащего температурного режима внутри холодильной камеры при отключении электроэнергии, стабильностью температурного режима внутри камеры, не допускающего выход за пределы интервала температур в пределах от +2 °C до +8 °C и исключающего возникновение локальных зон отрицательных температур, связанных с работой хладогенератора. Холодильники должны быть оборудованы перенавешиваемыми дверцами без полок, встроенным термометром с дисплеем для визуального контроля температуры и температурной звуковой сигнализацией.

Замена ранее установленных фармацевтических и бытовых холодильников на холодильники для «холодовой цепи» производится в плановом порядке, либо при выходе из строя устаревшего оборудования.

5.18. При загрузке холодильников растворители для вакцин и ИЛП, не допускающие замораживания, размещаются в удалении от источника холода. ИЛП, допускающие замораживание, могут размещаться вблизи источника холода на расстоянии не менее 10 см от него. Внутри холодильника ИЛП размещаются с учетом данных термокарты. Полки холодильника, выделенные для хранения отдельных ИЛП, маркируются соответствующим образом. Не допускается размещение ИЛП на полках дверной панели холодильника.

5.19. Для обеспечения свободной циркуляции воздуха не допускается загрузка объема камеры холодильника более чем на 2/3.

5.20. В каждой холодильной камере холодильника предусматривается место для размещения хладоэлементов (не менее 1/6 общего объема холодильной камеры), которые служат дополнительными источниками холода при отключении электроснабжения холодильника.

5.21. Холодильник помимо встроенного термометра оснащается двумя автономными термометрами и двумя термоиндикаторами (терморегистраторами).

Датчик встроенного термометра размещается в контрольной точке каждой камеры холодильника, которая определяется производителем и обозначается на термокарте холодильника.

Автономные термометры и термоиндикаторы (терморегистраторы) размещаются рядом друг с другом непосредственно на коробках с ИЛП или непосредственно на полках в двух контрольных точках каждой камеры холодильника: наиболее «теплой» (наиболее удаленной от источника холода) и наиболее «холодной» (подверженной вероятному замораживанию, но не ближе 10 см к источнику холода).

5.22. Генеральная уборка холодильника с отключением от источника электроснабжения, мытьем и обработкой дезинфицирующими средствами внутренних и наружных поверхностей проводится не реже одного раза в месяц, текущая уборка - по мере необходимости.

5.23. В системе «холодовой цепи» для хранения ИЛП должны использоваться морозильники для «холодовой цепи», характеризующиеся высокой степенью надежности, стабильностью температурного режима внутри камеры, не допускающего выход за пределы интервала температур в пределах от -15 °C до -25 °C. Морозильники оборудуются перенавешиваемыми дверцами без полок, встроенным термометром с дисплеем для визуального контроля температуры и системой автоматического размораживания.

Замена ранее установленных бытовых морозильников на морозильники для «холодовой цепи» производится в плановом порядке при выводе из эксплуатации устаревшего оборудования.

5.24. Морозильники используются для хранения ИЛП, которые согласно инструкции по их применению должны храниться в замороженном состоянии, на первом и втором уровнях «холодовой цепи», а также для замораживания и хранения хладоэлементов, используемых в термоконтейнерах. Объем морозильной камеры должен быть не менее 50 литров.

5.25. Для замораживания хладоэлементов в условиях прививочного кабинета можно использовать морозильное отделение двухкамерного холодильника. В морозильном отделении холодильника могут также храниться форма для замораживания льда и пузырь со льдом для оказания экстренной медицинской помощи.

Запрещается хранить в морозильном отделении холодильника продукты и посторонние предметы.

5.26. Морозильник для «холодовой цепи», предназначенный для хранения ИЛП, помимо встроенного термометра, оснащается двумя автономными термометрами, термоиндикатором (терморегистратором). Все средства температурного контроля должны иметь возможность фиксировать низкие (до -25 °C и ниже) отрицательные температуры.

Датчики встроенного термометра размещаются в двух контрольных точках, определенных производителем и обозначенных на термокарте морозильника.

Автономные термометры размещаются непосредственно на коробках с ИЛП или непосредственно на полках в двух контрольных точках: наиболее «теплой» (наиболее удаленной от источника холода, возле двери) и наиболее «холодной» (не ближе 10 см к источнику холода) точке вблизи датчиков встроенного термометра. Термоиндикатор (терморегистратор) размещается в наиболее «теплой», подверженной вероятному перегреву (возле двери) точке рядом с автономным термометром.

5.27. При загрузке хладоэлементов в морозильник для замораживания с целью обеспечения свободной циркуляции воздуха и равномерного охлаждения внутреннего объема морозильника не допускается их размещение вплотную друг к другу как по горизонтали, так и по вертикали.

5.28. Генеральная уборка морозильника (морозильного отделения холодильника) с отключением от источника электроснабжения, мытьем и обработкой дезинфицирующими средствами внутренних и наружных поверхностей проводится не реже одного раза в месяц, текущая уборка - по мере необходимости.

5.29. Термоконтейнеры (в том числе сумки-холодильники) с хладоэлементами используются для временного хранения ИЛП в случае выхода из строя холодильного оборудования, при длительном отключении электроэнергии или при использовании ИЛП вне помещений медицинской организации (например, хранение вакцин при проведении прививок на выезде).

VI. Требования к оборудованию для контроля температурного

режима в системе «холодовой цепи»

6.1. Для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи» используются средства измерения температуры и средства выявления (индикации) нарушений температурного режима.

6.2. В качестве средства измерения температуры используются термометры для «холодовой цепи», в том числе электронные датчики температуры; термографы; терморегистраторы. Допускается использовать термометры, не являющиеся средствами измерения, но обладающие заявленными точностными характеристиками.

6.3. Для выявления нарушений температурного режима (выход за пределы заданных температурно-временных условий) используются средства контроля - термоиндикаторы для «холодовой цепи».

6.4. Средства измерения температуры (термометры, термографы, терморегистраторы) и средства выявления нарушений температурного режима (термоиндикаторы) должны обеспечивать сквозной непрерывный контроль температурного режима от момента закладки ИЛП в упаковочную тару до их получения пользователями на всех этапах транспортирования и в течение всего периода хранения.

6.5. Оборудование для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи», регистрирующее и отображающее конкретные значения температуры в конкретный момент времени (термометры, датчики температуры, термографы, терморегистраторы), должно подвергаться периодической поверке в соответствии с законодательством Российской Федерации[[72]](#footnote-72). Периодичность поверки и калибровки определяется при регистрации конкретного устройства.

Поставщик (перевозчик) ИЛП по требованию получателя ИЛП обязан предоставить документальное подтверждение своевременных поверок указанных приборов. При хранении ИЛП документы, подтверждающие своевременное проведение поверок средств измерения, используемых для контроля температурного режима, должны храниться у должностного лица, ответственного за «холодовую цепь».

Погрешность измерения температуры оборудования для контроля температурного режима на рабочих диапазонах должна быть не более base_1_197563_327680,5 °C. Величина погрешности подтверждается в паспорте или инструкции по эксплуатации этого оборудования.

6.6. Все паспорта, инструкции и руководства по эксплуатации средств измерения и контроля температуры должны быть на русском языке. У терморегистраторов, в том числе подключаемых к персональным компьютерам, графики и распечатки должны содержать информацию о температурном режиме и его нарушениях, а также данные, необходимые для идентификации устройства и периода регистрации.

6.7. В системе «холодовой цепи» для измерения и отображения температуры (в пределах установленной погрешности) используются электронные термометры, допускающие возможность фиксации и хранения в электронной памяти одиночных нарушений (далее - термометры). Термометры используются во всех типах холодильного оборудования для хранения ИЛП и авторефрижераторах для транспортирования ИЛП.

6.8. Термометры, встроенные в холодильную технику, имеют несколько температурных датчиков, расположенных в контрольных точках, обозначенных производителем на термокарте данной единицы оборудования. Автономные термометры не требуют использования дополнительного оборудования при эксплуатации. Автономные термометры должны иметь средства визуального отображения информации (жидкокристаллические дисплеи). Термометры должны фиксировать значения температуры с интервалом времени между соседними измерениями не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Длительность интервалов между соседними измерениями температуры должна быть указана производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к термометру.

6.9. Автономные термометры размещаются в наиболее «холодной» и наиболее «теплой» точках холодильного оборудования. В холодильных (морозильных) камерах (комнатах) термометры дополнительно размещаются на уровне средних полок стеллажей.

6.10. Контроль показаний каждого термометра осуществляется два раза в сутки (в начале и в конце рабочего дня). Показания термометров регистрируются в специальном журнале мониторинга температуры, который заполняется отдельно на каждую единицу холодильного оборудования ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P352) 68 к настоящим Правилам).

6.11. Терморегистратор для «холодовой цепи» (далее - терморегистратор) предназначен для измерения, автоматической записи, хранения и воспроизведения на электронном и/или бумажном носителе значений температуры (в пределах установленной погрешности) с привязкой к реальной шкале времени.

В системе «холодовой цепи» следует использовать терморегистраторы, фиксирующие значения температуры с интервалом времени между соседними измерениями не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Длительность интервалов между соседними измерениями температуры должна быть указана производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к терморегистратору.

Терморегистраторы могут быть как встроенными в холодильное оборудование, так и автономными.

Терморегистраторы должны иметь возможность функциональной связи с компьютером для выведения информации на бумажный и внешний электронный носитель.

6.12. В системе «холодовой цепи» терморегистраторы используются в следующих случаях.

- При транспортировании ИЛП в авторефрижераторах как основное средство контроля температурного режима. В этом случае терморегистраторы могут быть как автономными, так и встраиваемыми. При этом поставщик обязан использовать такие терморегистраторы, которые позволяют оперативно обеспечить получателя ИЛП полным объемом информации о температурных условиях транспортирования от момента начала транспортирования до момента его окончания.

- При транспортировании ИЛП в термоконтейнерах большого объема с первого на второй и со второго на третий уровень «холодовой цепи» как автономное дополнительное (при использовании термоиндикаторов) средство контроля или как основное средство контроля температурного режима.

В активных термоконтейнерах терморегистратор является неотъемлемым составляющим узлом термоконтейнера. При этом поставщик обязан использовать такие терморегистраторы, которые позволяют оперативно обеспечить получателя ИЛП полным объемом информации о температурных условиях транспортирования от момента начала транспортирования до момента его окончания. Считывание информации с терморегистраторов осуществляется после каждого цикла (этапа) транспортирования.

- При хранении ИЛП в холодильных комнатах и холодильных камерах как основное средство контроля температурного режима. В этом случае терморегистраторы могут быть как автономными, так и неотъемлемым составляющим узлом холодильной комнаты или холодильной камеры. Считывание информации с терморегистраторов осуществляется периодически, но не реже одного раза в неделю, либо по мере необходимости, либо при возникновении аварийной ситуации.

- При хранении ИЛП в холодильниках как дополнительное средство контроля температурного режима. Считывание информации с терморегитсраторов осуществляется периодически, но не реже одного раза в неделю, либо по мере необходимости, либо при возникновении аварийной ситуации.

- Как автономное средство контроля температурного режима для анализа работоспособности холодильного оборудования.

6.13. Конструкция терморегистратора должна исключать возможность фальсификации данных измерений температуры. В процессе его эксплуатации для одного цикла измерений не допускается изменение его показаний и не допускается возможность любой промежуточной потери данных измерений.

6.14. Оперативная информация о температуре и возникающих нарушениях может отображаться на экране дисплея терморегистратора, а информация о динамике температуры сохраняется на электронном и бумажном носителе. Создание электронной копии и распечатку данных на бумажном носителе следует делать не реже одного раза в неделю при хранении ИЛП либо после окончания этапа транспортирования или при возникновении аварийной ситуации. Данная информация хранится на каждом уровне в течение одного года.

6.15. Используемые в настоящее время механические термографы в связи с высокой погрешностью измерений при плановой замене оборудования следует заменять на электронные терморегистраторы.

6.16. Для однозначного установления и отображения факта нарушения конкретного температурного интервала в течение определенного времени или факта отсутствия такого нарушения в системе «холодовой цепи» применяются автономные электронные термоиндикаторы, предназначенные для контроля «холодовой цепи» (далее - термоиндикатор).

Допускается применение флаконных химических термоиндикаторов (далее - ФТИ) в случаях, если они наносятся на этикетку ИЛП производителем при выпуске препарата. Нанесение ФТИ на последующих этапах хранения и транспортирования ИЛП не допускается.

6.17. В системе «холодовой цепи» следует использовать термоиндикаторы, фиксирующие значения температуры с частотой опроса не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Частота опроса температуры указывается производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к термоиндикатору.

6.18. Для контроля перегрева и замораживания ИЛП и для осуществления анализа характера и причин нарушений в системе «холодовой цепи» следует использовать термоиндикаторы с разными диапазонами температурно-временных пороговых значений, соответствующих температурной чувствительности различных ИЛП, определенной их производителями.

6.19. Каждый термоиндикатор должен иметь собственный идентификационный номер в целях предотвращения возможности фальсификации его показаний. Термоиндикатор должен иметь возможность визуальной индикации/сигнализации о нарушении температурного режима.

6.20. Конструкция термоиндикатора должна исключать возможность фальсификации его показаний. В процессе эксплуатации термоиндикатора не допускается изменение и сброс информации с ее потерей. Допускается возможность временного прерывания работы термоиндикатора при условии автоматического сохранения в электронной памяти всех предыдущих нарушений в течение всего срока службы термоиндикатора.

6.21. Контроль показаний термоиндикатора должен быть визуальным, простым, однозначным и не требующим дополнительных манипуляций с прибором.

6.22. В системе «холодовой цепи» термоиндикаторы используются в следующих случаях.

- При транспортировании ИЛП в термоконтейнерах любого объема любым видом транспорта (в том числе и вручную) на всех четырех уровнях «холодовой цепи» как основное средство контроля температурного режима при условии, что время транспортирования препаратов превышает один час (при транспортировании ИЛП в термоконтейнерах большого объема с первого на второй и со второго на третий уровень «холодовой цепи» допускается использование терморегистраторов в качестве основного средства контроля температурного режима).

- При транспортировании ИЛП в авторефрижераторах как дополнительное средство контроля температурного режима при наличии основного средства контроля - терморегистратора.

- При хранении ИЛП в холодильных комнатах и холодильных камерах как дополнительное средство контроля температурного режима.

- При хранении ИЛП в холодильниках и морозильниках как основное средство контроля температурного режима.

6.23. При транспортировании ИЛП контроль показаний каждого термоиндикатора производится при загрузке (отправлении) и выгрузке (получении) препаратов. Показания каждого термоиндикатора с указанием его персонифицированного номера регистрируются в специальном журнале учета движения ИЛП ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P406) 69 к настоящим Правилам).

6.24. Контроль показаний каждого термоиндикатора в оборудовании для хранения ИЛП осуществляется два раза в сутки. Показания каждого термоиндикатора с указанием его персонифицированного номера регистрируются в специальном журнале мониторинга температуры, который заполняется отдельно на каждую единицу холодильного оборудования ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P352) 68 к настоящим Правилам).

6.25. При одновременном использовании в одном объеме холодильного оборудования для хранения или транспортирования ИЛП различных типов оборудования контроля температурного режима для получения однозначного результата контроля необходимо использовать согласованное между собой и совместимое по точности контроля оборудование.

VII. Общие требования к организации транспортирования

и хранения ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи»

7.1. На всех уровнях «холодовой цепи» в специальном журнале ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P406) 69 к настоящим Правилам) проводится регистрация поступления и отправления ИЛП в организации с указанием наименования производителя препарата, адреса производства, количества препарата (для вакцин и растворителей к ним - в дозах), серии, контрольного номера, даты истечения срока годности, даты поступления (отправления), организации-поставщика, показаний термоиндикаторов и их идентификационных номеров, фамилии, имени, отчества (при наличии) ответственного работника, осуществляющего регистрацию.

Если в оборудовании для транспортирования ИЛП имеется терморегистратор(ы), его показания за все время транспортирования распечатываются на бумажном носителе и прилагаются к приемочным документам на ИЛП. При наличии термоиндикатора на флаконе (ампуле) с импортным ИЛП, контроль температурного режима хранения ИЛП осуществляется по показаниям имеющегося термоиндикатора на флаконе (ФТИ).

7.2. О типе термоиндикатора или автономного терморегистратора, используемых при транспортировании ИЛП, поставщик должен перед отправкой ИЛП письменно (например, по факсу или электронной почте) информировать грузополучателя и получить от него подтверждение (устное или письменное) возможности снятия показаний данного оборудования контроля температуры при приемке ИЛП.

7.3. Сотрудник, осуществляющий регистрацию поступления и отправления ИЛП, должен пройти инструктаж (на рабочем месте) по вопросам соблюдения условий хранения и транспортирования ИЛП, работе с холодильным оборудованием и работе с приборами, регистрирующими изменения температурного режима (термометры, термоиндикаторы, терморегистраторы), о чем должна быть сделана соответствующая запись в журнале инструктажа.

7.4. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» ежедневно два раза в день, а на четвертом уровне - в рабочие дни в специальном журнале ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P352) 67 к настоящим Правилам) отмечаются показания термометров в холодильных (морозильных) камерах (комнатах), холодильниках (морозильниках), в которых хранятся ИЛП. В том же журнале регистрируются факты планового или аварийного отключения холодильного оборудования от энергоснабжения, поломок и факты нарушения температурного режима с указанием даты и времени отключения.

7.5. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» ежедневно два раза в день, а на четвертом уровне - в рабочие дни в специальном журнале ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P352) 67 к настоящим Правилам) отмечаются показания термоиндикаторов, размещенных в холодильных (морозильных) камерах (комнатах) и холодильниках (морозильниках), в которых хранятся ИЛП, с указанием их персонифицированного номера.

7.6. В организациях каждого из уровней «холодовой цепи» определяются порядок обеспечения температурного режима хранения и транспортирования ИЛП и обязанности должностных лиц, ответственных за обеспечение «холодовой цепи» на данном уровне, утвержденные распорядительным документом организации (приказом).

7.7. Транспортирование ИЛП всеми видами транспорта, кроме авторефрижераторного, осуществляется в термоконтейнерах. Каждый термоконтейнер обеспечивается термоиндикатором, если время транспортирования превышает один час. Допускается использовать автономный термометр со встроенной электронной памятью, обладающий возможностью фиксации нарушений температурного режима в цикле контроля.

7.8. При документальном подтверждении нарушения температурного режима при транспортировании на всех уровнях «холодовой цепи» ответственный работник, осуществляющий прием ИЛП и регистрацию соблюдения температурного режима, обязан доложить об этом руководителю и составить соответствующий акт. Решение об отказе в получении ИЛП принимается руководителем организации. Порядок действий получателя при отказе от приемки ИЛП определяется условиями договора между получателем и поставщиком ИЛП.

7.9. Отпуск ИЛП при розничной реализации разрешается осуществлять при условии доставки до места непосредственного их использования в термоконтейнере или термосе с соблюдением требований «холодовой цепи». Каждая реализуемая населению доза ИЛП снабжается инструкцией по применению препарата на русском языке, в котором указаны условия его хранения и транспортирования.

Работник аптеки, осуществляющий розничную продажу ИЛП, проводит инструктаж покупателя о необходимости соблюдения «холодовой цепи» при транспортировании ИЛП, о чем делается отметка на рецепте, заверенная подписью покупателя и продавца, проставляется дата и время отпуска ИЛП.

7.10.Длительность хранения ИЛП, закупленных по государственным контактам в рамках реализации национального календаря профилактических прививок, на четвертом уровне «холодовой цепи» не должна превышать 1 месяца. Возвращение препаратов с четвертого на третий уровень «холодовой цепи» не допускается. Соблюдение температурных условий в течение всего срока хранения ИЛП в медицинской (фармацевтической) организации должно быть подтверждено документально.

VIII. Общие требования к организации экстренных мероприятий

по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях

8.1. В каждой организации, осуществляющей деятельность по транспортированию, хранению и использованию ИЛП, должен быть разработан и утвержден руководителем организации план мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P463) 70 к настоящим Правилам).

8.2. В плане экстренных мероприятий учитываются все возможные в данной организации, районе, населенном пункте чрезвычайные ситуации.

8.3. В плане экстренных мероприятий должны быть четко определены:

- порядок и средства оповещения ответственных лиц на случай чрезвычайной ситуации;

- порядок действий по обеспечению условий хранения и транспортирования ИЛП и должностные лица, ответственные за эти действия;

- места размещения и порядок использования резервного оборудования для «холодовой цепи», в том числе оборудования для контроля температурного режима и автономных источников освещения;

- порядок включения и использования системы автономного электропитания;

- транспорт для перевозки ИЛП с указанием контактных телефонов водителей.

8.4. Для выполнения плана экстренных мероприятий в чрезвычайных ситуациях на втором, третьем и четвертом уровнях «холодовой цепи» должен быть запас термоконтейнеров, термоиндикаторов (терморегистраторов) и замороженных хладоэлементов.

8.5. Для временного размещения ИЛП в чрезвычайных ситуациях может использоваться холодильное оборудование других организаций по согласованию с руководством этих организаций.

8.6. При подозрении на замораживание вакцины, содержащей в качестве адъюванта соединение алюминия, необходимо провести тест встряхивания («шейк-тест») ([Приложение](file:///C:\Users\pvl\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\kvasova\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\UN2DZD14\СП%20ЭПИДЕМИОЛОГИЯ%20ОБЩИЕ%201%20(3)%20(Восстановлен)%20(003).docx#P486) 71 к настоящим Правилам).

8.7. Необходимо периодически (не реже одного раза в год) проводить учения по выполнению плана экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях с задействованием всех специалистов и с анализом работоспособности всего оборудования. По результатам учений следует вносить в план соответствующие коррективы.

# ПРИЛОЖЕНИЯ К СП «САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

**по главам:**

**4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ**

**4.1. Безопасность работы с микроорганизмами I-IV групп патогенности (опасности)**

Приложение 1

**Классификация возбудителей инфекционных заболеваний человека по группам патогенности**

|  |  |
| --- | --- |
| **Бактерии** | |
| **I группа** | |
| 1. *Yersinia pestis* | - чумы |
| **II группа** | |
| *1. Bacillus anthracis* | - сибирской язвы |
| *2. Brucella melitensis* | - бруцеллеза |
| *Brucella abortus* |  |
| *Brucella suis* |  |
| *Brucella ovis* |  |
| *Brucella canis* |  |
| *Brucella neotomae* |  |
| *Brucella ceti* |  |
| *Brucella pinnipedialis* |  |
| *Brucella microti* |  |
| *Brucella inopinata* |  |
| *Brucella papionis* |  |
| *Brucella vulpis* |  |
| *3. Francisella tularensis* | - туляремии |
| *4. Coxiella burnetii* | - коксиеллеза (лихорадки Ку) |
| *5. Burkholderia mallei* | - сапа |
| *6. Burkholderia pseudomallei* | - мелиоидоза |
| *7. Vibrio cholerae O1 токсигенный (О 139)* | - холеры |
| 8*. Escherichia coli* О157:H7, О104:Н4 и другие серотипы - продуценты веротоксина | - геморрагического колибактериоза, гемолитико-уремического синдрома |
| **III группа** | |
| *1. Bordetella pertussis* | - коклюша |
| *2. Borrelia recurrentis* | - возвратного тифа |
| *3. Campylobacter fetus* | - абсцессов, септицемий |
| *4. Campylobacter jejuni* | - энтерита, холецистита, септицемий |
| *5. Clostridium botulinum* | - ботулизма |
| *6. Clostridium tetani* | - столбняка |
| *7. Corynebacterium diphtheria* | - дифтерии |
|  |  |
| *9. Erysipelothrix rhusiopathiae* | - эризипелоида |
| *10. Helicobacter pylori* | - гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки |
| *11. Legionella pneumophila* | - легионеллеза |
| *12. Leptospira interrogans* | - лептоспироза |
| *13. Listeria monocytogenes* | - листериоза |
| *14. Mycobacterium leprae* | - проказы |
| *15. Mycobacterium tuberculosis* |  |
| *Mycobacterium bovis* | - туберкулёза |
| *Mycobacterium avium* |  |
| *16. Neisseria gonorrhoeae* | - гонореи |
| *17. Neisseria meningitides* | - менингита |
| *18. Nocardia asteroides* | - пневмонии, абсцессов мозга, |
| *Nocardia brasiliensis* | - менингоэнцефалитов, менингитов, сепсисов, остеомиелитов |
| *19. Pasteurella multocida* | - пневмонии, менингитов и др. |
| *20. Proactinomyces israelii* | - актиномикоза |
| *21. Salmonella paratyphi A* | - паратифа A |
| *22. Salmonella paratyphi B* | - паратифа B |
| *23. Salmonella typhi* | - брюшного тифа |
| *24. Shigella spp* | - дизентерии |
| *25. Treponema pallidum* | - сифилиса |
| *26. Yersinia pseudotuberculosis* | - псевдотуберкулёза |
| *27. Vibrio cholerae O1 не токсигенный* | - диареи |
| *28. Vibrio cholerae non O1 (O139) не токсигенный* | - диареи, раневых инфекций, септицемии и др. |
| **IV группа** | |
| *1. Aerobacter aerogenes* | - энтерита |
| *2. Bacillus cereus* | - пищевой токсикоинфекции |
| *3. Bacteroides spp.* | - сепсиса, гнойных инфекций головы и шеи, гнойных инфекций ЦНС, стоматоинфекций, гнойных плевритов, гнойных инфекций мягких тканей, параректальных абсцессов, декубитальных язв, язв стопы, остеомиелитов, внутриабдоминальных инфекций |
| *4. Borrelia spp* | - клещевого спирохетоза |
| *5. Bordetella bronchiseptica* | - бронхосептикоза |
| *Bordetella parapertussis* | - паракоклюша |
| *6. Branchamella catarralis* | - воспалительных заболеваний нижних и верхних дыхательных путей, хронических бронхитов, уретритов, эндокардитов, менингитов |
| *7. Burkholderia cepacia* | - местных воспалительных процессов и сепсиса |
| *8. Burkholderia thailandensis* | - местных воспалительных процессов |
| *9. Campylobacter spp.* | - гастроэнтерита, гингивита, периодонтита |
| *10. Citrobacter spp.* | - местных воспалительных процессов, пищевой токсикоинфекции |
| *11. Clostridium perfringens* |  |
| *Clostridium novyi* |  |
| *Clostridium septicum* | - газовой гангрены |
| *Clostridium histolyticum* |  |
| *Clostridium bifermentans* |  |
| *12. Eikinella corrodens* | - перитонзиллярных абсцессов, абсцессов мозга |
| *13. Escherichia coli* | - энтерита |
| *14. Eubacterium endocarditidis* | - септического эндокардита |
| *15. Eubacterium lentum* | - вторичных септицемий, |
| *Eubacterium ventricosum* | - абсцессов |
| *16. Enterococcus faecalis* | - эндокардитов хронических |
| *Enterococcus faecium* | - обструктивных бронхитов, раневых инфекций, септицемий |
| *17. Flavobacterium meningosepticum* | - менингита, септицемий |
| *18. Haemophilus influenza* | - менингита, пневмонии, ларингита |
| *19. Hafnia alvei* | - холецистита, цистита |
| *20. Klebsiella ozaenae* | - озены |
| *21. Klebsiella pneumonia* | - пневмонии |
| *22. Klebsiella rhinoscleromatis* | - риносклеромы |
| *23. Mycobacterium spp.* |  |
| *Photochromogens* |  |
| *Scotochromogens* | - микобактериозов |
| *Nonphotochromogens* |  |
| *Rapid growers* |  |
| *24. Micoplasma genitalium* | - воспалительных процессов урогенитального тракта, осложнения беременности |
| *Micoplasma hominis* |
| *Micoplasma urealyticum* |
| *Micoplasma pneumoniae* | - воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии |
| *25. Propionibacterium avidum* | - сепсиса, абсцессов |
| *26. Proteus spp.* | - пищевой токсикоинфекции, сепсиса, местных воспалительных процессов |
| *27. Pseudomonas aeruginosa* | - местных воспалительных процессов, сепсиса |
| *28. Salmonella spp.* | - сальмонеллёзов |
| *29. Serratia marcescens* | - местных воспалительных процессов, сепсиса |
| *30. Staphylococcus spp.* | - пищевой токсикоинфекции, септицемии, пневмонии |
| *31. Streptococcus spp.* | - сепсиса, тонзиллита, пневмонии, менингита, гломерулонефрита, эндокардита, ревматизма, гнойных инфекций челюстно-некротизирующих фасцитов, миозитов, синдрома токсического шока, скарлатины, зубного кариеса, импетиго, рожистых воспалений |
| *32. Vibrio spp.* | - диарей, пищевых токсикоинфекций, раневых инфекций, септицемий и т.д. |
| *Vibrio parahaemolyticus* |
| *Vibrio mimicus* |
| *Vibrio fluvialis* |  |
| *Vibrio vulnificus* |  |
| *Vibrio alginolyticus* |  |
| *33. Yersinia enterocolitica* | - энтерита, экстраинтестинального иерсиниоза |
| 34. *Actinomyces albus* | - актиномикоза |
| **Риккетсии** | |
| **II группа** | |
| *1. Rickettsia prowazekii* | - эпидемического сыпного тифа,  болезни Брилла (Брилла-Цинссера) |
| *2. Rickettsia typhi* | - крысиного сыпного тифа |
| *3. Rickettsia rickettsii* | - пятнистой лихорадки Скалистых гор |
| *4. Orientia tsutsugmushi* | - лихорадки цуцугамуши |
|  |  |
| **III группа** | |
| *1. Rickettsia sibirica* | - сибирского клещевого тифа или клещевого сыпного тифа Северной Азии |
| *2. Rickettsia conorii subsp. conorii* | - средиземноморской пятнистой лихорадки или марсельской пятнистой лихорадки |
| *3. Rickettsia conorii subsp. indica* | - индийского клещевого тифа |
| *4. Rickettsia conorii subsp. caspia* | - астраханской пятнистой лихорадки |
| *5. Rickettsia conorii subsp. israelensis* | - израильской пятнистой лихорадки |
| *6. Rickettsia akari* | - везикулезного или осповидного риккетсиоза |
| *7. Rickettsia australis* | - квинслендского клещевого тифа |
| *8. Rickettsia japonica* | - японской пятнистой лихорадки |
| *9. Rickettsia africae* | - африканской клещевой лихорадки |
| *10. Rickettsia honei* | - пятнистой лихорадки острова Флиндерс |
| *11. Rickettsia aeschlimannii* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia aeschlimannii |
| *12. Rickettsia felis* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia felis |
| *13. Rickettsia heilongjiangensis* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia heilongjiangensis |
| *14. Rickettsia helvetica* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia helvetica |
| *15. Rickettsia massiliae* | риккетсиоза, вызываемого Rickettsia massiliae |
| *16. Rickettsia parkeri* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia parkeri |
| *17. Rickettsia raoultii* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia raoultii |
| *18. Rickettsia slovaca* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia slovaca |
| *19. Rickettsia tamurae* | - риккетсиоза, вызываемого Rickettsia tamurae |
| **Анаплазмы**  **(семейство Anaplasmataceae, порядок Rickettsiales)** | |
| **III группа** | |
| *1. Anaplasma phagocytophilum* | - гранулоцитарного анаплазмоза человека |
| *2. Ehrlichia muris* | - моноцитарного эрлихиоза человека |
| *3. Neorickettsia sennetsu* | - лихорадки сеннетсу |
| **Вирусы** | |
| (В связи с отсутствием биноминальной номенклатуры для вирусов обозначения даются в русской транскрипции) | |
| **I группа** | |
| *1. Filoviridae:* |  |
| *Марбургвирус, и Бундибугио эболавирус, Заир Эболавирус, Судан Эболавирус, Тай Форест эболавирус* | - геморрагических лихорадок |
| *2. Arenaviridae:* |  |
| *вирусы Ласса, Хунин, Мачупо, Себиа, Гуанарито* | - геморрагических лихорадок |
| *3. Poxviridae:* |  |
| *Род Ortopoxvirine* |  |
| *вирус натуральной оспы (Variola)* | - натуральной оспы человека |
| *вирус оспы обезьян (Monkeypox)* | - оспы обезьян |
| *4. Herpesviridae:* |  |
| обезьяний вирус B | - хронического энцефалита и энцефалопатии |
| **II группа** | |
| 1. *Togaviridae:* |  |
| вирусы лошадиных энцефалитов (Венесуэльский ВНЭЛ, Восточный ВЭЛ, Западный ЗЭЛ) | -комариных энцефалитов, энцефаломиелитов, энцефаломенингитов |
| вирусы лихорадок Семлики, Бибару, Эвергладес, Чикунгунья, О'Ньонг-Ньонг, Карельской, Синдбис, реки Росс, Майяро, Мукамбо, Сагиума | - лихорадочных заболеваний |
| 2. *Flaviviridae:* |  |
| вирусы комплекса клещевого энцефалита (КЭ), Алма-Арасан, Апои, Лангат, Негиши, Повассан, Шотландского энцефаломиелита овец | - энцефалитов, энцефаломиелитов |
| Болезни леса Киассанур, Омской геморрагической лихорадки (ОГЛ) | - геморрагических лихорадок |
| вирусы комплекса японского энцефалита (ЯЭ), Западного Нила, Ильеус, Росио, Сент-Луис (энцефалиты), Усуту, (энцефалит), долины Муррея, Карши, Кунжин, Сепик, Вессельсборн | - энцефалитов, менингоэнцефалитов |
| Зика, Риобраво, Денге, Сокулук | - лихорадочных заболеваний |
| Желтой лихорадки | - геморрагической лихорадки |
| Вирус гепатита C | - парентерального гепатита, гепатоцеллюлярной карциномы печени |
| 3*. Bunyaviridae,* |  |
| Род *Bunyavirus:* |  |
| Комплекс Калифорнийского энцефалита, Ла Кросс, Джеймстаун каньон, зайцев-беляков, Инко, Тягиня | - энцефалитов, энцефаломиелитов, менингоэнцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами |
| комплекс C-вирусы Апеу, Мадрид, Орибока, Осса, Рестан и др. | - лихорадочных заболеваний с миозитами и артритами |
| Род *Phlebovirus*: |  |
| вирусы москитных лихорадок Сицилии, Неаполя, Рифт-валли, Тоскана и др. | - энцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами и миозитами |
| Род *Nairovirus:* |  |
| вирус Крымской геморрагической лихорадки-Конго; | - геморрагической лихорадки |
| болезни овец Найроби, Ганджам; | - лихорадки с менингеальным синдромом |
| Дугбе | - энцефалита |
| Род *Hantavirus:* |  |
| вирусы Хантаан, Сеул, Пуумала, Чили, Аидо и др.  Син-Номбре | - геморрагических лихорадок с почечным синдромом (ГЛПС) и с легочным синдромом  [хантавирусного кардиопульмонального синдрома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC) |
| 4. *Reoviridae*, |  |
| Род *Orbivirus:* |  |
| вирусы Кемерово, колорадской клещевой лихорадки, Синего языка овец, Чангвинола, Орунго и др. | - лихорадок с менингеальным синдромом и артритами |
| 5. *Rhabdoviridae*, |  |
| Род *Lyssavirus*: |  |
| лиссавирус бешенства | - бешенства, гидрофобии, лиссавирусного энцефалита |
| Европейский лиссавирус летучих мышей 1 типа | - лиссавирусного энцефалита |
| лиссавирус Иркут | - лиссавирусного энцефалита |
| Западно-кавказский лиссавирус летучих мышей | - лиссавирусного энцефалита |
| Европейский лиссавирус летучих мышей 2 типа | - лиссавирусного энцефалита |
| Мокола лиссавирус | - лиссавирусного энцефалита |
| Араван лиссавирус | - лиссавирусного энцефалита |
| Худжанд лиссавирус и др. | - лиссавирусного энцефалита |
| 6. *Picornaviridae,* |  |
| Род *Aphtovirus:* |  |
| вирус ящура | - ящура |
| 7. *Arenaviridae*: |  |
| вирусы лимфоцитарного хориоменингита, Такарибе, Пичинде | - астенических менингитов и менингоэнцефалитов |
| 8. *Hepadnaviridae*: |  |
| вирусы гепатита B | - парентеральных гепатитов |
| 9. *Retroviridae*: |  |
| вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2) | - СПИДа |
| вирус Т-клеточного лейкоза человека (HTLV) | - Т-клеточного лейкоза человека |
| 10. *Nodaviridae*: |  |
| вирусы гепатитов D (дельта) и E | - инфекционных гепатитов |
| 11. *Coronaviridae*: |  |
| вирус SARS  коронавирус MERS | - ТОРС  - ближневосточного респираторного синдрома |
| 12. *Orthomyxoviridae*:  высоковирулентные штаммы вируса гриппа А | - грипп |
| 13. *Unconventional agents*: |  |
| Возбудители медленных нейроинфекций = подострых губчатых энцефалопатий (Prion Diseases) Куру | - подострой энцефалопатии |
| Агент CJD-возбудитель болезни- | - болезни Крейцфельда-Якоба, |
| Крейцфельда-Якоба | синдрома Герстманна-Страусслера |
| Возбудитель трансмиссивной губчатой энцефалопатии человека | - амиотрофического лейкоспонгиоза (Белоруссия) |
| Возбудитель оливопонтоцеребеллярной атрофии человека | - оливопонтоцеребеллярной атрофии I типа (Якутия, Восточная Сибирь) |
| Возбудитель фатальной семейной бессонницы (FFI) | - фатальной семейной бессонницы, накопления амилоидных бляшек в таламусе |
| Скрепи | - подострой энцефалопатии овец и коз |
| Возбудитель энцефалопатии норок | - трансмиссивной энцефалопатии норок |
| Хроническая изнуряющая болезнь копытных | - болезни хронической усталости оленей и лосей в неволе |
| Возбудитель губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота | - «коровьего бешенства» |
| 14. *Paramyxoviridae*:  Хендра хенипавирус, Нипах хенипавирус | - энцефалиты |
| **III группа** | |
| 1. *Orthomyxoviridae*: |  |
| вирусы гриппа A, B и C | - гриппа |
| 2. *Picornaviridae*, |  |
| Род *Enterovirus:* |  |
| вирусы полиомиелита - дикие штаммы | - полиомиелита |
| вирусы гепатитов A и E | - энтеральных гепатитов |
| вирус острого геморрагического конъюнктивита (АНС) | - геморрагического конъюнктивита |
| 3. *Herpesviridae*: |  |
| вирусы простого герпеса I и II типов | - герпеса простого |
| герпесвирус зостер-ветрянки | - ветряной оспы, опоясывающего герпетического лишая |
| вирус герпеса 6 типа (HBLv- HHv6) | - поражение B-лимфоцитов человека родовой экзантемы, лимфопролиферативных заболеваний |
| вирус цитомегалии | - цитомегалии |
| вирус Эпштейн-Барра | - инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта, назофарингиальной карциномы |
| **IV группа** | |
| 1. *Adenoviridae*: |  |
| аденовирусы всех типов | - ОРИ, пневмоний, конъюнктивитов |
| 2. *Reoviridae,* |  |
| Род *Reovirus*: |  |
| реовирусы человека | - ринитов, гастроэнтеритов |
| Род *Rotavirus*: |  |
| ротавирусы человека, вирус диареи | - гастроэнтеритов и энтеритов |
| телят Небраски (NCDV) |  |
| 3. *Coronaviridae*: |  |
| коронавирусы человека | - ОРИ (профузного насморка без температуры), энтериты |
| 4. *Caliciviridae*: |  |
| вирус Норфолк | - острых гастроэнтеритов |
| 5. *Picornaviridae* |  |
| Род *Enterovirus* |  |
| вирусы Коксаки группы A и B | - серозных менингитов, энцефало-миокардитов, ОРИ, болезни Борнхольма, герпангин, полиневритов |
| вирусы ECHO | - серозных менингитов, диареи, ОРИ, полиневритов, увеитов |
| энтеровирусы - типы 68-71 | - серозных менингитов, конъюнктивитов, ОРИ |
| Род *Rinovirus:* |  |
| риновирусы человека 130 типов | - ОРИ, полиневритов, герпангин, конъюнктивитов |
| Род *Cardiovirus*: |  |
| вирус энцефаломиокардита и вирус Менго | - ОРИ, полиневритов, энцефало-миокардитов, миокардитов, перикардитов |
| 6. *Paramyxoviridae*: |  |
| вирусы парагриппа человека 1-4 типа | - ОРИ, бронхопневмоний |
| респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус) | - пневмоний, бронхитов, бронхиолитов |
| вирус эпидемического паротита | - эпидемического паротита |
| вирус кори | - кори |
| вирус Ньюкаслской болезни | - конъюнктивитов |
| 7. *Togaviridae*, |  |
| Род *Rubivirus*: |  |
| вирус краснухи | - краснухи |
| 8. *Rhabdoviride* |  |
| Род *Vesiculovirus*: |  |
| вирус везикулярного стоматита | - везикулярного стоматита |
| 9. *Poxviridae*: вирус оспы коров | - оспы коров |
| вирус эктромелии | - эктромелии мышей |
| вирус узелков доильщиц | - хронической болезни рук доильщиц |
| орфвирус | - контагиозного пустулярного дерматита |
| вирус контагиозного моллюска | - контагиозного моллюска кожи и слизистых |
| вирусы Тана и Яба | - болезни Яба |
| **Хламидии** | |
| **II группа** | |
| 1. *Chlamydophila psittaci* | - орнитоза- пситтакоза |
| **III группа** | |
| *1. Chlamydia trachomatis* | - трахомы, урогенитального хламидиоза |
| *2. Chlamydophila pneumoniae* | - пневмонии, артритов |
| **Грибы** | |
| **II группа** | |
| *1. Blastomyces dermatitidis* | - бластомикоза |
| *2. Coccidioides immitis, Coccidioides posadasii* | - кокцидиоидомикоза |
| *3. Histoplasma capsulatum var.capsulatum u duboisii* | - гистоплазмоза |
| *4. Paracoccidioides brasiliensis* | - паракокцидиоидомикоза |
| **III группа** | |
| *1. Aspergillus flavus* | - аспергиллеза |
| *Aspergillus fumigatus* |  |
| *Aspergillus terreus* |  |
| *2. Candida albicans* | - кандидоза |
| *Candida glabrata* |  |
| *Candida crusei* |  |
| *Candida tropicalis* |  |
| *3. Cryptococcus neoformans* | - криптококкоза |
| *4. Cladophialophora bantiana* | - феогифомикоза |
| *5. Ramichloridium mackenzei* | - феогифомикоза |
| *6. Penicillum marneffei* | - пенициллиоза |
| **IV группа** | |
| *1. Absidia spp.* | - зигомикоза |
| *2. Acremonium spp.* | - гиалогифомикоза |
| *3. Alternaria spp.* | - феогифомикоза |
| *4. Aphanoascus fulvescens (анаморфа - Chrysosporium)* | - гиалогифомикоза |
| *5. Apophysomyces elegans* | - зигомикоза |
| *6. Aspergillus spp.*[***\****](#sub_116111) | - аспергиллеза |
| *7. Aureobasidium pullulans* | - феогифомикоза |
| *8. Basidiobolus spp.* | - зигомикоза |
| *9. Beavueria bassiana* | - феогифомикоза |
| *10. Botryomyces caespitosus* | - ботриомикоза |
| *11. Candida spp.*[***\****](#sub_116111) | - кандидоза |
| *12. Chaetomium spp.* | - феогифомикоза |
| *13. Cladophialophora spp.*[***\****](#sub_116111) | - феогифомикоза |
| *14. Cokeromyces recurvatus* | - зигомикоза |
| *15. Conidiobolus spp.* | - зигомикоза |
| *16. Cryptococcus spp.*[***\****](#sub_116111) | - криптококкоза |
| *17. Cunnunghmella bertholletiae* | - зигомикоза |
| *18. Curvularia spp.* | - феогифомикоза |
| *19. Emmonsia spp.* | - адиаспиромикоза |
| *20. Epidermophyton floccosum* | - дерматофитии |
| *21. Exophiala spp.* | - феогифомикоза |
| *22. Fonsecaea spp.* | - феогифомикоза, хромомикоза |
| *23. Fusarium spp.* | - гиалогифомикоза |
| *24. Geotrichum spp.* | - гиалогифомикоза |
| *25. Graphium eumorphum* | - феогифомикоза |
| *26. Gymnoascus dankalensis* | - онихомикоза |
| *27. Histoplasma falciminosum* | - эпизоотического лимфангоита |
| *28. Hoptaea werneckii* | - черной пьедры |
| *29. Lacazia loboi* | - болезни Лобо |
| *30. Leptosphaeria spp.* | - эумицетомы |
| *31. Madurella spp.* | - эумицетомы |
| *32. Malassezia spp.* | - малассезиоза |
| *33. Microascus spp.* | - гиалогифомикоза |
| *34. Microsporum spp.* | - дерматофитии |
| *35. Mortierella wolfii* | - зигомикоза |
| *36. Mucor spp.* | - зигомикоза |
| *37. Nattrassia mangiferae (Scytalidium spp.)* | - онихомикоза |
| *38. Neotestudina rosatii* | - эумицетомы |
| *39. Ochroconis spp.* | - феогифомикоза |
| *40. Onychocola spp.* | - онихомикоза |
| *41. Paecilomyces spp.* | - гиалогифомикоза |
| *42. Penicillium spp.* | - гиалогифомикоза |
| *43. Phaeoacremonium spp.* | - феогифомикоза |
| *44. Phialemonium spp.* | - феогифомикоза |
| *45. Phialophora spp.* | - феогифомикоза |
| *46. Phoma spp.* | - феогифомикоза |
| *47. Piedraia hortae* | - черной пьедры |
| *48. Pneumocystis carinii* | - пневмоцистоза |
| *49. Pseudoallecheria boydii (Scedosporium apiospermum)* | - хромомикоза, эумицетомы |
| *50. Pseudochaetosphaeronema larense* | - эумицетомы |
| *51. Pyrenochaeta spp.* | - онихомикоза |
| *52. Pythium insidiosum* | - питиоза |
| *53. Ramichloridium spp.*[***\****](#sub_116111) | - феогифомикоза |
| *54. Rhinocladiella aquaspersa* | - хромомикоза |
| *55. Rhinosporidium seeberi* | - риноспоридиоза |
| *56. Rhizomucor spp.* | - зигомикоза |
| *57. Rhizopus spp.* | - зигомикоза |
| *58. Saksenaea vasiformis* | - зигомикоза |
| *59. Scedosporium profilicans* | - гиалогифомикоза |
| *60. Scopulariopsis spp.* | - гиалогифомикоза |
| *61. Sporothrix schenkii* | - споротрихоза |
| *62. Syncephalastpum racemosum* | - зигомикоза |
| *63. Trichoderma spp.* | - гиалогифомикоза |
| *64. Trichophyton spp.* | - гиалогифомикоза |
| *65. Trichosporon* | - дерматомикоза |
| *66. Trichosporon* | - трихоспороноза |
| *67. Ulocladium spp.* | - феогифомикоза |
| *68. Wangiella dermatitidis* | - феогифомикоза |
| \* кроме видов, вошедших в III группу | |
| **Простейшие** | |
| **III группа** | |
| *1. Leishmania donovani* | - висцерального лейшманиоза |
| *2. Pentatrichomonas (Trichomonas) hominis* | - кишечного трихомониаза |
| *3. Plasmodium vivax* |  |
| *Plasmodium malariae* | - малярии |
| *Plasmodium falciparum* |  |
| *Plasmodium ovale* |  |
| *4. Trichomonas vaginalis* | - мочеполового трихомониаза |
| *5. Trypanosoma cruzi* | - американского трипаносомоза (болезни Шагаса) |
| *6. Trypanosoma gambiense* | - африканского трипаносомоза (сонной болезни) |
| *Trypanosoma rhodesiense* |
| **IV группа** | |
| *1. Acanthamoeba spp.* | - менингоэнцефалита |
| *2. Babesia caucasica* | - бабезиоза (пироплазмоза) |
| *3. Balantidium coli* | - балантидиоза |
| *4. Blastocystis hominis* | - колита |
| *5. Cryptosporidium parvum* | - криптоспоридиоза |
| *6. Cyclospora cayetanensis* | - циклоспороза |
| *7. Entamoeba hystolytica* | - амебиаза |
| *8. Isospora belli* | - изоспороза |
| *9. Lamblia intestinalis (Giardia lamblia)* | - лямблиоза |
| *10. Leishmania major* | - кожного лейшманиоза |
| *Leishmania tropica* |  |
| *11. Naegleria spp.* | - менингоэнцефалита |
| *12. Sarcocystis suihominis* | - саркоцистоза |
| *Sarcocystis hominis (bovihominis)* |  |
| *13. Toxoplasma gondii* | - токсоплазмоза |
| **Гельминты** | |
| **III группа** | |
| *1. Echinococcus multilocularis* | - альвеолярного эхинококкоза |
| *2. Echinococcus granulosus* | - гидатидозного эхинококкоза |
| *3. Trichinella spp.* | - трихинеллеза |
| **IV группа** | |
| *1. Ancylostoma duodenale* | - анкилостомоза |
| *2. Anisakis spp.* | - анизакиаза |
| *3. Askaris lumbricoides* | - аскаридоза человека |
| *Askaris suum* |  |
| *4. Clonorchis sinensis* | - клонорхоза |
| *5. Dicrocoelium lanceatum* | - дикроцелиоза |
| *6. Dioctophyme renale* | - диоктофимоза |
| *7. Diphyllobotrium latum* | - дифиллоботриоза |
| *Diphyllobotrium luxi* |  |
| *Diphyllobotrium dendriticum* |  |
| *8. Dipylidium caninum* | - дипилидиоза |
| *9. Dirofilaria repens* | - дирофиляриоза |
| *Dirofilaria immitis* |  |
| *10. Dracunculus medinensis* | - дракункулеза (ришты) |
| *11. Enterobius vermicularis* | - энтеробиоза |
| *12. Fasciola hepatica* | - фасциолеза |
| *Fasciola gigantica* |  |
| *13. Fasciolopsis buski* | - фасциолопсидоза |
| *14. Hymenolepis nana* | - гименолепидоза |
| *Hymenolepis diminuta* |  |
| *15. Loa loa* | - лоаоза |
| *16. Methagonimus jokogowai* | - метагонимоза |
| *17. Multiceps multiceps* | - ценуроза |
| *18. Nanophyetes schikhobalowi* | - нанофиетоза |
| *19. Necator americanus* | - некатороза |
| *20. Opisthorchis felineus* | - описторхоза |
| *Opisthorchis viverini* |  |
| *21. Paragonimus westermani* | - парагонимоза |
| *22. Pseudamphistomum truncatum* | - псевдофистомоза |
| *23. Sparganum* | - спарг аноза |
| *24. Schistosoma haematobium* | - шистосомоза мочеполового |
| *25. Schistosoma mansoni* | - шистосомоза кишечного |
| *Schistosoma japonicum* |  |
| *Schistosoma intercalatum* |  |
| *26. Strongyloides stercoralis* | - стронгилоидоза |
| *27. Taenia solium* | - тениоза |
| *28. Taeniarinchus saginatus* | - тениаринхоза |
| *29. Toxocara canis* | - токсокароза |
| *Toxocara mystax* |  |
| *Toxocara leonina* |  |
| *30. Trichocephalus trichiurus* | - трихоцефалеза |
| **Членистоногие** | |
| **III группа** | |
| 1. *Sarcoptes scabiei* | - чесотки |
| **IV группа** | |
| *1. Demodex folliculorum* | - демодекоза |
| *2. Pediculus capitis* | - педикулеза |
| *Pediculus vestimenti* |  |
| *3. Phthirus pubis* | - фтириаза |
| 4. Клещи домашней пыли | - аллергии (астматический бронхит, бронхиальная астма) |
| 5. *Ornithonyssus bacoty* | - крысиного клещевого дерматита |
| **Яды биологического происхождения** | |
| **II группа** | |
| 1. Ботулинические токсины всех типов |  |
| 2. Холерный токсин |  |
| 3. Столбнячный токсин |  |
| **III группа** | |
| 1. Микотоксины | - микотоксикозов |
| 2. Дифтерийный токсин |  |
| 3. Стрептококковый токсин группы А |  |
| 4. Стафилококковые токсины |  |

Примечание. Паспортизированные аттенуированные штаммы возбудителей I - II групп относят к микроорганизмам III группы патогенности. Аттенуированные штаммы III - IV групп относят к IV группе патогенности.

Приложение 2

**Порядок проведения обеззараживания**

**2.1. Перечень** **средств и методов  
дезинфекции, используемые при работе с ПБА**

Дезинфекцию различных объектов при работе с ПБА I - II групп патогенности осуществляют физическим (кипячение, водяной насыщенный пар под избыточным давлением, СВЧ-излучение, сухой горячий воздух, УФ-излучение) и химическим (использование растворов дезинфицирующих средств, в том числе в виде аэрозолей) методами.

Средства и методы и обеззараживания определяются в каждом отдельном случае в зависимости от ПБА и характера обеззараживаемого материала.

В качестве поверхностно-активных веществ (ПАВ), добавляемых к растворам перекиси водорода следует использовать не имеющие в своем составе ферментных добавок, ведущих к дезактивации перекиси водорода.

1. Бактерии, не образующие споры

1.1. Химический метод обеззараживания с использованием растворов   
дезинфицирующих средств

1.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

0,5 - 3,0%-е растворы (по препарату).

- Гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Гипохлорит натрия (содержание активного хлора не менее 14%):

1%-й (по АХ) раствор.

1.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание перекиси водорода - ПВ не менее 30%):

3,0 - 10%-е (по ПВ) растворы.

- Средства на основе ПВ и других кислородактивных соединений.

1.1.3. Средства на основе катионных поверхностно-активных веществ.

1.1.4. Альдегиды:

- дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.

1.1.5. Кожные антисептики на основе:

- спирта этилового (не менее 70% по массе);

- спирта изопропилового (не менее 60% по массе);

- смеси спиртов (не менее 60% по массе).

1.2. Физические методы обеззараживания

1.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

1.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см2), (132 base_1_164208_32806 2) °C;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см2), (126 base_1_164208_32807 2) °C;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см2), (120± 2) °C.

1.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °C) в воздушном стерилизаторе.

1.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

1.2.5. Сжигание.

1.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах (паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы).

1.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

2. Бактерии, образующие споры

2.1. Химический метод обеззараживания с использованием

дезинфицирующих средств

2.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1 - 4%-е активированные растворы, содержащие АХ 0,25 - 1%.

- Гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

2.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись (содержание ПВ не менее 30%):

3%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства при 50 °C;

6%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства при 20 и 50 °C;

10%-й по ПВ раствор;

6%-й по ПВ раствор с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ.

- Средства на основе ПВ и других кислородактивных соединений

2.1.3. Альдегиды:

- Формалин (содержание формальдегида 40%):

20%, 40%-е по формальдегиду водные растворы.

- Дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.

2.1.4. Щелочи:

- Едкий натр:

10%-е по препарату раствор при температуре 70 °C.

2.2. Физические методы обеззараживания

2.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

2.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см2), (132 base_1_164208_32808 2) °C.

2.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °C) в воздушном стерилизаторе.

2.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

2.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, пароформалиновый, паровой методы.

3. Вирусы и хламидии

3.1. Химический метод обеззараживания с использованием

дезинфицирующих средств

3.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1 - 4% (по препарату) растворы;

0,5%, 1,5% (по препарату) активированные растворы хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8).

- Гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

3.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись (содержание ПВ не менее 30%):

3, 6 и 10%-е растворы (по ПВ);

- Водорода перекись медицинская с моющим средством:

(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);

3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

3.1.3. Спирты:

- спирт этиловый (не менее 70% по массе).

3.1.4. Щелочи:

- гидроксид натрия натр едкий (4%-ный водный раствор).

3.2. Физические методы обеззараживания

3.2.1. Обработка горячим воздухом (180 °C) в воздушном стерилизаторе.

3.2.2. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

3.2.3. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см2), (132 base_1_164208_32809 2) °C;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см2), (126 base_1_164208_32810 2) °C;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см2), (120± 2) °C.

3.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

3.2.5. Сжигание.

3.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.

3.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

4. Риккетсии

4.1. Химический метод обеззараживания с использованием

дезинфицирующих средств

4.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1, 3%-е (по препарату) растворы;

0,5%-й (по препарату) активированный раствор хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8).

- Гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

4.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):

3%-й, 6%-й и 10%-е растворы (по ПВ).

- Водорода перекись медицинская с моющим средством:

(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);

3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

4.1.3. Спирты:

- спирт этиловый (не менее 70% по массе).

4.2. Физические методы обеззараживания

4.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

4.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см2), (132 base_1_164208_32811 2) °C;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см2), (120± 2) °C.

4.2.3. Обработка СВЧ-излучением.

4.2.4. Сжигание.

4.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.

5. Грибы

5.1. Химический метод обеззараживания с использованием

дезинфицирующих средств

5.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1%-й (по АХ) активированный раствор (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8);

5%-й (по препарату) раствор.

- Гипохлорит кальция:

15%-й осветленный раствор, содержащий не менее 5% активного хлора;

5%-й (по препарату) раствор.

5.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):

3, 6%-е растворы (по ПВ) с 0,5% моющего средства;

10%-й раствор (по ПВ).

5.2. Физические методы обеззараживания

5.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

5.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см2), (132 base_1_164208_32812 2) °C;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см2), (126 base_1_164208_32813 2) °C;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см2), (120± 2) °C.

5.2.3. Сжигание.

5.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

5.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный и пароформалиновый методы.

5.2.6. Ультрафиолетовое излучение.

**2.2. Режимы обеззараживания объектов, зараженных или подозрительных на заражение   
возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности**

| № п/п | Объект, подлежащий обеззараживанию | Способ обеззараживания | Обеззараживающее средство | Время обеззараживания, мин. | | Норма расхода |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. Бактерии, не образующие спор\* | | | | | | |
| 1 | Ограниченные участки почвы (территории, дороги) | Орошение | 5%-й раствор гипохлорита кальция | 60 | | 2 л/м2 |
| 1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия | 60 | |
| 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 2 | Поверхности в помещениях: пол, стены, двери;  мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и др.;  оборудование, наружные поверхности БМБ;  помещения вивария | Орошение или протирание с последующей влажной уборкой | 1%-й раствор хлорамина | 60 | | Орошение - 300 мл/м2  Протирание - 200 мл/м2 |
| 1%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой | 60 | |
| 0,5%-й осветленный раствор КГН | 60 | |
| 1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия | 60 | |
| 1%-й осветленный раствор ДСГК | 60 | |
| 0,015%-й по АХ раствор дезсредств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению | |  |
| 3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси | 60 | | Орошение - 300 мл/м2  Протирание - 200 мл/м2 |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,02% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ и их композиционных сочетаний | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 3 | Виварий (при экстремальных ситуациях при условии герметизации помещений) | Аэрозольный метод дезинфекции помещения направленным факелом аэрозоля дезинфицирующих растворов с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирующей (ТАН) аэрозольных насадок | 6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | | 200 мл/м3 |
| 10%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | | 200 мл/м3 |
| 4 | Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, респираторы, косынки), белье больного без видимых загрязнений | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 30 | |  |
|  |  | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства | 15 | |  |
| Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием | 0,5%-й раствор хлорамина Б | 60 | | 5 л на 1 кг сухого белья |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению | |  |
| 3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,02% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ |
| 5 | Защитная одежда персонала (халаты, шапочкиреспираторы, косынки), белье больного, загрязненные выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.) или кровью | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 30 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства | 15 | |  |
| Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием | 1%-й раствор хлорамина | 120 | | 5 л на 1 кг сухого белья |
| 3%-й раствор хлорамина | 30 | |
| 0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | 60 | |
| 3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ |
| 6 | Перчатки медицинские | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 45 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 15 | |  |
| Погружение | 1%-й раствор хлорамина Б | 120 | |
| 0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | 60 | |
| 3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 30 | |
| 0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 7 | Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и др. | Двукратное протирание с интервалом 15 мин с последующим ополаскиванием водой | 3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 30 | |  |
| Погружение | Растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси и других кислородактивных соединений | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
|  | 0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 70%-й этиловый спирт | 30 | |  |
| 8 | Рабочая обувь, резиновые сапоги | Протирание | 1%-й раствор хлорамина Б | 60 | |  |
| Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, 57 - 59 °C | 45 | | Формалина 75,0 мл/м3 (30 кг/м2 полезной площади камеры) |
| 9 | Рабочая одежда (куртки,  комбинезоны, др.) | Дезинфекционная камера | Паровоздушный метод, 80 - 90 °C | 20 | | 40 кг/м2 полезной площади камеры |
| 10 | Постельные принадлежности | Дезинфекционная камера | Паровоздушный метод, 80 - 90 °C | 45 | | 60 кг/м2 полезной площади камеры |
| 11 | Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха;  изделия из синтетических материалов | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, 57 - 59 °C | 45 | | Формалина 75,0 мл/м3 (30 кг/м2 полезной площади камеры) |
| 12 | Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные, мазки-отпечатки, мазки из культур, гребенки для сушки культур, шприцы | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |  |
| Погружение | 3%-й раствор хлорамина | 60 | | Полное погружение |
| 0,1% - 0,2%-е по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| (0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ |
| 13 | Посуда больного,  щетки, используемые для мытья посуды (после обеззараживания хранят в специальной емкости) | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 15 | |  |
| Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим тщательным ополаскиванием | 1%-й раствор хлорамина Б | 120 | | 2 л на 1 комплект посуды |
| 0,1% по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| (0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ |
| 14 | Игрушки | Кипячение (кроме пластмассовых) | 2%-й раствор пищевой соды | 15 | | Полное погружение |
| Погружение или протирание тканевой салфеткой, смоченной в растворе с последующим мытьем | 0,5%-й раствор осветленной хлорной извести, белильной термостойкой извести | 60 | | Полное погружение или протирание (200 мл/м2) с последующим тщательным промыванием водой |
| 0,5%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 0,25%-й осветленный раствор КГН | 60 | |
| 0,03%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению | |
| 3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 15 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,03% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 15 | Бактериологические посевы | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |  |
| При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе - погружение в один из дезинфицирующих растворов, указанных в [п. 4](#P808) на 24 ч | | | | |
| 16 | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы | Кипячение | Вода | 30 | |  |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |  |
| 17 | Бактериологические петли из стали, платины для пересева зараженного материала | Прокаливание в пламени горелки |  |  | |  |
| 18 | Инструменты многократного использования после вскрытия лабораторных животных и проведения патолого-анатомических работ | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 30 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 15 | |  |
| Вода, температура 100 °C | 30 | |  |
| Погружение | 1%-й раствор хлорамина | 30 | |  |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 80 | |  |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида | В соответствии с инструкцией по применению | | |
| 0,2% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 19 | Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА | Погружение и мытье | Дезинфицирующие растворы, указанные в [п. 6](#P831) | 2 | |  |
| 20 | Незащищенные участки кожи, руки | Протирают тампоном, смоченным раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем | 0,5%-й раствор хлорамина | 2 | |  |
| Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе) | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 21 | При попадании инфекционного материала на открытые участки тела в случае аварии используют |  | 1%-й раствор хлорамина | 10 | |  |
| Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе) | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 22 | Клетки, емкости для содержания лабораторных животных | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 |  | |
| Заливают до краев и протирают снаружи тканевой салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором | 3%-й раствор хлорамина | 24 ч | |  |
| 1%-й раствор КГН | 24 ч | |
| 23 | Емкости из-под вскрытых животных, орудия лова | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 30 | |
| Воздушный стерилизатор | Температура 160 °C | 60 | |
| Погружение | 3%-й раствор хлорамина | 120 | |
| Орошение | 3%-й раствор хлорамина | 60 | | 300 мл/м2 |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 24 | Воздушные бактериальные фильтры | Орошают, извлекают, помещают в непроницаемый пакет, завязывают, сжигают | Применяют средства, указанные в [п. 2](#P753) |  | |  |
| Погружение | Применяют средства, указанные в [п. 2](#P753) | 48 ч | |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| Воздух в рабочей «заразной» зоне | Аэрозоли | Растворы водорода перекиси или средств на ее основе | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Установки для обеззараживания воздуха | Системы по обеззараживанию и очистке воздуха, разрешенные к применению в установленном порядке, в том числе УФ-излучение | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 25 | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |  |
| Сжигание |  |  | |
| Погружение | 5%-й раствор хлорамина | 24 ч | |
| 26 | Жидкие отходы, смывные воды «заразной» зоны | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 30 | |  |
| Термическая обработка в УНОС | 143base_1_164208_327952°C (0,6 МПа) | 8 мин | |
| В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | |
| Термическая обработка в СТОС | (132 ± 2) °C (0,25 МПа) | 90 мин | |
| В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | |
| Кипячение |  | 30 | |
| Засыпать и размешать | Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или КГН | 60 | |  |
| ДСГК | 120 | | 200 г/л |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | 200 г/л |
| 27 | Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи | Засыпать и размешать | Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК | 60 | | 200 г/л |
| КГН | 120 | | 150 г/л |
| 30 | | 200 г/л |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка, гранул или растворов на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | 90 | | В соответствии с инструкцией по применению |
| ГКТ | 120 | | 200 г/л марки А |
| 250 г/л марки Б |
| 28 | Моча, жидкость после полоскания зева | Залить и смешать с дезинфицирующим раствором | 2%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести | 60 | | Соотношение 1:1 |
| 2%-й раствор хлорамина | 60 | | Соотношение 1:1 |
| 1%-й раствор КГН | 60 | | Соотношение 1:1 |
| Засыпать средством и размешать | Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлор­изоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Залить и смешать с дезинфицирующим раствором | Дезинфицирующие средства на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с инструкцией по применению |
| Засыпать и размешать | Хлорная известь или известь белильная термостойкая | 15 | | 10 г/л |
| КГН | 15 | | 5 г/л |
| 29 | Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники); | Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим мытьем | 1%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести | 30 | |  |
| 0,5%-й раствор КГН | 30 | |  |
| 1%-й раствор хлорамина | 60 | |  |
| 3%-й раствор хлорамина | 30 | |  |
| 1,5%-й раствор ГКТ | 30 | |  |
| 0,2% по АХ раствор дезинфици­рующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануро­вой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 30 | Медицинские отходы: одноразовые лабора­торные расходные материалы (шпатели, наконечники, пипетки, пинцеты и др.); одноразовые средства индивидуальной защиты (маски, респираторы, перчатки, бахилы, халаты и пр.) | Погружение | Дезинфицирующие средства на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануро­вой кислоты, ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с инструкцией по применению | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Установки для дез­инфекции отходов | Температура, СВЧ, дезинфицирующие средства | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 31 | Санитарно-техническое оборудование | Протирание тканевой салфеткой, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов | 0,06%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлор­изоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 0,03% - 0,06%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ |
|  |  | |  |
| Протирание тканевой салфеткой, на которую наносят чистяще-дезинфицирующие средства с последующим смыванием |  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 32 | Уборочный материал, использованные тканевые салфетки | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 15 | | Полное погружение |
| Замачивание | 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 0,6%-й (по АХ) раствор КГН | 120 | |
| 0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты | 60 | |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 0,03% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению произво­дителя препарата | |
| 33 | Твердые отходы | Сжигание |  |  | | На 1 часть мусора 2 части дезинфицирующего раствора |
| Погружение в дезинфицирующий раствор | 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | |
| 20%-е хлорно-известковое молоко | 60 | |
| 34 | Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнеры | Орошение | 5%-й раствор КГН | 60 | | 500 мл/м2 |
| 35 | Транспорт после транспортировки больного | Орошение с последующим протиранием сухой тканевой салфеткой | При положительных температурах дезинфицирующие растворы, указанные в [п. 2](#P753) | 30 | | 300 мл/м2 |
| Аэрозольный метод в помещениях и в палатках, приспособленных для размещения транспортных средств. Распыление растворов с помощью пневматической или турбулирующей аэрозольных насадок, либо аэрозольного генератора АГП | 15%-й раствор КГН, содержащий 5% АХ | 60 | | 100 мл/м3 |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства или дезинфицирующих средств на их основе | 30 | | 400 мл/м3 |
| 36 | Мешочки для транспортирования диких грызунов | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды  Вода, температура 1000С | 30  30 | |  |
| 37 | Мазки-отпечатки, мазки из культур | Погружение | 96%-й этиловый спирт, смесь Никифорова с последующим погружением в дезинфицирующий раствор, указанный в [п. 10](#P890) | 20 | |
| 38 | Изделия из синтетических материалов | Дезинфекционная камера | Паровоздушный метод, 80 - 90 °C | 30 | | 60 кг/м2 |
| Погружение | 1%-й раствор хлорамина | 5 ч | |  |
| 39 | Фильтрующая часть противогаза | Продувание паров формальдегида | Формалин 40% (подогрев). Воздух, содержащий пары формальдегида, пропускают через коробку, используя установку. Остаточные пары формальдегида нейтрализуют парами аммиака; принудительное продувание воздуха через коробку (до исчезновения запаха аммиака) | 5 | |  |
| 40 | Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации | Фумигация парами формальдегида | 37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина) | 8 ч | | 60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65% |
| Примечание: \* - для Coxiella burnetii использовать методы, средства, режимы обеззараживания, регламентированные для риккетсий  II. Бактерии, образующие споры | | | | | | |
| 1 | Ограниченные участки почвы (территории, дороги) | Орошение | 4%-й активированный осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести | 120 | | 10 л/м2 |
| 2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ | 120 | | 10 л/м2 |
| 2 | Поверхности в помещениях: пол, стены, двери;  мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и др.;  оборудование, наружные поверхности БМБ;  помещения вивария | Орошение | 20%-й осветленный или неосветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ | 120 | | 10 л/м2 |
| 15%-й раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ | 120 | | 10 л/м2 |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | 500 мл/м2 |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | | 500 мл/м2 |
| 6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 6%-й раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | 60 | |
| 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | |
| 1%-й по АХ активированный осветленный раствор КГН, или хлорной извести, или белильной термостойкой извести, или ДСГК | 120 | |
| 1%-й по АХ активированный раствор хлорамина | 120 | |
| Примечание: в случае аварии зараженные поверхности залить одним из вышеуказанных растворов на 2 ч | | | | | | |
|  |  |  | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 120 | | 200 мл/м3 |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 3 | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки), белье больного | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 60 | |  |
| Замачивание в дезинфицирующем растворе с последующей стиркой и полосканием | 1%-й активированный раствор хлорамина | 120 | | 5 л/кг сухой защитной одежды |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °C | 60 | | 5 л/кг сухой защитной одежды |
| 4 | Перчатки медицинские | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |  |
| Погружение в дезинфицирующий раствор | 1%-й активированный раствор хлорамина | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 5 | Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и др. | Двукратное протирание с интервалом 30 мин с последующим промыванием водой | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |  |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 6 | Рабочая обувь, резиновые сапоги | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °C | 165 | | Формалина 250 мл/м3 (18 кг/м2 полезной площади пола камеры) |
| Двукратное протирание или обмывание салфеткой с интервалом 15 мин | 1%-й активированный раствор хлорамина | 60 | |  |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °C | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 7 | Рабочая одежда (куртки, комбинезоны, др.) | Дезинфекционная камера | Паровоздушный метод, температура 97 - 98 °C | 45 | | 60 кг/м2 полезной площади пола камеры |
| Паровой метод, температура 104 - 111 °C, давление 0,2 - 0,5 кгс/см2 | 60 | | 50 кг/м3 объема камеры |
| 8 | Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха;  Изделия из синтетических матералов | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °C | 165 | | Формалина 250 мл/м3 (18 кг/м2 полезной площади пола камеры) |
| 9 | Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные; мазки-отпечатки, мазки из культур; гребенки для сушки культур; шприцы и пр. | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |
| Погружение | 4%-й активированный раствор хлорамина | 60 | |
| 6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ | 30 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 10 | Посуда больного | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |  |
| Погружение | 4%-й активированный раствор хлорамин Б | 60 | | 2 л на комплект посуды |
| 1%-й по АХ активированный раствор КГН | 60 | |
| 5%-й по АХ раствор гипохлорита кальция | 60 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | | 2 л на комплект посуды |
| 11 | Игрушки | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |  |
| Протирание двукратное с интервалом 30 мин | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 4%-й по ПВ раствор ПВК | 60 | |
| Погружение | 1%-й активированный раствор хлорамина | 60 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °C | 60 | |  |
| 6%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 12 | Бактериологические посевы, остатки проб исследуемого материала | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| 13 | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |
| 14 | Петля микробиологическая | Прокаливание в пламени спиртовки | Пламя горелки |  | |  |
| 15 | Инструменты многократного использования после вскрытия лаборатор­ных животных и проведения патолого-анатомических работ | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 60 | |
| Погружение | Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида |
| 16 | Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА | Погружение и мытье | 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 5 | |  |
| 17 | Незащищенные участки кожи, руки | Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем | При попадании заразного материала - 1%-й активированный раствор хлорамина Б | 5 | |  |
| Кожные антисептики на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе) | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 18 | Клетки, емкости для содержания лабораторных животных, остатки корма | Заливают до краев и протирают снаружи двукратно с интервалом 3 ч | 4%-й активированный раствор хлорамина Б | 48 ч | |  |
| 2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ | 48 ч | |
| 4%-й активированный осветленный раствор ДСГК, содержащий 1% АХ | 48 ч | |
| 20%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ | 48 ч | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 48 ч | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 24 ч | |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |
| 19 | Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и пр. емкости из-под вскрытых животных | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Обработка горячим воздухом | 180 °C | 60 | |
| 20 | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Сжигание |  | | |
| 21 | Помещение вивария | Двукратное орошение с интервалом 30 мин | 20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ | 120 | | 900 мл/м2 для пористых, впитывающих поверхностей (штукатурка, кирпич и др.)  500 мл/м2 для непористых, не впитывающих поверхностей |
| 15%-й осветленный раствор КГН, содержащий 5% АХ | 120 | |
| 4%-й активированный раствор хлорамина | 120 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 10%-й раствор едкого натра при температуре 70 °C | 120 | |
| 22 | Воздушные бактериальные фильтры | Трехкратное орошение с интервалом 30 мин, после чего фильтр упаковывают в полиэтиленовый мешок, завязывают и сжигают или автоклавируют | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства | 120 | | 500 мл/м2 на каждое орошение |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |
| 23 | Жидкие отходы, смывные воды «заразной» зоны | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 90 | |  |
| Термическая обработка в УНОС | 143base_1_164208_327952°C (0,6 МПа) | 8 мин | |
|  | В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | |
| Термическая обработка в СТОС | (132 ± 2) °C (0,25 МПа) | 90 мин | |
|  | В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | |
| Кипячение |  | 60 | |
| Засыпать сухим препаратом и размешать | Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК | 120 | | 200 г/л |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлор­изоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| КГН | 240 | | 100 г/л |
| 24 | Выделения больного (моча) | Засыпать сухим препаратом и размешать | Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК | 120 | | 200 г/л |
| КГН | 120 | | 100 г/л |
| 25 | Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи | Засыпать сухим препаратом и размешать | Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК | 120 | | 500 г/кг |
| КГН | 240 | | 100 г/кг |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 26 | Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники);  щетки, используемые для мытья (после обеззараживания хранят в специальной емкости) | Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим мытьем в горячей воде | 4%-й активированный раствор хлорамина | 120 | |  |
| 20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ | 120 | |
| 15%-й осветленный раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кисло­ты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 27 | Санитарно-техническое оборудование | Двукратное протирание с интервалом 30 мин | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства | 120 | | 500 мл/м2 |
| 5%-й по АХ осветленный раствор хлорной извести, белильной термостойкой извести или КГН | 120 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 28 | Уборочный материал, использованные тканевые салфетки | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 60 | |  |
| Замачивание | 4%-й активированный раствор хлорамина | 120 | | 5 л/кг |
| 5%-й по АХ раствор гипохлорита кальция | 60 | |  |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 29 | Твердые отходы | Сжигание |  | | | |
| 30 | Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнеры | Двукратное орошение с интервалом 30 мин. | Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в [п. 21](#P1523) |  | |  |
| Засыпать | Один из сухих дезинфектантов, указанных в [п. 25](#P1580) |  | | 1 кг/м2 поверхности выделений |
| 31 | Мазки-отпечатки, мазки из культур | Погружение | 96%-й этиловый спирт с 3%-м раствором водорода перекиси с последующей обработкой по режимам, указанным в [п. 9](#P1378) | 30 | |  |
| 32 | Транспорт после транспортировки больного | При положительных температурах: двукратное орошение с интервалом 15 мин | 4%-й активированный раствор хлорамина | 120 | | 500 мл/м2 на каждое орошение |
| 2%-й по АХ активированный раствор КГН | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси с 0,5% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| При отрицательных температурах: двукратное орошение с интервалом 30 мин | 10%-ный раствор КГН с 15% поваренной соли | 120 | |  |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °C | 120 | |
| Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового или изопропилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 33 | Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации | Фумигация парами формальдегида | 37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина) | 8 ч | | 60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65 % |
| III. Вирусы, риккетсии и хламидии | | | | | | |
| 1 | Ограниченные участки почвы (территории, дороги) | Орошение | 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | | 2 л/м2 |
| 2 | Поверхности в помещениях: пол, стены, двери;  мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и др.;  оборудование, наружные поверхности БМБ;  помещения вивария | Двукратное орошение с интервалом 30 мин или двукратное протирание с интервалом 15 мин | 3%-й раствор хлорамина | 120 | | 500 мл/м2 на каждое орошение;  200 мл/м2 на каждое протирание |
| 3%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой | 120 | |
| 0,5%-й раствор КГН или ДСГК | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
|  | Для чрезвычайных ситуаций при условии герметизации помещений | Испарение раствора, нейтрализация с последующим проветриванием помещений | 40%-й водный раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% раствор при норме расхода 100 мл/м3) | 24 ч | | Формалина 17,5 - 12,5 мл/м3 (7 - 5 г/м3 форм­альдегида) при темпера­туре в помещении 20 - 25 °C; формалина 37,5 - 25,0 мл/м3 (15 - 10 г/м3 формальдегида) при температуре 15 - 17 °C и относительной влажности 60 - 92% |
| Аэрозольный метод дезинфекции (орошение направ­ленным факелом аэрозоля раствора) с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирую­щей (ТАН) аэро­зольных насадок | 6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У, 3% раствор хлорамина | 60 | | 200 мл/м3 |
| 10%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | | 200 мл/м3 |
| Аэрозольный метод дезинфекции при работе с жидким вируссодержащим материалом | 10%-й раствор водорода перекиси | 60 | | 10 мл/м3 |
| При работе с сухим вируссодержащим материалом | 30%-й раствор водорода перекиси с 0,5% ПАВ | 60 | | 20 мл/м3 |
| \*В случае необходимости работы дежурной вентиляции, обеспечивающей декомпрессионный режим в процессе обработки помещений, количество формалина увеличивают до 25 мл/м3  Примечание: в случае аварии залить зараженные поверхности одним из перечисленных выше растворов на 2 ч | | | | | | |
| 3 | Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, респираторы, белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки и др.) без видимых загрязнений | Кипячение | 2%-й раствор соды кальцинированной или 0,5% любого моющего средства | 15 | | 5 л/кг |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (110 ± 2)°C | 45 | |
| Водяной насыщенный пар под давлением 2 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием | 3%-й раствор хлорамина | 30 | | 5 л/кг |
| 0,5%-й активированный раствор хлорамина | 30 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты |  | |  |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50 °C | 30 | |  |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства |  | |  |
| 4 | Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, респираторы, белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки и др.), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др. | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства | 30 | |  |
| Погружение в раствор с последующим полосканием в воде и стиркой | 3%-й раствор хлорамина | 120 | |
| 0,5%-й активированный раствор хлорамина | 120 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50 °C | 60 | |  |
| 0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 45 | |  |
| 5 | Перчатки медицинские | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120± 2) °C | 45 | |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давлением 2 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| Кипячение | Вода, температура 100 °C | 30 | |
| Погружение в раствор | 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |
| 6 | Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и др. | Двукратное протирание с последующим ополаскиванием водой | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической | 15 | |  |
| Погружение | 70%-й этиловый спирт | 30 | |
| 7 | Рабочая обувь, резиновые сапоги | Двукратное протирание с интервалом 15 мин | Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в [п. 2](#P1687) |  | |  |
| 8 | Рабочая одежда (куртки, комбинезоны, др.) | Дезинфекционная камера | Паровоздушная смесь при температуре 80 - 98 °C | 120 | | 40 кг/м2 полезной площади |
| 9 | Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха;  изделия из синтетических материалов | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °C | 45 | | Формалина 75,0 мл/м3 (30 кг/м2 полезной площади камеры) |
| 10 | Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные, мазки-отпечатки, мазки из культур, шприцы и пр. | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 30 | |  |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |
| Водяной насыщенный пар под давлением 2 кгс/см2 (0,2 МПа), (132±2) °C | 60 | |  |
| Погружение в раствор с последующим промыванием водой | 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 3%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести | 60 | |
| Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |  |
| 6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 11 | Посуда больного, щетки, используемые для мытья посуды (после обеззараживания хранят в специальной емкости) | Кипячение вместе с остатками пищи | 2%-й раствор пищевой соды | 30 | |  |
| Погружение в раствор дезинфицирующего средства, последующее промывание в горячей мыльной воде, а затем в питьевой воде | 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 0,5%-й активированный раствор хлорамина | 60 | |
| 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 60 | |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 0,5% моющего средства | 60 | |  |
| 6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 12 | Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |  |
| При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе: | | | | | |
|  | Кипячение | Вода | 30 | |  |
| Залить раствором | Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в [п. 4](#P1755) | 24 ч | | |
| 13 | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы | Кипячение | Вода | 30 | |  |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| 14 | Инструменты многоразового использования из металлов после вскрытия животных | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |  |
| Кипячение | Вода | 30 | |
| 2%-й раствор пищевой соды | 15 | |
| Погружение в раствор | 4% раствор гидроксида натрия | 60 | |
|  | 3%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 15 | Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА | Мытье в растворе дезинфицирующего средства | Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в [п. 5](#P1777) | 2 | |  |
| 3%-й раствор хлорамина | 2 | |
| 70%-й этиловый спирт | 2 | |
| 16 | Незащищенные участки кожи, руки | Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем | 1%-й раствор хлорамина | 10 | |  |
| 70%-й этиловый спирт | 2 раза по 3 мин | |  |
| Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе) | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 17 | Емкости и бачки для животных | Заливают до краев и протирают дезинфицирующим раствором до краев, снаружи тканевой салфеткой, смоченной в растворе | 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 24 ч | |  |
| 3%-й раствор хлорамина Б | 24 ч | |
| 4% раствор гидроксида натрия | 24 ч | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кисло­ты и 0,3% сульфонола или СФ-2У |  | |
| 18 | Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов | Обеззараживание сухим жаром | Температура 180 °C | 60 | |  |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| Погружение в раствор | 4% раствор гидроксида натрия | 24 ч | |
| 19 | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных | Сжигание |  |  | |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| 20 | Воздушные фильтры | Орошение | Применяют средства, указанные в [п. 2](#P1687) |  | |  |
| Извлекают, помещают в полиэтиленовый пакет, завязывают, сжигают | - |  | |
| Погружение | Применяют средства, указанные в [п. 2](#P1687) |  | |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °C | 60 | |
| Аэрозольный метод дезинфекции | 30%-й раствор водорода перекиси с 0,5% ПАВ | 60 | | 20 мл/м2 фильтрующей поверхности |
| 21 | Жидкие отходы, смывные воды | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °C | 60 | |  |
| Кипячение |  | 30 | |
| Термическая обработка в УНОС | 143base_1_164208_327952°C (0,6 МПа) | 8 мин | |  |
| В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | | |
| Термическая обработка в СТОС | (132 ± 2) °C (0,25 МПа) | 90 мин | |  |
| В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации | | | |
| Засыпать препаратом и размешать | Гипохлорита кальция | 120 | | 100 г/л |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты | 120 | | 100 г/кг |
| 22 | Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи | Засыпать препаратом и размешать | Гипохлорита кальция | 120 | | 200 г/кг |
| Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты | 120 | | 100 г/кг |
| 23 | Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники) | Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим промыванием водой | 3%-й раствор хлорамина | 60 | | - |
| 0,5%-й активированный раствор хлорамина Б | 60 | |
| 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 60 | |
| 24 | Моча, жидкость после полоскания зева | Засыпать препаратом и размешать | Гипохлорита кальция | 60 | | 35 г/л |
| 25 | Санитарно-техническое оборудование (ванны, унитазы, раковины и др.) | Двукратно протира­ют ветошью, смо­ченной в одном из дезинфицирующих растворов | Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в [п. 2](#P1687) | 120 | |  |
| 26 | Уборочный материал | Кипячение | 2%-й мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства | 30 | |  |
| Погружение в один из дезинфицирую­щих растворов с последующим прополаскиванием в воде | Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в [п. 4](#P1755) |  | |
| 27 | Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнерысанитарные установки | Орошают внутрен­ние поверхности одним из дезинфицирующих растворов | 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | |  |
| 28 | Твердые отходы | Заливают раствором | 5%-й раствор гипохлорита кальция | 120 | | Мусор 1 ч., дезраствор 2 ч. |
| 29 | Транспорт после транспортировки больного | Орошают или двукратно протирают тканевой салфеткой, смоченной в растворе, с интервалом 15 мин, после чего протирают тканевой салфеткой, смоченной в воде | 3%-й раствор хлорамина | 60 | | 300 мл/м2 |
| Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | |  |
| 6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ | В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата | | |
| 30 | Подстилочный материал, выделения животных, остатки корма | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132±2) °C | 60 | |  |
| 31 | Мешочки для транспортирования диких грызунов | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 30 | |  |
| Вода, температура 100 °C | 30 | |
| 32 | Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации | Фумигация парами формальдегида | 37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина) | 24 ч | | 60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65% |
| 33 | Пневмокостюмы, противогазовые коробки | Орошают последовательно | 4% раствор едкого натра  6% раствор перекиси водорода | 3-5 мин | | 60 л на человека |
| Аэрозольный метод дезинфекции | 10% раствор перекиси водорода | 60 мин | | 20 мл на м3 в дезинфекционной камере |
|  |  | Обработка в камере дезинфекционной формалиновой | (60 base_1_164208_32796 2) °C | 4 часа | |  |
| IV. Грибы | | | | | | |
| 1 | Поверхности в помещениях: пол, стены, двери;  мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и др.;  оборудование, наружные поверхности БМБ;  помещения вивария | Орошение или двукратное протирание с интервалом 30 мин | 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 60 | | 200 мл/м2 |
| 5%-й раствор хлорамина | 60 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | 200 мл/м2 |
| 2 | Поверхности термокамер | Двукратное орошение или двукратное протирание с интервалом 30 мин | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 60 | | 500 мл/м2 |
| 3 | Защитная одежда, белье | Паровой стерилизатор (автоклав) | 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120±2) °C | 60 | |  |
| 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126±2) °C | 30 | |
| 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132±2) °C | 20 | |
| Погружение | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | 200 мл/м2 |
| 4 | Халаты, косынки, респираторы | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 30 | | 5 л/кг сухого белья |
| Погружение | 5%-й раствор хлорамина | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | 200 мл/м2 |
| 5 | Перчатки медицинские | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 15 | |  |
| 6 | Защитные очки, полнолицевые маски, тапочки | Двукратное протирание с интервалом 30 мин | Одним из растворов, перечисленных в [п. 4](#P1755) |  | |  |
| 7 | Рабочая одежда (куртки, комбинезоны, др.)  Рабочая обувь | Камерное обеззараживание | Паровоздушный метод 80 - 90 °C | 15 - 20 | | 8 - 10 компл. (60 кг/м2) |
| 8 | Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха  Изделия из синтетических материалов | Камерное обеззараживание | Пароформалиновый метод, 57 - 59 °C | 30 | | формалина (5 компл. 30 кг/м2) 75 мл/м2 |
| 9 | Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные;мазки-отпечатки, мазки из культур; гребенки для сушки культур; шприцы и пр. | Паровой стерилизатор (автоклав) | 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120±2) °C | 60 | |  |
| 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126±2) °C | 30 | |
| 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132±2) °C | 20 | |
| Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 30 | |
| Погружение | 5%-й раствор хлорамина | 120 | | Полное погружение |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 10 | Культуры грибов на плотных питательных средах. Опытные тест-поверхности | Паровой стерилизатор (автоклав) | 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), (120±2) °C | 60 | |  |
| 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126±2) °C | 30 | |
| 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), (132±2) °C | 20 | |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства | 120 | | Полное погружение |
| 11 | Руки, зараженные участки кожи  Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА | Моют или протирают тампоном, смоченным дезраствором, затем моют теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем | При попадании заразного материала - 1%-й активированный раствор хлорамина | 5 | |  |
| 70% раствор спирта этилового | 5 | |
| 12 | Органы грызунов для гистологического исследования | Погружение | 10%-й раствор формалина | 24 ч | | Полное погружение |
| 13 | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных | Сжигание |  |  | |  |
| Паровой стерилизатор (автоклав) | 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), (126±2) °C | 60 | |
| 14 | Клетки, емкости для содержания лабораторных животных, остатки корма.  Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и пр.  Емкости из-под вскрытых животных | Залить до краев и протереть снаружи двукратно с интервалом 3 ч | 5% раствор хлорамина | 48 ч | |  |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | Полное погружение |
| 15 | Инструменты многократного использования после вскрытия лабораторных животных и проведения патологоанатомических работ | Кипячение | 2%-й раствор пищевой соды | 30 | |  |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | | Полное погружение |
| 16 | Уборочный материал, использованные тканевые салфетки | Кипячение | 2%-й раствор кальцинированной соды | 30 | |  |
| 5%-й раствор хлорамина | 120 | | Полное погружение |
| 10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 17 | Помещения, поверхности оборудования (аэрозольный метод дезинфекции) | Двукратная обработка с интервалом 30 мин | 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства | 120 | |  |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |  |
| 18 | Транспорт после транспортировки больного | При положительных температурах: двукратное орошение с интервалом 15 мин | 4%-й активированный раствор хлорамина | 120 | | 500 мл/м2 на каждое орошение |
| 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 120 | |
| 3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °C | 60 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства | 120 | |
| 6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 30 | |
| 5%-й раствор формальдегида с 5% мыла при температуре 60 °C | 60 | |
| Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси | 60 | |
| При отрицательных температурах: двукратное орошение с интервалом 30 мин | 5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция | 120 | |  |
| Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У | 60 | |
| 19 | Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации | Фумигация парами формальдегида | 37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина) | 8 ч | | 60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65% |
| Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды.  Примечание: кроме указанных обеззараживающих средств допускается применение других изученных и разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном [порядке](consultantplus://offline/ref=C2DF48C74BADF3A0CCA35AFAA1104DBEAE066DF9734E94A302AEF61CF60CE6C15A2C563CB209EB18F54BD5A8F721DC719F93463FBA28D1qE74I) обеззараживающих средств, эффективных в отношении микроорганизмов I - II групп патогенности. | | | | | | |

**2.3. Режимы обеззараживания физическими методами различных объектов, зараженных или подозрительных   
на заражение возбудителями инфекционных болезней III-IV групп патогенности**

| № п/п | Объект, подлежащий обеззараживанию | Способ обеззараживания | Дезинфицирующий агент | Время обеззара­живания, мин | Норма расхода |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. Бактерии, не образующие спор | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, респираторы, косынки), без видимых загрязнений и загрязненное выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.), кровью[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 30 |  |
| Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства | 15 |  |
| 2. | Перчатки медицинские[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |
| 3. | Рабочая одежда (куртки, комбинезоны и пр.) | Дезинфекционная камера |  | 20 | 40 кг/м2 полезной площади камеры |
| 4. | Постельные принадлежности | Дезинфекционная камера |  | 45 | 60 кг/м2 полезной площади камеры |
| 5 | Предметы верхней одежды и обуви из натуральных материалов (изделия меховые, кожаные и пр.) | Дезинфекционная камера |  | 45 | 30 кг/м2 полезной площади камеры |
| 6 | Посуда лабораторная (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри); мазки – отпечатки; гребенки для сушки культур, шприцы и пр.[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение |  | 30 |  |
| 7. | Бактериологические посевы | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | Вода | 30 |  |
| 8. | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования зараженного материала | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | Вода | 30 |  |
| 9. | Петли бактериологические для пересева зараженного материала | Прокаливание |  |  |  |
| 10. | Инструменты после вскрытия лабораторных животных, проведения патологоанатомических работ[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 30 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |  |
| Вода | 30 |
| 11. | Клетки, банки и бачки для животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| 12. | Клетки, металлические ящики, садки, бачки из-под вскрытых животных и орудия лова[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 30 |  |
| Воздушный стерилизатор | Температура 160°С | 60 |
| 13. | Воздушные бактериальные фильтры[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор (автоклав) | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| 14. | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Сжигание |  |  |
| 15. | Жидкие отходы, смывные воды[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 30 |  |
| Кипячение |  | 30 |
| 16. | Твердые отходы «заразной» зоны | Сжигание |  |  |  |
| 17. | Мешочки для транспортирования диких грызунов | Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 30 |  |
|  | Вода | 30 |  |
| II. Микобактерии | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, респираторы, косынки), без видимых загрязнений и загрязненное выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.), кровью[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |  |
| Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства | 15 |  |
| 2. | Перчатки медицинские[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |
| 3. | Посуда лабораторная многократного применения (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри); мазки - отпечатки, гребенки для сушки культур, шприцы, плевательницы, освобожденные от мокроты[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |  |
| 4. | Мокрота[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |  |
| 5. | Бактериологические посевы | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| 6. | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования зараженного материала | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2%-ный раствор натрия двууглекислого | 60 |  |
| 7. | Петли бактериологические для пересева зараженного материала | Прокаливание |  |  |  |
| 8. | Инструменты после вскрытия лабораторных животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |
| 9. | Клетки, банки и бачки для животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| 10. | Металлические ящики, садки, бачки из-под вскрытых животных и орудия лова[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Воздушный стерилизатор | Температура 180°С | 60 |
| 11. | Воздушные бактериальные фильтры[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0  (0,2 МПа), °С | 60 |  |
| 12. | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| Сжигание |  |  |
| 13. | Твердые отходы «заразной» зоны | Сжигание |  |  |  |
| 14. | Мешочки для транспортирования диких грызунов | Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 30 |  |
|  | Вода | 30 |
| III. Бактерии, образующие споры | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 60 |  |
| 2. | Перчатки медицинские[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |  |
| 3. | Рабочая обувь, резиновые сапоги | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, температура 57-59°С | 165 | Формалина 250 мл/м2 (18 кг/м2 полезной площади пола камеры) |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны и пр.), постельные принадлежности | Дезинфекционная камера | Паро-воздушный метод, температура 97-98°С | 45 | 60 кг/м2 полезной площади пола камеры |
|  | Паровой метод, температура 104-111°С, давление 0,2-0,5 | 60 | 50 кг/м2 объема камеры |
| 5. | Одежда и обувь из натуральных материалов (изделия из кожи, меха, пр.) | Дезинфекционная камера | Пароформалиновый метод, температура 57-59°С | 165 | Формалина 250 мл/м2 (18 кг/м2 полезной площади пола камеры) |
| 6. | Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы и др.)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |
| 7. | Посевы | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| 8. | Резиновые пробки, механические устройства для пипетирования зараженного материала | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |  |
| 9. | Петля микробиологическая | Прокаливание | Пламя горелки |  |  |
| 10. | Инструменты после вскрытия животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |
| 11. | Клетки, банки и бачки для животных (банки из-под животных с подстилочным материалом и выделениями животных)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| 12. | Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и пр.[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Обработка горячим воздухом | 180°С | 60 |  |
| 13. | Трупы лабораторных животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Сжигание |  |  |  |
| 14. | Воздушные бактериальные фильтры | Сжигают или автоклавируют | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| 15. | Жидкие отходы, смывные воды | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 90 |  |
| Кипячение |  | 60 |  |
| 16. | Твердые отходы «заразной» зоны | Сжигание |  |  |  |
| IV. Вирусы | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, респираторы, маски, без видимых загрязнений[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор соды кальцинированной или 0,5% любого моющего средства | 15 | 5 л/кг |
| Дезинфекционная камера | Паровоздушная смесь при температуре 80-98°С | 120 |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |  |
| 2. | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы) белье, загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др.[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства | 30 |  |
| Обеззараживание в паровом стерилизаторе | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |
| 3. | Перчатки медицинские[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 45 |  |
|  | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |
| Кипячение | Вода | 30 |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны, пр.), постельные принадлежности | Дезинфекционная камера | Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С | 45 | 40 кг/м2 полезной площади |
| 5. | Одежда и обувь из натуральных материалов (меховые и кожаные изделия) | Дезинфекционная камера | Пароформалиновая смесь при температуре 57-59°С | 120 | Формалина 75,0 мл/м2 30 кг/м2 полезной площади камеры |
| 6. | Посуда лабораторная стеклянная (чашки Петри, пробирки, пипетки); мазки-отпечатки и др.[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 30 |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |
| 7. | Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
|  | При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе: | | | | |
|  |  | Кипячение | Вода | 30 |  |
| 8. | Резиновые, силиконовые пробки, шланги механические устройства для пипетирования зараженного материала, гребенки, сушки культур | Кипячение | Вода | 30 |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |
| 9. | Инструменты из металлов после вскрытия животных[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |  |
| Кипячение | Вода | 30 |
| 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |
| 10. | Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Воздушный стерилизатор | Температура °С | 60 |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |
| 11. | Трупы лабораторных животных | Сжигание |  |  |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| 12. | Воздушные фильтры[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| 13. | Жидкие отходы, смывные воды | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С, 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| Кипячение |  | 30 |
| Термическая обработка в УНОС | 143base_1_164208_327952°C | 7-10 мин |
| 14. | Уборочный материал (ветошь, мочалки и др.)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | Мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства | 30 |  |
| 15. | Подстилочный материал, выделения животных, остатки корма | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| 16. | Мешочки для транспортирования диких грызунов | Кипячение | 2% кальцинированной соды | 30 |  |
|  | Вода | 30 |
| V. Риккетсии | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 15 |  |
| 2. | Перчатки медицинские[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |
| 3. | Одежда и обувь из натуральных материалов (кожаные, меховые изделия) | Дезинфекционная камера | Пароформалиновая смесь при температуре 57-59°С |  | Формалина 250 мл/м2 18 кг/м2 полезной площади камеры |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны и пр.) | Дезинфекционная камера | Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С | 45 | 60 кг/м2 полезной площади камеры |
| 5. | Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы и др.)[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |
| 10. | Посевы | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 90 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |
| 11. | Резиновые пробки, механические дозирующие устройства для работы с зараженным материалом, инструменты после вскрытия животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 60 |  |
| 12. | Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 45 |  |
| Воздушный стерилизатор | °С | 60 |
| 13. | Трупы лабораторных животных, подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| Сжигание |  |  |
| 14. | Жидкие отходы, смывные воды[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 60 |  |
| Кипячение | Вода | 30 |
| 15. | Остатки пищи | Кипячение | Вода | 30 |  |
| 16. | Концентрированные суспензии риккетсии | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 45 |  |
| Кипячение | Вода | 30 |
| 17. | Куриные эмбрионы | Автоклавирование после погружения в 3,0% раствор едкого натра на 5 суток | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 45 |  |
| 18. | Твердые отходы «заразной» зоны | Сжигание |  |  |  |
| VI. Грибы | | | | | |
| 1. | Защитная одежда, белье | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 30 |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |
| 2. | Халаты, косынки, респираторы[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор кальцинированной соды | 30 | 5 л/кг сухого белья |
| 3. | Перчатки медицинские | Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 15 |  |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны, пр.) | Дезинфекционная камера | Паро-воздушная смесь 80-90°С | 15-20 | 8-10 компл. (60 кг/м2) |
| 5. | Одежда, обувь из натуральных материалов (натуральный мех, кожа) | Дезинфекционная камера | Пароформалиновая смесь 57-59°С | 30 | 5 компл. (30 кг/м2) формалина 75 мл/м2 |
| 6. | Посуда лабораторная (чашки Петри, пробирки, колбы), резиновые, силиконовые шланги, механические дозирующие устройства[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 30 |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |
| Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 30 |
| 7. | Культуры грибов на плотных питательных средах. Опытные тест-поверхности | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 30 |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |
| 8. | Трупы лабораторных животных | Сжигание |  |  |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| 9. | Инструменты после вскрытия животных[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Кипячение | 2% раствор натрия двууглекислого | 30 |  |
| Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 20 |  |
| 10 | Подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,5 кгс/см2 (0,15 МПа), 126±2 °С | 60 |  |
| 11 | Клетки, банки и пр. из-под вскрытых животных[**\***](file:///\\microbe.local\..\Обмен%20с%20ИАО\Гордеева\СП%20ББ%2013.08.19%20нумерация%20КЕС%202.docx#sub_12111) | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 60 |  |
| Водяной насыщенный пар под давле­нием 2,0 кгс/см2 (0,2 МПа), 132±2 °С | 30 |

\*Возможно использование дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в РФ , в соответствии с режимами, указанными в инструкциях по их применению.

**2.4. Режимы обеззараживания различных объектов окружающей среды, зараженных или подозрительных на заражение возбудителями паразитарных болезней (цистами и ооцистами простейших, яйцами и личинками гельминтов)**

| № п/п | Объект, подлежащий обеззараживанию | Способ обеззараживания | Дезинфицирующий агент | Время обеззараживания, мин | Норма расхода |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | А) Поверхности в помещениях «заразной» зоны лаборатории (пол, стены, двери);  мебель (рабочий стол, индивидуальные шкафы, внешние поверхности БМБ и пр.), лабораторное оборудование  Б) Оборудование и мебель в помещении вивария. | Орошение или протирание с последующей влажной уборкой | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| УФ-облучение | Бактерицидные ультрафиолетовые облучатели открытого типа | 40 |  |
| Протирание ватным или марлевым тампоном, смоченным спиртом, с последующим фламбированием | Спирт этиловый технический | 5 | 15 мл/м2 |
| 2. | Санитарно-техническое оборудование | Протирание | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 3. | Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки) | Кипячение | 0,5% раствор моющего средства | 15 |  |
| 4. | Перчатки медицинские | Паровой стерилизатор | Водяной насыщенный пар под давле­нием 1,1 кгс/см2 (0,11 МПа), 120±2°С | 30 |  |
| Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 5. | Посуда лабораторная стеклянная | Кипячение | 0,5% раствор моющего средства | 30 |  |
| Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 6. | Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования | Кипячение | Вода с 0,5% моющего средства | 30 |  |
| 7. | Инструменты после вскрытия лабораторных животных | Кипячение | 0,5% раствор моющего средства | 15 |  |
| Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 8. | Руки в медицинских перчатках | Мытьё | Антибактериальное мыло, с последующей обработкой этиловым спиртом 70% |  |  |
| 9. | Руки без перчаток | Мытьё, протирание тампоном | Туалетное мыло, 70% этиловый спирт | 2 |  |
| 10. | При попадании инфекционного материала на незащищенную кожу | Протирание тампоном с дез. средством, мытьё с мылом, с последующей обработкой 70% этиловым спиртом | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 11. | Клетки, банки для содержания животных, подстилочный материал, остатки корма | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 12. | Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных | Сжигание |  | | |
| Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 13. | Контейнеры с фекалиями, желчью, мокротой, мочой и др. | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 14. | Посуда из под выделений больного (горшки, судна, мочеприемники) | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 15. | Одноразовые расходные материалы, пластиковая лабораторная посуда, используемая при работе с кровью и сывороткой крови | Погружение с экспозицией в термостате при 60° С | Перекись водорода 6% раствор | 180 |  |
| 16. | Уборочный инвентарь, материалы, ветошь | Кипячение |  | 15 |  |
| Замачивание | Средства дезинвазии, разрешенные в установленном порядке в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |

Примечание. Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды.

Приложение 3

**3. Рабочая одежда и средства индивидуальной защиты,   
используемые при работе с ПБА**

3.1. Требования к обеспечению рабочей одеждой и средствами индивидуальной защиты.

Каждый сотрудник лаборатории должен быть обеспечен рабочей одеждой для проведения работ на территории «заразной» зоны, не связанных с ПБА: пижамами или комбинезонами - три комплекта, обувью, закрывающую носки и пятки и имеющую устойчивую, нескользящую подошву, устойчивую к обработке дезсредствами - две пары, носками - три пары, халатами медицинскими – два.

Конструкция СИЗ должна, обеспечивать прилегание к телу в критических местах, особенно по овалу лица, на запястьях и щиколотках, с сохранением при этом свободы движений человека.

При работе в стационарных и мобильных лабораториях, медицинских организациях лечебно-профилактического профиля персонал использует противочумные костюмы I - IV типов или их аналоги одноразового или многократного применения, изолирующие костюмы и другие средства, разрешенные к применению в установленном порядке.

В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала, используют определенные типы защитных костюмов.

Существуют 4 основных типа классических противочумных костюмов, различающихся по целевому назначению.

*I тип* – включает: большую противочумную косынку (120 x 120 x 150 см) или капюшон (шлем); противочумный халат (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны заходить друг за друга не менее чем на 15 см, у ворота длинные завязки или плотно прилегающие манжеты); одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические), устойчивые к действию агрессивных химических веществ (дезинфектантов), при необходимости - с защитой от проколов и порезов; сапоги резиновые (или высокие водонепроницаемые бахилы); полотенце; для защиты органов дыхания и органов зрения используют:

- противоаэрозольный (противопылевой) респиратор (фильтрующую полумаску) класса защиты FFP 3 или изолирующую полумаску с противоаэрозольным или комбинированным фильтром класса защиты P3 (по противоарозольному компоненту) в комплексе с защитными очками с непрямой вентиляцией;

- изолирующую полнолицевую маску или противогаз с противоаэрозольным или комбинированным фильтром (ами) класса защиты P3 по противоарозольному компоненту;

- шлем, капюшон с системой принудительной подачи очищенного воздуха, снабженной противоаэрозольным или комбинированным фильтром класса защиты P3 по противоарозольному компоненту.

При вскрытии трупов людей или крупных животных) дополнительно надевают водонепроницаемые фартук, нарукавники и вторую пару перчаток или перчатки с защитой от проколов и порезов.

При необходимости, при работе с лабораторными животными используют кольчужные перчатки, краги.

*II тип* - большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор или иное СИЗОД, одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические) при необходимости - перчатки с защитой от проколов и порезов, сапоги (или водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием защиты органов зрения.

*III тип* - большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор, одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические), при необходимости перчатки с защитой от проколов и порезов, защитная обувь (глубокие галоши, сапоги или высокие водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием защиты органов зрения и дыхания. При транспортировании инфицированного материала в автоклав – костюм дополняют водонепроницаемым фартуком.

*IV тип* - шапочка (малая косынка, медицинский колпак), противочумный (хирургический) халат, медицинские перчатки.

Допускается использование аналогов классического противочумного костюма. Разрабатываемые аналоги должны соответствовать типам противочумного костюма:

- I тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания, органов зрения;

- II тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания;

- III тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела;

- IV тип - обеспечивает защиту поверхности тела, кожных покровов рук.

Возможно использование СИЗ, изготовленных из хлопчатобумажных тканей, из смесовых и синтетических тканей, из нетканых материалов (на основе термоскрепленного полипропилена), без пылеворсоотделения, не пиллингуемых, воздухопроницаемых и гидрофобных или воздухо- и водонепроницаемых, а также обладающих высокими барьерными свойствами, сохраняющимися после определенного количества циклов обработки.

Завязки на вороте и рукавах противочумного (хирургического) халата могут быть заменены на манжеты из трикотажного материала, обеспечивающие плотное прилегание к телу.

Противочумный (хирургический) халат может быть заменен на защитный комбинезон.

В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала используют определенные типы противочумных костюмов или их аналогов.

При использовании аналогов противочумных костюмов, в том числе и одноразовых, порядок надевания и снятия определяется нормативными актами, утверждаемыми руководителем организации.

*Порядок надевания противочумного костюма I типа*

Противочумный костюм надевают поверх рабочей одежды на входе в боксированное помещение в предбоксе или в комнате для надевания защитной одежды блока для работы с инфицированными животными, в определенной последовательности. Помещение для надевания СИЗ должно быть оборудовано зеркалом (для самоконтроля), либо СИЗ надевают под контролем другого сотрудника.

Большую косынку (капюшон, шлем) надевают так, чтобы закрыть лоб до бровей, шею до подбородка, большую часть щек; концы косынки завязывают на шее сзади. Противочумный халат надевают так, чтобы косынка или пелерина капюшона (шлема) были заправлены под него. Тесемки у ворота халата и пояс завязывают спереди на левой стороне петлей, после этого закрепляют тесемки на рукавах.

Респиратор надевают так, чтобы верхний край его доходил до нижней части орбит глаз, а нижний должен находиться под подбородком.

Обеспечивают плотное прилегание защитных очков использованием регулятора фиксирующего ремня. Используют очки с маркировкой «защита от запотевания» или применяют специальные средства, защищающие от запотевания.

Фиксирующие ремни защитных очков, респиратора, полнолицевой маски и др. располагают под большой противочумной косынкой или капюшоном (шлемом).

После надевания респиратора или полнолицевой маски проводят проверку плотности прилегания СИЗОД.

Медицинские перчатки (при необходимости с защитой от проколов и порезов) надевают предварительно проверив их на целость. Перчатки надевают так, чтобы манжеты перчаток располагались поверх рукавов защитной одежды.

За пояс закладывают полотенце.

Перед входом в бокс или блок для работы с инфицированными животными обувают резиновые сапоги (высокие водонепроницаемые бахилы). При использовании защитного комбинезона, штанины располагают поверх голенищ резиновых сапог.

При необходимости использования фонендоскопа его надевают раньше капюшона или большой косынки или используют специальный костюм, где фонендоскоп, интегрирован через быстросъемное герметичное соединение.

При проведении патологоанатомического вскрытия трупа человека, крупных животных дополнительно надевают водонепроницаемый фартук, такие же нарукавники и вторую пару перчаток или перчатки с защитой от проколов и порезов, полотенце закладывают за пояс фартука.

*Порядок снятия противочумного костюма I типа*

Костюм снимают в комнате для снятия защитной одежды (после работы в блоке для работы с инфицированными животными), предбоксе боксированного помещения (после работы в боксированном помещении), медленно в строго определенном порядке, описанном далее. После снятия каждой части костюма руки в медицинских перчатках погружают в дезинфицирующий раствор.

При выходе в помещение для снятия СИЗ обрабатывают поочередно ноги в резиновых сапогах (водонепроницаемых бахилах) в емкости с дезинфицирующим раствором и протирают сверху вниз салфеткой либо тампоном, смоченным в дезинфицирующем растворе. Затем в течение 1-2 минут моют руки в перчатках дезинфицирующим раствором, после этого приступают к снятию костюма. Первым вынимают полотенце и погружают его в бак с дезинфицирующим раствором или в пакет для автоклавирования. Фартук протирают смоченным в дезинфицирующем растворе тампоном, снимают и складывают наружной стороной внутрь, снимают нарукавники. Фартук и нарукавники помещают в емкость с дезраствором или в пакет для автоклавирования.

Снимают вторую пару перчаток, если была необходимость в их применении, при подозрении на нарушение целости проверяют в дезинфицирующем растворе, но не воздухом, помещают их в пакет для автоклавирования. Если работа проводилась в одной паре перчаток, то их снимают на последнем этапе. Руки в перчатках обрабатывают в дезрастворе.

Защитные очки снимают, оттягивая от лица двумя руками вперед, вверх и назад за голову и опускают в 70%-й этиловый спирт или двукратно протирают (см. Приложение 2).

Респиратор снимают, оттягивая от лица, не касаясь при этом лица наружной стороной респиратора, и помещают в емкость с вложенным мешком для автоклавирования.

При использовании полнолицевой маски (противогаза) с фильтрами одноразового применения - протирают (смачивают) салфеткой или тампоном, смоченным дезраствором фильтры. Затем отдельной салфеткой (тампоном) протирают лицевую часть маски (противогаза).

При использовании в качестве защитной одежды противочумного халата – развязывают тесемки ворота халата (либо расстегивают кнопки на вороте), пояс и, опустив края перчаток, освобождают манжеты халата (если необходимо, развязывают тесемки рукавов), снимают халат, сворачивая наружной стороной внутрь, помещают в емкость для обеззараживания.

Снимают косынку (капюшон), собирая все концы на затылке в одну руку, погружают в емкость с дезраствором или в пакет для автоклавирования.

При использовании защитного комбинезона – расстегивают ворот и молнию до середины и поочередно снимают рукава комбинезона выворачивая их наружу, далее - аккуратно выворачивая внутренней стороной наружу, снимают весь комбинезон с тела, предварительно сняв резиновые сапоги или бахилы. Комбинезон помещают в емкость с вложенным мешком для автоклавирования. После снятия защитной одежды руки в перчатках обрабатывают в дезрастворе.

При использовании полнолицевой маски - осторожно открепляют сменные фильтры от маски и помещают их в пакет для автоклавирования. Маску снимают оттягивая от лица двумя руками вперед и вверх и назад за голову, протирают тканевой салфеткой (тампоном), смоченной в дезинфицирующем растворе. Отдельной салфеткой (тампоном) протирают внутреннюю поверхность маски 70% раствором этилового спирта.

При использовании защитного шлема, колпака - переднюю поверхность пелерины, фронтальную поверхность и панорамный экран протирают сверху вниз салфеткой (тампоном), смоченной в дезрастворе. Руки в перчатках обрабатывают в дезрастворе. Затем протирают дезраствором фильтрующую систему и отсоединяют ее. Снимают шлем, скатывая внутрь переднюю поверхность пелерины, прижимая ее к шлему, оттягивая от лица двумя руками вперед, вверх и назад за голову. Аккуратно, сворачивая внутрь наружные поверхности, опускают в дезраствор или в пакет для автоклавирования. Фильтры однократного применения помещают в пакет для автоклавирования. Фильтры многократного применения и другие элементы фильтрующей системы (шланги, турбоблок, элементы крепления и др.) располагают на вспомогательном столике в предбоксе для последующей обработки.

Снимают сапоги (водонепроницаемые бахилы), на ноги надевают рабочую обувь. Руки в перчатках обрабатывают в дезрастворе.

Снимают перчатки, при подозрении на нарушение целости проверяют в дезинфицирующем растворе, помещают в емкость для обеззараживания, руки тщательно обрабатывают 70% раствором этилового спирта и моют с мылом.

Защитную одежду, предназначенную для работы в очагах инфекционных заболеваний, госпиталях, изоляторах, блоках для работы с инфицированными животными, обеззараживают сразу после использования полным погружением в дезинфицирующий раствор или другим способом в соответствии с Приложением. В случаях, когда обеззараживание проводят автоклавированием, кипячением или в дезинфекционной камере, костюм складывают соответственно в специальные пакеты (биксы), баки или мешки для камерного обеззараживания.

После работы в микробиологических комнатах защитную одежду по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю меняют, обеззараживают (режим обеззараживания в соответствии с нормативами) и передают в стирку.

В стационарных максимально изолированных лабораториях персонал при работе с микроорганизмами I - II групп патогенности использует пневмокостюмы, пневмокуртки, пневмошлемы или их аналоги, разрешенные к применению в установленном порядке.

Порядок и правила работы в пневмокостюмах

К работе в костюме допускаются лица, не имеющие медицинских противопоказаний к ношению защитной одежды, прошедшие практическое обучение, инструктаж по правилам работы и сдавшие зачет.

Подбор пневмокостюма осуществляется в соответствии с их размерами:

№ 1 - для лиц ростом до 169 см,

№ 2 - для лиц ростом от 170 до 176 см,

№ 3 - для лиц ростом выше 176 см.

Воздух, подаваемый в подкостюмное пространство, должен соответствовать следующим параметрам: температура (25 base_1_164208_32816 3) °C, расход (20 base_1_164208_32817 3) м3 · base_1_164208_32818, избыточное давление по отношению к помещению (100 - 200) Па.

Перед каждым использованием проверке на централизованном специальном участке подлежат пневмокостюмы на целостность и комплектные к ним фильтры тонкой очистки воздуха на оценку коэффициента проскока. Результаты проверки фиксируются в специальных журналах. Выдача проверенных костюмов и фильтров производится под личные росписи лиц, получающих их для работы. Непосредственно перед заходом в зону каждый исполнитель визуально проверяет полученный пневмокостюм на целость и делает об этом запись в соответствующем журнале.

Правила работы, порядок надевания-снятия пневмокостюмов регламентируются в соответствующих рабочих инструкциях. По окончании работы пневмокостюмы подвергаются обработке в дезинфицирующем душе и далее обработке в парогазовых передаточных камерах с последующей их проверкой на целость.

Защитная одежда для проведения зоолого-паразитологических работ в полевых условиях

Для проведения полевых работ с дикими позвоночными и беспозвоночными животными сотрудники должны быть обеспечены соответствующей сезону защитной одеждой.

В теплое время года - легким рабочим костюмом (брюками и курткой или комбинезоном), противоэнцефалитным костюмом, берцами летними, резиновыми болотными сапогами при работе в пойменных биотопах и летним головным убором. На одного работника должно быть по два комплекта костюма и три пары хлопчатобумажных перчаток.

В холодное время года - теплым костюмом, утепленной курткой с непромокаемым верхом, утепленными брюками, берцами зимними или валенками с калошами, теплыми рукавицами, зимним головным убором.

Для работ по истреблению грызунов все рабочие должны быть обеспечены защитной одеждой: комбинезоном, носками, обувью (берцы или сапоги) и хлопчатобумажными перчатками.

**3.2. Типы средств индивидуальной защиты при работе с ПБА в микробиологических лабораториях**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид (характер) выполняемой лабораторной работы | Вирусы  I группы,  биоагент, таксономическое положение которого не определено, а степень опасности не изучена | Вирусы II группы | | Чума, сап, мелиоидоз | Глубокие микозы | Бруцеллез, туляремия, сибирская язва | Риккетсиозы | Холера | Яды биологического происхождения (II гр.) |
| ККГЛ, ГЛПС, ОГЛ  ВЭЛ, ВСЭЛ, ЗЭЛ | другие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Разбор проб материала от больных людей, из объектов окружающей среды, диких грызунов и членистоногих, первичная подготовка материала, перевод в жидкую фазу;  индикация маркеров | Изолирующие средства индивидуальной защиты (ИСИЗ);  при работе в БМБ III класса - I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог);  при работе в БМБ III класса – IV тип (или утвержденный аналог)+ бахилы закрывающие рабочую обувь;  при работе в БМБ II класса – IV тип (или утвержденный аналог) +респиратор FFP3 + вторая пара медицинских перчаток (далее – МП)+бахилы закрывающие рабочую обувь | | | | | | IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор | |
| Вскрытие лабораторных животных, диагностические исследования дикоживущих грызунов (трупов);  заражение и другие манипуляции с инфицированными биопробными животными (забор крови, кормление эктопаразитов на грызунах, взвешивание, измерение температуры и т.п.) | ИСИЗ;  при работе в БМБ III класса - IV тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог);  при работе в БМБ III класса – IV тип (или утвержденный аналог)+ бахилы закрывающие рабочую обувь; | | | | | | III тип (или утвержденный аналог) + респиратор | II тип (или утвержденный аналог) |
| Разбор полевого материала, очес диких грызунов, разбор гнезд и т.д. | ИСИЗ | I тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | | не проводится | |
| Работа в карантинном виварии | ИСИЗ | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | не проводится | |
| Заражение членистоногих (на биомембране) | ИСИЗ;  работа в БМБ III - IV тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | | | | | | не проводится | |
| Работа с высокими концентрациями (более 1010 КОЕ/мл), большими объемами (более 500 мл в емкости) | ИСИЗ;  работа в БМБ III - IV тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | | | | | | | |
| Заражение и вскрытие куриных эмбрионов | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | | не проводится | | | I тип (или утвержденный аналог) | не проводится | |
| Заражение культур ткани | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | не проводится | не проводится | не проводится | II тип (или утвержденный аналог) | не проводится | не проводится |
| Снятие шкурок с мелких млекопитающих | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | не проводится | не проводится |
| Набитие тушек (из числа выдержанных в 4% формалине в течение 3 ч) | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | не проводится | не проводится |
| Уборка помещений заразного блока после проведения текущей дезинфекции (в начале дня) | ИСИЗ | I тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | I тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | II тип (или утвержденный аналог) | IV тип (или утвержденный аналог) + МП | II тип (или утвержденный аналог) |
| При иммунизации лабораторных животных убитыми культурами ПБА I - II групп | IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор | | | | | | | | |
| Обеззараживание инвентаря для содержания биопроб, транспортирование ПБА в централизованную автоклавную, загрузка (разгрузка) материала в автоклав | ИСИЗ | III тип (или утвержденный аналог) + фартук из водонепроницаемого материала | | | | | | | |
| Работа, связанная с возможностью образования аэрозоля вирулентных микроорганизмов (центрифугирование, шуттелирование, гомогенизирование, разрушение возбудителей, перенос репликами и т.д.) | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | В блоке для инфицированных животных, в боксированных помещениях - I тип (или утвержденный аналог);  в БМБ III класса - IV тип (или утвержденный аналог) | | | | | | | |
| Перенос культур внутри боксированного помещения в контейнерах в термостаты, холодильники и т.п. | ИСИЗ | IV тип (или утвержденный аналог) + МП | | | | | | | |
| Проведение микробиологической работы с диагностическим материалом (посев, отбор колоний, просмотр культур тканей и т.п.), серологические исследования с необеззараженным ПБА | ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) | IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор | | | | | | IV тип (или утвержденный аналог) | не проводится |
| Серологические исследования с обеззараженным ПБА | НЕ ПРОВОДЯТСЯ | | | IV тип (или утвержденный аналог) | | | | | |
| Уборка микробиологических комнат (после экспозиции) | ИСИЗ | IV тип (или утвержденный аналог) + галоши + МП | | | | | | | |
| При ликвидации аварий | | | | | | | | | |
| Полная обработка (дезинфекция) помещений<2> | ИСИЗ | I тип (или утвержденный аналог) | | | | | | | |

Примечание:

<1> Изолирующие средства индивидуальной защиты (пневмокостюмы или их аналоги).

<2> При применении газового метода дезинфекции использовать защитный костюм I типа (или утвержденный аналог) с СИЗОД с комбинированной (противоаэрозольной и противогазовой) защитой.

**3.3. Типы средств индивидуальной защиты при проведении профилактических мероприятий в очагах инфекционных болезней, при лечении, транспортировании больных и с подозрением на инфекционное заболевание, а также при патологоанатомическом исследовании трупов людей и животных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование мероприятий | | Эвакуация больных ООИ | Инфекционный провизорный госпиталь | Изолятор для контактировавших | Медицинское наблюдение за населением в очагах заболеваний | Вскрытие трупов людей и подготовка их к захоронению | Вскрытие трупов домашних животных | Текущая и заключительная дезинфекция |
| Очаги ООИ | |
| Вирусы I группы | | I тип | I тип | I тип | I тип | Не подлежит вскрытию | Не проводится | I тип |
| Вирусы II группы | ККГЛ, ВЭЛ. ВСЭЛ, ЗЭЛ | II тип | II тип | IV тип | IV тип | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | Не проводится | II тип |
| ГЛПС, ОГЛ и др. | IV тип | IV тип | Не предусмотрен | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | Не проводится | II тип |
| Чума | Легочная | I тип | I тип | I тип | I тип | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип |
| Бубонная | I тип | I или III тип | IV тип | IV тип | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| Кожная | I тип | I или III тип | IV тип | IV тип | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| Септическая | I тип | I тип | II тип | IV тип + респиратор | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| Сап | острая и легочная формы | III тип + респиратор | I тип | Не предусмотрен | IV тип | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | I тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| другие формы | III тип | III тип | Не предусмотрен | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| Сибирская язва | | III тип | III тип | Не предусмотрен | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | Не проводится | II тип |
| Туляремия, бруцеллез, мелиоидоз и др. инфекции II группы | | IV тип | IV тип Мелиоидоз: легочная ф. - III тип + респиратор, др. ф. - III тип | Не предусмотрен | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | Не проводится | II тип |
| Холера | | IV тип + МП | IV тип + МП + респиратор | IV тип | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | Не проводится | II тип |
| Лихорадка Ку | легочная форма | IV тип | IV тип | Не предусмотрен | IV тип | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип + 2-я пара МП + ФК + НК | II тип |
| Примечание:  <1> - Вскрытие проводят по специальному разрешению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации в СИЗ I типа;  <2> - В госпитале для больных бубонной или кожной формами чумы при назначении специфического лечения применяют СИЗ III типа; МП - медицинские перчатки; ФК - фартук; НК - нарукавники. | | | | | | | | |

Приложение 4

**4. Инженерно-технические системы**

4.1. Инженерно-технические системы биологической безопасности

Инженерно-технические системы биологической безопасности предназначены для обеспечения защиты персонала, воздуха рабочей зоны и окружающей среды при работах с использованием ПБА, а также для предотвращения распространения ПБА между помещениями, блоками помещений или зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Устройство, режим работы, правила эксплуатации инженерно-технических систем должны соответствовать требованиям к организационным, санитарно-гигиеническим (профилактическим) мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с ПБА.

Оборудование и оснащение инженерно-технических систем биологической безопасности должно соответствовать требованиям федеральной нормативно-технической документации, а также нормам и правилам пожарной безопасности.

Комплекс инженерных систем обеспечения биологической безопасности включает:

- ограждающие строительные конструкции;

- системы вентиляции и кондиционирования воздуха;

- системы спецканализации, сбора и обработки сточных вод;

- систему передаточных устройств;

- систему воздухоснабжения изолирующих средств индивидуальной защиты;

- системы приготовления и раздачи дезинфицирующих растворов;

- санитарные пропускники;

- вспомогательные технологические и санитарно-технические системы;

- боксы микробиологической безопасности.

4.1.1. Требования к ограждающим строительным конструкциям помещений «заразной» зоны

4.1.1.1. Ограждающие строительные конструкции (ОСК) - инженерно-строительные конструкции, составляющие внутренние и внешние ограждения группы помещений «заразной» зоны сооружения от помещений «чистой» зоны и окружающей внешней среды. Контур ОСК - пол, потолок, стены, окна и двери. Для предотвращения выхода ПБА из рабочих помещений «заразной» зоны в смежные помещения «чистой» зоны и во внешнюю окружающую среду ОСК должны удовлетворять требованиям герметичности.

Ограждающие строительные конструкции группы помещений «заразной» зоны составляют наружный контур герметизации, внутренний контур герметизации составляют строительные ограждения отдельных помещений внутри «заразной» зоны.

Основные требования к ограждающим строительным конструкциям помещений «заразной» зоны предъявляются в зависимости от характера проводимых работ и уровня биобезопасности лаборатории.

Планировочные решения помещений «заразной» зоны и ограждающие строительные конструкции должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- максимальную группировку помещений с одинаковой степенью производственной вредности;

- исключение пересечения людских и биологически опасных материальных потоков;

- наличие санитарных пропускников и полное соблюдение условий санитарно-противоэпидемического режима при входе и выходе персонала;

- требуемую герметичность окон и дверей;

- требуемую герметичность узлов установки передаточного оборудования и проходов коммуникаций через ограждающие конструкции на границе «заразной» и «чистой» зон;

- возможность сбора и обработки использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

- размещение помещений с более высоким уровнем биологической опасности преимущественно внутри помещений более низкого уровня;

- размещение помещений для содержания животных и работы с ними изолированно от других лабораторных и рабочих помещений;

- устройство тамбур-шлюзов для передачи оборудования (при необходимости) и материалов на границах «заразной» и «чистой» зон;

- отсутствие выступающих элементов на внутренней поверхности ограждающих строительных конструкций, закругленные стыки вертикальных и горизонтальных поверхностей ограждающих конструкций;

- применение в отделке производственных и санитарно-бытовых помещений неадсорбирующих, непылящих материалов, легко моющихся, негорючих и устойчивых к воздействию растворов дезинфицирующих средств, герметизирующих мастик с последующим окрашиванием химически стойкими эмалями;

- использование полнотелых, невлагоемких конструкционных материалов;

- применение герметизирующих материалов при стыковке и сопряжении конструктивных элементов. Для обеспечения надежной герметизации стыков всех конструктивных элементов должны применяться упругие прокладки и строительные герметики, соответствующие условиям эксплуатации стыкуемых элементов конструкции и отвечающие требованиям пожарной безопасности. Места ввода инженерных коммуникаций герметизируют и закрашивают под основное покрытие стен, пола или потолка;

- гидроизоляцию пола с заведением на вертикальную поверхность на высоту не менее 150 мм;

- исключение возможности проникновения в здание грызунов. В помещениях блока для работы с инфицированными животными предусматривают высокие (30 см) пороги, недоступные для проникновения грызунов.

Дополнительно для лабораторий уровня 2 и выше:

- возможность создания и поддержания требуемой величины разрежения в рабочих помещениях;

- возможность устройства предупредительной сигнализации, запрещающей одновременное открывание дверей тамбуров.

4.1.1.2. Дополнительно для лабораторий уровня максимальной защиты ограждающие строительные конструкции должны обеспечивать:

- устройство на границе зон санитарных пропускников, состоящих из воздушных тамбур-шлюзов с герметичными дверьми (отдельных для входа и выхода сотрудников) и санитарно-бытовых помещений, в которых производится полное переодевание персонала, смена рабочей и специальной одежды, средств индивидуальной защиты, их обеззараживание, приведение в исходное состояние и хранение, душа для персонала, помещения для сушки волос. Границей зон является душевая;

Визуальный, приборный и инструментальный контроль за возможным появлением локальных утечек воздуха через ОСК в процессе эксплуатации необходимо проводить не реже 1 раза в 6 месяцев для максимально изолированных лабораторий. При обнаружении локальных утечек воздуха через ОСК необходимо принять меры по их ликвидации.

4.1.2. Требования к системам вентиляции и кондиционирования воздуха помещений “заразной” зоны.

4.1.2.1. Система вентиляции помещений «заразной» зоны является одной из основных систем биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями, блоками помещений и зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Система приточно-вытяжной вентиляции зоны или блока помещений микробиологических лабораторий одного назначения - группа взаимосвязанных приточных и вытяжных вентиляционных установок, обеспечивающих непрерывный процесс принудительной вентиляции, а также создание и поддержание требуемой величины разрежения и параметров воздуха рабочей зоны в обслуживаемой зоне или блоке помещений.

Установка приточной или вытяжной вентиляции - совокупность вентиляционных устройств и оборудования, включающая вентиляторы, фильтры, сертифицированные специализированные установки, обеспечивающие фильтрацию и инактивацию микроорганизмов, очистку от вредных веществ (при необходимости), воздуховоды, решетки, клапаны и прочие элементы.

Фильтры очистки воздуха (фильтрующие элементы) могут быть установлены в системе вентиляции, в корпусе на один фильтр, в камере или в секции на несколько фильтров.

Основные требования к системам вентиляции помещений «заразной» зоны:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, норм и правил пожарной безопасности;

- созданиенеобходимых санитарно-гигиеническихи микроклиматических условий;

- локализация вредных веществ в здании и внутри технологических блоков;

- обеззараживание удаляемого из рабочих помещений и от боксирующих устройств воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции фильтрами очистки воздуха в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории;

- кратность воздухообмена в рабочих помещениях не менее установленной нормативной документацией;

- направление воздушных потоков в сторону более «заразных» помещений;

- бесперебойная работа систем приточно-вытяжной вентиляции;

- очистка подаваемого в рабочие помещения воздуха в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории;

- размещение фильтров очистки воздуха в помещениях «заразной» зоны;

- создание и поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории.

4.1.2.3. Основные контролируемые параметры работы систем вентиляции: (величина разрежения в помещениях «заразной» зоны, перепад давлений между помещениями лабораторий различного уровня биобезопасности, средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах, средняя скорость движения воздуха в рабочих проемах боксов микробиологической безопасности) должны соответствовать требованиям, предьявляемым к уровню биобезопасности лаборатории.

4.1.2.4. Системы вентиляции помещений «заразной» зоны должны непрерывно обеспечивать создание и поддержание требуемой величины разрежения, а в рабочее время и необходимые санитарно-гигиенические и микроклиматические условия. Допускается переход на режим «нерабочего» времени с поддержанием минимальной величины разрежения и сохранением направленности воздушных потоков в нерабочее время.

4.1.2.5. Режим работы систем вентиляции блоков помещений «заразной» зоны для работы с инфицированными животными должен быть непрерывным, без перехода на режим «нерабочего» времени.

4.1.2.6. Автономные системы вентиляции следует предусматривать для помещений блока по работе с инфицированными животными.

4.1.2.7. Кондиционирование воздуха помещений «заразной» зоны допускается секциями кондиционирования (охлаждения, осушения), предусмотренными в составе приточных вентиляционных систем до фильтров очистки воздуха не менее класса H11 - H13 (в случае их наличия).

4.1.2.8. Инструментальный контроль эффективности работы фильтров очистки воздуха должен производиться в соответствии с методикой Приложения 10.

4.1.2.9. Эксплуатацию систем приточно-вытяжной вентиляции лабораторий (лабораторных зданий) осуществляют в соответствии с инструкцией (руководством) организации, составленной на основании требований соответствующих нормативных документов.

4.1.2.10. Фильтркамеры с фильтрами (ФЭТО-750, НЕРА и другие) рекомендуется выполнять из стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильтркамер рекомендуется применять (при необходимости) герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемыми на воздуховодах непосредственно перед и после фильтркамер, для замены и обработки фильтркамер.

4.1.2.11. Воздуховоды вентиляционных систем должны быть герметичны, выполняться из листовой стали с антикоррозийным покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами, с минимальным количеством фланцевых соединений. Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

4.1.2.12. Дополнительные требования для лабораторий максимально изолированного уровня 4:

- создание и автоматическое поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с требованиями к уровню биобезопасности лаборатории;

- блокировка взаимосвязанных приточных и вытяжных установок;

- приточные и вытяжные системы вентиляции должны быть укомплектованы наряду с основными рабочими агрегатами дополнительными (резервными);

- автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- блокировка двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОВ;

- контроль и управление работой всех приточных и вытяжных систем следует предусматривать дистанционным и автоматическим или ручным с центрального поста управления, размещаемого в «чистой» зоне. Информация о работе вентиляционных установок, величине перепада давления между помещениями разных групп, положения гермоклапанов и др. должна отображаться на мнемосхемах.

Фильтркамеры с фильтрами (ФЭТО-750, НЕРА и другие) рекомендуется выполнять из коррозионно-устойчивой стали или стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильтркамер рекомендуется применять герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемые на воздуховодах непосредственно перед и после фильтркамер, для замены и обработки фильтркамер.

Герметичные воздуховоды должны выполняться из коррозионно-устойчивой стали на сварке с минимальным количеством фланцевых соединений. Фланцы к воздуховодам должны привариваться сплошным швом. Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

4.1.3. Требования к санитарным пропускникам

4.1.3.1. Санитарные пропускники являются одной из основных систем биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями зон различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Санитарные пропускники - комплекс инженерно-строительных решений и организационных мероприятий, обеспечивающих биологическую безопасность при входе в группы помещений «заразной» зоны и выходе из них.

4.1.3.2. Основные требования к санитарным пропускникам помещений «заразной» зоны в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются в соответствии с требованиями к уровню биобезопасности лаборатории настоящих санитарных правил.

Устройство санитарных пропускников должно обеспечивать:

- замену личной одежды на комплект рабочей одежды при входе в «заразную» зону;

- гигиеническую помывку и смену рабочей одежды на личную при выходе;

- возможность сбора и обеззараживания использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

- предупредительную сигнализацию, запрещающую одновременное открывание дверей тамбуров или тамбур-шлюзов (при необходимости);

- направление воздушных потоков в сторону более «грязных» помещений;

- скорость воздушного потока в дверном проеме на границе «чистой» и «заразной» зон.

4.1.3.3. Санитарные пропускники должны быть автономными для групп помещений различной степени опасности. При численности персонала, работающего в «заразной» зоне, до 6 человек допускается устройство однополых пропускников, во всех остальных случаях - разнополые.

4.1.3.4. Устройство туалетов в санитарных пропускниках допускается только со стороны «чистой» зоны.

4.1.3.5. Основные контролируемые параметры в санитарных пропускниках:

средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах на границах зон в санитарных пропускниках лабораторий максимального уровня изоляции в соответствии с требованиями санитарных правил должна быть не менее 0,4 м/c. Периодичность проверки 1 раз в 6 месяцев совместно с системой вентиляции.

4.1.3.6. Сотрудники, проходя из «чистой» зоны в «заразную» через санитарный пропускник, оставляют личную одежду в индивидуальных шкафах, предназначенных для ее хранения, меняют свою обувь на тапочки для душа, проходят в помещение для надевания рабочей одежды и обуви.

4.1.3.7. В санитарном пропускнике выделяют раздельные комнаты для личной и рабочей одежды с индивидуальными шкафами, а также душевые, расположенные между этими двумя помещениями. Граница зон проходит по помещению душевой со стороны чистой зоны.

4.1.3.8. Через санитарный пропускник из «чистой» зоны в «заразную» зону допускается вносить предметы, не загрязняющие помещения и не создающие нарушения депрессионного режима санпропускника. Из «заразной» в «чистую» зону разрешается проносить только ключи, печати и планшеты с первичной информацией, подвергнутые дезинфекционной обработке.

4.1.4. Требования к системе спецканализации, сбора и обработки стоков

4.1.4.1. Система спецканализации - автономная система канализации помещений «заразной» зоны, транспортирующая загрязненные стоки к оборудованию станции обработки сточных вод.

Система обработки сточных вод - это комплекс оборудования, обеспечивающий сбор, обезвреживание, охлаждение при термическом обеззараживании и сброс сточных вод в наружные сети канализации. По принципу работы системы тепловой обработки сточных вод подразделяются на циклические и непрерывной обработки.

4.1.4.2. Основные требования по необходимости устройства системы спецканализации, сбора и обработки стоков помещений «заразной» зоны нормируются требованиями к лабораториям 3 и 4 уровня биобезопасности настоящих правил.

Системы спецканализации и обработки сточных вод должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- термическую (непрерывную или цикличную) или химическую обработку сточных вод из помещений «заразной» зоны;

- безнапорный сброс обработанных сточных вод в канализацию с температурой не выше 40 °C;

- биологическую безопасность при транспортировании перемещаемых сред из помещений «заразной» зоны в помещения «чистой» зоны.

4.1.4.3. Помещения «заразной» зоны оборудуются специальной канализацией, которая должна обеспечивать прием и транспортирование сточных вод, поступающих из этих помещений в сборные емкостные аппараты на тепловую или химическую обработку перед сбросом их в наружные сети канализации.

4.1.4.4. У каждого приемника сточных вод, присоединяемого к сети канализации, предусматривается гидрозатвор. Конструкция гидрозатвора не должна допускать его опорожнения при появлении давления или разрежения в канализационной сети.

4.1.4.5. Сточные воды из технологического оборудования и помещений «заразных» зон сбрасываются по самостоятельным сетям трубопроводов в зависимости от их давления (самотечные и напорные) и уровня контаминации. Сброс напорных стоков из технологического оборудования и коммуникаций производится в отдельные сборные емкостные аппараты, сброс их в аппараты для самотечных стоков не допускается.

4.1.4.6. Высокотемпературные технологические стоки перед поступлением в сборные емкостные аппараты должны охлаждаться до температуры не выше 80 °C и вводиться в аппараты под зеркало жидкости.

4.1.4.7. Устройство сети спецканализации должно исключать засорение системы и обеспечивать возможность очистки приемных люков. Прочистку сети самотечной канализации осуществляют через ревизии или гидрозатворы приемников стоков. При выполнении этих и других ремонтных работ персонал должен находиться в защитной одежде, вид которой определяется в соответствии с требованиями биологической безопасности. Внутренняя канализационная сеть в случае ремонта подвергается соответствующей дезинфицирующей обработке.

4.1.4.8. Заключительная дезинфекция сети самотечной канализации производится путем заполнения ее дезинфицирующим раствором. Сети заполняются поэтажно, начиная с первого этажа, с удалением воздуха и установкой заглушек у каждого приемника стоков.

4.1.4.9. Сети спецканализации должны быть герметичными, замкнутыми, сообщаемыми с воздухом помещений «заразной» зоны линией, снабженной одной ступенью фильтров очистки воздуха, сохраняющих эффективность при повышенной влажности или защищенные теплобменниками (конденсатором и нагревателем). Периодичность проверки этих фильтров - перед каждым циклом работы и не реже 1 раза в 6 месяцев. Обезвреживание фильтров очистки воздуха, установленных на воздушных линиях аппаратов и на воздушной линии сети спецканализации, производится химическим или термическим методами.

4.1.4.10. Термическая обработка сточных вод осуществляется в системах, работающих по циклическому или непрерывному принципу (соответственно в емкостях - СТОС или в установках непрерывной обработки стоков - УНОС).

Режимы обработки регламентируются Приложением 2 настоящих санитарных правил.

4.1.4.11. Сбор сточных вод при циклической обработке производится в отдельные, специально предназначенные для этих целей емкостные аппараты. Совмещение в одной емкости приема сточных вод и процесса термической обработки одновременно не допускается.

4.1.4.12. Сборные емкости для приема стоков, нагреватели и выдерживатели для термической обработки, а также насосы для перекачки стоков должны располагаться в «заразной» зоне.

4.1.4.13. Сети канализации (трубопроводы и фасонные части) должны проектироваться открытыми, учетом требований прочности и коррозионной стойкости к дезинфицирующим растворам.

Сбор сточных вод при непрерывном способе осуществляется в емкости с их последующей термической обработкой на установках непрерывной стерилизации.

4.1.4.14. Система контроля параметров и управления технологическим процессом обработки сточных вод должна обеспечивать:

- дистанционное автоматическое управление работой оборудования;

- световую и звуковую сигнализации, регистрацию и автоматическое поддержание на заданном уровне основных технологических параметров процесса (давление пара, подаваемого в установки обработки стоков, расхода стоков перед нагревателем, температуру стерилизации и давление после выдерживателя при непрерывном способе обработки, температуру и экспозицию обработки - при циклическом способе, уровень сточных вод в емкостях для сбора стоков).

Схема контроля и управления должна предусматривать наличие защитной автоматической блокировки, исключающей выход необработанных сточных вод при нарушении режима стерилизации и возвращение их на повторную обработку.

Информация об изменении технологических параметров, работе оборудования и нарушении технологических режимов обработки сточных вод должна отображаться на мнемосхемах.

4.2. Вспомогательные технологические и санитарно-технические системы

Вспомогательные технологические и санитарно-технические системы, обслуживающие помещения «заразных» зон, называются внутрикорпусными. Устройство внутрикорпусных систем должно обеспечивать биологическую защиту аналогичных наружных систем и систем «чистой» зоны и обеспечивать требуемые технические параметры соответственно назначению и конкретным условиям работы.

В число вспомогательных технологических и санитарно-технических систем входят системы:

- холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения;

- сжатого воздуха, технологического вакуума;

- сбора и утилизации твердых отходов;

- электроснабжения.

4.2.1. Требования к системам холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения

4.2.1.1. Системы холодного и горячего водоснабжения должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из «чистой» зоны в помещения «заразной» зоны.

- качество холодной и горячей воды в соответствии с действующими санитарными правилами и нормами;

- возможность присоединения системы водоснабжения к сети не менее чем двумя вводами;

- требуемые технологические и санитарно-бытовые расходы воды.

4.2.1.2. Во время работы с ПБА снабжение помещений «заразной» зоны холодной и горячей водой должно осуществляться по снабжающим системам, оснащенным устройствами, препятствующими обратному току жидкости (например, через баки для разрыва струи, клапаны обратного тока и т.п.).

Полное опорожнение баков для разрыва струи с холодной и горячей водой в процессе эксплуатации не допускается. Баки могут опорожняться полностью только после прекращения работы с ПБА и проведения полной заключительной дезинфекции в обслуживаемых ими помещениях «заразных» зон. В случае аварийного опорожнения баков и (или) гидрозатворов работа в обслуживаемых ими помещениях «заразной» зоны должна быть прекращена, трубопроводы соответствующего холодного и горячего водопровода обеззаражены и в помещениях проведена заключительная дезинфекция.

4.2.1.3. Во время работы с ПБА запрещается опорожнение от воды системы отопления в помещениях «заразных» зон. Опорожнение системы разрешается только после прекращения работы с ПБА и проведения заключительной дезинфекции во всех помещениях «заразных» зон, обслуживаемых системой.

Опорожнение внутрикорпусных систем должно производиться в сеть производственной канализации.

4.2.1.4. Внутрикорпусные системы охлажденной воды, захоложенной воды и теплоснабжения подсоединяются к наружным системам через теплообменники, устанавливаемые в помещениях «заразных» зон. Среда внутрикорпусных систем подается в трубопроводы теплообменника, наружный тепло-(холодо)носители в межтрубное пространство. Давление среды в межтрубном пространстве теплообменников должно быть выше, чем в трубках.

4.2.2. Требования к системам сжатого воздуха и технологического вакуума

4.2.2.1. Системы сжатого воздуха и технологического вакуума должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- требуемую величину давления в системе сжатого воздуха;

- требуемую величину вакуума в системе технологического вакуума;

- биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из «чистой» зоны в помещения «заразной» зоны.

4.2.2.2. Побудитель воздушного потока (компрессор, вакуум-насос) должен быть установлен в помещении «чистой» зоны.

4.2.2.3. Трубопроводы и арматура систем сжатого воздуха и технологического вакуума должны быть герметичны, и покрытие их поверхности со стороны «заразной» зоны должно выдерживать обработку дезинфицирующими растворами.

4.2.2.4. Фильтры очистки воздуха, установленные на сети сжатого воздуха на границах помещений «заразных» зон (со стороны последних), подлежат проверке на эффективность фильтрации, целостность и аэродинамическое сопротивление не реже 1 раза в 6 месяцев для лабораторий максимального уровня изоляции, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

4.2.2.5. Контроль работы фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем во внешнюю окружающую среду должен производиться по аэродинамическому сопротивлению и на эффективность фильтрации для каждой ступени раздельно. Контроль аэродинамического сопротивления фильтров должен проводиться и регистрироваться автоматически. Контроль эффективности фильтрации проводится в сроки, установленные инструкцией по эксплуатации, но не реже 1 раза в 6 месяцев для максимально изолированных лабораторий и лабораторий, работающих с ПБА I - II групп, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

4.2.2.6. Дезинфекция фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем производится химическим или термическим методом перед каждой проверкой или заменой фильтра в соответствии с Приложением 2 настоящих санитарных правил.

Методика проверки фильтров очистки воздуха на эффективность приведена в Приложении 10.

4.2.3. Требования к системам сбора и утилизации твердых отходов

Системы сбора и утилизации твердых отходов должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- своевременный сбор всех твердых отходов, образующихся в результате работ с микроорганизмами, лабораторными животными с последующим автоклавированием и утилизацией в мусоросжигательной печи;

- выдерживание требуемых режимов автоклавирования с фиксацией на диаграмме и в рабочем журнале;

- использование целых, без деформаций контейнеров для сбора и автоклавирования твердых отходов.

4.2.4. Требования к системе электроснабжения

4.2.4.1. Системы электроснабжения должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- соблюдение требований «[Правил](consultantplus://offline/ref=C708E1A1E9BCCE42A29762E44C428F26C2F674791DC768AE36DA98C63FD357E16429F67BA6002A4C9A895D36r478I) устройства электроустановок»;

- повышенную надежность функционирования всех систем сооружения путем электрообеспечения от раздельных источников, включая источники бесперебойного питания для лабораторий максимального уровня изоляции;

- запитку технических средств системы от однофазной промышленной сети первой категории;

- применение электроустановочных изделий во влагопылеустойчивом исполнении в помещениях «заразной» зоны.

4.2.4.2. Проверка работоспособности элементов системы электроснабжения осуществляется в соответствии с действующей нормативной документацией и графиком учреждения.

Работа инженерных систем биологической безопасности, санитарно-технических, вспомогательных технических систем, установок и устройств должна регистрироваться в соответствующих журналах с указанием времени начала и конца работы, характера работы, замены оборудования, арматуры и пр. Ленты и диаграммы самописцев всех инженерных систем биологической безопасности должны храниться не менее 1 года.

Обслуживание, регулировка и ремонт контрольно-измерительных приборов и других механизмов в помещениях «заразных» зон должны проводиться только специальным персоналом службы КИПиА, прошедшим специальный инструктаж.

Приложение 5

**Положение о комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности в организации**

1. Комиссия по контролю соблюдения требований биологической безопасности в организации (далее - комиссия) является исполнительно-консультативным органом, контролирующим порядок проведения работы с биологическим материалом в диагностических, научно-исследовательских и производственных лабораториях.

2. Комиссия создается в организациях, на базе которых проводятся любые виды работы (диагностические, экспериментальные, производственные) с ПБА.

3. Комиссия в составе не менее 3 - 5 человек, компетентных в вопросах безопасности работы с ПБА, назначается приказом по организации сроком на 5 лет.

Председателем комиссии назначается заместитель руководителя организации по эпидемиологическим вопросам (науке) или специалист, имеющий соответствующие знания и опыт работы.

4. В своей деятельности комиссия руководствуется настоящими санитарными правилами, другими нормативными документами по обеспечению биологической безопасности и указаниями руководителя организации.

5. Комиссия по административной линии подчиняется руководителю организации, ответственному за состояние безопасности работы с биологическим материалом, и работает в соответствии с планом, утвержденным руководителем организации.

6. В целях обеспечения безопасности работы с биологическим материалом при проведении диагностических, исследовательских и производственных работ комиссия решает следующие задачи:

- организация и проведение постоянного контроля соблюдения регламентированного порядка обеспечения биологической безопасности в организации;

- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на предупреждение аварийных ситуаций и ликвидацию их последствий;

- контроль подготовленности персонала к работе с ПБА и организация наблюдения за состоянием здоровья;

- осуществление контроля выполнения требований соответствующих нормативных документов, а также распоряжений руководителя организации и предложений комиссии организации;

- проведение анализа состояния биологической безопасности и разработка комплекса мер по ее совершенствованию;

- подготовка отчетных и других документов по вопросам биологической безопасности.

7. В соответствии с возложенными на нее задачами комиссия проводит следующий комплекс мероприятий:

- осуществляет плановый и периодически внеплановый контроль выполнения регламентированного порядка обеспечения биологической безопасности;

- осуществляет контроль своевременной диспансеризации персонала, контролирует регламентированный порядок иммунопрофилактики, ведет учет лиц с повышенной чувствительностью к антибиотикам и имеющих противопоказания к вакцинации;

- в случае аварии при работе с биологическим материалом разрабатывает и представляет руководителю организации план мероприятий по ликвидации ее последствий;

- проводит анализ установленных нарушений правил безопасности, предпосылок к этому, причин аварий и представляет руководителю организации план мероприятий по повышению эффективности системы биологической безопасности;

- оформляет необходимые документы для получения (продления) разрешения на проведение работы с ПБА;

- проводит проверку знаний по вопросам обеспечения биологической безопасности персонала, работающего с ПБА;

- контролирует установленный порядок выезда сотрудников, выдает и принимает обсервационные удостоверения (при отсутствии врача изолятора);

- готовит отчет о работе комиссии за год и представляет его в установленном порядке к 01.02 следующего за отчетным года.

8. В целях эффективной реализации своих задач комиссия имеет следующие права:

- требовать от руководителей подразделений и отдельных лиц безусловного выполнения правил биологической безопасности, а также ходатайствовать перед руководителем организации об устранении имеющихся нарушений;

- проводить самостоятельно или с привлечением других квалифицированных специалистов плановые и внеплановые проверки соблюдения правил биологической безопасности в организации;

- ходатайствовать перед руководителем организации о приостановлении работы с ПБА в случае невозможности выполнения правил биологической безопасности или их систематического нарушения, а также о приостановлении или лишении допуска к работе с биологическим материалом отдельных лиц;

- возбуждать мотивированное ходатайство перед организацией, выдавшей разрешение, о приостановлении использования или запрещении внедрения в практику новых лабораторных методик, видов оборудования, дезинфектантов, не обеспечивающих необходимого уровня биологической безопасности;

- рассматривать документы и давать заключения;

- заслушивать на заседании комиссии руководителей подразделений, сотрудников организации.

Приложение 6

**Форма обсервационного удостоверения**

УДОСТОВЕРЕНИЕ

(Ф. И. О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, занимающему

должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ санитарных

[правил](file:///C:\Users\kvasova\Пчелинцева_М_В\Рабочий%20стол\11_08_19%201СП%20ББ%2008.08.19%20нумерация%20(2).docx#P32) «Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности

(опасности)», утвержденных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, разрешен выезд в \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись руководителя организации Печать

Приложение 7

Знак «Биологическая опасность», в соответствии с ГОСТ 12.4.026—2015



Допускается использование международного знака «биологическая опасность» красного или красно-оранжевого цвета на желтом фоне.



Приложение 8

**Форма контрольного листа учета инструктажей**

**по биологической безопасности**

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ

учета инструктажей по биологической безопасности

Наименование организации

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ

учета инструктажей по биологической безопасности

1. Отдел (лаборатория, подразделение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата поступления в отдел (лабораторию) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Инструктаж по ББ (инструкция № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) на рабочем месте провел

руководитель группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, дата, фамилия)

5. Инструктаж усвоил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, дата)

6. Инструктаж по ББ принят, разрешаю допустить к самостоятельным работам

в качестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, дата, фамилия)

7. Инструктаж на рабочем месте проведен:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Должность инструктируемого | По какой инструкции проведен инструктаж (инв. N) | Роспись лица, проводившего инструктаж | Роспись лица, получившего инструктаж | Роспись заведующего отделом (лабораторией) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Приложение 9

**Порядок замены фильтров очистки воздуха вытяжной и приточной систем вентиляции и определения их защитной эффективности**

1. Замена фильтров должна проводиться при нарушении параметров депрессионного режима (изменение скорости воздушных потоков, кратности воздухообмена), при повреждении фильтра (снижение сопротивления, увеличение коэффициента проскока), при повышении сопротивления фильтров на 50% и одновременно уменьшении скорости воздушного потока в боксирующих устройствах. После замены необходима проверка фильтра на защитную эффективность.

Замену фильтров очистки воздуха приточных и вытяжных систем проводят в процессе планово-предупредительных ремонтов при достижении предельно допустимого перепада давлений, установленного проектом или службой главного инженера организации, исходя из требований непревышения (исключения возможности превышения).

Предельно допустимое сопротивление фильтрующих элементов, по условиям прочности фильтрующего материала для предотвращения его повреждения, не должно превышать:

- 1 500 Па для фильтров из ткани ФПП (фильтр Петрянова из перхлорвиниловых волокон);

- 600 Па для НЕРА и ULPA фильтров.

Замена фильтров очистки воздуха других типов осуществляется при увеличении исходного сопротивления фильтра при номинальной производительности в 2 раза.

Внеплановые замены фильтров очистки воздуха осуществляются в случаях превышения нормативного значения коэффициентов проницаемости.

Критическим сопротивлением для ФОВ является увеличение сопротивления в 2 раза по отношению к начальному при условии, что оно не более предельно допустимого сопротивления ФОВ:

- по условиям прочности фильтрующего материала для предотвращения его повреждения, которое принимается в соответствии с рекомендациями санитарных правил, но не более сопротивления, указанного в паспортных данных конкретного фильтра;

- по условиям поддержания проектных параметров, указанного в проекте и/или паспорте вентиляционной установки;

- указанного в паспортных данных конкретного фильтра.

2. Перед демонтажем проводят предварительную дезинфекцию фильтра и магистрального воздуховода парами формалина либо аэрозольным способом (прилож. 2.2).

3. Распыление дезинфектанта осуществляется при работающей вентиляции. По окончании распыления вентиляция выключается и по истечении времени экспозиции фильтр может быть снят.

4. Работу по демонтажу фильтра проводят в костюме IV типа с использованием резиновых перчаток (под рабочими рукавицами) и респиратора.

5. Снятый фильтр помещают в крафт-мешок или другую упаковку и переносят для автоклавирования или сжигания в установленном порядке.

6. Работы по замене фильтра осуществляются техническим персоналом под наблюдением сотрудника подразделения, отвечающего за соблюдение требований биологической безопасности.

7. Инструментальный контроль защитной эффективности работы фильтров очистки воздуха, установленных в приточных и вытяжных фильтровентиляционных системах, должен производиться по двум параметрам: аэродинамическому сопротивлению и барьерной (защитной) эффективности. Последний тест, в случае ступенчатой фильтрации, проводится для каждой ступени отдельно.

Перед запуском в эксплуатацию фильтр должен быть проверен на проскок (по стандартному масляному туману либо с использованием биологического аэрозоля или другим способом) и аэродинамическое сопротивление. В процессе эксплуатации фильтр периодически проверяется на проскок и аэродинамическое сопротивление.

8. Контроль эффективности фильтров очистки воздуха проводится регулярно в соответствии с графиком организации. Рекомендуемая периодичность проверки ФОВ:

- фильтров технологических систем и первых каскадов (при наличии двух и более каскадов) вытяжных систем - через каждые 6 месяцев непрерывной работы;

- фильтров на системах, обслуживающих помещения «заразной» зоны максимально изолированных лабораторий - через каждые 6 месяцев непрерывной работы;

- фильтров приточных систем и фильтров всех каскадов вытяжных систем - не реже одного раза в год;

- при циклической работе - не реже одного раза в год.

9. При проведении измерений соблюдают следующие условия:

- в помещении, в котором проводятся измерения, необходимо поддерживать перепад давления, кратность воздухообмена и параметры микроклимата, соответствующие условиям эксплуатации данного помещения;

- система приточно-вытяжной вентиляции помещения должна функционировать в номинальном режиме;

- перед выполнением измерений должны быть временно удалены решетки для доступа к фильтрам очистки воздуха.

Коэффициент проскока фильтров очистки воздуха из ткани ФПП (фильтр Петрянова из перхлорвиниловых волокон) не должен превышать 1.10-3 % по отношению к исходной концентрации аэрозоля стандартного масляного тумана. В случае если среднее значение коэффициента проскока превышает допустимое, следует заменить фильтр или устранить в данной точке дефект фильтра и/или его установки.

Для фильтров НЕРА и ULPA значения коэффициента проскока регламентированы ГОСТ Р ЕН 1822-1-2010 в зависимости от их класса.

При проведении измерений соблюдают следующие условия:

- помещение, в котором проводятся измерения, должно находиться в оснащенном состоянии, то есть необходимо поддерживать перепад давления, кратность воздухообмена и параметры микроклимата;

- система приточно-вытяжной вентиляции помещения должна функционировать в номинальном режиме;

- перед выполнением измерений должны быть временно удалены решетки для доступа к фильтрам очистки воздуха.

Для проведения испытаний по определению защитной эффективности (коэффици-ента проскока и аэродинамического сопротивления) в фильтровентиляционной системе монтируют штуцера для форсунки распылителя на расстоянии, равном шестикратному диаметру воздуховода; а также штуцера на воздуховоде до испытуемого фильтра очистки воздуха и после фильтра, расположенных на расстоянии, равном трехкратному диаметру воздуховода. При отсутствии прямолинейных участков необходимой длины допускается располагать мерное сечение в месте, делящем выбранный для измерения участок в отношении 3:1 в направлении движения воздуха.

Направление штуцера по отношению к воздушному потоку определяется его назначением (с «заразной» стороны в направлении воздушного потока, с «чистой» стороны навстречу воздушному потоку). Срезы на трубках для отбора проб должны быть направлены навстречу потоку воздуха.

При наличии двух каскадов фильтров, патрубками с завинчивающейся заглушкой должны оборудоваться оба каскада, причем средний патрубок будет служить как для ввода пробоотборной трубки (всегда в первую очередь), так и для ввода трубки с аэрозолем (когда проверяется вторая ступень).

Для герметизации воздуховода после проверки эффективности фильтра пробоотборные патрубки с завинчивающейся заглушкой оборудуются резиновыми прокладками, а также приспособлениями для опломбирования.

10. Порядок проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха с использованием биологического аэрозоля

Работу по проверке защитной эффективности ФОВ проводят в защитном костюме, аналоге противочумного костюма IV типа, дополненном резиновыми перчатками и средствами защиты глаз и дыхательных путей (защитные очки, респиратор).

В качестве биологического аэрозоля используют односуточную культуру тест-штамма *S. marcescens (В. prodigiosum)* или *E. coli* (IV группа патогенности, концентрация

5·108 - 109 м.к. /мл), генерируемую распылителем, обеспечивающим заданные характеристики аэрозоля (средний диаметр частиц dср =2,4 мкм, максимальный диаметр частиц dмах =7 мкм).

11. Порядок проверки

- Включают приточно-вытяжную вентиляцию лаборатории. Тестирование проводят при работающей вентиляции.

- Проверяют уровень разрежения в боксированном помещении.

- Снимают вентиляционную решетку на вытяжном воздуховоде.

- Снимают заглушки пробоотборных патрубков под прикрытием тампона, смоченного 70% спиртом (3 % хлорамином) на вытяжном воздуховоде до и после ФОВ и устанавливают штуцеры для отбора проб воздуха с биологическим аэрозолем. Оборудование собирают по схеме, приведенной на рисунке 1.

В целях минимального рассеивания бактериального аэрозоля в помещении используют специальную насадку (типа воронки) на распылителе.

Для определения количества живых микробных клеток в 1 литре воздуха исследуемый воздух пропускают через импакторы БП-50 (непосредственно перед проверкой фильтров в импактор устанавливают чашку Петри с соответствующей средой), барботеры (перед началом тестирования в них заливают 0,9 % раствор NaCl), микроциклоны или другие приборы аналогичного типа.

Отбор проб аэрозоля осуществляют двумя импакторами одновременно (до прохождения фильтра (контроль) и после его прохождения (опыт)).

Для проведения испытания приборы монтируют в следующей последовательности:

-насадку закрепляют на отверстии воздуховода перед фильтром,

-штуцеры для форсунки распылителя монтируют на расстоянии, равном шестикратному диаметру воздуховода;

-штуцеры на воздуховоде до испытуемого ФОВ и после ФОВ монтируют на расстоянии, равном трехкратному диаметру воздуховода,

-шланги компрессора надевают на конец форсунки распылителя,

-к входному и выходному отверстиям воздуховода после фильтра присоединяют через шланги микробиологические импакторы БП-50,

-подключают к сети компрессор и оба аспиратора.

Перед началом тестировния проверяют работу компрессора и скорость движения воздуха через импактор.

В колбу распылителя заливают приготовленную взвесь тест-штамма, после чего вставляют форсунку. Устанавливают распылитель на уровне отверстия воздуховода, включают компрессор и оба импактора.

Соблюдают следующие условия: скорость распыления по жидкости Qж=1 мл/мин, скорость распыления по воздуху V=50 л/мин, время распыления - 10 мин. Объем отбираемой воздушной пробы до фильтра 20-50 л, после фильтра 200-500 л. По истечении времени распыления отключают сначала компрессор, затем импакторы. В случае использования барботеров по окончанию тестирования из них делают высевы на чашки с соответствующей твердой питательной средой.

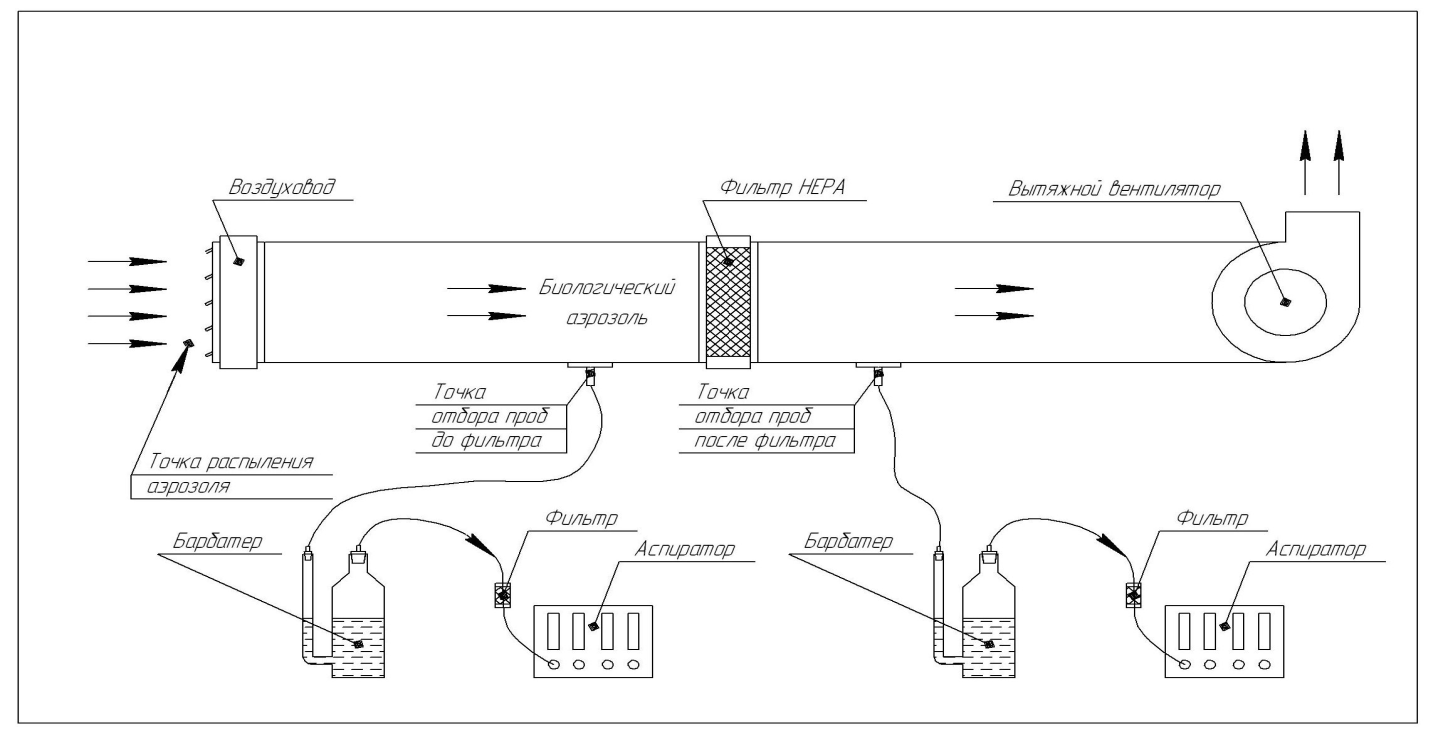
****

Рисунок 1 – Схема испытаний вытяжной системы вентиляции с установленным высокоэффективным фильтром с использованием биологического аэрозоля

После окончания тестирования обрабатывают воздуховод в месте распыления аэрозоля дезсредством.

Для герметизации воздуховода, после проверки эффективности фильтра, пробоотборные патрубки с завинчивающейся заглушкой оборудуют резиновыми прокладками, а также приспособлениями для опломбирования Устанавливают вентиляционную решетку на вытяжной воздуховод в боксе.

Чашки Петри вынимают из импакторов и инкубируют при температуре 37 °С 48 часов. Учет результатов проводят через 24 и 48 часов. В популяции *В. prodigiosum* наряду с типично окрашенными колониями могут появляться различные по цвету варианты: розовые, слабо розовые, с розовым центром.

По результатам роста тест-штамма на агаровых пластинках до и после прохождения фильтра судят о его защитной эффективности.

*КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ:*

*При исправных фильтрах не должно быть роста колоний тест-штамма на чашках после фильтра, в то время как до фильтра их должно быть не менее 200 колоний на чашках (положительный контроль).*

Результаты проверки заносят в журнал. На основании полученных результатов оформляют акт.

В случае неудовлетворительных результатов проверки работа с ПБА в микробиологическом боксе прекращается.

Выявляют и устраняют обнаруженные неисправности в местах крепления фильтра или меняют ФОВ, после чего проводят повторную проверку защитной эффективности фильтра.

Возобновление работ с патогенными биологическими агентами в помещении для работ с ПБА возможно после получения положительных результатов проверки ФОВ на основании акта.

11. Допускается использование других методик и процедур проведения проверки ФОВ (тестирование с использованием аэрозолей турбинных масел, диоктилфталата - DOP, диэтилгексилсебацината - DEHS, тестирование с использованием латексных микрочастиц) при условии соблюдения основных технических параметров опыта.

12. Порядок проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха с использованием лазерного счетчика аэрозольных частиц

12.1. Оборудование и материалы

-дискретный счетчик частиц со скоростью отбора пробы 28,3 л/мин (472 см3/с), способный регистрировать частицы размером 0,3 мкм и крупнее;

-аэрозольный генератор с регулировкой объема потока аэрозоля для обеспечения концентрации аэрозоля (1× 109 частиц/м3) с частицами в размерном интервале 0,1 – 0,3 мкм (размер частиц с наивысшей проникающей способностью);

-разбавитель пробы (дилютор), с соотношением разбавления пробы 1:100 для точного разбавления аэрозолей и получения необходимой концентрации с целью проведения измерений с тестовым аэрозолем;

-контрольный аэрозоль, состоящий из жидких частиц DEHS - бис-(2-этилгексиловый) эфир себациновой кислоты (диэтилгексилсебацинат) (допускается использование другого вещества с аналогичными свойствами), не менее 25 мл;

-электронный дифференциальный манометр;

-пробоотборная трубка с разрезом 45°;

-пробоотборные силиконовые шланги диаметром 6-10 мм;

-вата;

-спирт этиловый 70 % по массе;

-изокинетический пробоотборник прямоугольной формы;

-слесарный инструмент – 1 набор;

-удлинитель электрический на 4 розетки;

-лестница-стремянка;

-тележка транспортная с платформой 1000×600 мм.

12.2. Меры безопасности

Работы по проверке защитной эффективности эксплуатируемых фильтров выполняют в противочумном костюме IV типа, дополненном респиратором, очками и перчатками;

-открытие пробоотборного штуцера для подключения пробоотборных трубок производят под прикрытием тампона, смоченного 70% спиртом (3 % хлорамином);

-рабочую часть трубки, подключаемой к пробоотборному штуцеру, обрабатывают этим тампоном, при отсоединении его от штуцера после завершения измерений пережимается зажимом;

-пробоотборный штуцер должен быть постоянно закрыт резьбовой пробкой или смоченным дезраствором тампоном для обеспечения герметичности на период проведения работ.

После завершения работ необходимо:

-закрыть пробоотборные штуцеры;

-СИЗ многократного применения замочить в дезрастворе, однократного применения подвергнуть автоклавированию.

12.3. Условия проведения испытаний:

Воздух в помещениях, где проводится оценка защитной эффективности ФОВ, должен иметь следующие параметры:

- температура - (23±5) °С;

- относительная влажность - менее 75%.

Температура и относительная влажность воздуха должны оставаться постоянными в течение всего периода испытаний.

Концентрация и распределение частиц по размерам должны оставаться неизменными в течение всего периода испытаний. Для контроля утечки и испытаний эффективности фильтров средний диаметр частиц контрольного аэрозоля должен быть близок к размеру наиболее проникающих частиц (0,1-0,3 мкм) для фильтрующего материала.

12.4. Порядок проверки

Фильтры, установленные в приточно-вытяжных системах вентиляции, испытывают на защитную эффективность путем распыления аэрозоля DEHS со стороны потока воздуха, поступающего на фильтр, и определения концентрации аэрозоля как со стороны поступающего воздуха на фильтр, так со стороны выходящего потока.

Сущность способа определения защитной эффективности высокоэффективных фильтров очистки воздуха, установленных в приточно-вытяжных системах вентиляции заключается в следующем:

- до фильтра подается воздух с размером аэрозольных частиц 0,3 мкм с концентрацией не менее, чем 109 частиц/м3 (103 частиц/см3);

- определяется счетная концентрация частиц до фильтра;

- определяется счетная концентрация частиц после фильтра;

- сравниваются обе концентрации, и вычисляется интегральная эффективность фильтра.

Схема испытаний вытяжной системы вентиляции с установленным высокоэффективным фильтром приведена на рисунке 2 и заключается в подаче на вход фильтра через решетку вытяжного воздуховода, контрольного аэрозоля, и его одновременном сканировании после фильтра, в зоне самого фильтра и в зоне элементов его крепления (либо в одновременном изокинетическом отборе пробы в воздуховоде после фильтра).

В процессе испытаний проверяется целостность всей системы фильтрации, включая фильтровальный материал, раму, элементы крепления и герметизации.

Изокинетический отбор проб аэрозоля должен производиться на том участке воздуховода, где частицы аэрозоля, уже смешанные с объемом воздуха до фильтра, при включении вентиляции, могли, пройдя через фильтр, принять скорость и направление движущегося воздушного потока. Инерционные свойства частиц аэрозоля будут сглаживать влияние анизокинетичности.

Необходимо учитывать, что при изокинетическом пробоотборе, в зависимости от соотношения скоростей в воздуховоде и пробоотборном штуцере, получают или заниженную или завышенную концентрацию аэрозоля по отношению к концентрации в основном потоке. Для паритетности изокинетичности, в воздуховоде и пробоотборном штуцере, при отборе проб, конец воздухоотборной трубки срезается под углом 45°, для создания большей площади захвата воздушного потока и срезомтрубку устанавливают навстречу движущемуся потоку.

Концентрация частиц в воздухе до фильтра определятся не менее чем в трех точках для каждого фильтра, причем однородное смешивание потока должно произойти до точки пробоотбора.

По данным о концентрации частиц вычисляются интегральные значения коэффициента проскока частиц заданного размера для каждой точки, расположенной после фильтра. Фактические значения коэффициента проскока не должны превышать заданных значений коэффициента проскока для испытуемого фильтра более чем в пять раз.

Используемый при испытаниях воздух должен пройти предварительную фильтрацию.

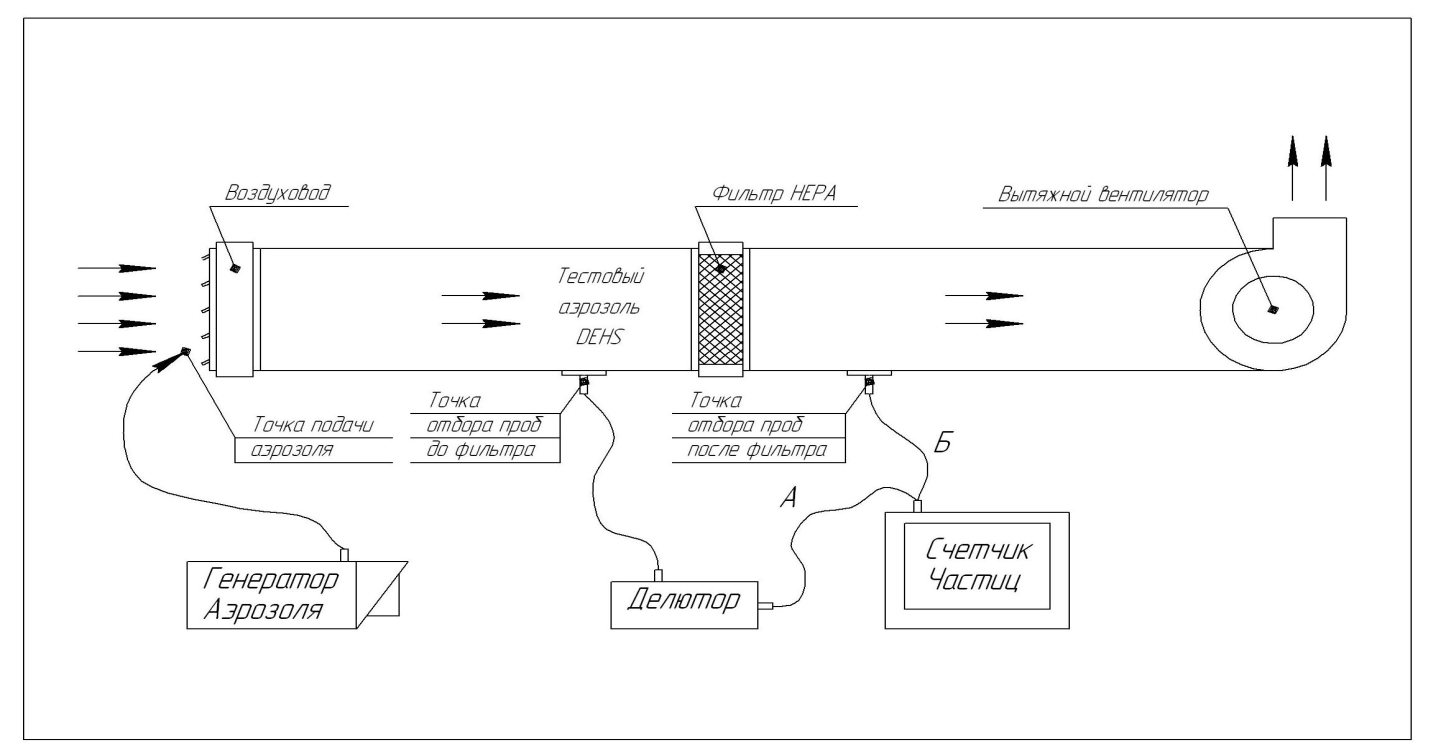
****

Рисунок 2 - Схема испытаний вытяжной системы вентиляции с установленным высокоэффективным фильтром с использованием лазерного счетчика аэрозольных частиц

Пробы отбирают из потока воздуха до и после фильтра. Часть потока воздуха направляется на счетчик частиц. Проба воздуха (отбираемая до фильтра) направляется в разбавитель, в котором концентрация частиц снижается до значения, соответствующего техническим характеристикам счетчика аэрозольных частиц.

При выборе контрольных аэрозолей учитываются следующие условия:

- средний эквивалентный диаметр частиц контрольных аэрозолей должен быть в пределах от 0,1 до 0,5 мкм;

- пороговый размер частиц для счетчика должен быть не более выбранного размера частиц контрольного аэрозоля;

- концентрация контрольных аэрозолей до фильтра должна быть не менее 1× 109 частиц/м3 , чтобы обеспечить приемлемый критерий утечки. При этом, необходимо учитывать возможность измерения высокой концентрации аэрозоля конкретным счетчиком частиц с системой разбавления во избежание ошибки совпадения.

Выполнение измерений:

-подготовить помещение и систему вытяжной вентиляции к проверке:

-включить приточно-вытяжную вентиляцию и выйти на рабочие параметры системы;

-открыть питометрические лючки для отбора пробы до и после фильтра;

-установить пробоотборную трубку до фильтра;

-подсоединить выходной патрубок аэрозольного генератора к вытяжной воздухозаборной решетке вентиляционной системы;

-подсоединить входной патрубок дилютора к штуцеру отбора проб воздуха до фильтра;

-подсоединить выходной патрубок дилютора к входному штуцеру дискретного счетчика частиц;

-настроить счетчик частиц следующим образом: режим работы MANUAL, режим счета- дифференциальный, время отбора пробы 10 сек;

-включить аэрозольный генератор и начать подачу аэрозоля в вытяжную воздухозаборную решетку вентиляционной системы для создания перед фильтром постоянной концентрации аэрозольных частиц Сс размером от 0,3 мкм до 0,5 мкм не менее чем 109 частиц/м3 (103 частиц/см3) для чего:

-через 10 сек. после начала распыления отобрать пробу воздуха перед фильтром, для чего включить дилютор и счетчик частиц;

-показания счетчика частиц по каналу 0,3 мкм должны быть в пределах 47 200 - 56 640;

-если показания счетчика отличаются от указанного значения, то путём регулировки расхода аэрозольного генератора скорректировать в необходимую сторону подачу аэрозоля;

-после каждой регулировки осуществлять отбор пробы воздуха из штуцера отбора пробы перед фильтром;

-по достижении перед фильтром такой концентрации аэрозоля, при которой показания счётчика будут находиться в указанных пределах, необходимо увеличить время отбора пробы счетчиком частиц до 1 мин и осуществить отбор пробы из штуцера, расположенного перед фильтром еще 3 раза;

-приняв показания счетчика (по последним трем измерениям) по каналу 0,3 мкм за Ni, определить среднее значение концентрации аэрозольных частиц по формуле:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cc = | ∑ | C*i*∙ | ⅓ | (частиц/смз), где |

Cc – среднее значение концентрации аэрозольных частиц в за 3 отбора проб;

Ci – концентрация аэрозольных частиц при i –том отборе пробе.

Ci = (Ni /qvs∙T) ∙dil (частиц/см3), где

qvs = 472 см3/с –скорость пробоотбора счетчика частиц;

T = 60 с – время отбора пробы счетчиком;

dil = 100 – коэффициент разбавления пробы дилютором.

КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ:

Среднее значение концентрации аэрозольных частиц Сс  по результатам последних трех измерений не должно отличаться от значения 103 частиц/см3 более чем на 20 %.

Каждое индивидуальное значение Сi из последних не должноотличаться от Сс более чем на 15 %.

-отсоединить от входного штуцера счетчика частиц выходной патрубок дилютора;

-отсоединить пробоотборный штуцер от дилютора;

-подсоединить к входному штуцеру счетчика частиц выходной патрубок пробоотборную трубку;

-выполнить отбор проб очищенного воздуха, через штуцер отбора проб за фильтром. Отбор проб выполнить после фильтра в несколько равномерно распределенных точках (не менее трех) в плоскости;

-выключить генератор аэрозоля, разбавитель, счетчик частиц, снять штуцеры отбора проб, установить заглушки на питометрические лючки;

-вычислить интегральные значения коэффициента проскока и эффективности фильтрации частиц заданного размера для каждой точки, расположенной после фильтра и сравнить их с паспортными данными на ФОВ.

КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ:

Фактические значения коэффициента проскока не должны превышать заданных (табличных) значений коэффициента проскока для испытываемого фильтра более чем в пять раз.

Результаты проверки занести в журнал. На основании полученных результатов оформить протокол. В случае неудовлетворительных результатов проверки работа с ПБА в подразделении прекращается. Устраняются возможные неисправности в местах крепления ФОВ, после чего проводится повторная проверка его защитной эффективности.

Возобновление работ с патогенными биологическими агентами разрешается после получения положительных результатов проверки ФОВ на основании протокола.

13 Порядок проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха с использованием фотоэлектрического аэрозольного фотометра типа ФАН

13.1. Оборудование и материалы

* Туманообразующая установка ТУ - 2 или генератор (распылитель) масляного тумана конденсационного типа.
* Фотометр типа ФАН или измеритель массовой концентрации аэрозольных частиц с диапазоном измерений 0-100 мг/м3, размер частиц от 0,1-10 мкм, погрешность измерений не более 10 %.
* Расходомеры типа реометров - до 250 л/мин.
* Компрессор или воздуходувка любого типа производительностью не менее 200 дмЗ/мин при избыточном давлении на выходе 1.2 атм.
* Вакуумные шланги, внутренний диаметр от 6 до 10 мм.
* Трубки металлические, внутренний диаметр от 6 до 10 мм.
* Насос вакуумный перистальтический.
* Масло турбинное марки Т33 или Т22 , или вещества для генерирования контрольных аэрозолей: полиальфаолефиновое масло, диоктилсебацинат (DOS), диэтилгексилсебацинат (DEHS), диоктилфталат (DOP), полистириловый латекс.
* Вентили регулирующие или винтовые зажимы.
* Манометр дифференциальный цифровой или анемометр.
* Комплект средств индивидуальной защиты.
* Спирт этиловый ректификованный.
* Стремянка.

13.2. Подготовка к испытанию

Фильтры очистки воздуха фильтровентиляционных систем испытывают при следующих условиях:

- расход постоянного потока масляного тумана -10 см3/мин;

- концентрация масляного тумана, подаваемого на фильтровентиляционную систему - от 2,5 до 2,6 г/мЗ;

- средний диаметр частиц масляного тумана - от 0,20 до 0,34 мкм;

- расход масляного тумана, подаваемого на вход фотометра - от 9 до 11 дм3/мин;

- расход воздуха, подаваемого на обдувку измерительного модуля (камеры) фотометра - от 10 до 20 дм3/мин.

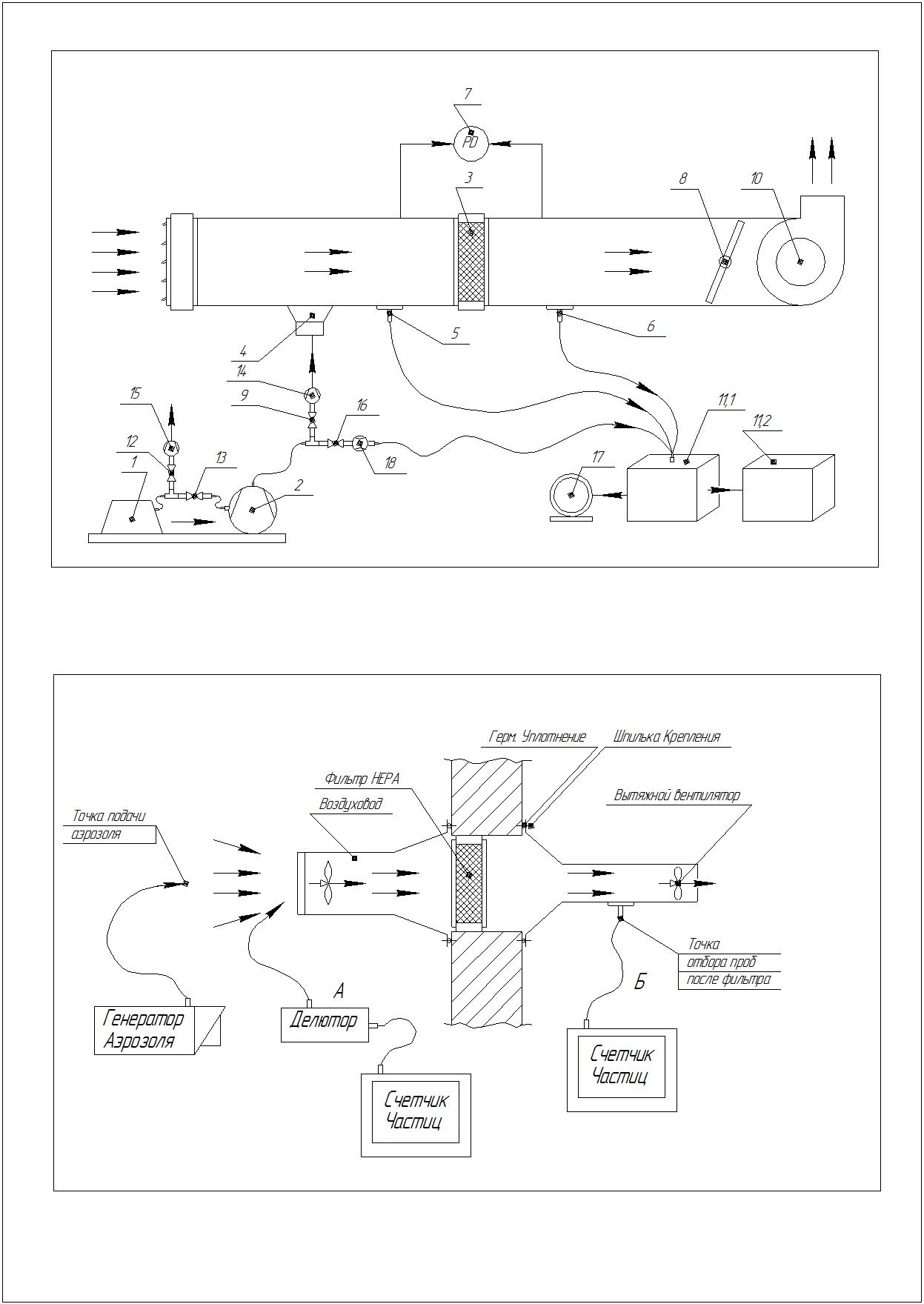


Рисунок 3 - Схема метода испытаний вытяжной системы вентиляции с установленным высокоэффективным фильтром с использованием фотоэлектрического аэрозольного фотометра типа ФАН

1 – компрессор (источник сжатого воздуха); 2 – туманообразующая установка стандартного масляного тумана; 3 – проверяемый фильтр; 4 – точка распыления масляного тумана; 5 – точка отбора пробы до фильтра; 6 – точка отбора пробы после фильтра; 7 – тягонапоромер (дифманометр); 8 – воздушная заслонка; 9 – вентиль; 10 – побудитель тяги; 11 – фотометр (11.1 – измерительный модуль, 11.2 – аналитический модуль) – при использовании метода «стандартного масляного тумана» или другого метода,12, 13 – вентиль; 14, 15 – расходомер; 16 – вентиль; 17 – воздуходувка; 18 – расходомер.

Собирают установку для испытаний по схеме, приведенной на рисунке 3 и проверяют ее работоспособность.

Открывают вентиль (13), включают компрессор (1) и подают сжатый воздух на туманообразующую установку (2). По расходомеру (15) устанавливают заданный расход воздуха, регулируя вентилем (12), расположенным перед входом в линию воздуха и вентилем (13).

Переключатель потока масляного тумана на туманообразующей установке устанавливают в положение «на фильтровентиляционную систему» и вентилем (9) по расходомеру (14) устанавливают заданный расход масляного тумана, подаваемого в фильтровентиляционную систему.

Вентилем по расходомеру на воздуходувке (17) устанавливают расход масляного тумана, подаваемого на вход измерительного модуля фотометра (11.1). Переключатель потока (16) устанавливают в положение «на измерительный модуль фотометра» и вентилем по расходомеру (18) устанавливают расход масляного тумана, равный расходу, подаваемому в фильтровентиляционную систему.

Переключатель потоков (9) устанавливают в положение «на фильтровентиляционную систему». Вентилем (9) по расходомеру (14) устанавливают заданный расход масляного тумана и подбором режима генератора масляного тумана с помощью фотометра (11) устанавливают исходную концентрацию и средний диаметр частиц масляного тумана, подаваемого в фильтровентиляционную систему.

13.3. Проведение испытаний

Для проведения испытаний по определению защитной эффективности (коэффициента проскока) фильтровентиляционной системы приборы и установку монтируют в следующей последовательности:

- соединительные шланги компрессора (1) надевают на соответствующий штуцер форсунки распылителя туманообразующей установки (2);

- к штуцерам на воздуховоде до испытуемого фильтра очистки воздуха (3) и после фильтра (6), расположенным на расстоянии равном трехкратному диаметру воздуховода, присоединяют через шланги измерительный модуль фотометра (11.1), соединенный с аналитическим модулем (11.2);

- подключают к сети компрессор (1).

Перед началом испытаний проверяют работу компрессора и скорость движения воздуха через расходомер распылителя.

Испытания проводят при работающей вентиляции в штатном режиме.

Гибкую соединительную трубку с выхода генератора аэрозоля стандартного масляного тумана вводят в отверстие (штуцер) воздуховода фильтровентиляционной системы (4). Вентилем (13) по расходомеру (14) создают достаточную для проведения измерений концентрацию аэрозоля стандартного масляного тумана. В воздуховод непосредственно перед фильтром или в другое технологическое отверстие (5) перед фильтрующим элементом на расстоянии равном трехкратному значению диаметра воздуховода, вводят также гибкую трубку, соединенную с входом фотометра (11.1) для измерения концентрации аэрозоля перед фильтром.

В колбу распылителя туманообразующей установки заливают приготовленное количество турбинного масла, после чего вставляют форсунку, включают электрический нагреватель. Аэрозоль создают путем впрыскивания турбинного масла Т22 или Т33 в горячую камеру с последующим полным испарением капель и конденсацией частиц из пересыщенного пара непосредственно в воздухе.

При достижении температуры воды в рубашке распылителя не менее 100 °С, устанавливают распылитель на уровне отверстия воздуховода (4) на расстоянии равном шестикратному значению диаметра воздуховода, включают компрессор (1), измерительный модуль (11.1) и аналитический модуль (11.2) фотометра.

Соблюдают следующие условия проведения испытаний: скорость распыления по жидкости (Vж = 1 мл/мин., скорость распыления по воздуху Vв = 50 л/мин., продолжительность распыления - 10 минут, средний диаметр аэрозольных частиц dср = 0,24 мкм; скорость отбора проб аэрозоля через измерительный модуль V = 50 л/мин., продолжительность отбора проб аэрозоля - 10 минут. По истечении срока отключают сначала компрессор, а затем измерительный модуль.

После подачи аэрозоля на вход фильтра проводят не менее 3-х измерений концентрации аэрозоля до фильтра с интервалом 20 секунд и вычисляют среднее значение. Аэрозоль подают при рабочей номинальной нагрузке в воздуховод фильтровентиляционной системы. После снятия показаний с прибора «фон» (без распыления стандартного масляного тумана) и «до» фильтра выполняют аналогичный замер концентрации частиц «за» фильтром очистки воздуха.

Затем проводят измерение концентрации аэрозоля после фильтра. Для этого к входу измерительного модуля фотометра (11.1) подсоединяют другую гибкую соединительную трубку с пробоотборником (6), которым непрерывно отбирают пробу воздуха, прошедшего через фильтр очистки воздуха (3) и подают на измерительный модуль фотометра (11.1). Если в процессе пробоотбора превышается допустимое значение коэффициента проскока, то необходимо в этой точке произвести не менее 3-х измерений с интервалом 20 секунд.

Коэффициент проскока фильтра (Кпр) определяется как процентное отношение концентраций аэрозольных частиц с заданными размерами после и до испытуемого фильтра по формуле:

Jфильтр

Кпр = ----------------- 100 %,

Jисх - Jфон

где Jфильтр, Jфон, Jисх - соответственно показания по шкале микроамперметра фотометра при измерении светового потока, рассеиваемого аэрозолем стандартного масляного тумана, прошедшего через фильтровентиляционную систему (Jфильтр), чистым воздухом (Jфон) и исходным аэрозолем (Jисх).

КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ:

Коэффициент проскока фильтров очистки воздуха не должен превышать значения, установленного в нормативной документации для соответствующего класса фильтра.

В случае если среднее значение коэффициента проскока превышает допустимое, следует заменить фильтр или устранить в данной точке дефект фильтра и/или его установки.

14.3. Порядок определения аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха, установленных в приточно-вытяжных системах вентиляции

Определение аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха, установленных в приточно-вытяжных системах вентиляции, производится дифференциальным манометром. Сопротивление воздушного фильтра определяется как разность истинных значений давлений в сечениях до фильтра и после фильтра. Испытания необходимо выполнять при расходе воздуха, приведенном в проектной документации (паспорте на вентиляционную систему).

Замеры проводят через пробоотборные штуцеры. Проводят три измерения до и после фильтра и вычисляют среднее значение разности давлений.

14.1. Выполнение измерений

-подготовить помещение и систему приточно-вытяжной вентиляции к проверке:

-включить приточно-вытяжную вентиляцию и выйти на рабочие параметры системы;

-снять заглушку со штуцера отбора пробы перед фильтром;

-подсоединить гибкую трубку через переходник к штуцеру до фильтра и провести замеры давления электронным микроманометром. По завершению замеров, закрутить заглушку на место;

-снять заглушку со штуцера отбора пробы после фильтра, и замерить давление в системе. По завершению замеров, закрутить заглушку на место;

-произвести расчет аэродинамического сопротивления фильтра, равного разности истинных значений давлений до фильтра и после фильтра;

-сравнить полученное значение с паспортной характеристикой фильтра.

По результатам проведенных испытаний оформляется протокол.

КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ:

Фильтр считается прошедшим испытания, если перепад давления воздуха на фильтре будет соответствовать данным, приведенным в проектной документации или паспорте на фильтр. Критическим сопротивлением, при котором фильтр (фильтр-камера) подлежит замене, является величина, превышающая максимальное (рекомендуемое) конечное значение аэродинамического сопротивления фильтра (фильтр-камеры). Для фильтров высокой и сверхвысокой эффективности рекомендуемое конечное аэродинамическое сопротивление составляет 600 Па.

15. Порядок проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха, установленных на фильтровентиляционных модулях мобильных лабораторий специализированных противоэпидемических бригад МК СПЭБ

Проверку защитной эффективности фильтров очистки воздуха мобильных лабораторий СПЭБ рекомендуется проводить физическим способом в соответствии с пунктом 12 Приложения.

Предварительно в помещениях, в которых планируется проведение проверки защитной эффективности ФОВ (мобильные лаборатории СПЭБ и БМБ III класса СПЭБ), осуществляется заключительная дезинфекция с применением дезсредств.

После демонтажа вентилятора, установленного перед ФОВ вытяжной вентиляционной системы внутри лаборатории следует демонтировать защитную панель (установленную для защиты ФОВ во время передвижения мобильной лаборатории) с наружной стороны. На место защитной панели установить вытяжной воздуховод с вентилятором и штуцером для отбора проб воздуха после ФОВ. Далее проверка проводится в соответствии с требования пункта 12 Приложения.

После окончания проверки следует демонтировать вытяжной воздуховод с вентилятором и штуцером с наружной стороны лаборатории. Установить защитную панель. Установить вентилятор перед ФОВ вытяжной вентиляционной системы внутри лаборатории.

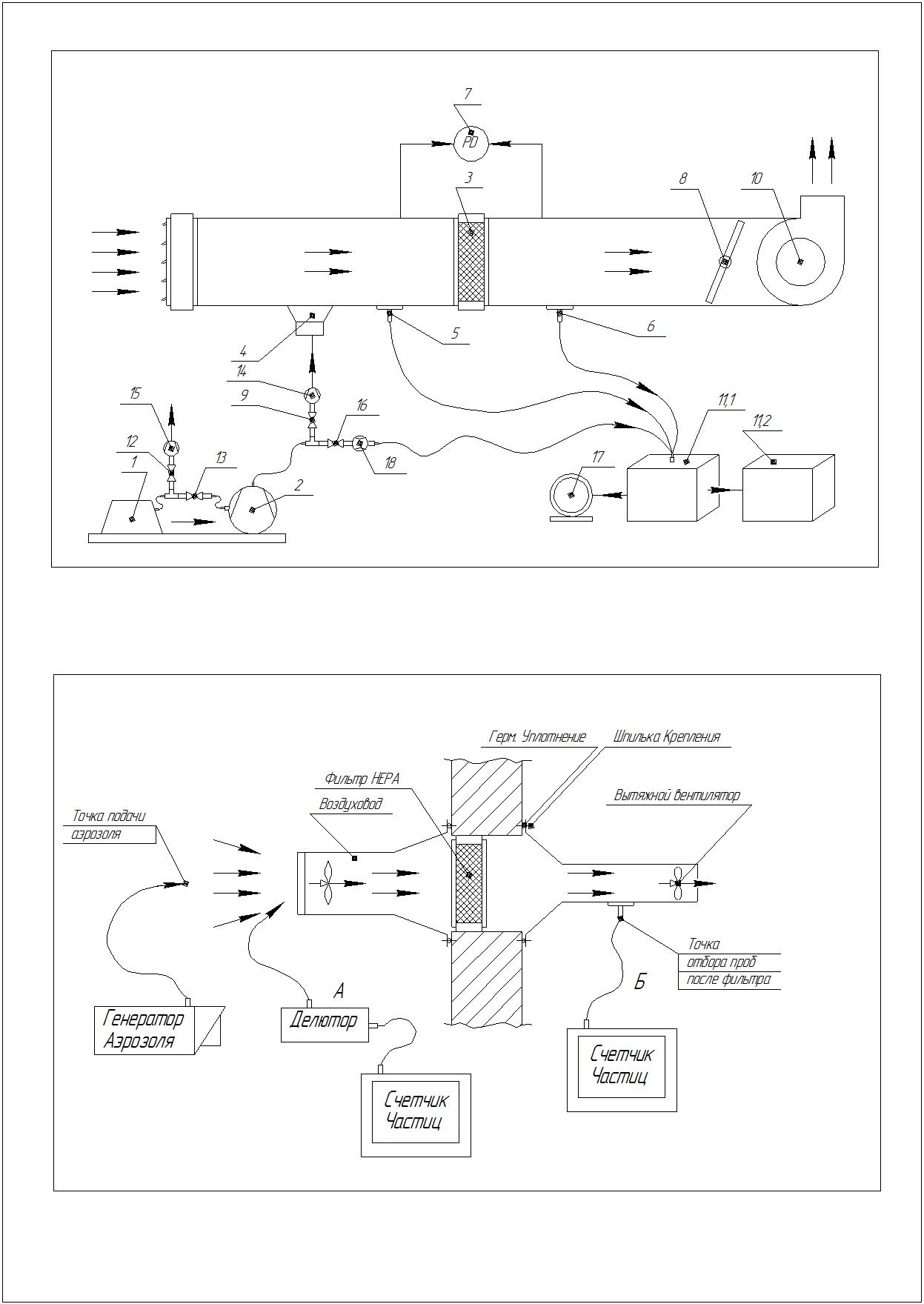


Рисунок 4 - Схема метода испытаний вытяжной системы вентиляции лабораторий МК СПЭБ

13. Результаты определения защитной эффективности фильтров очистки воздуха оформляют протоколом, форма приведена ниже.

**Форма протокола проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха**

Полное наименование организации, проводящей проверку защитной эффективности ФОВ

Уникальный номер записи

об аккредитации в реестре …

Область деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель учреждения  
(подпись, дата утверждения)

**ПРОТОКОЛ N\_\_\_\_\_\_  
проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха, установленных в вытяжной и приточной вентиляционных системах, обслуживающих помещения «заразной» зоны**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование структурного подразделения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование проверяемой организации, учреждения)

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное название организации, осуществляющей проверку

эффективности фильтров)

проведена проверка защитной эффективности фильтров очистки воздуха

(ФОВ), установленных в вытяжных (указываются номера вентсистем, например,

В4, В8, В10, В11) и приточной (П1) вентиляционных системах, обслуживающих

помещения «заразной» зоны

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название структурного подразделения, лаборатории отдела организации)

Проверка выполнена с использованием метода

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается способ проверки, например: с использованием стандартного

масляного тумана, биологического аэрозоля или другим способом с указанием

нормативно-методического документа и параметров проведения

оценки эффективности)

Результаты проверки представлены в [**таблице 1**](#sub_17301).

Рекомендуемая периодичность проверки фильтров тонкой очистки при

циклической работе - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается периодичность проверки, например, не реже одного раза в год, Приложение 9).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Фильтры очистки воздуха, установленные в вытяжных (В4, В8, В10, В11) и приточной (П1) вентиляционных системах, обслуживающих помещения «заразной» зоны)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование структурного подразделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование проверяемой организации, учреждения) обеспечивают (не обеспечивают) требуемую защитную эффективность очистки вентиляционного воздуха.

Подписи сотрудников, проводящих исследования:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

**Образец заполнения таблицы**

**Таблица 1. Результаты проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха (ФОВ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №№  системы вентиляции | №№ помещений  установки ФОВ | Наименование обслуживаемого помещения | Марка и класс ФОВ | Концентрация частиц аэрозоля, мг/м3  (частиц/м3) | | | Коэффициент проскока, % | Сопротивление ФОВ, Па | Возбудители, с которыми предполагается работа |
| Фон  (при использовании фотометра) | До фильтра | После  фильтра |
| Вытяжная вентиляционная система В1 | 417 | Автоклавная | НЕРА  Н14 |  |  |  |  |  | Возбудители I группы патогенности (опасности) |
| Приточная вентиляционная  система П2 | 417 | Автоклавная | НЕРА  Н11 |  |  |  |  |  | Возбудители II группы патогенности (опасности) |

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Ответственный исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО)

Приложение 10

**Боксы микробиологической безопасности**

10.1. Классификация боксов микробиологической безопасности

Бокс микробиологической безопасности (БМБ) - вентилируемое ограниченное пространство, предназначенное для обеспечения защиты оператора и окружающей среды от аэрозолей, возникающих вследствие работ с потенциально опасными и опасными микроорганизмами, с помощью удаления воздуха в атмосферу путём фильтрации.

Каждый бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы воздух, удаляемый из бокса, был очищен высокоэффективными воздушными фильтрами типа НЕРА / ULPA класса не ниже H14 по ГОСТ Р ЕН 1822-1-2010. Бокс должен соответствовать требованиям стандарта ГОСТ Р ЕН 12469-2010 «Биотехнология. Технические требования к боксам микробиологической безопасности».

БМБ класса I: БМБ с рабочим проёмом, через который оператор может проводить манипуляции внутри бокса. Бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы обеспечить защиту оператора от выброса диспергированных контаминированных частиц, образовавшихся внутри бокса. Это достигается с помощью направленного внутрь бокса через рабочий проем воздушного потока с последующей его фильтрацией и удалением из бокса. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ I класса приведён в [таблице 10.1](#sub_18111).

Таблица 10.1 - Эксплуатационные характеристики БМБ I класса

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика | Критерий соответствия |
| Средняя скорость входящего потока | От 0,70 до 1,00 м/с |
| Защитная эффективность фильтра | Соответствие методике контроля |
| Направление потоков | Входящий вдоль всего сечения рабочего проёма |

БМБ класса II: БМБ с рабочим проёмом, через который оператор может проводить манипуляции внутри бокса. Бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы оператор был защищен, риск загрязнения продукта и перекрёстного загрязнения низок, а удаление возникающих загрязнений обеспечивалось с помощью профильтрованного воздушного потока, циркулирующего внутри бокса, а также с помощью фильтрации удаляемого из бокса воздуха. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ II класса приведён в [**Таблице 10.2**](#sub_18112).

БМБ II класса с рециркуляцией (тип А2) - боксы, в которых нисходящий поток, прошедший через фильтр, является частью (обычно 70%) общего потока воздуха, проходящего через воздуховоды бокса. Выходящий воздух, прошедший через выпускной фильтр, может выбрасываться обратно в помещение установки или в вытяжной воздуховод. В боксах данного типа внутренние воздуховоды, по которым проходит загрязнённый воздух с повышенным давлением, должны быть окружены воздуховодами с пониженным давлением воздуха.

БМБ II класса без рециркуляции (тип В2) - боксы, в которых нисходящий поток, прошедший через фильтр, полностью состоит из воздуха, забираемого из помещения. Весь поток воздуха, прошедший через камеру бокса, выбрасывается в атмосферу через фильтры без рециркуляции в боксе и помещении установки. В боксах данного типа внутренние воздуховоды, по которым проходит загрязнённый воздух с повышенным давлением, должны быть окружены воздуховодами с пониженным давлением воздуха.

Таблица 10.2- Эксплуатационные характеристики БМБ II класса

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика | Критерий соответствия |
| Средняя скорость нисходящего потока | От 0,25 до 0,50 м/с |
| Однородность нисходящего потока | % от среднего значения |
| Средняя скорость входящего потока | Не менее 0,40 м/с |
| Защитная эффективность фильтра | Соответствие методике контроля |
| Направление потоков | Входящий вдоль всего сечения рабочего проёма  Нисходящий по всему сечению камеры бокса |

БМБ класса III: бокс микробиологической безопасности, в котором рабочая зона полностью изолирована, а оператор отделен от рабочего места физическим барьером (перчатки механически соединены с боксом). Профильтрованный воздух постоянно поступает в бокс, а удаляемый из БМБ воздух фильтруется для предотвращения попадания микроорганизмов в окружающую среду. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ III класса приведён в [таблице 10.3](#sub_18113).

Таблица 10.3 Эксплуатационные характеристики БМБ III класса

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика | Критерий соответствия |
| Удельный расход входящего потока воздуха (Q) | Не менее 0,05  на 1  объёма бокса |
| Средняя скорость входящего потока через перчаточный порт при одной снятой перчатке | Не менее 0,70 м/с |
| Защитная эффективность фильтра | Соответствие методике контроля |
| Разряжение в рабочей камере бокса | Не менее 200 Па по отношению к помещению лаборатории |

**Примечание** - допускается применение боксов микробиологической безопасности не соответствующих требованиям настоящего приложения в случае документально подтверждённого введения их в эксплуатацию до вступления в силу настоящих СП.

10.2. Порядок проверки эксплуатационных и защитных характеристик БМБ

10.2.1. Порядок проверки скорости входящего воздушного потока в БМБ I класса

Оборудование: термоанемометр, штатив, линейка измерительная.

Включить бокс. С помощью термоанемометра в плоскости рабочего проема измерить скорость входящего воздушного потока за период минимум 1 мин при каждом измерении минимум в пяти точках, в том числе в геометрическом центре рабочего проема и в каждом из его четырёх углов. При измерении в углах, анемометр следует располагать на расстоянии 50-55 мм от правого, левого, нижнего и верхнего края рабочего проема. Вычислить среднее значение скорости входящего воздушного потока . При этом среднее значение скорости входящего воздушного потока  должно соответствовать требованиям [табл. 10.1](#sub_18111).

10.2.2. Порядок проверки скорости и однородности нисходящего потока в БМБ II класса

Оборудование: термоанемометр, штатив, линейка измерительная.

Порядок проверки: Включить бокс. С помощью термоанемометра внутри бокса сделать замеры скорости на расстоянии 100 мм над верхним краем рабочего проема. Сделать измерения за период минимум 20 сек. при каждом измерении как минимум в восьми точках, в том числе в четырёх точках, расположенных на линии, удаленной на расстояние 1/4 глубины рабочего пространства от задней стенки, и четыре на линии, удаленной на то же расстояние от рабочего проема. Убедиться, что измерения сделаны вдоль этих линий на расстоянии 1/8 и 3/8 от ширины рабочего пространства бокса с правой и левой его стороны. Вычислить среднее значение скорости нисходящего воздушного потока . При этом среднее значение скорости нисходящего потока воздуха  должно соответствовать требованиям табл. 10.2. Максимальное и минимальное значение измерений скорости нисходящего потока воздуха  и  не должны отличаться от среднего значения  более чем на 20%.

10.2.3. Порядок проверки скорости входящего потока в БМБ II класса

Оборудование: термоанемометр; линейка.

Любым доступным способом ограничить высоту рабочего проема до величины  мм, таким образом, чтобы плоскости рабочего и уменьшенного проема совпадали. Произвести серию измерений скорости входящего потока воздуха в уменьшенном проеме в 10 точках, равномерно удаленных друг от друга и расположенных в плоскости уменьшенного проема. При этом расстояние между точками измерения не должно превышать 300 мм. Если расстояние между точками превышает 300 мм, то количество точек необходимо увеличить. Чувствительный элемент термоанемометра следует располагать строго на средине высоты уменьшенного рабочего проема. Время измерения должно быть не менее 20 сек. Вычислить среднюю арифметическую скорость потока воздуха , м/с, в уменьшенном рабочем проеме. Вычислить среднюю скорость входящего потока в рабочем проеме  по формуле:

, м/с,

где  - средняя скорость входящего потока в уменьшенном проеме, м/с,

 - коэффициент перевода, равный отношению высоты уменьшенного проема к высоте рабочего проема:

,

где Н - высота рабочего проема бокса, мм; h - высота уменьшенного проема, мм.

Значение средней скорости входящего потока в рабочем проеме  должно соответствовать требованиям таблице 10.2

10.2.4. Порядок проверки скорости и расхода воздуха через БМБ III класса

Оборудование: термоанемометр, линейка измерительная.

Включить бокс. С помощью измерительного прибора измерить скорость воздушного потока (м\с) на выходе вытяжного воздуховода бокса как минимум в трех точках, равномерно удаленных от стенки воздуховода на расстояние, равное 0,24 его радиуса. Время измерения должно быть не менее 20 сек. Вычислить значение средней скорости на выходе вытяжного воздуховода. Умножить среднюю скорость на площадь поперечного сечения (кв.м) вытяжного воздуховода, чтобы получить величину расхода выходящего из бокса воздуха, равного расходу входящего потока воздуха через впускной фильтр. Разделить полученное значение объема входящего потока воздуха на объем бокса (значение берется из паспорта на бокс) для определения удельного расхода входящего потока воздуха на 1  (Q). Значение удельного расхода входящего потока воздуха Q должно быть не ниже, указанного в [таблице 10.3](#sub_18113) настоящего приложения.

Скорость входящего потока воздуха с одной снятой перчаткой измеряется термоанемометром в центре пустого перчаточного порта. Время измерения должно быть не менее 1 мин. Минимальное значение средней скорости воздушного потока, проходящего через перчаточный порт бокса  должно быть не ниже, указанного в [таблице 10.3](#sub_18113) настоящего приложения.

10.2.5. Порядок проверки защитной эффективности фильтров, установленных в БМБ

Проверка защитной эффективности фильтров проводится по одному из трёх методов в зависимости от типа применяемых измерительных приборов и возможности прямого доступа к проверяемому фильтру.

10.2.5.1. Порядок проверки защитной эффективности фильтров путём определения их целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц

Оборудование: дискретный счетчик частиц, генератор аэрозоля, дилютор.

Требования к условиям проверки:

В воздух, идущий к фильтрам, следует добавить искусственно полученные контрольные аэрозоли, чтобы достичь требуемой концентрации частиц на входе фильтров. При подготовке проверки учитываются следующие условия:

1) средний эквивалентный диаметр частиц контрольных аэрозолей должен быть в пределах от 0,1 до 0,5 мкм;

2) пороговый размер частиц канала, по которому снимаются показания, должен быть не более среднего эквивалентного диаметра частиц аэрозоля;

3) если счетчик частиц имеет более одного канала между пороговым размером и 0,5 мкм, то следует выбрать канал, соответствующий большим значениям концентрации частиц после фильтра. В случае если выполнение этого условия невозможно, результаты измерения снимаются по частицам от 0,3 до 0,5 мкм.

4) концентрация контрольного аэрозоля до фильтра должна быть не менее , чтобы обеспечить приемлемый критерий утечки.

5) Скорость пробоотбора счетчика частиц должна быть 28,3 л/мин (472 )

6) Габариты пробоотборника:

 (1)

 и  - размеры короткой и длинной сторон пробоотборника, соответственно, см;

При проведении проверки следует принять меры к недопущению попадания в пробоотборник счетчика частиц наружного воздуха из помещения установки.

Порядок проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) Снять элементы, ограничивающие прямой доступ к поверхности фильтра (ламинаризаторы, диффузоры, защитные сетки).

3) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки.

4) Определить концентрацию тестового аэрозоля перед фильтром. Концентрация аэрозоля перед фильтром  может быть определена путем отбора пробы воздуха из пространства до фильтра счетчиком частиц, подключенным через дилютор.

 (2)

где N - количество частиц, отобранных в пробе, t - время отбора пробы, сек,

D - коэффициент разбавления дилютора (согласно паспорту на дилютор, обычно 100). Так же определение концентрации возможно производить путем соответствующей настройки счетчика частиц в случае, если прибор предполагает подобную настройку.

Отбор пробы проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

5) Рассчитать число частиц , характеризующих утечку при сканировании

, (3)

где:  - концентрация аэрозоля перед фильтром, ;

 - стандартный коэффициент проскока фильтра, %, (определяется из нижеуказанной таблицы на основании класса фильтра, указанного в РЭ на бокс);

 - коэффициент утечки, зависит от класса фильтра (согласно Таблице В.1 ГОСТ 14644-3-2007), определяется из [**Таблицы 10.4**](#sub_182514):

Таблица 10.4 Коэффициенты утечки фильтров

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Класс фильтра | Н14 | U15 |
| Интегральный коэффициент проскока, , процент |  |  |
| Коэффициент утечки, | 10 | 30 |

 - размер короткой стороны пробоотборника, см;

6) Рассчитать число частиц , характеризующих утечку при стационарном измерении:

 (4)

Пример расчета  и  :

Для фильтра класса Н14, %, .

Размеры пробоотборника:  см,  см.

Концентрация аэрозоля до фильтра: .





7) Настроить счетчик частиц таким образом, чтобы при регистрации каждых  частиц по каналу 0,3 мкм однократно срабатывала звуковая сигнализация. Цикл отбора пробы должен быть не менее 10 сек.

8) Расположить пробоотборник счетчика частиц на расстоянии ~ 3 см от поверхности фильтра короткой стороной параллельно направлению сканирования.

9) Продолжая подачу аэрозоля, просканировать поверхность фильтра и уплотнений путём перемещения пробоотборника параллельно поверхности фильтра со скоростью 5 см/сек, причем зоны, захватываемые при сканировании, должны перекрываться. Сканирование выполняется по всей поверхности каждого фильтра, по его периметру, элементам крепления и герметизации, рамы, на которой крепятся фильтр, включая места соединений.

10) При срабатывании звукового сигнала повторить проход сомнительного места.

11) В случае если звуковой сигнал срабатывает при трех последовательных проходах под местом предполагаемой утечки, в данном месте проводится стационарное измерение в течение 10 сек.

В случае если за указанное время измерения, количество зарегистрированных счетчиком частиц превысит значение  фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

10.2.5.2. Порядок проверки защитной эффективности фильтров путём определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц (в случае отсутствия прямого доступа к фильтру)

Оборудование: дискретный счетчик частиц, генератор аэрозоля, дилютор.

В случае если прямой доступ к фильтру невозможен, для определения защитной эффективности установленных фильтров используется метод определения интегрального коэффициента проскока.

Требования к условиям проверки:

Отсутствие прямого доступа к фильтру. Выполнение п. 1 - 6 требований к условиям проверки [п. 10.2.5](#sub_18205).

Порядок проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки.

3) Определить концентрацию аэрозоля перед фильтром. Концентрация аэрозоля перед фильтром  может быть определена путем отбора пробы воздуха из пространства до фильтра счетчиком частиц, подключенным через дилютор.

 (1)

где  - количество частиц, отобранных в пробе до фильтра,  - время отбора пробы до фильтра, сек, D - коэффициент разбавления дилютора (согласно паспорту на дилютор, обычно 100).

Отбор пробы проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

4) Поместить в выпускной воздуховод (либо технологическую насадку) пробоотборник счетчика частиц в плоскости, расположенной на расстоянии от 30 до 100 см от поверхности фильтра, внутри воздуховода на расстоянии ~ 3 см от стенки воздуховода, приняв меры к недопущению попадания внешнего аэрозоля в пробоотборник.

5) Продолжая подачу аэрозоля, произвести отбор пробы в течение 60 сек. На основании результата измерения, определить концентрацию аэрозоля n в потоке после фильтра.

,  (2)

где N- количество частиц, отобранных в пробе после фильтра, t - время отбора пробы после фильтра, сек.

Так же определение концентрации возможно производить путем соответствующей настройки счетчика частиц в случае, если прибор предполагает подобную настройку.

6) Повторить процедуру в нескольких равномерно распределенных точках плоскости. При невозможности измерения внутри воздуховода либо технологической насадки, произвести измерения в нескольких точках поперечного сечения выходящего потока, приняв меры к недопущению попадания в пробоотборник окружающего воздуха из помещения установки. Вычислить среднее значение концентрации аэрозоля в потоке воздуха после фильтра .

7) Определить коэффициент проскока Р:

,

где  - средняя концентрация аэрозоля в потоке после фильтра,  - концентрация аэрозоля в пространстве перед фильтром.

В случае если коэффициент проскока Р проверяемого фильтра превышает стандартный для данного класса фильтров коэффициент интегрального проскока , (выбираемого согласно Таблице 1 ГОСТ 1822-1-2010), более чем в 5 раз, фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

Пример:

Для фильтра НЕРА класса H14 интегральный коэффициент проскока %, следовательно, критерий соответствия: %;

Для фильтра НЕРА класса U15 интегральный коэффициент проскока %, следовательно, критерий соответствия: %.

10.2.5.3. Порядок проверки защитной эффективности установленных фильтров путём определения их коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей для проверки фильтров

Оборудование: измерительные приборы для определения массовой концентрации тест-аэрозоля в потоке (фотометр аэрозолей, импактор типа БП-50 или микроциклон), генератор тест-аэрозоля.

Методика состоит в подаче контрольных аэрозолей на вход фильтров и в поиске утечек путём сканирования поверхности фильтра со стороны выходящего потока воздуха, а также элементов крепления.

Требования к условиям проверки:

1) В воздух, идущий к фильтру и содержащий естественные аэрозоли, следует добавить полидисперсные аэрозоли для достижения требуемой концентрации частиц на входе фильтров. Средний эквивалентный диаметр частиц при этом должен быть в пределах от 0,5 до 0,7 мкм (стандартное отклонение - 1,7).

2) Концентрация контрольных аэрозолей до фильтров должна быть в пределах от 10 до 100 мг/м3.

3) Настройкой скорости пробоотбора фотометра аэрозолей или путём соответствующей регулировки бокса, уравнять значение скорости воздушного потока на входе в пробоотборник измерительного прибора со скоростью выходящего из фильтра воздушного потока с точностью ±20% (условие изокинетичности).

4) Скорость сканирования должна быть не более 15 см/с;

5) Настроить порог срабатывания сигнала фотометра аэрозолей на величину 0,01%.

Порядок проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки. Концентрация аэрозоля перед фильтром n0 определяется отбором пробы воздуха из пространства до фильтра с помощью фотометра аэрозолей. Отбор пробы, в таком случае, проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

3) Продолжая подачу аэрозоля, просканировать поверхности фильтров и элементов крепления путём перемещения пробоотборника параллельно поверхности фильтра со скоростью, не превышающей 15 см/с, причём зоны, захватываемые при сканировании, должны перекрываться на 3-5 мм. Пробоотборник следует располагать на расстоянии примерно 3 см от поверхности фильтра. Сканирование выполняется по всей поверхности каждого фильтра, по его периметру, элементам крепления и герметизации, рамы, на которой крепятся фильтр, включая места соединений.

Между циклами сканирования и после них измерение концентрации аэрозоля до фильтров следует повторять, чтобы подтвердить ее стабильность.

При хотя бы однократном фиксировании фотометром аэрозолей коэффициента проскока через фильтр Р более чем 0,01% (Согласно п. В.6.2.7 ГОСТ 14644-3-2007), фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

**Форма протокола проверки защитной эффективности бокса микробиологической безопасности**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Полное наименование организации, проводящей проверку защитной

эффективности БМБ)

Уникальный номер записи

об аккредитации в реестре

Область деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель учреждения  
(подпись, дата утверждения)

**ПРОТОКОЛ N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

проверки защитной эффективности боксов микробиологической

безопасности, установленных

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование структурного подразделения (лаборатории) установки БМБ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование проверяемой организации, учреждения)

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Проверка выполнена в соответствии с Приложением 10 СП.1.3.1285-12.

1. Результаты проверки БМБ I класса представлены в таблицах N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Результаты проверки БМБ II класса представлены в таблицах N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Результаты проверки БМБ III класса представлены в таблицах N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**1. Боксы микробиологической безопасности I класса**

1.1. Результаты проверки эксплуатационных и защитных характеристик БМБ I класса (наименование и марка бокса,

серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование проверки | Результаты измерений | Результаты вычислений | Требование нормативной документации | Вывод о соответствии |
| 1 | Проверка скорости входящего потока воздуха | =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с | =\_\_\_\_м/с | м/с |  |
| 2 | Проверка защитной эффективности выпускного фильтра: | Класс установленного выпускного фильтра НЕРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 2.1 | путём определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц | =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_ | Р=\_\_\_\_\_\_\_%  =\_\_\_\_\_% |  |  |
| 3 | Направленность входящего потока воздуха визуальным путем с помощью холодного дымового теста | - | - | Входящий вдоль всего сечения рабочего проема |  |

**1.2. Заключение по результатам проверок:**

Защитная эффективность БМБ I класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации и бокс допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год).

Ответственный исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, ФИО)

**2. Боксы микробиологической безопасности II класса**

2.1. Результаты проверки эксплуатационных и защитных характеристик БМБ II класса (наименование и марка бокса,

серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер  п/п | Наименование проверки | Результаты измерений | Результаты вычислений | Требование нормативной документации | Вывод о соответствии |
| 1 | Проверка  скорости  нисходящего  потока воздуха с  применением  методики | =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с | =\_\_\_\_\_\_ м/с  +20%=\_\_\_\_\_\_ м/с  -20%=\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с  =\_\_\_\_\_\_ м/с | м/с |  |
| 2 | Проверка скорости входящего потока воздуха | =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_\_м/с | =\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_м/с | м/с |  |
| 3 | Проверка защитной эффективности приточного фильтра: | Класс установленного приточного фильтра НЕРА \_\_\_\_ | | | |
| 3.1 | путём определения целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц | С=\_\_\_\_ед | =\_\_\_\_ед |  |  |
| 3.2 | путём определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей | P=\_\_\_\_\_% |  |  |  |
| 4 | Проверка защитной эффективности выпускного фильтра: | Класс установленного выпускного фильтра НЕРА\_\_\_\_ | | | |
| 4.1 | путём определения целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц | C=\_\_\_ед | =\_\_\_\_ед |  |  |
| 4.2 | путём определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц | =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_ | P=\_\_\_\_%  =\_\_\_\_% |  |  |
| 4.3 | путём определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей | Р=\_\_\_\_% | - |  |  |
| 5 | Направленность входящего потока воздуха визуальным путём с помощью холодного дымового теста | - | - | Входящий вдоль всего сечения рабочего проема |  |
| 6 | Направленность нисходящего потока воздуха визуальным путём с помощью холодного дымового теста | - | - | Нисходящий по всему сечению рабочей камеры |  |

**2.2. Заключение по результатам проверок:**

Защитная эффективность БМБ II класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации и бокс допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год).

Ответственный исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, ФИО)

**3. Боксы микробиологической безопасности III класса**

3.1. Результаты проверки эксплуатационных и защитных характеристик бокса МБ III класса (наименование и марка бокса,

серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование проверки | Результаты измерений | Результаты вычислений | Требование нормативной документации | Вывод о соответствии |
| 1 | Проверка скорости входящего потока воздуха | =\_\_\_\_\_\_м/с | - | м/с |  |
| 2 | Проверка расхода входящего потока воздуха | =\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_м/с  =\_\_\_\_\_\_м/с | =\_\_\_\_\_\_м/с  Q=\_\_\_\_\_\_  на 1  объёма бокса | на 1  объёма бокса |  |
| 3 | Проверка защитной эффективности приточного фильтра: | Класс установленного приточного фильтра НЕРА \_\_\_\_ | | | |
| 3.1 | путём определения целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц | С=\_\_\_\_\_\_\_\_ед | =\_\_\_\_ед |  |  |
| 3.2 | путём определения их коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей | P=\_\_\_\_\_\_\_\_% | - |  |  |
| 4 | Проверка защитной эффективности выпускного первого фильтра : | Класс установленного выпускного первого фильтра НЕРА \_\_\_\_ | | | |
| 4.1 | путём определения целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц | C=\_\_\_\_\_ед | =\_\_\_\_\_ед |  |  |
| 4.2 | путём определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц | =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_ | Р=\_\_\_\_%  =\_\_\_\_\_\_% |  |  |
| 4.3 | путём определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей | P=\_\_\_\_\_\_% | - |  |  |
| 5 | Проверка защитной эффективности выпускного второго фильтра : | Класс установленного выпускного второго фильтра НЕРА \_\_\_\_ | | | |
| 5.1 | путём определения целостности сканированием с использованием дискретного счётчика частиц | С=\_\_\_\_\_ед | =\_\_\_\_ед |  |  |
| 5.2 | путём определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц | =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_  =\_\_\_\_ | P=\_\_\_\_\_%  =\_\_\_\_\_\_\_% |  |  |
| 5.3 | путём определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей | P=\_\_\_\_\_\_\_% | - |  |  |

**3.2. Заключение по результатам проверок:**

Защитная эффективность БМБ III класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации и бокс допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год).

Ответственный исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, ФИО)

Приложение 11

**Требования**

**к исследованию сточных вод на патогенную микрофлору**

1. Юридические лица, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, проводящие работу с микроорганизмами I - II групп патогенности, должны проводить исследование сточных вод на наличие в них микроорганизмов, используемых в работе.

2. Отбор сточных вод необходимо проводить из всех колодцев канализационной системы организации перед ее выходом в общий коллектор.

3. Отбор сточных вод для исследования проводят одним из двух способов:

- тампонами, приготовленными из марлевых салфеток, размером 10 x 15 см в 10 - 15 слоев, которые закрепляют у места взятия воды, и через сутки, поместив в стерильную емкость, доставляют в лабораторию;

- емкостями объемом не менее 1 л.

При необходимости проводят дехлорирование сточных вод добавлением 2,0 мл 1,5%-го раствора серноватисто-кислого натрия (гипосульфита), простерилизованного в автоклаве, на 500 мл сточных вод.

4. Кратность отбора проб определяется руководителем организации в зависимости от вида возбудителя, характера и объемов проводимых работ по согласованию с территориальными учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы.

5. При наличии в организации локальных очистных сооружений необходимо проводить определение остаточной концентрации активного вещества применяемого дезинфекционного средства в сточных водах перед их выходом в общий коллектор.

6. Отбор сточных вод и их лабораторное исследование проводят в соответствии с нормативно-методическими документами при соблюдении требований биологической безопасности.

В каждой организации должны быть разработаны рабочие инструкции по исследованию сточных вод с учетом местных условий и особенностей.

7. Результаты исследований фиксируют в специальном журнале за подписью лиц, проводивших исследование.

Приложение 12

**Требования к контролю качества мертиолята натрия и формалина**

Контроль качества мертиолята натрия

Мертиолят (тиомерсаль) - белый или кремоватый порошок, хорошо растворим в воде. При 20 °C 1 часть порошка должна без остатка раствориться в 1 части дистиллированной воды, а также в 30 частях 95°-го этилового спирта. Раствор бесцветный или светло-желтый. Мертиолят почти не растворим в бензоле и эфире. Свежеприготовленный 1%-й раствор мертиолята должен иметь pH 6,0 - 8,0.

Для проверки препарата к 0,05 г порошка добавляют 5 мл дистиллированной воды. После добавления к раствору 1 мл 10%-го раствора азотно-кислого серебра должен выпасть белый осадок. Если к аналогичному раствору мертиолата добавить 1 мл 10%-го раствора сульфита меди, то должен появиться осадок зеленого цвета.

Для контроля на ртутные соли готовят раствор из 0,1 г порошка в 5 мл дистиллированной воды. После добавления к раствору мертиолята 1,0 мл свежеприготовленного раствора сульфида натрия выпадает белый осадок. Последний не должен менять цвета в течение 30 мин. в темном месте.

Для количественного контроля 0,3 г препарата растворяют в 10 мл воды, добавляют 1,5 г растертого перманганата калия и хорошо перемешивают. Через 5 мин. в колбу осторожно добавляют при постоянном перемешивании по каплям 5 мл концентрированной серной кислоты. Через 5 - 10 мин. выделяющийся осадок растворяют при постепенном добавлении 4 - 8 мл 3%-го раствора перекиси водорода. К обесцвеченному раствору прибавляют по каплям 5%-й раствор перманганата калия до не исчезающего розового окрашивания (разложение перекиси водорода). Раствор вновь обесцвечивают добавлением по каплям 4%-го раствора щавелевой кислоты. Полученный раствор после добавления 5 мл 10%-го раствора железоаммиачных квасцов медленно титруют 0,1 н раствором роданида аммония до изменения окраски; 1 мл 0,1 н раствора роданида аммония соответствует 0,01003 г ртути или 0,02024 г мертиолята.

Контроль качества формалина

Полноценный формалин должен содержать 37 - 40% формальдегида. Такой раствор формальдегида учитывают как цельный формалин. Обычно коммерческий препарат содержит значительно меньше формальдегида. Поэтому необходимо произвести соответствующий перерасчет при изготовлении его рабочих растворов. Определение концентрации формалина проводят ареометрически при 15 °C. В цилиндр наливают формалин, доведенный до 15 °C, и опускают ареометр, который определяет плотность формалина. Исходя из плотности, учитывают содержание формальдегида по следующей шкале:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1,002 = 1%;  1,056 = 20%; | 1,004 = 5%; | 1,028 = 10%; | 1,043 = 15%; |
| 1,071 = 25%;  1,102 = 36%; | 1,085 = 30%; | 1,090 = 32%; | 1,096 = 34%; |
| 1,106 = 38%; | 1,111 = 40% |  |  |

В последующем при изготовлении растворов формалина учитывают содержание формальдегида следующим образом. Например, необходимо приготовить 1%-й раствор формалина, а имеющийся у нас формалин содержит только 25% формальдегида. В этом случае на 100 мл 0,85%-го раствора хлористого натрия берут не 1 мл формалина, а 1,6 мл и т.д.

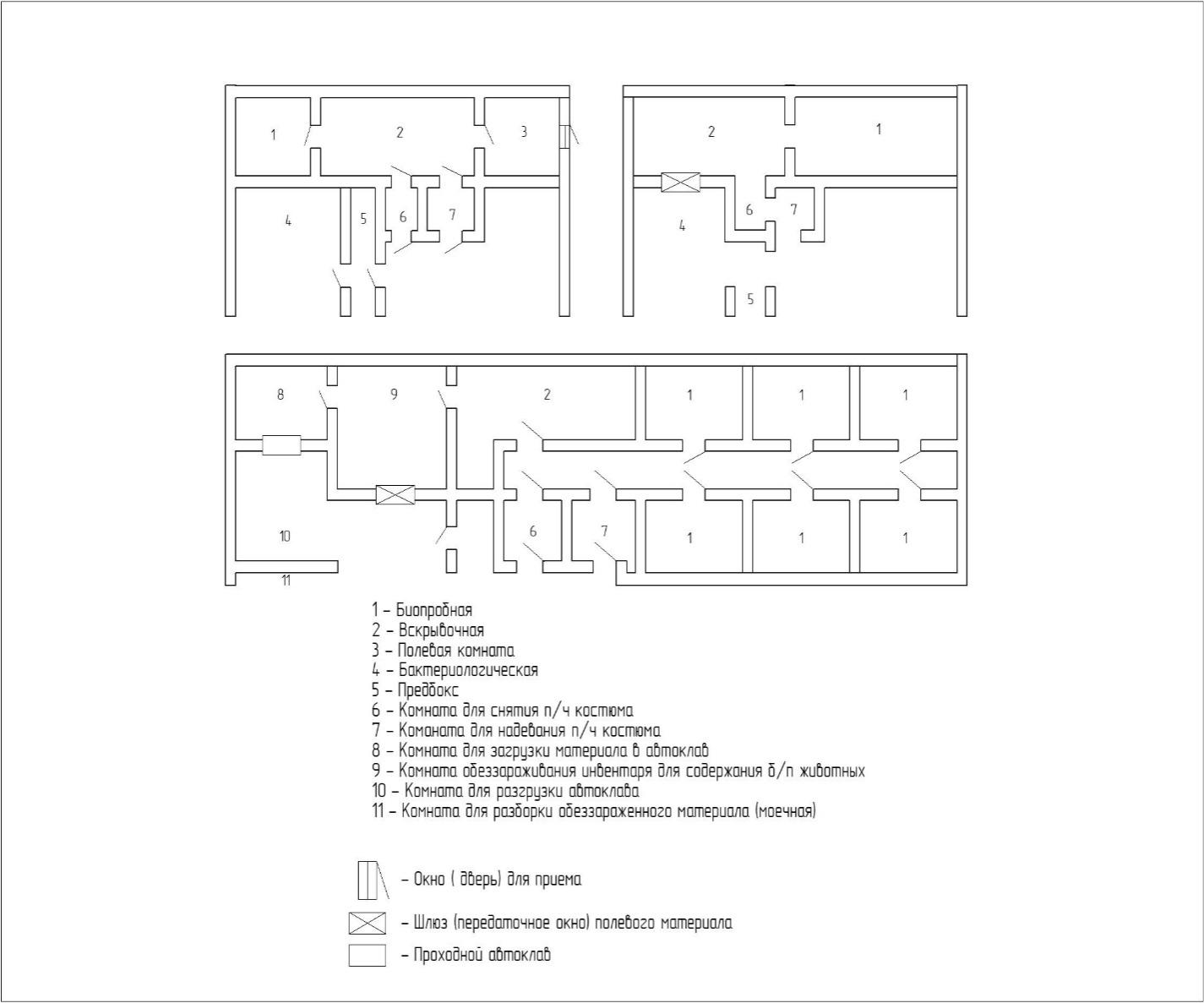
Наиболее целесообразно антибактериальную активность формалина определить следующим образом. В приготовленную взвесь органов нормального животного, например, белой мыши, внести взвесь, содержащую в 1 мл 1 млрд живых бактерий ЕВ, добавить формалин из расчета содержания 1% полноценного формалина, перемешать и оставить при комнатной температуре. Через 2 - 4 ч провести контрольный высев на пластинку с агаром и поставить при 28 °C. При отсутствии роста на пластинке через двое суток инкубации формалин можно признать пригодным к применению.

Метод определения неспецифического действия формалина на антиген может быть осуществлен путем постановки РНАт с материалом, прогретым при 56 °C в течение 30 мин.

Для установления неспецифического действия формалина необходимо добавить его в концентрации 1 - 2% к культуре ЕВ, выращенной при 37 °C, с концентрацией 1 млрд м. к. в 1 мл, выдержать взвесь не менее 4 ч, затем развести до концентрации 1 млн м. к. в 1 мл и с этой взвесью поставить МПГА с чумным антительным диагностикумом.

Приложение 13

**Схема принципиальных планировок комнат блока для работы с инфицированными животными**



Приложение 14

**Требования к первичной обработке и обеззараживанию**

**проб материала при проведении серологических**

**и геннодиагностических исследований**

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) микроорганизмами I - II групп патогенности (бактериями, не образующими споры, хламидиями, риккетсиями и возбудителями глубоких микозов), проводится следующим способом:

- к исследуемому образцу добавляют мертиолят натрия до конечной концентрации 1:10 000 (0,01%) и прогревают его при 56 °C в течение 30 мин. Затем 100 мкл образца переносят в микроцентрифужные пробирки объемом 1,5 мл, добавляют лизирующий раствор, приготовленный на основе 6 М гуанидинизотиоцианата, в объеме, указанном в инструкции по применению к набору реагентов, и инкубируют 15 мин. при 65 °C. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) бактериями, образующими споры (возбудитель сибирской язвы), проводится следующим способом:

- исследуемый материал в количестве 0,1 мл засевают в пробирки с 0,9 мл бульона Хоттингера, pH 7,2 и инкубируют с аэрацией при 37 °C в течение 2,5 ч. Добавляют пенициллин до конечной концентрации 1 000 ед./мл и инкубируют при 37 °C в течение 15 мин. После инкубации с пенициллином исследуемый материал прогревают на водяной бане в течение 10 мин. при температуре 100 °C. Затем 100 мкл обработанного образца переносят в пробирки объемом 1,5 мл и добавляют лизирующий раствор, приготовленный на основе 6 М гуанидинтиоизоцианата в объеме, указанном в инструкции по применению к набору реагентов, и инкубируют 15 мин. при 65 °C. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного вирусом натуральной оспы, проводится следующим способом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 400 мкл лизирующего буферного раствора, содержащего 100 мМ Трис-HCl (pH = 8,0), 100 мМ ЭДТА, 100 мМ NaCl, 1% SDS, и инкубируют 10 мин. при температуре 65 °C. Добавляют 50 мкл раствора протеиназы К (10 мг/мл), перемешивают и инкубируют в течение 1 ч при 56 °C. Центрифугируют в течение 5 мин. при 14 000 об./мин для осаждения нерастворенных частиц. Супернатант переносят в стерильные пробирки объемом 1,5 мл, добавляют равный объем смеси фенол/хлороформ (pH 8,0) и тщательно перемешивают. Затем центрифугируют в течение 5 мин. при 10 000 g. Переносят верхнюю водную фазу, содержащую раствор фенола и ДНК, в новую пробирку, добавляют 1/10 по объему 3 М ацетата натрия (pH 5,5), 30 - 40 мкг РНК-носителя (1 мкл раствора РНК-носителя с концентрацией 30 - 40 мкг/мкл) и равный объем изопропанола. Затем центрифугируют в течение 15 мин. при 10 000 g при 4 °C. Полученный осадок промывают добавлением 1 мл 70% этанола и центрифугированием в течение 5 мин. при 14 000 об./мин при 40 °C. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного вирусами I - II групп патогенности (кроме вируса оспы), содержащего инфекционную (позитивную) РНК, проводится следующим способом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 500 мкл лизирующего буфера на основе 6 М гуанидинизотиоцианата и фенола (1:1) и инкубируют 20 мин. при температуре 65 °C. Затем выделяют РНК, используя метод нуклеосорбции на силикагеле, начиная с этапа добавления сорбента, либо метод осаждения РНК этанолом в присутствии 0,3 М ацетата натрия. Обратную транскрипцию выполняют в соответствии с инструкцией по применению к набору реагентов. Затем в образцы с кДНК добавляют РНКазу A до конечной концентрации 25 мкг/мл. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) вирусами I - II групп патогенности, содержащего неинфекционную (негативную) РНК или ДНК, проводится следующим образом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 500 мкл лизирующего буфера на основе 6 М гуанидинизотиоцианата и фенола (1:1) и инкубируют 20 мин. при температуре 65 °C. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, подозрительного на инфицирование высокопатогенным неизвестным возбудителем, проводится в соответствии с обработкой материала, инфицированного бактериями, образующими споры, и (или) обработкой материала, инфицированного вирусом натуральной оспы.

Режим обеззараживания суспензий внутренних органов или костного мозга животных, материала от больных людей, субстратов гнезд птиц и млекопитающих, погадок хищных птиц, а также бактериальных взвесей определяется видом возбудителя. Обеззараживают возбудителей:

- чумы добавлением проверенного на бактерицидное действие формалина до 1 - 2%-й конечной концентрации с последующей экспозицией не менее 12 ч или до 4%-й концентрации с экспозицией при комнатной температуре в течение 1 ч;

- бруцеллеза и туляремии кипячением в течение 20 мин. с последующим добавлением проверенного на бактерицидное действие формалина до 1 - 2%-й концентрации с последующим выдерживанием не менее 12 ч или до концентрации 4% с экспозицией при комнатной температуре в течение 1 ч;

- сапа и мелиоидоза добавлением формалина до 4%-й концентрации с последующей экспозицией в течение 12 ч;

- холеры кипячением в течение 30 мин.;

- сибирской язвы кипячением в течение 60 мин. с последующим добавлением формалина до 4%-й концентрации и экспозицией до 1 ч;

- глубоких микозов добавлением 10%-го раствора формалина с последующей экспозицией в течение 24 ч при комнатной температуре или в течение 2 ч при температуре (37 base_1_164208_33021 1) °C.

**4.2. Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий выполнения работ с биологическими агентами I-IV групп патогенности (опасности) санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам**

Приложение 15

(рекомендуемое)

Алгоритм проведения обследования, оценки, экспертизы

с целью выдачи санитарно-эпидемиологического заключения

1. При проведении обследования, оценки, экспертизы условий выполнения работ с ПБА I-II групп, аэрозолями микроорганизмов I-IV групп патогенности, а также с генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами, способными вызывать инфекционный процесс и/или заболевание человека, для осуществления всех видов работ (диагностических, экспериментальных, производственных, в том числе работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп) руководителю учреждения необходимо:

1.1. До начала работ или до истечения действующего санитарно-эпидемиологического заключения, направить заявление и пакет документов во ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора с целью проведения предварительной экспертизы полноты и качества представленных документов на электронном (посредством системы электронного документооборота или электронной почты) и на бумажном носителе за подписью руководителя учреждения.

ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора, после получения полного пакета документов, направляет запрос в адрес Управления Роспотребнадзора по субъекту и учреждения Роспотребнадзора, привлекаемые к проведению обследования.

1.2. По итогам обследования составляется «Заключение по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА» с указанием основания проведения оценки, обозначения объекта оценки, краткого описания объекта оценки, замечаний и минимизации рисков (при наличии), выводов о соответствии/не соответствии и не позднее 15 дней направляется в ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора.

1.3. ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора, после получения «Заключения по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА», оформляет экспертное заключение и проект санитарно-эпидемиологического заключения и представляет на рассмотрение Главному государственному санитарному врачу Российской Федерации.

1.4. Оформленное в установленном порядке санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии/несоответствии требованиям санитарно-эпидемиологических правил условий выполнения работ с ПБА I-II групп, аэрозолями микроорганизмов I-IV групп патогенности, а также с генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами, способными вызывать инфекционный процесс и/или заболевание человека, для осуществления всех видов работ (диагностических, экспериментальных, производственных, в том числе работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп) ФКУЗ «Противочумный центр» направляет в учреждение заявителя и вносит запись в реестр выданных санитарно-эпидемиологических заключений.

2. При проведении экспертизы условий выполнения работ (диагностических, экспериментальных и производственных, кроме работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп) с ПБА III-IV групп требованиям санитарно-эпидемиологических правил:

* 1. До начала работ или до истечения действующего санитарно-эпидемиологического заключения, заявление и пакет документов за подписью руководителя учреждения направляется в Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.
  2. Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации в ходе рассмотрения пакета документов принимает решение о проведении выездного обследования (оценки) объекта (подразделения) на соответствие санитарно-эпидемиологическим правилам, в том числе при необходимости с привлечением специалистов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации» и/или иного учреждения Роспотребнадзора.
  3. По итогам обследования составляется «Заключение по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА» с указанием основания проведения оценки, обозначения объекта оценки, краткого описания объекта оценки, замечаний и минимизации рисков (при наличии), выводов о соответствии/не соответствии, оформляется экспертное заключение и проект санитарно-эпидемиологического заключения и представляет на рассмотрение Главному государственному санитарному врачу по субъекту Российской Федерации.

2.4. Управлением Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации санитарно-эпидемиологическая экспертиза (совместное обследование и экспертиза пакета документов) может быть поручена ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации», по итогам проведенной работы оформляется экспертное заключение о соответствии/несоответствии условий выполнения работ.

2.5. На основании рассмотрения пакета документов, проведенных обследований (оценок) экспертной оценки готовится проект санитарно-эпидемиологического заключения и представляется на рассмотрение Главному государственному санитарному врачу (заместителю) по субъекту Российской Федерации.

2.6. Оформленное в установленном порядке санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии/не соответствии требованиям санитарно-эпидемиологических правил условий выполнения работ (диагностических, экспериментальных и производственных, кроме работ по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА III-IV групп) с ПБА III-IV групп направляется в учреждение заявитель и в реестр выданных санитарно-эпидемиологических заключений вносится запись.

Приложение 16

(рекомендуемое)

**Формы заявлений на получение СЭЗ для работы с ПБА I-II групп**

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп организации (учреждения) | Главному государственному санитарному врачу Российской Федерации,  Руководителю Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав  потребителей и благополучия человека  Ф.И.О. |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  Прошу выдать санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения работ с ПБА I-II (или II) групп, патогенных для человека:  1ариант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название структурного подразделения учреждения в соответствии со штатным расписанием, фактический адрес)*   1. диагностических с возбудителями:   \_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*  экспериментальных с возбудителями:  \_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*  производственных с возбудителями:  \_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*  2ариант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название структурного подразделения учреждения в соответствии со штатным расписанием, фактический адрес)*   1. диагностических (или экспериментальных, производственных) с возбудителями:   \_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*  Обоснование наличия условий выполнения работ с данными микроорганизмами приведено в пояснительной записке.   |  |  | | --- | --- | | Приложение: | * Пояснительная записка на … л. в 1 экз. * Акт комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности на … л. в 1 экз. * Графические материалы на … л. в 1 экз. * Протоколы проверки защитной эффективности ФОВ на … л. в 1 экз. * Протоколы проверки защитной эффективности БМБ на … л. в 1 экз. * «Заключение по результатам выездной оценки наличия условий выполнения работ с ПБА» на …л. в 1 экз. |   Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) Ф.И.О.*  (М.П.) | |

**Форма заявления в Противочумный центр**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Штамп организации (учреждения) | Директору ФКУЗ  «Противочумный центр»  Роспотребнадзора  ФИО |   **ЗАЯВЛЕНИЕ**  Представляю для рассмотрения и подготовки экспертного заключения комплект документации для получения санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий в *(название структурного подразделения, отдела, лаборатории)* *(название организации)* выполнения диагностических *(экспериментальных, производственных)* работ с возбудителями инфекционных заболеваний I-II групп патогенности.  Обоснование условий проведения диагностических работ с микроорганизмами приведено в пояснительной записке.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Приложение: | 1. Пояснительная записка на … л. в 1 экз. 2. Акт комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности на … л. в 1 экз. 3. Графические материалы на … л. в 1 экз. 4. Протоколы проверки защитной эффективности ФОВ на … л. в 1 экз. 5. Протоколы проверки защитной эффективности БМБ на … л. в 1 экз. | | | Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) Ф.И.О.* | | | | (М.П.) | |  | |

Приложение 17

(рекомендуемое)

**Форма заявления на получение СЭЗ для работы с ПБА III-IV групп**

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп организации (учреждения) | Руководителю Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав  потребителей и благополучия человека  по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(субъекту Российской Федерации)*  Ф.И.О. |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести обследование и выдать санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии условий выполнения работ с ПБА III-IV групп, патогенных для человека:

1ариант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название структурного подразделения учреждения в соответствии со штатным расписанием, фактический адрес)*

1. диагностических с возбудителями:

\_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*

экспериментальных с возбудителями:

\_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*

производственных с возбудителями:

\_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*

2ариант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название структурного подразделения учреждения в соответствии со штатным расписанием, фактический адрес)*

1. диагностических (или экспериментальных, производственных) с возбудителями:

\_*перечислить виды возбудителей в соответствии с Классификацией)*

Обоснование наличия условий выполнения работ с данными микроорганизмами приведено в пояснительной записке.

|  |  |
| --- | --- |
| Приложение: | 1. Пояснительная записка на … л. в 1 экз. 2. Акт комиссии по контролю соблюдения требований биологической безопасности на … л. в 1 экз. 3. Графические материалы на … л. в 1 экз. 4. Протоколы проверки защитной эффективности ФОВ на … л. в 1 экз. 5. Протоколы проверки защитной эффективности БМБ на … л. в 1 экз. |
| Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) Ф.И.О.*  (М.П.) | |

Приложение 18

(рекомендуемое)

Характеристика систем приточной и вытяжной вентиляции

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  системы | Обслуживаемые помещения | | Класс и марки фильтров | Кол-во фильтров | Периодичность, дата последней  проверки защитной эффективности | |
| **Системы приточной вентиляции** | |  | | | |
| Приточная П1 | Помещения «заразной» зоны: блок для работы с инфицированными животными | | Каскад фильтров класса F6, Н14  Фильтры очистки воздуха  ФВА-I-592-592-300, заводской №  Класс Н14 | 2 | Протоколы:  № ….от …...г.;  № ….. от …..г. | |
| Приточная П2 | Помещения «заразной» зоны – коридор, помещения для микробиол-х, серологических исследований | | Каскад фильтров класса F6, Н14  Фильтры очистки воздуха  ФВА-I-592-592-300, заводской №  Класс Н14 | 2 | Протоколы:  № ….от …...г.;  № ….. от …..г. | |
| **Системы вытяжной вентиляции** | |  | | | |
| Вытяжная В1 | Помещения «заразной» зоны: блок для работы с инфицированными животными | | Фильтры очистки воздуха  ФВА-I-592-592-300, заводской №  Класс Н14 | 4 | Протоколы:  № ….от …...г.;  № ….. от …..г. | |
| Вытяжная В2 | Помещения «заразной» зоны: помещения для микробиологических, серологических исследований, санитарный пропускник | | Фильтры очистки воздуха  ФВА-I-592-592-300, заводской №  Класс Н14 | 4 | Протоколы:  № ….от …...г.;  № ….. от …..г. | |

Приложение 19

(рекомендуемое)

Характеристика боксов микробиологической безопасности

и (или) защитных боксирующих устройств

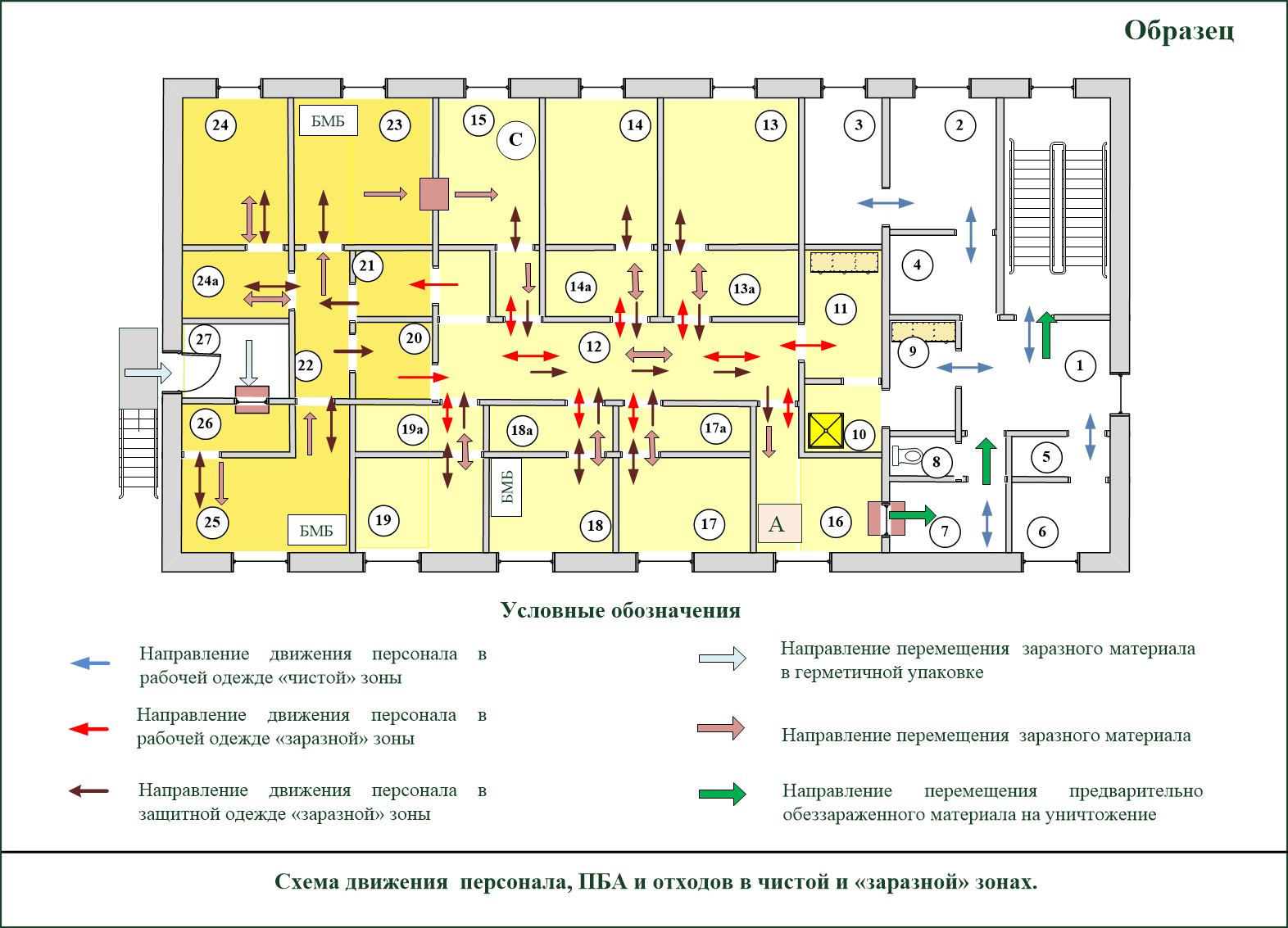
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование  и марка  БМБ | Место  установки и назначение БМБ  в «заразной» зоне | Класс, тип безопасности бокса | Периодичность,  дата последней проверки защитной эффективности |
| БМБ-II  «Ламинар-С»-1,2 (231.120.00.336),  …...г.в., заводской № …. | Помещение № 45 приём материала | II | Протокол  № …..от ….… г. |
| БМБ-II  «Ламинар-С»-1,2 (231.120.00.335),  …...г.в., заводской № …. | Помещение № 44  для микробиологических исследований | II | Протокол  № …..от ….… г. |
| БМБ-II  «Ламинар-С»-1,5 (221.150.00.586),  …...г.в., заводской № …. | Помещение № 43  для серологических исследований | II | Протокол  № …..от ….… г. |
| БМБ-II  «Ламинар-С»-1,5 (221.150.00.583),  …...г.в., заводской № …. | Помещение № 42  для бактериологических исследований | II | Протокол  № …..от ….… г. |

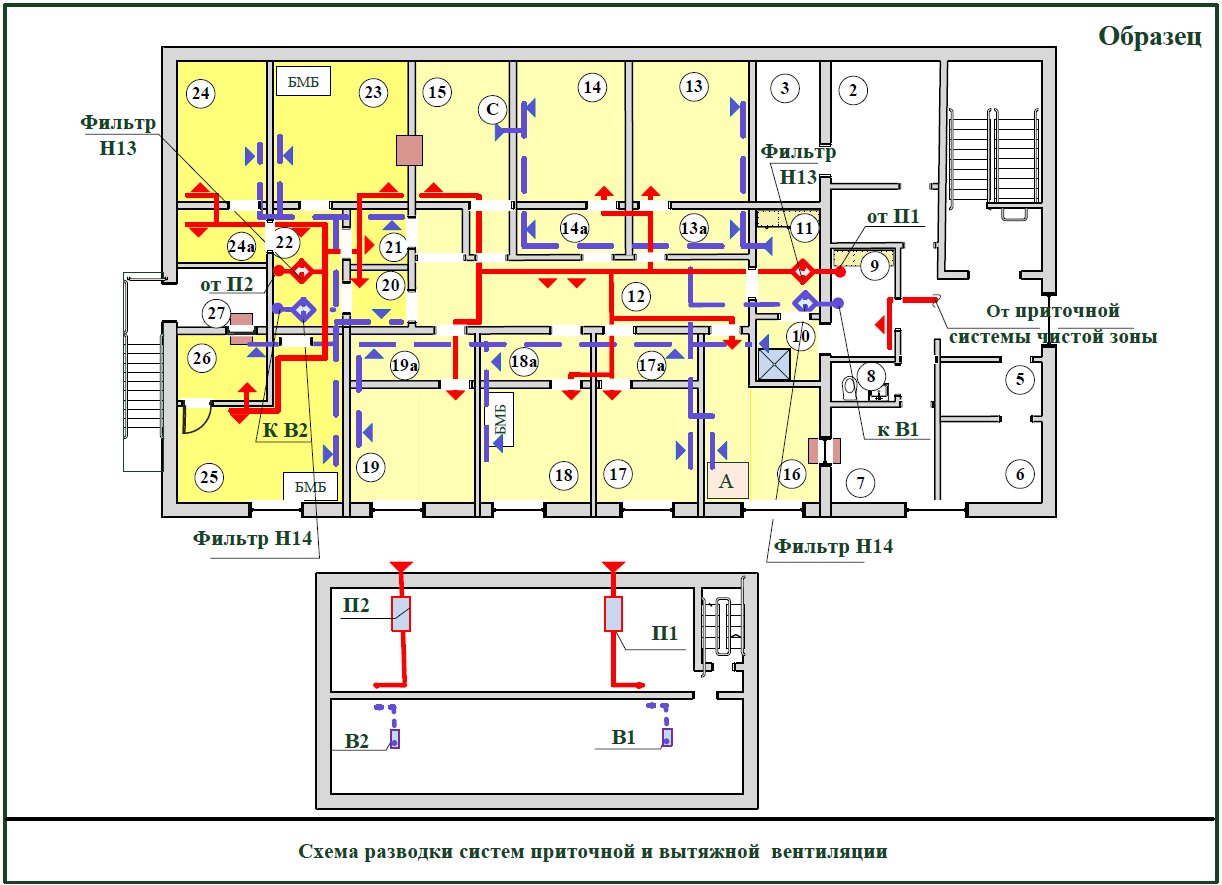
Приложение 20

(рекомендуемое)

**Графические материалы**







Приложение 21

(рекомендуемое)

**Форма заключения комиссии учреждения по генно-инженерной деятельности**

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель учреждения

(подпись, дата утверждения)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**комиссии по генно-инженерной деятельности**

Основание: приказ Руководителя от \_\_\_ № \_\_\_

Составлено комиссией, утверждённой приказом от \_\_\_ № \_\_\_

в составе:

Председатель (должность, фамилия, инициалы).

Члены комиссии:

1.(должность, фамилия, инициалы)

2.

3. и т.д.

В период с \_\_\_ по \_\_\_ комиссия проверила соответствие инженерных систем в корпусе (лаборатории, отделе)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, оборудования, организационных мероприятий, технологии проведения работ с рекомбинантными молекулами ДНК (РНК) микроорганизмов \_\_\_ групп патогенности в лаборатории (отделе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корпуса \_\_\_ требованиям нормативных документов.

Установлено, что в лаборатории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название лаборатории, отдела) имеется утверждённая инструкция, регламентирующая требования ББ при проведении работ с рекомбинантными молекулами ДНК (РНК) микроорганизмов \_\_ групп патогенности.

На все виды работ, проводимых с ДНК (РНК) микроорганизмов I-IV групп патогенности, имеются необходимые руководства, инструкции и методики.

Корпус № \_\_\_ оснащён инженерными системами в соответствии с требованиями санитарных правил СП.

В лаборатории (отделе) имеется необходимый запас дезинфектантов.

В лаборатории имеются медицинские аптечки, укомплектованные в соответствии с требованиями руководящих документов. На случай аварийных ситуаций в корпусе имеется аварийный комплект, оснащённый средствами индивидуальной защиты и дезсредствами.

Персонал, работающий в «заразных» помещениях, обеспечен необходимыми средствами индивидуальной защиты.

Вывод: Инженерные системы, оборудование, технология проведения работ, организационные мероприятия соответствуют требованиям нормативно-методических докуменов и обеспечивают безопасность персонала и окружающей среды при работе с рекомбинантными молекулами ДНК (РНК) микроорганизмов I-IV групп патогенности в отделе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название отдела).

Председатель комиссии (подпись, фамилия, инициалы)

Члены комиссии: (подпись, фамилия, инициалы)

**4.3. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека и других биологических агентов I-IV групп патогенности (опасности)**

Приложение 22

Таблица 22.1

**Журнал регистрации патогенных биологических агентов, объектов (проб, образцов), поступивших для исследования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата поступления | Наименование ПБА или объектов (проб, образцов), поступивших на исследование | Число поступивших емкостей (пробирок, ампул) | Откуда поступил | Цель исследования | Результат исследования  (кратко) | Дата выдачи ответа | Подпись | Примечание  (2) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

*1. В лабораториях, проводящих диагностические исследования, журнал регистрации патогенных биологических агентов*, объектов (проб, образцов),*поступивших для исследования, заменяют журналы по отдельным видам исследований.*

*2. В примечании указать судьбу ПБА или объектов (проб, образцов):*

* *уничтожен (дата, номер записи в журнале);*
* *передан в коллекцию, в другое подразделение, в другую организацию (указать дату передачи, куда передан);*
* *находится на хранении (указать место хранения).*

Таблица 22.2

**Журнал учёта выделенных штаммов микроорганизмов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Номер анализа | Адрес и дата взятия пробы, образца | Наименование ПБА (род, вид) | Источник  выделения | Дата  выделения | Краткая  характеристика ПБА<1> | Судьба ПБА<2> | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

<1> *- Типичность; при атипичности указать отличительные признаки.*

<2> *- Уничтожен (дата,* номер *акта); передан в коллекцию, центр (дата, номер акта).*

Таблица 22.3

**Журнал учета движения патогенных биологических агентов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Вид ПБА | Наименование объектов, содержащих  ПБА | Число объектов | | | | | | Примечание | Подпись  ответственного лица |
| к  началу  дня | получено | посеяно или заражено | уничтожено | передано | к  концу  дня |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

1. *В графе 3 перечисляют все виды лабораторной посуды, содержащей ПБА (в том числе лиофильно высушенных), а также зараженных животных, эктопаразитов, проб, образцов.*
2. *Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III—IV групп, данный журнал не заполняют.*
3. *Заполняется только в дни работы с объектами.*
4. *Выбор данного журнала или расширенной формы журнала учёта движения патогенных биологических агентов определяется исполнителем.*

Таблица 22.4

**Журнал учёта движения патогенных биологических агентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Вид исследования, наименование ПБА | Число посевов «А» | | | | Число зараженных животных  (по видам) «Б» | | | | Число зараженных  эктопаразитов (проб) «В» | | | |
| к началу дня | посеяно (получено) | Уничто-жено (выдано) | к концу дня | к началу дня | заражено (получено) | уничтожено (передано) | к концу дня | к началу дня | заражено (получено) | Уничто-жено (передано) | к концу дня |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(расширенная форма журнала)

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

Продолжение Таблицы 22.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Числи зараженных органов (проб) «Г» | | | | Число сухих препаратов «Д» | | | | Подпись ответственного лица | Примечание |
| к началу дня | заражено (получено) | уничтожено (передано) | к концу дня | к началу дня | получено | уничтожено (выдано) | к концу дня |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

1. *Каждый учетный раздел, кроме 1, 2, 23, 24, при необходимости может быть использован раздельно.*
2. *Посевы ПБА независимо от вида емкостей учитываются суммарно.*
3. *Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III—IV групп, данный журнал не заполняют.*
4. *Заполняется только в дни работы с указанными объектами.*
5. *Выбор журнала учёта движения патогенных биологических агентов или его расширенной формы определяется исполнителем.*

Таблица 22.5

**Инвентарный журнал коллекционных патогенных биологических агентов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования) | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Инвентарный номер штамма в данной коллекции | Наименование штамма  (род, вид)  в латинской транскрипции | Особое обозна-чение  штамма | Подвид, тип, генотип, серотип и т.п. | Источник выделения | Метод  выделения | Дата выделения | Место выделения | Кем выделен | Откуда  поступил <1> | Дата поступ-ления | Судьба  ПБА | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

<1> *- Если штамм поступил из другой коллекции, в графе 11 указать наименование коллекции (организации), откуда поступил штамм, и инвентарный номер штамма, присвоенный этой другой коллекцией.*

Таблица 22.6

**Журнал выдачи патогенных биологических агентов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, лаборатории, на базе которого (которой) функционирует коллекция организации | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата поступле-ния заявки | Откуда поступила заявка, сведения о разрешительном документе<1> | Наименование и инвентарный номер отпущенного ПБА | Число  отпущенных  емкостей с ПБА (указать вид посуды, упаковки) | Дата отпуска | ФИО получателя,  номер и дата доверенности,  номер паспорта,  кем и когда выдан | Расписка  в получении | Кто выдал  (ФИО,  подразделение, подпись) | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

<1> *- Указывают сведения о разрешении руководителя организации на выдачу коллекционного ПБА (номер, дату).*

Таблица 22.7

**Карта индивидуального учета коллекционного патогенного биологического агента \_\_\_\_\_\_\_\_ (номер карты)**

|  |
| --- |
| **Наименование ведомства** |
| Наименование учреждения |
|  |
| Коллекционный центр/коллекция |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование ПБА,  для штамма -–род, вид в латинской транскрипции | | Инвентарный номер ПБА в коллекции | | Особое обозначение штамма  (если имеется) | | | Номер шкафа/холодильника | | | Номер полки | | Номер ящика | | | Номер коробки, вид вторичной тары, содержащей первичные емкости с ПБА | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| Дата | От кого получено | | Кому отпущено | | Получено (количество первичных емкостей) | Выдано (количество первичных емкостей) | | Остаток (количество первичных емкостей) | Дата | | От кого получено | | Кому отпущено | Получено (количество первичных емкостей) | | Выдано (количество первичных емкостей) | | Остаток (количество первичных емкостей) |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 1 | | 2 | | 3 | 4 | | 5 | | 6 |
|  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |

Таблица 22.8

**Журнал учета ПБА I-IV групп, находящихся в рабочей коллекции штаммов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование ПБА (для микроорганизма -–род. вид в латинской транскрипции) | Инвентарный номер штамма в коллекции или рабочее обозначение штамма<1> | Цель использования | Откуда получен  штамм, число, месяц, год получения | Отметка об уничтожении,  передаче другому сотруднику  или передаче в специализированную коллекцию | Ответственный за хранение  (ФИО, подразделение, подпись) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

<1> - *Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.*

Таблица 22.9

**Журнал консервации патогенных биологических агентов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 25 лет** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата поступления заявки,  наименование подразделения (организации) | Кем  и когда разрешено | Консервация | | | | | | |
| дата и  номер протокола  консервации | наименование ПБА | число ампул (флаконов) | | | | |
| разлито | подключено  (загружено) | отпаяно | взято на контроль | забраковано |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица 22.10

**Журнал обеззараживания патогенных биологических агентов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование ведомства** | **Хранить 3 года** |
| Наименование учреждения | До: |
|  | Начат: |
| Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования) | Окончен: |
|  | (день, месяц, год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата | Лаборатория  (подразделение) | Наименование  материала, ПБА | Число емкостей,  первичных емкостей с ПБА | Подпись | | Номер  автоклава |
| сдавшего материал, ПБА | принявшего материал, ПБА |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Продолжение Таблицы 22.10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Режим стерилизации | | | | | Контроль стерилизации | | | Другие виды обеззараживания (указать режим, экспозицию) | Подпись | |
| начало | конец | давление  (P) | температура (t°) | экспозиция (время-t) | химические тесты | | бактериоло-гические тесты | автоклавера (дезинфектора) | ответственного  за режим автоклави-рования |
| Наружный тест | Внутренний тест |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица 22.11

**Журнал регистрации вскрытия первичной емкости (ампулы, флакона) с сухим**

**патогенным биологическим агентом I-II групп с целью высева или уничтожения**

|  |
| --- |
| **Наименование ведомства** |
| Наименование учреждения |
|  |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата вскрытия первичной емкости (ампулы) | ФИО и должность вскрывшего первичную емкость | ФИО и должность давшего разрешение на вскрытие первичной емкости | Номер и дата разрешения на вскрытие первичной емкости | Первичная емкость с сухим ПБА\* | Цель вскрытия первичной емкости | Первичная емкость с остатками ПБА обеззаражены | | Дата обез-зара-жива-ния | Подпись  (ФИО, подпись) | |
| автоклави-рованием (режим автоклави-ровиния) | погруже-нием  (название дез.средс-ва, концен-трация, экспози-ция) | вскры-вших перви-чную емкость | заведу-ющий лабора-торией (отде-лом) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

*\* - наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации, количество первичных емкостей (ампул).*

Таблица 22.12

**Журнал регистрации уничтожения ПБА I-IV групп, (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов)**

|  |
| --- |
| **Наименование ведомства** |
| Наименование учреждения |
| Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата уничтожения ПБА | ФИО и должность уничтожившего ПБА | ФИО и должность давшего разрешение на уничтожение ПБА | Номер и дата разрешения на уничтожение ПБА | Уничтоженный ПБА,объект (проба, образец), содержащий ПБА \* | Метод уничтожения ПБА | | ФИО, подпись | |
| автоклави-рованием  (режим автоклави-ровиния) | погружением  (название дез.средства, концен-трация, экспозиция) | уничто-жившие ПБА | заведу-ющий лабора-торией (отде-лом) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Примечание:***

*\*- наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации, количество первичных емкостей (ампул).*

Таблица 22.13

**Акт передачи патогенных биологических агентов I-II групп**

|  |
| --- |
| Наименование ведомства |
| Наименование учреждения |

**внутри подразделения и ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) внутри организации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), передающего ПБА |  |
| 2 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), получающего ПБА |  |
| 3 | Дата передачи ПБА |  |
| 4 | Передаваемый ПБА\* |  |
| 5 | Должность, ФИО, подпись лица, передавшего ПБА |  |
| 6 | Должность, ФИО, подпись лица, получившего ПБА |  |
| 7 | Руководитель подразделения, передавшего ПБА,  ФИО, подпись |  |

***Примечание:***

*\* - наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей.* *Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.*

Таблица 22.14

**Акт передачи патогенных биологических агентов I-II групп**

**между подразделениями внутри организации**

|  |
| --- |
| Наименование ведомства |
| Наименование учреждения |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), передающего ПБА |  |
| 2 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), получающего ПБА |  |
| 3 | Дата передачи ПБА |  |
| 4 | Передаваемый ПБА\* |  |
| 5 | Должность, ФИО, подпись лица, передавшего ПБА |  |
| 6 | Должность, ФИО, подпись лица, получившего ПБА |  |
| 7 | Руководитель организации,  ФИО, подпись |  |

***Примечание:***

*\* - наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей.* *Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.*

Таблица 22.15

**Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп патогенности**

**на(после) временное(ого) хранение(я) внутри подразделения организации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование ведомства  Наименование учреждения |  |
| 2 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования) |  |
| 3 | Дата передачи ПБА |  |
| 4 | Передаваемый ПБА\* |  |
| 5 | Упаковка ПБА, количество упаковок |  |
| 6 | Опечатано печатью (номер личной печати сотрудника, передавшего ПБА) |  |
| 7 | Указанные ПБА хранятся: |  |
| 7.1 номер комнаты |  |
| 7.2 номер сейфа |  |
| 7.3 номер холодильника |  |
| 8 | Одновременно переданы (наименования учетной документации, ключ от сейфа) |  |
| 9 | Сведения о лицах, передавших и получивших ПБА: |  |
| 9.1 Должность, ФИО, подпись лица. передавшего ПБА |  |
| 9.2 Должность, ФИО, подпись лица, получившего ПБА |  |
| 10 | Руководитель подразделения, ФИО, подпись |  |

***Примечание:***

*\*- наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер, особое обозначение штамма в коллекции организации, «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей, условия передачи – с правом или без права пересева. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.*

Таблица 22.16

**Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп**

**на(после) временное(ого) хранение(я) между подразделениями организации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование ведомства  Наименование учреждения |  |
| 2 | Дата передачи ПБА |  |
| 3 | Наименование подразделения, передающего ПБА |  |
| 4 | Наименование подразделения, получающего ПБА |  |
| 5 | Передаваемый ПБА\* |  |
| 6 | Упаковка ПБА (количество упаковок) |  |
| 7 | Опечатано печатью (номер личной печати сотрудника, передавшего ПБА) |  |
| 8 | Указанные ПБА хранятся: |  |
| 8.1 номер комнаты |  |
| 8.2 номер сейфа |  |
| 8.3 номер холодильника |  |
| 9 | Одновременно переданы (наименования учетной документации, ключ от сейфа) |  |
| 10 | Должность, ФИО, подпись сотрудника, передавшего ПБА |  |
| 11 | Должность, ФИО, подпись сотрудника, получившего ПБА |  |
| 12 | Руководитель учреждения, ФИО, подпись |  |

***Примечание:***

*\*- наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер, особое обозначение ПБА в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей, условия передачи – с правом или без права пересева. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.*

Таблица 22.17

**Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп за пределы организации\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИ1 | Наименование ведомства, передавшего ПБА I-IV групп патогенности  Наименование учреждения |  |
| 2 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), передавшего ПБА I-IV групп патогенности |  |
| 3 | Наименование ведомства, получившего ПБА I-IV групп патогенности  Наименование учреждения |  |
| 4 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), получившего ПБА I-IV групп патогенности |  |
| 5 | Дата приема ПБА в организации-получателе |  |
| 6 | Передаваемый ПБА\*\* |  |
| 7 | 7.1 ФИО, должность, подпись лица, передавшего ПБА |  |
| 7.2 ФИО, должность, подпись лица, получившего ПБА |  |
| 8 | Сведения о перевозчике |  |
| 9 | ФИО, подпись руководителя организации, передавшей ПБА |  |

***Примечание:***

**\*-***не обязателен для специализированных коллекций, при обмене с организацией получателем ПБА актами упаковки/вскрытия.*

*\*\*- наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма ПБА в коллекции организации, особое обозначение штамм (если присвоено), количество передаваемых первичных емкостей, вид первичной емкости, вторичной и наружной тары, указание на нормативный документ, в соответствии с которым произведена упаковка ПБА..*

Таблица 22.18

**Паспорт штамма**[[73]](#footnote-73)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование ведомства | |
| Наименование учреждения | |
| Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории) | |
| 1.Инвентарный номер штамма в коллекции организации |  |
| 1.1. Наименование штамм (род, вид) в латинской транскрипции |  |
| 1.2. Подвид, тип, субтип, генотип, серотип |  |
| 2. Особое обозначение штамма, присвоенное коллекцией |  |
| 3. Выделен (год, месяц, число): |  |
| 4. Объект выделения |  |
| 5. Место выделения |  |
| 6. Способ выделения |  |
| 7. Кем выделен |  |
| 8. Кем подтверждён |  |
| 9. Характеристика штамма: |  |
| 9.1. Морфология клеток при выделении |  |
| 9.2. Культуральные свойства |  |
| 9.3. Биохимическая активность |  |
| 9.4. Молекулярно-генетические характеристики штамма |  |
| 9.4.1. Данные о первичной структуре генома и/или отдельных генов (ссылки на базы данных или другие источники, где хранится информация о последовательностях) |  |
| 9.4.2. Данные о плазмидном составе |  |
| 9.4.3. Данные об имеющихся характеристиках белкового состава, в том числе белковых спектрах (ссылки на базы данных или другие источники информации) |  |
| 9.4.4. Другие имеющиеся данные |  |
| 9.5. Отношение к фагам |  |
| 9.6. Серологические свойства |  |
| 9.7. Вирулентность |  |
| 9.8. Чувствительность к противобактериальным (антибиотикам) и противовирусным препаратам |  |
| 9.9. Другие свойства |  |
| 10. Среда хранения |  |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Врач / научный сотрудник (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 23

**Система классификации и идентификации ПБА I-IV групп патогенности (опасности) для целей транспортировки**

1. Система классификации и идентификации в соответствии с Типовыми правилами ООН[[74]](#footnote-74).

2. ПБА I-IV групп патогенности (опасности) относят к классу 6 опасных грузов *Токсичные вещества и инфекционные вещества*.

Класс 6 подразделяется на два следующих подкласса.

Подкласс 6.1 *Токсичные вещества.*

Вещества, способные вызывать смерть или серьезную травму, или причинять вред здоровью человека при проглатывании, вдыхании или контакте с кожным покровом.

Подкласс 6.2 *Инфекционные вещества.*

Вещества, о которых известно или имеются основания полагать, что они содержат патогенные организмы. Патогенные организмы – это микроорганизмы (включая бактерии, вирусы, простейшие, грибы) и другие инфекционные агенты, такие как прионы, способные вызвать заболевания людей или животных.

3. Опасным грузам назначают идентификационные номера ООН, присвоенные Комитетом экспертов ООН как наиболее часто транспортируемым опасным грузам или их группам и внесённые в Перечень опасных грузов, приведенный в части 3 Типовых правил ООН, далее - № ООН.

**4**. **Подкласс 6.1. Токсичные вещества.**

4.1. Назначение групп упаковки.

Вещества подкласса 6.1 относят к следующим трем группам упаковки в соответствии со степенью их токсической опасности при перевозке:

- *группа упаковки I* -–вещества и препараты с чрезвычайно высокой степенью риска отравления;

- *группа упаковки II* – вещества и препараты с высокой степенью риска отравления;

- *группа упаковки III* – вещества и препараты с относительно низкой степенью риска отравления.

При отнесении веществ к этим группам должны учитываться имеющиеся сведения об отравлении людей при несчастных случаях, а также такие свойства вещества, как особая способность проникновения и особое биологическое действие.

4.2. При отсутствии данных о воздействии на людей отнесение к той или иной группе должно основываться на результатах экспериментов на животных. Должны быть изучены следующие показатели токсичности при трех возможных путях воздействия, а именно, при проглатывании, попадании на кожу, вдыхании аэрозолей (пыли, взвесей. тумана), в соответствии с подразделами 2.6.2.1 и 2.6.2.3 Типовых правил ООН[[75]](#footnote-75).

а) ЛД50 (средняя летальная доза для острой токсичности при проглатывании пероральной токсичности) – однократная доза вещества, которая при пероральном введении может вызвать в течение 14 суток смерть у половины молодых взрослых белых крыс. Число подопытных животных должно быть достаточным для получения статистически достоверного результата. Результат выражают в миллиграммах на килограмм массы животного (мг/кг);

б) ЛД50 для острой токсичности при попадании на кожу (чрескожной токсичности) -–доза вещества, которая при непрерывном контакте в течение 24 ч с обнаженной кожей белых кроликов (кроликов-альбиносов) может вызвать смерть у половины подопытных животных в течение 14 суток. Число подопытных животных должно быть достаточным для получения статистически достоверного результата и соответствовать нормальной фармакологической практике. Результат выражают в миллиграммах на килограмм массы животного;

в) ЛК50 для острой токсичности при вдыхании (ингаляционной токсичности) -–концентрация аэрозоля (пыли, взвеси, тумана), которая при непрерывном вдыхании взрослыми белыми крысами в течение 1 ч может вызвать смерть в течение 14 суток у половины подопытных животных. Твердое вещество должно подвергаться испытанию в том случае, если по меньшей мере 10%, по массе, общей массы этого вещества может быть в виде пыли, которая может попадать внутрь при вдыхании, например, если частицы имеют аэродинамический диаметр не более 10-6 м (10 мк). Жидкость следует подвергнуть испытанию в том случае, если при ее утечке из емкости, используемой для перевозки, может образоваться взвесь или аэрозоль. Образец вещества (твердого или жидкого), подготовленный к испытанию на ингаляционную токсичность, должен более чем на 90% (по массе) состоять из частиц, которые по своим размерам могут попадать внутрь при вдыхании в соответствии с вышеуказанным.

Результат выражают в миллиграммах на кубический метр воздуха или миллиграммах на литр воздуха для пыли и взвесей, для паров – в миллиграммах на кубический метр воздуха.

Если показатели токсичности, определенные экспериментальным способом, для разных путей воздействия различаются, то степень опасности груза следует присваивать по наибольшему показателю.

4ритерии определения степени опасности веществ и отнесения веществ к группам упаковки по токсичности при проглатывании, попадании на кожу, ингаляционной токсичности приведены в таблице 23.1. Приложения 23 к Санитарным правилам.

1. Таблица 23.1

Показатели и критерии определения степени опасности веществ по пероральной, дермальной, ингаляционной (аэрозоли) токсичности и отнесения веществ

к группам упаковки

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Критерий степени опасности веществ,  группа упаковки | | |
| Чрезвычайно высокая степень риска отравления, группа упаковки I | Высокая степень риска отравления, группа упаковки II | Относительно низкая степень риска отравления,  группа упаковки III |
| Пероральная токсичность,  средняя смертельная (летальная) доза ЛД50, мг/кг | <= 5 | > 5; < 50 | >= 50; <= 500 |
| Чрезкожная токсичность,  средняя смертельная (летальная) доза ЛД50, мг/кг | <= 50 | > 50 - < 200 | >= 200; <= 1000 |
| Токсичность при вдыхании аэрозоля, средняя смертельная (летальная) концентрация ЛК50, мг/л | <= 0,2 | > 0,2; < 2 | >= 2; <= 4 |

4.4. Токсины биологического (растительного, животного или бактериального) происхождения, которые не содержат каких–либо инфекционных веществ, или токсины, содержащиеся в веществах, не являющихся инфекционными, должны рассматриваться на предмет их включения в подкласс 6.1 и отнесения к № ООН 3172 или № ООН 3462.

4.5. Надлежащим отгрузочным наименованием для № ООН 3171 является «*ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ЖИДКИЕ, Н.У.К.»,* для № ООН 3462 «*ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ТВЕРДЫЕ, Н.У.К*.». (Н.У.К. – сокр. не указанные конкретно).

В грузовых документах и при маркировке упаковки надлежащее отгрузочное наименование должно быть дополнено техническим наименованием (данное требование не относится к упаковкам с токсинами биологического происхождения в освобожденных количествах).

4.6. Токсины биологического (растительного, животного или бактериального) происхождения, содержащие инфекционные вещества, или токсины, содержащиеся в инфекционных веществах, должны быть отнесены к подклассу 6.2.

**5**. **Подкласс 6.2. Инфекционные вещества.**

5.1. К инфекционным веществам относят:

5.1.1. Инфекционные вещества (инфекционные материалы) – вещества (материалы), содержащие возбудителей инфекционных болезней I-IV групп патогенности (микроорганизмы: бактерии, включая риккетсии и хламидии, вирусы, простейшие, грибы; а также инфекционные агенты, такие, как прионы), вызывающие заболевания людей или животных;

5.1.2. Культуры (лабораторные штаммы), полученные в результате размножения и увеличения патогенных микроорганизмов и создания их высоких концентраций;

5.1.3. Образцы, пробы, органы, секционный материал, взятые от людей или животных и содержащие инфекционный материал или подозрительные на содержание инфекционного материала, перевозимые в целях, например, исследований, расследований, диагностики, лечения или профилактики;

5.1.4. Биологические продукты (продукты, полученные из живых организмов и используемые для разработок, испытаний и исследований препаратов для лечения, профилактики, диагностики, например, вакцины).

Биологические продукты подразделяют на следующие группы:

5.1.4.1. Продукты, изготовленные и упакованные с соблюдением национальных требований, готовые к использованию или незавершенные биологические продукты, такие как вакцины, диагностикумы, фармацевтические субстанции или изделия медицинского назначения, и перевозимые для распределения или окончательной упаковки;

5.1.4.2. Продукты, которые не охватываются пунктом 5.1.4.1 и в отношении которых известно или имеются основания полагать, что они содержат инфекционные вещества;

5.1.5. Медицинские и клинические отходы, т.е. отходы лечения людей, животных или отходы биологических исследований, содержащие возбудителей инфекционных болезней;

5.1.6. Живых инфицированных животных.

5.1.7. Другие материалы, не охваченные настоящим пунктом (например, образцы почвы), но в отношении которых известно или имеются основания полагать, что они содержат инфекционные вещества.

5.2. Инфекционные вещества подкласса 6.2. относят к одной из двух категорий: категории А или категории В.

**Категория А:** – инфекционное вещество, которое перевозится в таком виде, в каком оно способно вызвать, в случае его воздействия, постоянную нетрудоспособность людей, создать угрозу жизни людей и животных или привести в остальном здоровых людей и животных к смертельному заболеванию.

Воздействие инфекционного вещества происходит в случае его утечки из защитной упаковки, в результате которой оно вступает в физический контакт с людьми или животными.

Инфекционным веществам, которые отвечают этим критериям, и вызывают заболевания людей или людей и животных, присваивается № ООН 2814. Инфекционным веществам, вызывающим заболевания только животных, присваивается № ООН 2900 (в Санитарных правилах не рассматриваются).

Характерные примеры инфекционных веществ № ООН 2814, отвечающих этим критериям, приводятся в таблице 23.2.

Таблица 23.2

Примеры инфекционных веществ, включаемых в категорию А в любом виде,

если не указано иное

|  |  |
| --- | --- |
| Номер ООН и надлежащее отгрузочное наименование | Микроорганизм |
| ООН 2814 ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО, ОПАСНОЕ ДЛЯ ЛЮДЕЙ | Bacillus anthracis (только культуры)  Brucella abortus (только культуры)  Brucella melitensis (только культуры)  Brucella suis (только культуры)  Burkholderia mallei – Pseudomonas mallei – Сап (только культуры)  Burkholderia pseudomallei – Pseudomonas pseudomallei (только культуры)  Chlamydia psittaci – птичьи штаммы (только культуры)  Clostridium botulinum (только культуры)  Coccidioides immitis (только культуры)  Coxiella burnetii (только культуры)  Вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки  Вирус денге (только культуры)  Вирус восточного энцефалита лошадей (только культуры)  Escherichia coli, веротоксин (только культуры)  Эболавирусы Заир, Судан, Бундибугио  Вирус Сэбиа  Вирус Флексал  Francisella tularensis (только культуры)  Вирус Гуанарито  Хантавирусы, вызывающие геморрагическую лихорадку с почечным синдромом  Вирус Хендра  Вирус гепатита B (только культуры)  Вирус герпеса B (только культуры)  Вирус иммунодефицита человека (только культуры)  Высокопатогенный вирус птичьего гриппа (только культуры)  Вирус японского энцефалита (только культуры)  Вирус Хунин  Вирус болезни Кьасанурского леса  Вирус Ласса  Вирус Мачупо  Вирус Марбург  Вирус оспы обезьян  Mycobacterium tuberculosis (только культуры) \*  Вирус Нипах  Вирус омской геморрагической лихорадки (только культуры)  Вирус полиомиелита (только культуры)  Вирус бешенства (только культуры)  Rickettsia prowazekii (только культуры)  Rickettsia rickettsii (только культуры)  Вирус Рифт-Валли (только культуры)  Shigella dysenteriae тип 1 (только культуры)\*  Вирус клещевого энцефалита (только культуры)  Вирус натуральной оспы  Вирус венесуэльского энцефалита лошадей (только культуры)  Вирус Западного Нила (только культуры)  Вирус желтой лихорадки (только культуры)  Yersinia pestis (только культуры) |

\*- Однако для наземной транспортировки, если культуры предназначаются для диагностики или клинических целей, они могут быть классифицированы в качестве инфекционных материалов Категории В.

Таблица 23.2 не является исчерпывающей. Инфекционные вещества, включая новых или возникающих возбудителей инфекционных болезней, которые не включены в таблицу, но отвечают перечисленным критериям, относят к Категории А. Кроме того, если имеются сомнения относительно того, отвечает ли тот или иной материал этим критериям, или патоген неизвестен, его следует включать в Категорию А.

**Категория В** – инфекционное вещество, не отвечающее критериям отнесения к Категории А. Такие инфекционные вещества относят к № ООН 3373.

5.3. Биотическим и абиотическим материалам, пробам, образцам, перечисленным в подпунктах 5.1-5.3., 5.4.2, 5.7 пункта 5 Приложения 23 к санитарным правилам, о которых известно или есть основания считать, что они содержат инфекционные вещества Категории А присваивают № ООН 2814 или № 2900, Категории В № ООН 3373.

5.4. Медицинским или клиническим отходам, а именно, отходам лечения людей или животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории А, опасные для людей и животных, присваивают № ООН 2814. Отходам лечения животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории А, опасные только для животных, присваивают № ООН 2900.

Медицинским или клиническим отходам, а именно, отходам лечения людей или животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории В, присваивается № ООН 3291.

Медицинским или клиническим отходам, в отношении которых имеются основания полагать, что они с малой долей вероятности содержат инфекционные вещества, присваивается № ООН 3291.

5.5. Надлежащими отгрузочными наименованиями для опасных грузов подкласса 6.2. являются:

- для № ООН 2814 - «*ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО, ОПАСНОЕ ДЛЯ ЛЮДЕЙ»;*

- для № ООН 2900 - «*ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО, ОПАСНОЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЖИВОТНЫХ*»;

- для № ООН 3373 - «*БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ, КАТЕГОРИЯ В*»;

- для № ООН 3291 – «*КЛИНИЧЕСКИЕ ОТХОДЫ, РАЗНЫЕ, Н.У.К.» или «БИОМЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ, Н.У.К*.» или «*МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ, ПОДПАДАЮЩИЕ ПОД ДЕЙСТВИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПРЕДПИСАНИЙ, Н.У.К.»*

Приложение 24

**Упаковка, маркировка, документация для транспортировки ПБА I-IV групп патогенности (опасности), классифицируемых как грузы 6-го класса опасности**

1. Положения, установленные Приложением 24 к Санитарным правилам, соответствуют установленным частями 4, 3, 5 и 6 Типовых правил ООН[[76]](#footnote-76).

2. **Токсины (яды) биологического происхождения, классифицируемые как токсичные вещества подкласса 6.1, № ООН 3172 или № ООН 3462.**

2.1**.** Если химические или физические свойства вещества являются таковыми, что по результатам испытаний вещество не отвечает классификационным критериям, установленным пунктами 4.1-4.3 Приложения 2 к Санитарным правилам, то это вещество не подпадает под действие правил упаковки и маркировки, изложенных в приложении 3 к Санитарным правилам.

2.2. Требования к упаковке токсичных веществ № ООН 3172 и № ООН 3462 зависят от назначенной группы упаковки, количества и физического состояния перевозимого материала (в жидком или твердом виде).

В колонках 6-9 Таблицы 24.1. приведены номера инструкций и специальных положений по упаковке в соответствии с таковыми Типовых правил ООН[[77]](#footnote-77), которые следует применять в зависимости от назначенной группы упаковки, количества и физического состояния перевозимых токсичных веществ № ООН 3172 и № ООН 3462.

В колонках 4 и 5 Таблицы 24.1 указаны количества токсинов, определяемых как «ограниченные количества» или как «освобожденные количества», и в отношении которых применяются требования к упаковке в соответствии главами 3.4 и 3.5 Типовых правил ООН[[78]](#footnote-78).

Таблица 24.1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № ООН, надлежащее отгрузочное наименование | Класс, подкласс | Группа упаковки ООН | Ограниченные и освобожденные количества\*\* | | Тара и КСГМГ | | Переносные цистерны и контейнеры для массовых грузов | |
| Ограничен-ные количества | Освобожденные количества | Инструкции по упаковке\*\*\* | Специальные положения\*\*\*\* | Инструк-ции\*\*\* | Специаль-ные положения\*\*\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3.1.2\* | 2.0\* | 2.0.1.3\* | 3.4\* | 3.5\* | 4.1.4\* | 4.1.4\* | 4.2.5/4.3.2\* | 4.2.5\* |
| 3172, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ЖИДКИЕ, Н.У.К.» | 6.1 | I | 0 | 1 мл/300 мл | Р001 |  |  |  |
| 3172, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ЖИДКИЕ, Н.У.К.» | 6.1 | II | 100 мл | 1 мл/500 мл | Р001  IBC02 |  |  |  |
| 3172, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕН-НЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ЖИДКИЕ, Н.У.К.» | 6.1 | III | 5 л | 30 мл/1000 мл | Р001  IBC02  LP01 |  |  |  |
| 3462, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕН-НЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ТВЕРДЫЕ, Н.У.К.» | 6.1 | I | 0 | 1 г/300 г | Р002  IBC07 | В1 | Т6 | ТР33 |
| 3462, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕН-НЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ТВЕРДЫЕ, Н.У.К.» | 6.1 | II | 500 г | 1 г/500 г | Р002  IBC08 | В2,  :В4 | Т3 | ТР33 |
| 3462, «ТОКСИНЫ, ИЗВЛЕЧЕН-НЫЕ ИЗ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ, ТВЕРДЫЕ, Н.У.К.» | 6.1 | III | 5 кг | 30 г/1000 г | Р002  IBC08 | В3 | Т1 | ТР33 |

Сокращения: Н.У.К. – не указанные конкретно

КСГМГ – контейнер средней грузоподъемности для массовых грузов

Примечания: \* - Номер раздела Типовых правил ООН[[79]](#footnote-79)

\*\* - «Ограниченные количества» - максимальное количество на единицу внутренней тары или на одно изделие при перевозке опасных грузов в качестве ограниченных количеств в соответствии с главой 3.4 Типовых правил ООН[[80]](#footnote-80);

- «Освобожденные количества» - максимальное количество на единицу внутренней тары и наружной тары (через дробь) при перевозке опасных грузов в качестве освобожденных количеств в соответствии с главой 3.5 Типовых правил ООН[[81]](#footnote-81);

\*\*\* - Инструкции по упаковке, применяемые к опасным грузам, изложены в разделе 4.1.4. Типовых правил ООН[[82]](#footnote-82) и сгруппированы в зависимости от типа тары, на которую они распространяется:

- для тары, кроме контейнеров средней грузоподъемности для массовых грузов и крупногабаритной тары, эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим букву «Р»;

- для контейнеров средней грузоподъемности для массовых грузов эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим буквы «IBC»;

- для крупногабаритной тары эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим буквы «LP».

\*\*\*\* - специальные положения по упаковке, изложенные в разделах 4.1.4, 4.2.5 и 4.3.2 Типовых правил ООН[[83]](#footnote-83), применяются в отношении определенной тары и конкретного вещества.

2.3. Вопросы упаковки, маркировки, подготовки документации для транспортировки грузов, содержащих во внутренней таре токсины биологического происхождения в количествах, превосходящих приведенные в колонке 5 Таблицы 24.1. Приложения 24 как освобожденные количества, в Приложении 24 не рассматриваются.

2.4. **Упаковка, маркировка грузов с токсинами биологического происхождения № ООН 3172 и № ООН 3462** **в освобожденных количествах**.

2.4.1. Максимальные количества токсинов биологического происхождения на единицу внутренней тары и наружной тары, определяемые как «освобожденные количества», указаны в колонке 5 Таблицы 24.1.

2.4.2. Тара, используемая для перевозки токсинов биологического происхождения в освобожденных количествах, должна отвечать следующим требованиям:

а) тара должна быть сконструирована и закрыта таким образом, чтобы упаковка, подготовленная к транспортировке, не допускала какой-либо потери содержимого, которая могла бы произойти в обычных условиях перевозки в результате вибрации, изменения температуры, влажности или давления (например, из-за высоты);

б) должна иметься внутренняя тара, и каждая единица внутренней тары должна быть изготовлена из пластмассы (если эта тара используется для удержания жидких опасных грузов, толщина ее стенок должна быть не менее 0,2 мм) либо из стекла, или металла, и запорное устройство каждой единицы внутренней тары должно надежно фиксироваться проволокой, лентой или другим эффективным средством; любой сосуд, имеющий горловину с прессованной резьбой, должен быть снабжен герметичным навинчивающимся колпаком. Запорное устройство должно быть устойчивым к воздействию содержимого;

в) каждая единица внутренней тары должна надежно укладываться в промежуточную тару с прокладочным материалом таким образом, чтобы в нормальных условиях перевозки не происходило ее разрыва, прокола или утечки ее содержимого. В случае жидких опасных грузов промежуточная тара должна содержать достаточное количество абсорбирующего материала для поглощения всего содержимого внутренней тары. Независимо от ее положения упаковка должна полностью удерживать содержимое в случае разрушения или утечки;

г) промежуточная тара должна надежно укладываться в прочную жесткую наружную тару (из древесины, фибрового картона или другого столь же прочного материала);

д) размеры каждой упаковки должны быть такими, чтобы имелась достаточная поверхность для нанесения всех необходимых маркировочных знаков;

е) разрешается использовать транспортные пакеты

2.4.3. Готовая к перевозке упаковка с внутренней тарой, наполненной не менее чем на 95% ее вместимости в случае твердых веществ и не менее чем на 98% ее вместимости в случае жидкостей, должна быть способна выдержать, без разрушения любой единицы внутренней тары или утечки из нее и без значительного уменьшения прочности падение с высоты 1,8 м и статическую нагрузку в течение 24 часов, при которой к верхней поверхности грузового места прилагается нагрузка, равная общему весу идентичных грузовых мест, составленных в штабель высотой 3 м (включая испытываемый образец). При испытаниях могут использоваться другие вещества (глава 3.5. Типовых правил ООН).

2.4.4. Каждая упаковка, содержащая опасный груз в освобожденных количествах, указанных в п. 1.2.1., подготовленная к перевозке, должна иметь:

несмываемый и разборчивый маркировочный знак «Освобожденное количество», изображенный на рис. 24.1[[84]](#footnote-84) (для авиаперевозок) заметную маркировку в виде надписи: «Опасные грузы в освобожденных количествах»;

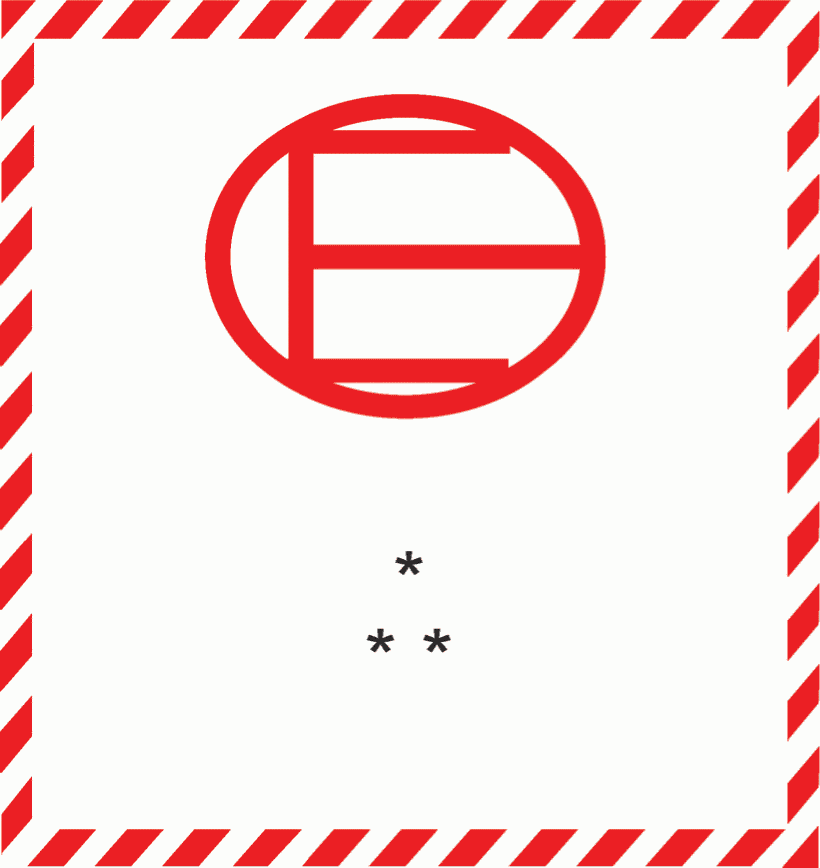


Рисунок 24.1 -–Маркировочный знак «Освобожденное количество»

* наименование грузоотправителя и грузополучателя.

В транспортном документе на опасный груз, перевозимый в освобожденном количестве (например, авиагрузовой накладной) должна быть сделана запись «Опасный груз в освобожденных количествах» и должно быть указано количество упаковок.

2.4.5. Разрешается использовать транспортные пакеты. Если в транспортном пакете содержатся упаковки с опасными грузами в освобожденных количествах и маркировочные знаки не видны, на транспортный пакет наносится маркировочный знак «ТРАНСПОРТНЫЙ ПАКЕТ» с высотой букв не менее 12 мм и маркировочный знак, приведенный в пункте 2.4.4. Приложения.

Разрешается использовать транспортные пакеты, в которые могут помещаться упаковки с опасными грузами, не упакованными в освобожденных количествах. В этом случае для маркировки транспортного пакета применяются положения пункта 5.1.2.1. Типовых правил ООН[[85]](#footnote-85).

2.4.6. В отношении грузов, упакованных в освобожденных количествах, применяются дополнительные требования и ограничения, связанные со спецификой конкретного вида транспорта, приведенные в международных соглашениях по перевозке опасных грузов по видам транспорта, ратифицированных Российской Федерацией[[86]](#footnote-86).

Воздушными судами гражданской авиации[[87]](#footnote-87) в освобожденных количествах могут перевозиться только те опасные грузы, которые разрешается перевозить на пассажирских воздушных судах и только те вещества подкласса 6.1, которые не относятся к веществам с ингаляционной активностью высокой степени опасности (I группе упаковки).

Не разрешается перевозка опасных грузов в освобожденных количествах воздушным транспортом гражданской авиации в качестве зарегистрированного или ручного багажа, или в почте.

От грузоотправителя потребуется заявление с указанием, в соответствии с каким документом произведена подготовка груза к транспортировке.

**3паковка ПБА I-IV групп патогенности, классифицируемых**

1. **как опасный груз подкласса 6.2 «Инфекционные вещества»**

3.1. В отношении упаковки опасных грузов, содержащих инфекционный материал подкласса 6.2, действует **принцип тройной упаковки**. Он подразумевает наличие трех слоев защиты:

- первичная емкость. Первичная водонепроницаемая и герметичная емкость, содержащая образец. Эта емкость упаковывается в достаточное количество абсорбирующего материала, чтобы в случае повреждения или протечки абсорбировать всю жидкость.

- вторичная тара. Вторая прочная водонепроницаемая, герметичная тара для помещения и защиты первичных емкостей. В одну вторичную тару можно поместить несколько обернутых первичных емкостей; при этом следует использовать достаточно абсорбирующего материала, чтобы поглотить всю жидкость в случае повреждения или протечки.

Первичная емкость и вторичная тара образуют внутреннюю тару

- наружная тара. Внутреннюю тару помещают в наружную тару для транспортировки с достаточным количеством амортизирующего материала. Наружная тара во время транспортировки защищает содержимое от неблагоприятных внешних воздействий – например, от механического повреждения. Минимальные размеры наружной тары должны быть не менее чем 10 х 10 см.

Каждый окончательно упакованный груз должен быть промаркирован, иметь сопроводительную документацию, вкладываемую в упаковку, и транспортную документацию, содержащую, в том числе, сведения об опасном грузе, договор перевозки (авианакладную при перевозке воздушным транспортом или эквивалентные документы при перевозке другим видом транспорта).

3.2. Из-за различий в опасности, которую представляют инфекционные материалы Категории А и Категории В при транспортировке, правила упаковки, маркировки и сопроводительной документации для этих двух категорий различаются.

3.3. Упаковка массовых грузов, содержащих инфекционный материал подкласса 6.2 (материалы животного происхождения, а также медицинские отходы, перевозимые навалом/насыпью) для транспортировки в контейнерах для массовых грузов, в Приложении 3 к Санитарным правилам не рассматривается.

**3.4. Упаковка, маркировка, документация при транспортировке груза, содержащего инфекционные вещества Категории А, № ООН 2814.**

Установленные правила упаковки, маркировки, документации при транспортировке инфекционных веществ категории А, № ООН 2814, соответствуют установленным Типовыми правилами ООН.

3.4.1. Требования к таре и упаковке инфекционных веществ Категории А, № ООН 2814.

3.4.1.1. Тара, предназначенная для упаковки инфекционных веществ Категории А № ООН 2814, должна соответствовать требованиям к изготовлению и испытаниям, определенным главой 6.3 Типовых правил ООН[[88]](#footnote-88), и сертифицирована компетентным органом.

На наружную тару должна быть нанесена маркировка в соответствии с требованиями спецификации ООН, указывающая, что упаковка прошла испытания, удовлетворяющие всем требованиям и сертифицирована компетентным органом.

пример маркировки тары в соответствии со спецификацией ООН для инфекционных веществ Категории А (ООН 2814):

UN 4G/Class 6.2/10/GB/2470

Эта маркировка включает:

* упаковочный символ ООН;
* сведения о типе упаковки (в данном случае – картонная коробка (4G));
* информацию о том, что упаковка прошла необходимые испытания на соответствие требованиям к упаковке для инфекционных материалов Категории А (подкласса 6.2);
* последние две цифры года выпуска (в данном случае – 2010 год);
* компетентный государственный орган, который разрешил использование данной маркировки (в данном случае GB – Великобритания);
* код производителя упаковки, определенный компетентным органом (в данном случае 2470);

3.4.1.2. Грузоотправители инфекционных материалов должны обеспечить такое состояние упаковки , чтобы она прибыла в пункт назначения в надлежащем состоянии и не представляла опасность для людей или животных во время транспортировки.

3.4.1.3. Для наземного транспорта максимальное количество на упаковку не установлено. Для воздушного транспорта в соответствии с Техническими инструкциями по безопасной перевозке опасных грузов по воздуху[[89]](#footnote-89) установлены следующие пределы:

* 50 мл или 50 г в пассажирском самолете;
* 4 л или 4 кг в грузовом самолете.

3.4.1.4. При условии соблюдения положений, изложенных в п.п. 3.4.1.1. -–3.4.1.3. Приложения 3 к Санитарным правилам, а также положений, изложенных в Инструкцией Р620 по упаковке, приведенной в разделе 4.1.4 Типовых правил ООН[[90]](#footnote-90) и в разделе 4.1.8 Типовых правил ООН[[91]](#footnote-91), касающихся специальных положений по упаковке инфекционных веществ, разрешается осуществлять упаковку инфекционных веществ Категории А, № ООН 2814, в тару, состоящую из:

а) внутренней тары, включающей:

* герметичную первичную емкость (емкости);
* герметичную вторичную тару;
* кроме случая твердых инфекционных веществ – абсорбирующий материал в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого, помещенный между первичной емкостью (емкостями) и вторичной тарой; если в одну единицу вторичной тары помещено несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть либо завернуты по отдельности, либо разделены во избежание взаимного соприкосновения;

б) жесткой наружной тары:

* барабанов (стальных: с несъемным днищем (код 1A1), со съемным днищем (код 1A2); алюминиевых: с несъемным днищем (код 1B1), со съемным днищем (код 1B2); из прочих металлов: с несъемным днищем (код 1N1), со съемным днищем (код 1N2)); пластмассовых: с несъемным днищем (код 1H1), со съемным днищем (код 1H2); из фанеры (1D); из фибрового картона (1G));
* ящиков (стальных (4A); алюминиевых (4B); из прочих металлов (4N); из естественной древесины: обычных (4C1), с плотно пригнанными стенками (4C2); из фанеры (4D); из древесного материала (4F); из фибрового картона (4G); из пластмассы: из пенопласта (4H1), из твердой пластмассы (4H2) );
* канистр (стальных: с несъемным днищем (3A1), со съемным днищем (3A2); алюминиевых: с несъемным днищем (3B1), со съемным днищем (3B2), при этом канистры с отверстиями более 7 см считаются канистрами со съемными днищами; полимерных: с несъемным днищем (3H1), со съемным днищем (3H2)).

Минимальный внешний размер упаковки должен составлять не менее 100 мм.

3.4.1.5. Внутренняя тара, содержащая инфекционные вещества, не должна объединяться с внутренней тарой, содержащей другие грузы. Готовые упаковки могут объединяться в общие упаковки (транспортные пакеты). Такие пакеты могут содержать сухой лед.

3.4.1.6. Кроме таких исключительных грузов, как целые органы, для которых требуется специальная упаковка, к грузам применяются следующие дополнительные требования:

а) Материалы, перевозимые при температуре окружающей среды или при более высокой температуре. Первичные емкости должны быть стеклянными, металлическими или пластмассовыми. Для обеспечения герметичности должны использоваться такие эффективные средства, как, например, термосваривание, опоясывающие пробки или металлические обжимные пломбы. В случае использования навинчивающихся крышек такие крышки должны быть закреплены эффективными средствами, например, клейкой лентой, герметизирующей лентой на основе парафина или запорным устройством, изготовленным с этой целью.

б) Материалы, перевозимые в охлажденном или замороженном состоянии. Вокруг вторичной тары или, как альтернативный вариант, в пакет с одной или несколькими готовыми упаковками, должен помещаться лед, сухой лед или другой охлаждающий агент. Вторичная тара или упаковки должны быть закреплены с помощью распорок так, чтобы они не изменяли своего положения после того, как лед растает или сухой лед испарится. Если используется лед, наружная тара или пакет должны быть герметичными. При использовании сухого льда наружная тара или пакет должны пропускать газообразный диоксид углерода. Первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре используемого охлаждающего вещества.

в) Материалы, перевозимые в жидком азоте. Должны использоваться пластмассовые первичные емкости, способные выдерживать очень низкие температуры. Вторичная тара также должна выдерживать очень низкие температуры, и в большинстве случаев она применяется для упаковки каждой первичной емкости. Должны также соблюдаться положения, касающиеся перевозки жидкого азота. Первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре жидкого азота.

г) Лиофилизированные материалы могут также перевозиться в первичных емкостях, которые представляют собой стеклянные запаянные ампулы или стеклянные флаконы с резиновой пробкой, снабженной металлическим колпачком.

3.4.1.7. Независимо от предполагаемой температуры перевозки, первичная емкость и вторичная тара должны выдерживать, не допуская утечки, внутреннее давление, превышающее не менее чем на 95 кПа внешнее давление, и температуры в диапазоне от –40°С до +55°С.

3.4.1.8. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам. В каждую первичную емкость, содержащую инфекционные вещества, может помещаться 30 мл или менее опасных грузов, включенных в классы 3 (легковоспламеняющиеся жидкости), 8 (коррозионные вещества) или 9 (прочие опасные вещества и изделия, включая вещества, опасные для окружающей среды).

3.4.1.9. Любая первичная емкость объемом более 50 мл должна быть расположена в наружной таре таким образом, чтобы крышки находились сверху. На двух противоположных поверхностях наружной тары в этом случае должны быть наклеены ориентирующие наклейки с двумя стрелками, направленными вверх, для указания правильного положения крышек первичных емкостей.

3.4.1.10. До возвращения порожней тары грузоотправителю или до ее отправки в другое место она должна быть продезинфицирована или стерилизована для исключения любой опасности, а любые нанесенные на нее этикетки или любая маркировка, свидетельствующие о том, что в ней находились инфекционные материалы, должны быть удалены или скрыты.

3.4.2. Маркировка упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории А (№ ООН 2814).

Приведенные правила маркировки упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории А № ООН 2814, соответствуют требованиям главы 5.2. Типовых правил ООН[[92]](#footnote-92). Маркировка содержит:

- наименования и адреса грузополучателя и грузоотправителя, пункты назначения и отправления груза;

- знак опасности (этикетку) для инфекционного вещества, изображенный на Рисунке 24.2[[93]](#footnote-93);

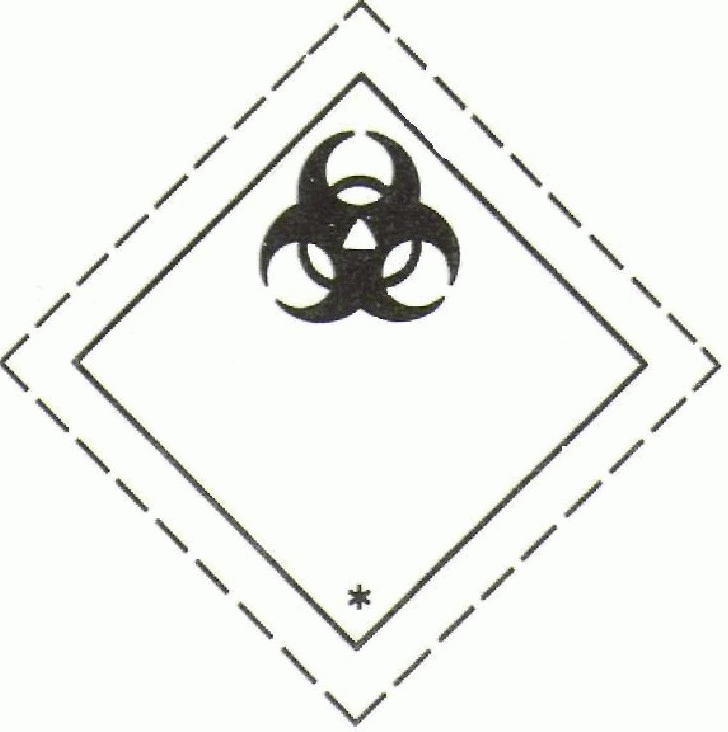


Рисунок 24.2. Знак опасности подкласса 6.2 Инфекционные вещества. Внизу ромба, в месте, отмеченном звездочкой, указывают номер подкласса 6.2.

- № ООН 2814 и надлежащее отгрузочное наименование «ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО, ОПАСНОЕ ДЛЯ ЛЮДЕЙ»;

- требование по хранению при определенном температурном режиме (если требуется);

- маркировку, указывающую, что тара прошла испытания в соответствии с требованиями пункта 3.4.1.1. настоящего Приложения и сертифицирована компетентным органом;

- вес груза нетто и брутто;

- манипуляционные знаки, указывающие на способы обращения с грузом (например, ориентирующая наклейка для указания правильного положения крышек первичных емкостей с двумя стрелками, направленными вверх);

- при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента –

знак опасности (этикетку), изображенный на Рисунке 3 для сухого льда или на Рисунке 4 для жидкого азота[[94]](#footnote-94) и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов «В КАЧЕСТВЕ ХЛАДАГЕНТА»;

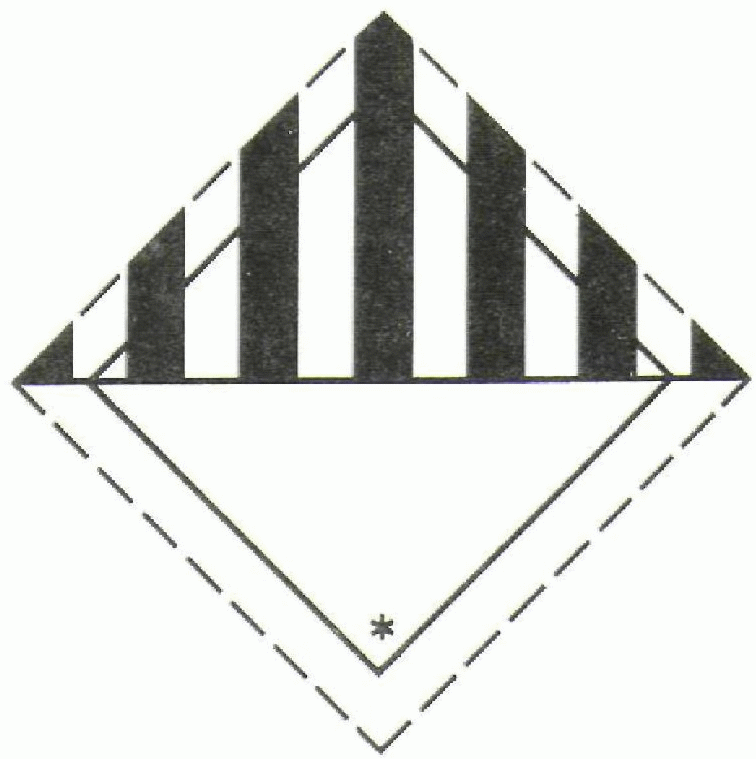


Рисунок 24.3. Знак опасности класса 9 Прочие опасные вещества и изделия. Внизу ромба, в месте, отмеченном звездочкой, указывают номер класса 9.

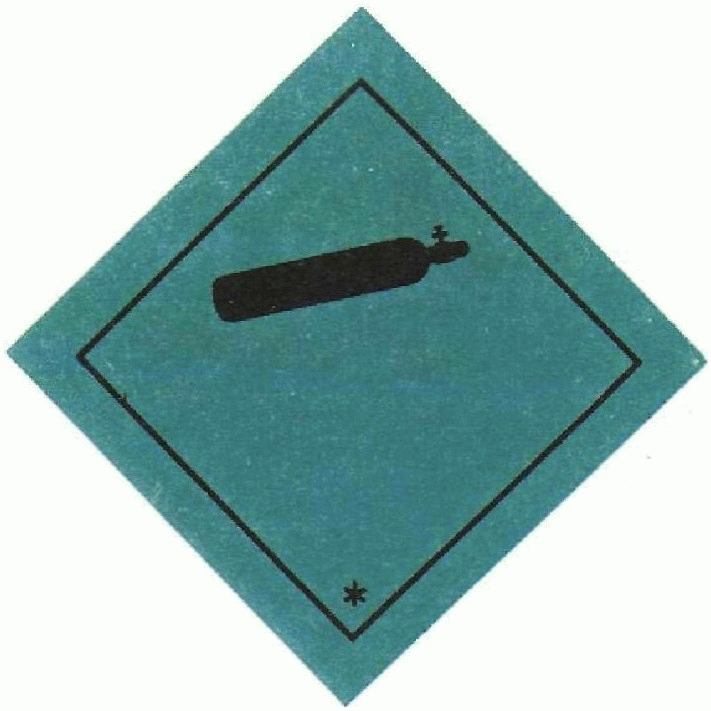


Рисунок 24.4. Знак опасности подкласса 2.2 Невоспламеняющиеся нетоксичные газы. Внизу ромба, в месте, отмеченном звездочкой, указывают номер подкласса 2.2.

- надписи транспортных организаций;

- ФИО, номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе (в соответствии с национальными и международными правилами перевозок опасных грузов по воздуху, автомобильным и морским транспортом);

- надпись «Не вскрывать. Опасно».

3.4.3. Документация для транспортировки инфекционных веществ категории А, № ООН 2814. Каждый предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционное вещество Категории А, должен иметь сопроводительную документацию, вкладываемую в упаковку (сопроводительное письмо и акт упаковки) и транспортную документацию.

3.4.3.1. Сопроводительную документацию (сопроводительное письмо и акт упаковки) оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, ФИО, телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, указывают наименование инфекционного агента в соответствии с действующей международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А № ООН 2814, то в сопроводительном письме указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации.

В акте упаковки указывают дату упаковки, общее количество первичных емкостей, конкретный тип и вид первичных емкостей (например, пластмассовый флакон или стеклянная ампула) и вторичной тары, способ их герметизации (например, термосваривание, притертые пробки, завинчивающиеся крышки с запорными устройствами), указывают также, в соответствии с какими национальными и международными правилами или инструкциями упакован груз, и ФИО лица, производившего упаковку. Акт упаковки подписывает лицо, производившее упаковку.

Организация, получившая упаковку с инфекционным веществом категории А, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение, направить его в организацию, отправившую ПБА.

3.4.3.2. Транспортный документ на опасные грузы Категории А № ООН 2814 должен содержать информацию с перечисленными в п. 3.4.3.3 обязательными элементами. Форму транспортного документа определяет перевозчик в соответствии с правилами, действующими в отношении данного вида транспорта: при перевозке воздушным транспортом грузоотправитель оформляет декларацию грузоотправителя опасных грузов и авианакладную, для перевозок другими видами транспорта оформляются эквивалентные по содержанию документы.

3.4.3.3. Информация об опасном грузе включает следующие обязательные элементы:

- названия и адреса грузоотправителя и грузополучателя опасного груза;

- ФИО, номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе;

-описание опасного груза, состоящее из: № ООН 2814; надлежащего отгрузочного наименования «ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО, ОПАСНОЕ ДЛЯ ЛЮДЕЙ» с заключенным в скобки наименованием инфекционного агента в соответствии с действующей международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке (если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А и номеру ООН «№ ООН 2814», то указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А); указания класса, подкласса опасности;

- общее количество каждого другого опасного груза, имеющего отдельный номер ООН, надлежащее отгрузочное наименование для каждого опасного груза, например, для сухого льда или жидкого азота, если используются;

- количество и описание упаковки (например, один ящик (4G));

- номера знаков опасности (например, «Знак опасности 6.2 ГОСТ Р 57478»);

- декларацию, подписанную грузоотправителем с указанием даты заполнения, составленную по следующей форме: «Настоящим заявляю, что содержимое данной партии груза полностью и точно описано выше (или ниже) надлежащим отгрузочным наименованием и что содержимое классифицировано, упаковано, маркировано, снабжено знаками опасности и во всех отношениях находится в должном состоянии для перевозки в соответствии с применимыми международными и национальными государственными правилами»;

- указания о действиях, которые должен предпринять перевозчик в отношении погрузки, укладки, ограничений в отношении вида транспорта или маршрута (если таковые есть), а также, по требованию перевозчика, мероприятия на случай аварии или инцидента, связанного с нарушением целостности упаковки, розлива или просыпания содержимого.

**3.5. Упаковка, маркировка, оформление документации для транспортировки инфекционных веществ Категории В № ООН 3373.**

3.5.1. Действует принцип тройной упаковки, изложенный в пункте 3.1. Приложения 24 к Санитарным правилам.

3.5.2. Необходимости в сертификации тары для упаковки инфекционных веществ Категории В № ООН 3373компетентным органом и в маркировке тары в соответствии с требованиями спецификации ООН, указывающей, что упаковка прошла испытания в соответствии с главой 6.3 Типовых правил ООН[[95]](#footnote-95), нет.

Можно воспользоваться местными источниками упаковочных материалов при условии, что как производитель тары, так и грузоотправитель могут полностью выполнить требования в отношении тары и упаковки, изложенные в Приложения 24 к Санитарным правилам.

3.5.3 Правила упаковки инфекционных материалов Категории В № ООН 3373 действуют при перевозке любым наземным видом транспорта и соответствуют Инструкции по упаковке P650 для инфекционных веществ Категории B № ООН 3373, приведенной в разделе 4.1 4 Типовых правил ООН[[96]](#footnote-96).

Для перевозок инфекционных материалов Категории В № ООН 3373 другими видами транспорта действуют дополнительные требования по упаковке, определенные международными соглашениями по соответствующим видам транспорта. Так, в отношении упаковки опасных грузов для авиаперевозок действуют дополнительные требования Технических инструкций ИКАО по безопасной транспортировке опасных грузов по воздуху[[97]](#footnote-97), приведенные в пункте 3.5.5. Приложения 24 к Санитарным правилам.

3.5.4. Упаковка инфекционных веществ Категории В № ООН 3373

3.5.4.1.Тара должна быть доброкачественной и достаточно прочной, чтобы выдерживать удары и нагрузки, обычно возникающие в ходе перевозки, в том числе при перегрузке между грузовыми транспортными единицами и между грузовыми транспортными единицами и складами, а также при любом перемещении с поддона или изъятии из пакета с целью последующей ручной или механической обработки. Тара должна быть сконструирована и закрыта таким образом, чтобы не допускалась какая-либо потеря содержимого, которая может произойти в обычных условиях перевозки в результате вибрации, изменения температуры, влажности или давления.

Тара должна состоять, как минимум, из трех компонентов:

а) первичной емкости;

б) вторичной тары;

в) наружной тары,

при этом либо вторичная, либо наружная тара должна быть жесткой.

3.5.4.2. Первичные емкости должны укладываться во вторичную тару таким образом, чтобы при обычных условиях перевозки исключить возможность их разрушения, пробоя или протечки их содержимого во вторичную тару. Вторичная тара должна укладываться в наружную тару с использованием подходящего прокладочного материала. Любая протечка содержимого не должна существенно ухудшать защитные свойства прокладочного материала или наружной тары.

3.5.4.3. По крайней мере, одна из поверхностей наружной тары должна иметь минимальный размер 100 мм × 100 мм.

3.5.4.4. Готовая упаковка должна быть в состоянии выдержать испытание на падение, описанное в пунктах 6.3.5.3 и 6.3.5.2 Типовых правил ООН[[98]](#footnote-98), с высоты 1,2 метра. После соответствующей серии сбрасываний не должно происходить утечки содержимого из первичных емкостей, которые должны быть защищены соответствующим образом прокладочным/поглощающим материалом вторичной тары.

3.5.4.5. Для жидких материалов:

а) Первичная емкость (емкости) должна быть герметичной;

б) Вторичная тара должна быть герметичной;

Испытания на герметичность проводятся в соответствии с пунктом 6.1.5.4 Типовых правил ООН[[99]](#footnote-99) при погружении в воду на 5 минут, при этом тара подвергается внутреннему давлению воздуха. Применяемое давление должно быть не менее 20 кПа (0.2 бар).

в) Если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) Между первичной(ыми) емкостью(ями) и вторичной тарой должен быть помещен абсорбирующий материал. Абсорбирующий материал должен использоваться в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого первичной(ых) емкости(ей), так чтобы любая утечка жидкости не ухудшала существенно защитные свойства прокладочного материала или наружной тары;

д) Первичная емкость или вторичная тара должны быть в состоянии выдержать без протечек внутреннее давление 95 кПа (0,95 бар).

3.5.4.6. Для твердых материалов:

а) Первичная емкость (емкости) должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

б) Вторичная тара должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

в) Если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) Если есть сомнения по поводу того, что в первичной емкости во время перевозки может присутствовать остаточная жидкость, то в этом случае должна использоваться тара, подходящая для жидкостей, с абсорбирующими материалами.

3.5.4.7. Охлажденные или замороженные образцы: лед, сухой лед, жидкий азот.

а) Если в качестве хладагента используется сухой лед или жидкий азот, применяются требования раздела 5.5.3 Типовых правил ООН[[100]](#footnote-100). Когда используется лед, его необходимо помещать за пределами вторичной тары или в наружную тару или в транспортный пакет. Вторичная тара должна быть закреплена с помощью распорок так, чтобы она не изменяла своего первоначального положения. Если используется лед, наружная тара или транспортный пакет должны быть влагонепроницаемыми;

б) Первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре используемого хладагента, а также при температурах и давлениях, которые могли бы возникнуть в случае потери хладагента.

3.5.4.8. Если упаковки помещаются в транспортный пакет, то маркировочные надписи на упаковках должны быть либо четко видны, либо воспроизведены на наружной поверхности транспортного пакета.

3.5.4.9. Производители упаковочных материалов и их дистрибьютеры должны предоставить четкие инструкции по заполнению и герметизации упаковки грузоотправителям или лицам, отвечающим за упаковку груза, чтобы обеспечить правильную упаковку груза для транспортировки.

3.5.4.10. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам. В каждую первичную емкость, содержащую инфекционные вещества, может помещаться 30 или менее миллилитров опасных веществ, включенных в классы 3 (легковоспламеняющиеся жидкости), 8 (коррозионные вещества) или 9 (прочие опасные вещества и изделия, включая вещества, опасные для окружающей среды). Если эти небольшие количества опасных грузов помещаются совместно с инфекционными веществами в соответствии с настоящими правилами по упаковке, то не требуется выполнять никакие другие требования, установленные Типовыми правилами ООН[[101]](#footnote-101).

3.5.5. Для перевозки инфекционных материалов Категории В № ООН 3373 гражданским воздушным транспортом применяются дополнительные положения Технических инструкций ИКАО по безопасной транспортировке опасных грузов по воздуху[[102]](#footnote-102):

- перевозка осуществляется на пассажирском и грузовом воздушном судне или только на грузовом воздушном судне;

- наружная тара должна быть жесткой;

- вместимость первичной емкости для жидких материалов должна составлять не более 1 литра;

- первичная емкость или вторичная тара должны быть в состоянии выдержать диапазон температур от -40 ºС до +55 ºС;

- объем наружной тары для жидких материалов должен составлять не более 4 литров. Это количество исключает лед, сухой лед или жидкий азот, если они используются для содержания образцов в холоде;

- первичная емкость (емкости) для твердых материалов не должны превышать массу наружной тары;

- если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

- за исключением тары, содержащей части тела, органы или целые тела, наружная тара не должна содержать более 4 кг. Это количество исключает лед, сухой лед или жидкий азот, если они используются для содержания образцов в холоде.

- наименование и адрес отправителя и получателя должны быть указаны на каждой упаковке;

- фамилия и номер телефона ответственного лица должны быть указаны в письменном документе (например, в авианакладной) или на упаковке;

- пассажирам и экипажу запрещается перевозить инфекционные материалы в качестве или внутри ручной клади, в контролируемом багаже или на себе.

3.5.6. Маркировка упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории В № ООН 3373.

На упаковки, подготовленные к перевозке, наносят:

- транспортную маркировку, включающую сведения о грузополучателе, где, кроме наименования грузополучателя и пункта назначения, указывают его адрес и номер телефона;

- в соответствии с Инструкцией по упаковке Р650, приведенной в разделе 4.1.4 Типовых правил ООН[[103]](#footnote-103), на упаковку наносят надпись с надлежащим отгрузочном наименованием «БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ, КАТЕГОРИЯ В», выполненную буквами размером не менее 6 мм и расположенную рядом с маркировочным знаком в форме повернутого на 45 градусов квадрата (ромба) с длиной стороны не менее 50 мм; ширина окантовки должна составлять не менее 2 мм, а высота букв и цифр – не менее 6 мм (Рисунок 24.5).



Рисунок 24.5. Знак маркировки для инфекционных веществ Категории B, имеющих надлежащее отгрузочное наименование «БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ, КАТЕГОРИЯ В» и № ООН 3373.

- если требуется, указывают температурный режим хранения;

- при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента наносят знак опасности (этикетку), изображенный на Рисунке 3 для сухого льда или на Рисунке 4 для жидкого азота[[104]](#footnote-104), код ООН и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов «В КАЧЕСТВЕ ХЛАДАГЕНТА». Например, «№ ООН 1845, УГЛЕКИСЛЫЙ ГАЗ, В ТВЕРДОМ ВИДЕ, В КАЧЕСТВЕ ХЛАДАГЕНТА», с указанием нетто количества сухого льда в килограммах.

Для авиаперевозок в маркировке также указывают:

- наименование, адрес, телефон грузоотправителя;

- ФИО, номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе.

3.5.7. Документация для транспортировки груза, содержащего инфекционные вещества Категории В № ООН 3373.

3.5.7.1. Упакованный и предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционные вещества Категории В № ООН 3373, должен иметь сопроводительное письмо, вложенное в упаковку, а также транспортную документацию (авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом транспорта).

3.5.7.2. Сопроводительное письмо оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, ФИО, телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, в скобках указывают наименование инфекционного агента в соответствии с действующей международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации-грузоотправителя.

Организация, получившая упаковку с инфекционным материалом Категории В, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение инфекционного материала, направить его в организацию, отправившую инфекционный материал.

3.5.7.3. Грузоотправитель готовит транспортный документ − авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом транспорта. При этом транспортная документация на опасный груз в форме декларации грузоотправителя на опасный груз не требуется.

4. Маркировка упаковок и оформление транспортной документации для перевозки ПБА I-IV групп патогенности (опасности), классифицируемых как 6 класс опасных грузов, силами и средствами государственной авиации специального назначения и специальной связи осуществляется в соответствии с регламентами их функционирования[[105]](#footnote-105).

5. Вопросы упаковки, маркировки грузов с медицинскими и клиническими отходами (№ ООН 2814, № ООН 3291), а также грузов с материалами животного происхождения (туши животных, части тела животных или корма животного происхождения), классифицируемыми № ООН 2814, № ООН 2900 и № ООН 3373, требующими специальной тары из-за значительного объема или веса груза, или предназначенными для транспортировки в контейнерах средней грузоподъемности для массовых грузов или в контейнерах для массовых грузов, в Приложении 24 к Санитарным правилам не рассматриваются.

Приложение 25

**Форма справки-разрешения на транспортирование**

**ПБА I-IV групп патогенности**

Штамп организации

типографского

изготовления

***РАЗРЕШЕНИЕ НА ТРАНСПОРТИРОВАНИЕ СПЕЦГРУЗА***

**СПРАВКА**

Дана представителю(ям) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

\_(Ф.И.О., должность)

в том, что он(и) доставляют в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

груз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ПБА)

Груз упакован в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать количество упаковок и вид наружной тары, например, один деревянный ящик)

в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами по порядку учета, хранения, передачи и транспортирования возбудителей инфекционных болезней человека I-IV групп патогенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер санитарно-эпидемиологических правил)

**СПЕЦГРУЗ**

**НЕ ПОДЛЕЖИТ ВСКРЫТИЮ**

Руководитель организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Гербовая печать

Приложение 26

**Информация, представляемая в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор (Роспотребнадзор) для получения заключения о возможности ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации ПБА I-IV групп патогенности**

Заявитель представляет запрос, содержащий следующую информацию и документы:

1анные об отправителе и получателе: страна, город, название организаций (для зарубежных организаций на русском и соответствующем иностранном языке), юридические адреса.

1. Для российской организации указывается также основной государственный регистрационный номер юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика.

2очное наименование ПБА в соответствии с международной номенклатурой, указание, к какой группе патогенности по российской классификации относится. Для коллекционного штамма -–заключение российской коллекции, содержащее наименование ПБА, информацию об инвентарном номера вывозимого штамма в коллекции, его особого обозначения (в случае его наличия). Желательно представление паспорта на вывозимый штамм.

1. Сведения о количестве и единицах измерения ввозимых/вывозимых образцов (количество первичных емкостей, количество содержимого в первичной емкости, в жидком или твердом (в том числе лиофилизированном виде), наличие охлаждающего агента). Эти сведения должны соответствовать инвойсу.

3. Название таможни, на которую прибудет груз (для адресации письма Роспотребнадзора на эту таможню).

4. Заявитель представляет копии Лицензии на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний человека, а также Санитарно-эпидемиологического заключения, выданные в соответствии с требованиями действующих законодательных и нормативно-правовых актов (пункты 19, 46 статьи 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 317 «О лицензировании деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциальной опасности, осуществляемой в замкнутых системах»; статья 26 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», приказ Роспотребнадзора № 224 от 19 июля 2007 г. «О санитарно-эпидемиологических экспертизах, обследованиях, исследованиях, испытаниях и токсикологических, гигиенических и иных видах оценок»).

5. Копию договора или иной документ, содержащий сведения о целях внешнеэкономической сделки по ввозу/вывозу ПБА I-IV групп патогенности.

6. Подтверждение, что упаковка будет произведена в соответствии с международными правилами перевозки инфекционного материала.

7. Подтверждение, что ввозимый/вывозимый микроорганизм, токсин не подлежит экспортному контролю, подтверждение, что ввозимый/вывозимый микроорганизм, токсин не является лекарственным средством, фармацевтической субстанцией или биоматериалом, полученным при проведении клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения, не является ветеринарным препаратом.

8. Указать фирму-перевозчика (желательно).

**5. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Приложение 27

Перечень  
инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Нозологическая форма | Код по [МКБ-10](http://mobileonline.garant.ru/document?id=4000000&sub=0)[<1>](#sub_11111) |
| 1. | Оспа | В03 |
| 2. | Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом | А80 |
| 3. | Человеческий грипп, вызванный новым подтипом | J9; J11 |
| 4. | Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) | U04 |
| 5. | Холера | А.00: А.00.0, А00.1, А00.9 |
| 6. | Чума | А20: А20.1, А20.2, А20.3, А20.7, А20.8, А20.9 |
| 7. | Желтая лихорадка | А95: А95.0, А95.1, А95.9 |
| 8. | Лихорадка Ласса | А96.2 |
| 9. | Болезнь, вызванная вирусом Марбург | А98.3 |
| 10. | Болезнь, вызванная вирусом Эбола | А98.4 |
| 11. | Ближневосточный респираторный синдром |  |
| 12. | Малярия | В50, В51, В52, В53.0, В54 |
| 13. | Лихорадка Западного Нила | А92.3 |
| 14. | Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго) | А98.0 |
| 15. | Лихорадка денге | А97: А97.0, А97.1, А97.2, А97.9 |
| 16. | Лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт) | А92.4 |
| 17. | Болезнь, вызванная вирусом Зика | U06 |
| 18. | Менингококковая инфекция | А39.0, А39.1, А39.2 |
| 19. | Сибирская язва | А22.0, А22.1, А22.2, А22.7, А22.8, А22.9 |
| 20. | Бруцеллез | А23.0, А23.1, А23.2, А23.3, А23.8, А23.9 |
| 21. | Сап | А24.0 |
| 22. | Мелиоидоз | А24.1, А24.2, А24.3, А24.4 |
| 23. | Эпидемический сыпной тиф | А75.0, А75.1 |
| 24. | Геморрагическая лихорадка Хунин | А96.0 |
| 25. | Геморрагическая лихорадка Мачупо | А96.1 |
| 26. | Другие инфекционные болезни, вызывающие в соответствии с [Приложением 2](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=2000) Международных медико-санитарных правил (2005 г.) чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<1> *-* Коды болезней соответствуют [«Международной статистической классификации](http://mobileonline.garant.ru/document?id=4000000&sub=0) болезней и проблем, связанных со здоровьем» (десятый пересмотр).

Приложение 28

Определение степени риска для контактных лиц при выявлении на транспортных средствах лиц с подозрением на опасные инфекционные болезни и проведение профилактических мер в отношении контактных лиц

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № № п/п | Нозологическая форма | Срок изоляции и наблюдения/ инкубационный период | Лица, подвергшиеся высокому риску заражения и подлежащие изоляции | | | | Лица, подвергшиеся незначительному риску заражения и подлежащие медицинскому наблюдению | | | |
| морские, речные суда | авиатранспорт | железнодорожный транспорт | автомобильный транспорт | морские, речные суда | авиатранспорт | железнодорожный транспорт | автомобильный транспорт |
| 1. | Оспа (натуральная) | 22/5-22 дня, в среднем 10-12 дней | +  пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)[**\***](#sub_7111) | +  все пассажиры, экипаж, бортпроводники | +  пассажиры всего вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах | +  все пассажиры, водители | +  с ограничением общения и посещения общественных мест  лица, в отношении которых не установлен факт общения с больным и контакта с его вещами | - | +  с ограничением общения и посещения общественных мест  пассажиры, проводники и персонал в других вагонах, которые посещал больной, в отношении которых не установлен факт общения с больным и контакта с его вещами | - |
| 2. | Полиомиелит, вызван-ный диким полиовирусом | 21/  3-35 дней, в среднем 7-14 дней | - | - | - | - | +  все лица, контактировавшие с больным, подлежат медицинскому наблюдению 20 дней;  дети до 15 лет и взрослые, относящиеся к декретированному контингенту, - отстраняются от посещения организованных коллективов, пищевых и приравненных к ним предприятий | | | |
| 3. | Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса | 7/ от нескольких часов до 3 дней, в среднем 2-3 дня | +  пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)[**\***](#sub_7111) | +  пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222), бортпроводники | +  пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контактирования | +  все пассажиры, водители | +  все остальные | +  все  остальные | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333), других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
| 4. | Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) | 10/  2-10 дней, в среднем 5 дней | +  пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)[**\***](#sub_7111) | +  пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222), бортпроводники | +  пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контакта | +  все пассажиры, водители | +  все  остальные | +  все  остальные | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333), других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Холера | 5/  2-5 дней, в среднем 2-3 дня | +  пассажиры, члены экипажа, посещавшие один туалет с больным и принимавшие совместно пищу | +  пассажиры, бортпроводники, посещавшие один туалет с больным | +  пассажиры и проводники вагона | +  все пассажиры, водители | +  все  остальные | +  все  остальные | +  пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов,  посещавшие вагон с больным | - |
| 6. | Чума (легочная) | 6/  у непривитых: 3-6 дней, у привитых: 3-10 дней | +  пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)[**\***](#sub_7111) | +  пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); бортпроводники | +  пассажиры и проводники вагона | + все | +  все остальные | +  все остальные | +  пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Чума (бубонная) | 6/  у непривитых: 3-6 дней,  у привитых: 3-10 дней | - | - | - | - | пассажиры каюты | пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); бортпроводники | пассажиры купе, плацкартного отсека | все пассажиры и водитель |
| 8. | Желтая лихорадка | 6/3-10 дней | - | - | - | - | все, при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей. Наблюдение устанавливается за непривитыми лицами из эндемичных районов | | | |
| 9. | Лихорадка Ласса | 21/  3-21 день, в среднем 7-19 дней | +  лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями[**\***](#sub_7111) | +  лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); борт-проводники | +  пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах | +  все пассажиры и водители | +  остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте | +  экипаж, остальные пассажиры | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333); пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |
| 10. | Болезнь, вызванная вирусом Марбург | 21/  2-21 день, в среднем 4-7 дней | +  лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями[**\***](#sub_7111) | +  лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); борт-проводники | +  пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах | +  все пассажиры и водители | +  остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте | +  экипаж, остальные пассажиры | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333), других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |
| 11. | Болезнь, вызванная вирусом Эбола | 21/  1-21 день, в среднем 6 дней | +  лица (пассажиры, члены экипажа), находившиеся в контакте с больным или его выделениями[**\***](#sub_7111) | +  лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); бортпроводники | +  пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах | +  все пассажиры и водители | +  остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте | +  экипаж, остальные пассажиры | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333), других вагонов, которые  посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | БВРС | 14/  2-14 дней, чаще 5-6 дней | +  пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) [**\***](#sub_7111) | +  пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного[**\*\***](#sub_7222); борт-проводники | +  пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контакта | +  все пассажиры, водители | +  все остальные | +  все остальные | +  пассажиры вагона[**\*\*\***](#sub_7333), других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Малярия | тропической малярии: 8-30 дней; трехдневной с короткой инкубацией: 7-20 дней; с длинной инкубацией: 6-14 месяцев; при малярии ovale: 11-16 дней; при четырехдневной: 15-40 дней | - | - | - | - | все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей | | | |
| 14. | Лихорадка Западного Нила | 8/2-14 дней, в среднем 3-6 дней | - | - | - | - | все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей | | | |
|  |  |  |  |  |
| 15. | Крымская геморрагическая лихорадка | 14/2-14 дней, чаще 2-7 дней | - | - | - | - | лица, непосредственно контактировавшие с больным с поражением легких (оказывавшим помощь);  лица, контактировавшие с кровью и биологическими выделениями больного (мокрота, испражнения) | | | |
| 16. | Лихорадка денге | 14/ классическая форма: 3-15 дней, в среднем 5-7 дней; геморрагическая форма: 3-7 дней | - | - | - | - | все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей | | | |
| 17. | Болезнь, вызванная вирусом Зика | 12/2-12 дней, чаще 2-7 дней | - | - | - | - | все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей | | | |
| 18. | Лихорадка РифтВалли (долины Рифт) | 6/2-5 дней | - | - | - | - | все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей | | | |
|  |  | - | - | - | - |  | | | |
| 19. | Менингококковая инфекция | 10/1-10 дней, в среднем 3-5 дней | - | - | - | - | +  лица, близко контактировавшие с больным, с ограничением общения и посещения общественных мест | | | |
| 20. | Сибирская язва | От нескольких часов до 8 дней, в среднем 2-3 дня | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 21. | Бруцеллез | козье-овечьего типа: 1-6 недель; коровьего: несколько месяцев | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 22. | Сап | 1-14 дней, в среднем 1-5 дней | - | - | - | - | +  за лицами, тесно общавшимися с больным | | | |
| 23. | Мелиоидоз | 1-7 дней, в среднем 2-5 дней | - | - | - | - | - | - | - | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Эпидемический сыпной тиф | 1-2 недели, чаще 10-14 дней | - | - | - | - | за лицами, тесно соприкасавшимися с больным | | | |
| 25. | Геморрагическая лихорадка Хунин, | 7-16 дней | - | - | - | - | +  за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с  больным | | | |
| 26. | Геморрагическая лихорадка Мачупо | 12-15 дней | - | - | - | - | +  за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с  больным | | | |
| 27. | Инфекционные болезни невыясненной этиологии, способные вызвать чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения |  |  |  |  |  | + за всеми лицами до выяснения обстоятельств | | | |

<\*> Члены экипажа, проводившие уборку в каюте; соседи по каюте; пассажиры, сидевшие за одним столом при приеме пищи.

<\*\*> Ряды кресел до продольного прохода. Если место больного находится с краю от прохода – также пассажиры, сидящие на ближайших местах через проход – по одному месту в том же ряду, в одном ряду впереди и одном ряду сзади.

<\*\*\*> Если установлено, что они пользовались туалетом, не посещаемым больным, и непосредственно не общались с больными.

1. **ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**6.1. Профилактика ВИЧ-инфекции**

Приложение 29

Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию

|  |  |
| --- | --- |
| Контингенты | Длительность наблюдения и кратность обследования |
| Раздел I. Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат | |
| Доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов. | При каждом взятии донорского материала |
| Врачи, средний и младший медицинский персонал Центров по профилактике и борьбе со СПИД, медицинских организаций, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт. Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля | При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах |
| Врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека |
| Научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека |
| Лица при призыве на военную службу, поступающие на военную службу (приравненную службу) по контракту, поступающие в военно-учебные заведения (учебные военные центры, военные кафедры, факультеты военного обучения) | При призыве, поступлении на службу, при поступлении в военно-учебные заведения |
| Иностранные граждане и лица без гражданства | При обращении за получением разрешения на гражданство, вида на жительство, патента или разрешения на работу в Российской Федерации, разрешения о временном пребывании, при въезде на территорию Российской Федерации иностранных граждан на срок более 3-х месяцев, лица, обращающиеся за получением статуса беженца, либо лица, ищущие убежища |
| Раздел II. Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ | |
| Беременные | При постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 30±2 недели |
| Беременные, не обследованные до родов или обследованные только до 28-й недели беременности | При обращении в медицинские организации, при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным методом |
| Беременные, имеющие высокий риск заражения ВИЧ (ВИЧ-инфицированные половые партнеры, употребление психоактивных веществ и другие) | При постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением, независимо от количества исследований во время беременности |
| Мужья, половые партнеры всех женщин, поставленных на учет по беременности | Как минимум однократно при постановке беременной на учет |
| Дети, рожденные матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов | Исследование на антитела к ВИЧ при рождении, дальнейшая тактика наблюдения определяется по результатам тестирования |
| Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями | Исследование на ДНК или РНК ВИЧ в возрасте 1,5-2 месяцев. Повторное исследование – в зависимости от результата:  - при первом положительном результате – в кратчайшие сроки;  - при первом отрицательном результате – в возрасте 4-6 месяцев.  При наличии высокого риска заражения ВИЧ исследование на ДНК или РНК ВИЧ проводится в более ранние сроки: в первые 48 часов жизни ребенка и в возрасте 14-21 дня. Исследование на антитела к ВИЧ: при рождении, в 6-12 месяцев, далее по показаниям до верификации диагноза. Обследование на антитела к ВИЧ по контакту (после снятия с диспансерного учета) рекомендуется проводить в возрасте 3 лет. |
| Дети, получавшие грудное вскармливание от ВИЧ-инфицированной женщины | Исследование на ДНК или РНК ВИЧ после полного прекращения грудного вскармливания: через 4-6 недель, 3, 6 месяцев. Исследование на антитела к ВИЧ после полного прекращения грудного вскармливания: через 3, 6 месяцев, далее по показаниям до верификации диагноза. Обследование на антитела к ВИЧ по контакту (после снятия с диспансерного учета) рекомендуется проводить в возрасте 3 лет. |
| Лица, относящиеся к уязвимым группам населения | |
| Лица, употребляющие психоактивные вещества | При обращении за медицинской помощью в наркологические учреждения и реабилитационные центры, при получении медицинской помощи в отношении гепатитов В и С, в последующее – 1 раз в 12 месяцев.  При прохождении освидетельствования на употребление ПАВ, при нахождении в изоляторах временного содержания системы МВД России, учреждениях ФСИН России.  При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом. |
| Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) | При обращении за медицинской помощью.  При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом. |
| Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг, проституцией (КСР) | При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом. |
| Внутренние трудовые мигранты, включая работающих вахтовым методом | При проведении профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции среди работающего населения |
| Выявленные контактные лица при проведении эпидемиологического расследования (контакт с ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ) | При выявлении лица, имевшего с ВИЧ-инфицированным контакт, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта, в последующем при сохранении риска заражения – 1 раз в 12 месяцев.  При выявлении ВИЧ-инфекции у женщины необходимо обследовать всех ее детей в возрасте до 10 лет |
| Участники аварийной ситуации: потенциальный источник ВИЧ-инфекции и контактировавшее лицо (обследуются с целью постконтактной профилактики заражения) | Все участники – при возникновении аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые. Пострадавшие дополнительно обследуются через 3, 6, 12 месяцев после аварии |
| Лица, находящиеся в местах лишения свободы | При поступлении, освобождении из мест лишения свободы и в соответствии с клиническими и эпидемиологическими показаниями |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом заболеваний, передающихся половым путем | При постановке диагноза и через 6 месяцев |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В или гепатита С | При постановке диагноза и через 6 месяцев |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом хронического гепатита В или гепатита С, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В или С | При постановке диагноза |
| Лица в возрасте 18-60 лет в регионах Российской Федерации с генерализованной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции (более 1% ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин) | При обращении за медицинской помощью, в том числе при прохождении диспансеризации взрослого населения.  При проведении акций и кампаний по привлечению к тестированию на ВИЧ, в том числе среди работающего населения, тестирование может проводиться экспресс-методом. Частота тестирования – 1 раз в 12 месяцев. |
| Лица, обследуемые по клиническим показаниям | |
| Больные с хотя бы одним из следующих клинических проявлений:  - лихорадка более 1 месяца;  - увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца;  - диарея, длящаяся более 1 месяца;  - необъяснимая потеря массы тела на 10 и более процентов | При выявлении клинических проявлений |
| Больные с затяжными, рецидивирующими и возвратными пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии | При постановке диагноза |
| Больные с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными или паразитарными заболеваниями, сепсисом |
| Больные с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц |
| Больные с волосистой (ворсистой) лейкоплакией языка |
| Больные с хроническими и рецидивирующими бактериальными, грибковыми и вирусными заболеваниями кожи и слизистых, в том числе с рецидивирующей пиодермией |
| Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии |
| Лица с анемиями и другими цитопениями (лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения) неясной этиологии | При постановке диагноза |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом | |
| Саркомы Капоши | При постановке диагноза |
| Лимфомы мозга |
| Т-клеточного лейкоза |
| Легочного и внелегочного туберкулёза |
| Заболевания, обусловленного цитомегаловирусом |
| Генерализованной или хронической формы инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса |
| Рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет |
| Инфекционного мононуклеоза (у лиц старше 13 лет) | При постановке диагноза и через 3 месяца после начала заболевания |
| Пневмоцистоза (пневмонии) | При постановке диагноза |
| Токсоплазмоза с поражением центральной нервной системы. |
| Криптококкоза (внелегочного) |
| Криптоспородиоза |
| Изоспороза |
| Гистоплазмоза |
| Стронгилоидоза |
| Кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких |
| Глубоких микозов |
| Атипичных микобактериозов |
| Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии |
| Рака шейки матки (инвазивный) |
| Кокцидиомикоза (диссеминированного или внелегочного) |
| Лимфомы (в том числе неходжскинские, иммунобластные, лимфома Беркитта, Болезнь Ходжкина и другие.) |
| Сальмонеллёзных (не тифоидных) септицемий возвратных |
| Бактериальных инфекций (множественных или возвратных) у ребенка в возрасте до 13 лет |
| Интерстициальной лимфоидной пневмонии у ребенка в возрасте до 13 лет |
| Дети в возрасте до 13 лет с подозрением или подтвержденным диагнозом онкологических заболеваний |
| Дети до 13 лет со следующими клиническими проявлениями:  - длительная необъяснимая гепато-(сплено)-мегалия;  - персистирующий/рецидивирующий необъяснимый паротит;  - резкая задержка психомоторного и физического развития;  - нейтропения < 0,5 х 109/л  - тромбоцитопения < 50 х 109/л | При выявлении клинических проявлений |
| Обследованные добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования) | При обращении с целью обследования |
| Контингенты, подлежащие обследованию по патологоанатомическим показаниям | |
| Умершие, в случае выявления патологоанатомических изменений, указывающих на СПИД; лица, у которых на вскрытии было обнаружено генерализованное увеличение лимфоузлов, туберкулёз; наркопотребители; умершие в результате передозировки наркотиков, сепсиса, а также лица, умершие вследствие суицида | При вскрытии трупа |

\* Вышеуказанные контингенты проходят освидетельствование на наличие антител к ВИЧ добровольно с обязательным до- и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и при наличии информированного согласия.

Приложение 30

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских организациях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских организациях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ, РНК, ДНК ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно, обычно не более 3 месяцев) при тестировании еще не обнаруживаются антитела к ВИЧ, но человек уже может заразить других лиц.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- через кровь, чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

- при сексуальных контактах без презерватива;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обследуемого на ВИЧ Дата

Приложение 31

Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня ВИЧ-инфекции; мне разъяснено, что означает этот диагноз.

Я проинформирован, что:

- присутствие антител к ВИЧ, РНК, ДНК ВИЧ, эпидемиологических и клинических данных является доказательством наличия ВИЧ-инфекции;

- для диспансерного наблюдения, уточнения стадии заболевания и назначения лечения мне необходимо обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Мне разъяснено, что:

- ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации;

- в настоящее время в России существует бесплатное обследование и лечение (антиретровирусная терапия) для нуждающихся инфицированных ВИЧ. Для наблюдения и лечения мне рекомендовано немедленно обратиться в территориальный Центр СПИД. Антиретровирусная терапия не позволяет излечиться от ВИЧ-инфекции, но останавливает размножение вируса, существенно продлевает жизнь больному и уменьшает вероятность передачи от него заболевания. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно как можно раньше обратиться в Центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка;

- ВИЧ инфекция передается только тремя путями:

1. при сексуальных контактах без презерватива;

2. через кровь, чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться так же при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей.

3. от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

- Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

- Я должен/должна соблюдать меры предосторожности, чтобы не инфицировать ВИЧ других людей. Защитить других от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь с ними опасных контактов (люди не должны иметь контакты с кровью, выделениями половых органов и грудным молоком инфицированного ВИЧ человека). Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда и правильно пользоваться презервативами. Следует оградить других людей от контактов с кровью инфицированного ВИЧ человека, пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены (бритвами, маникюрными принадлежностями, зубными щетками) и при необходимости стерильными медицинскими

инструментами. Желательно не употреблять наркотики.

- Инфицированные ВИЧ лица не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

- Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации).

- С вопросами можно обратиться в территориальный Центр СПИД.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обследуемого на ВИЧ Дата

Приложение 32

Журнал  
учёта аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций[<1>](http://base.garant.ru/12184824/#block_40111)  
в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование отделения, учреждения)

Начат: «…» …..... 20….г

Окончен: «…» …..... 20….г

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

<1> *-* далее оформляется Акт о медицинской аварии в медицинской организации

Приложение 33

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, инициалы руководителя)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

АКТ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

О МЕДИЦИНСКОЙ АВАРИИ В УЧРЕЖДЕНИИ

1. Дата и время медицинской аварии

(число, месяц, год и время медицинской аварии)

2. Учреждение, работником которого является пострадавший

(полное наименование, фактический адрес, юридический адрес, фамилия,

инициалы руководителя)

3. Наименование структурного подразделения, где произошла аварийная

ситуация, и в каком структурном подразделении работает пострадавший

работник

4. Сведения о пострадавшем работнике:

фамилия, имя, отчество

пол (мужской, женский)

дата рождения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_ полных лет

5. Наличие беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок \_\_\_\_\_\_\_\_ недель или

грудного вскармливания ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Занимаемая должность в указанной медицинской организации

стаж работы в организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе в данной

должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Лица, ответственные за расследование случая медицинской аварии

(руководитель структурного подразделений, другие должностные лица)

8. Сведения о проведении инструктажей (обучения и проверки знаний) по

охране труда по профессии (должности) или виду работы, при выполнении

которой произошла аварийная ситуация

(число, месяц, год)

Инструктаж на рабочем месте/первичный, повторный, внеплановый, целевой/

(нужное подчеркнуть)

по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла

медицинская авария \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Обучение по охране труда по профессии или виду работы, при

выполнении которой произошла медицинская авария:

с « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. По « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

(если не проводилось – указать)

Проверка знаний по охране труда по профессии или виду работы, при

выполнении которой произошла медицинская авария

(число, месяц, год, № протокола)

9. Краткая характеристика места, где произошла медицинская авария

10. Обстоятельства медицинской аварии, дата регистрации в журнале

медицинских аварий

11. Характер полученных повреждений и орган, подвергшийся повреждению:

(колотая рана, поверхностная или глубокая ссадина, прокол загрязненной

иглой, загрязнение инфицированной кровью или другими биологическими

жидкостями поврежденной кожи и слизистой оболочки):

12. Сведения о применении выданных средств индивидуальной защиты на

момент аварийной ситуации (спецодежда, перчатки, очки, маска, фартук)

13. Мероприятия по обеззараживанию места аварии, предотвращению заражения

ВИЧ-инфекцией пострадавшего

14. Причины медицинской аварии (указать основную и сопутствующие причины)

15. Очевидцы аварии

16. Характеристика предположительного источника инфекции:

результаты обследования на ВИЧ-инфекцию:

экспресс-диагностика (дата, результат)

ИФА (дата, результат)

ИБ (дата, результат)

ВИЧ-статус больного, регистрационный № ВИЧ, дата выявления ВИЧ-инфекции

антиретровирусная терапия

иммунный статус

вирусная нагрузка

результаты обследования на ВГВ (дата, результат)

результаты обследования на ВГС (дата, результат)

данные эпиданамнеза, свидетельствующие о высокой вероятности нахождения

пациента в «серонегативном окне»

17. Результаты обследования пострадавшего, в том числе

экспресс-диагностика

результаты обследования на ВИЧ-инфекцию (дата, результат)

результаты обследования на ВГВ (дата, результат)

результаты обследования на ВГС (дата, результат)

18. Наличие прививок против вирусного гепатита В у пострадавшего (с

указанием даты вакцинации, наименования вакцины, номера серии, срока

годности):

V1

V2

V3

RV

напряженность иммунитета к гепатиту В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Дата и время начала, окончания приема антиретровирусных препаратов,

наименование препаратов

(если АРВТ не проводилась, указать причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О., должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.2. Профилактика вирусных гепатитов В и С**

Приложение 34

**Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg в сыворотке (плазме) крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Контингенты населения | Период обследования |
| 1 | Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы | При каждой донации или каждом взятии донорского материала |
| 2 | Беременные | B I, III триместре беременности |
| 3 | Роженицы и родильницы, не обследованные во время беременности | При поступлении в акушерский стационар |
| 4 | Дети, рожденные от матерей, больных ХГВ или заболевших ОГВ в третьем триместре беременности | В возрасте 4-6 месяцев |
| 5 | Реципиенты крови и ее компонентов, органов и тканей | При подозрении на заболевание гепатитом В;  в течение 6 месяцев после переливания крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей |
| 6 | Персонал медицинских организаций:  - организаций донорства крови и ее компонентов;  - центров, отделений гемодиализа, трансплантации органов, гематологии;  - клинико-диагностических лабораторий;  - хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов (в том числе перевязочных, процедурных, прививочных);  - диспансеров;  - перинатальных центров;  - станций и отделений скорой помощи;  - центров медицины катастроф;  - ФАПов, здравпунктов. | При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно - по показаниям |
| 7 | Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии | При поступлении;  при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям |
| 8 | Пациенты перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии | Не ранее 30 дней до поступления или начала терапии |
| 9 | Пациенты противотуберкулёзных, наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой | При постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям |
| 10 | Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени | В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям |
| 11 | Опекаемые и персонал учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов и др.) | При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям |
| 12 | Лица, находящиеся в местах лишения свободы | При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям |
| 13 | Контактные в очагах гепатита В | При выявлении очага |

Приложение 35

КОНТИНГЕНТЫ,

ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV IGG В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Контингенты населения | Период обследования |
| 1 | Беременные | B I, III триместре беременности |
| 2 | Роженицы и родильницы, не обследованные во время беременности | При поступлении в акушерский стационар |
| 3 | Реципиенты крови и ее компонентов, органов и тканей | При подозрении на заболевание гепатитом C;  в течение 6 месяцев после переливания крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей |
| 4 | Персонал медицинских организаций:  - организаций донорства крови и ее компонентов;  - центров, отделений гемодиализа, трансплантации органов, гематологии;  - клинико-диагностических лабораторий;  - хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов (в том числе перевязочных, процедурных, прививочных);  - диспансеров;  - перинатальных центров;  - станций и отделений скорой помощи;  - центров медицины катастроф;  - ФАПов, здравпунктов. | При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно - по показаниям |
| 5 | Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии | При поступлении;  при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям |
| 6 | Пациенты перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии | Не ранее 30 дней до поступления или начала терапии |
| 7 | Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени | В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям |
| 8 | Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита B | В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям |
| 9 | Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция, хронический гепатит B, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита B | В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям |
| 10 | Пациенты противотуберкулёзных, наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой | При постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям |
| 11 | Опекаемые и персонал учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов и др.) | При поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям |
| 12 | Контактные в очагах ХГС | Не реже 1 раза в год;  через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного ХГС |
| 13 | Лица, относящиеся к группам риска по заражению гепатитом C:  - потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;  - лица, оказывающие услуги сексуального характера, и их половые партнеры;  - мужчины, практикующие секс с мужчинами;  - лица с большим количеством случайных половых партнеров. | При выявлении факторов риска |
| 14 | Лица, находящиеся в местах лишения свободы | При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям |

Приложение 36

КОНТИНГЕНТЫ,

ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV

IGG И РНК ВИРУСА ГЕПАТИТА C В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Контингенты населения | Период обследования |
| 1 | Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы | При каждой донации или каждом взятии донорского материала |
| 2 | Дети в возрасте до 12 месяцев, рожденные от инфицированных вирусом гепатита C матерей | В возрасте 4-6 месяцев |
| 3 | Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей | В возрасте 4-6 месяцев |
| 4 | Лица с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами, и другие) | Согласно Приложению 2 к настоящим санитарным правилам в случае принадлежности к соответствующим контингентам |
| 5 | Лица, имеющие заболевание печени неясной этиологии | В процессе первичного клинико-лабораторного обследования |
| 6 | Пациенты отделений гемодиализа, гематологии и трансплантации, пребывающие в медицинской организации более 1 месяца | Не реже 1 раза в 3 месяца |
| 7 | Контактные в очагах ОГС | При выявлении очага и далее однократно через 30 дней |
| 8 | Контактные в очагах ХГС | При выявлении очага |

**7. ПРОФИЛАКТИКА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ И БОЛЕЗНЕЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ**

**7.1. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных бактериальной этиологии**

**7.1.2. Профилактика чумы**

Приложение 37

ПЕРЕЧЕНЬ

ПРОТИВОЧУМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ЗАКРЕПЛЕННЫХ ЗА НИМИ

СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕТОДИЧЕСКОЙ

И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЧУМЫ

И ДРУГИХ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ФУНКЦИЙ В РАМКАХ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА, ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ИНДИКАЦИИ ПБА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Учреждение** | **Субъекты** | **Функции в рамках системы мониторинга, лабораторной диагностики инфекционных болезней и индикации ПБА в Российской Федерации** |
| ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора | Республики Башкортостан, Марий Эл, Мордовия, Татарстан, Удмуртская и Чувашская Республики, Пермский край, Нижегородская, Оренбургская, Пензенская, Самарская, Саратовская и Ульяновская Курганская, Свердловская, Челябинская области | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности  Референс-центр по мониторингу за чумой и другими особо опасными бактериальными инфекционными болезнями   * 1. Центр верификации диагностической деятельности, осуществляющих функции государственных коллекций Роспотребнадзора |
| ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора | Волгоградская область | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности  Референс-центр по мониторингу за:   1. особо опасными микозами 2. сапом, мелиоидозом 3. лихорадкой Западного Нила   лихорадкой Зика |
| ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока» Роспотребнадзора | Тюменская область, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической  Референс-центр по мониторингу за:  -клещевым вирусным энцефалитом |
| ФКУЗ «Ростовский на Дону научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора | Ростовская область | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности  Референс-центр по мониторингу за холерой |
| ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора | Республика Северная Осетия- Алания, Ингушская и Чеченская Республики, Ставропольский край | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности  Референс-центр по мониторингу за:   1. сибирской язвой 2. бруцеллезами   крымской геморрагической лихорадкой |
| ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора | Белгородская, Брянская, Владимирская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская и Ярославская области, г. Москва, Кировская область | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Алтайская противочумная станция» Роспотребнадзора | Республика Алтай, Алтайский край | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора | Астраханская область | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Дагестанская противочумная станция» Роспотребнадзора | Республика Дагестан | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Кабардино-Балкарская противочумная станция» Роспотребнадзора | Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская Республики | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФГКУЗ «ПЧС Республики Крым» Роспотребнадзора | Республика Крым, г. Севастополь | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Приморская противочумная станция» Роспотребнадзора | Камчатский, Приморский края | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Причерноморская противочумная станция» Роспотребнадзора | Республика Адыгея, Краснодарский край | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Северо-Западная противочумная станция» Роспотребнадзора | Республики Карелия, Коми, Ненецкий автономный округ, Архангельская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Новгородская и Псковская области, г.Санкт-Петербург | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Тувинская противочумная станция» Роспотребнадзора | Республика Тыва | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Хабаровская противочумная станция» Роспотребнадзора | Хабаровский край, Амурская, Магаданская, Сахалинская области, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |
| ФКУЗ «Читинская противочумная станция» Роспотребнадзора | Республика Бурятия, Забайкальский край | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I |
| ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора | Республика Калмыкия | Центр индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности и обеспечения противоэпидемической готовности |

Приложение 38

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ

ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЧУМЫ

I. Перечень субъектов Российской Федерации, на территории

которых имеются природные очаги чумы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Субъекты  Российской Федерации | Название природного очага чумы, находящегося на территории данного субъекта (шифр очага) | Противочумная станция (ПЧС), осуществляющая санитарно-эпидемиологический надзор в природном очаге чумы |
| Южный федеральный округ | | |
| Республика Калмыкия | Прикаспийский Северо-Западный степной (14)  Прикаспийский песчаный (43) | ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора  ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Астраханская область | Прикаспийский Северо-Западный степной (14)  Волго-Уральский степной (15)  Волго-Уральский песчаный (16)  Прикаспийский песчаный (43) | ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Волгоградская область | Прикаспийский Северо-Западный степной (14)  Волго-Уральский степной (15) | ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора  ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Ростовская область | Прикаспийский Северо-Западный степной (14) | ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Северо-Кавказский федеральный округ | | |
| Республика Дагестан | Терско-Сунженский низкогорный (02)  Дагестанский равнинно-предгорный (03)  Прикаспийский песчаный (43)  Восточно-Кавказский высокогорный (39) | ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Республика Ингушетия | Терско-Сунженский низкогорный (02)  Восточно-Кавказский высокогорный (39) | ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Кабардино-Балкарская Республика | Центрально-Кавказский высокогорный (01) | ФКУЗ «Кабардино-Балкарская ПЧС»  Роспотребнадзора |
| Карачаево-Черкесская Республика | Центрально-Кавказский высокогорный (01) | ФКУЗ «Кабардино-Балкарская ПЧС»  Роспотребнадзора |
| Чеченская Республика | Терско-Сунженский низкогорный (02)  Восточно-Кавказский высокогорный (39) | ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Ставропольский край | Прикаспийский песчаный (43) | ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Сибирский федеральный округ | | |
| Республика Алтай | Горно-Алтайский высокогорный (36) | ФКУЗ «Алтайская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Республика Тыва | Тувинский горный (37) | ФКУЗ «Тувинская ПЧС» Роспотребнадзора |
| Забайкальский край | Забайкальский степной (38) | ФКУЗ «Читинская ПЧС» Роспотребнадзора |

II. Перечень субъектов Российской Федерации,

граничащих с субъектами Российской Федерации, на территории

которых имеются природные очаги чумы

|  |  |
| --- | --- |
| Субъекты Российской Федерации,  граничащие с субъектами Российской Федерации, на территории которых имеются природные очаги чумы | Субъекты Российской Федерации, на территории которых имеются  природные очаги чумы |
| Центральный федеральный округ  Воронежская область | Ростовская область  Волгоградская область |
| Южный федеральный округ  Краснодарский край | Ставропольский край  Ростовская область |
| Северо-Кавказский федеральный округ  Республика Северная Осетия - Алания | Ставропольский край  Кабардино-Балкарская Республика  Чеченская Республика |
| Приволжский федеральный округ  Саратовская область | Волгоградская область |
| Сибирский федеральный округ  Республика Бурятия | Республика Тыва  Забайкальский край |
| Республика Хакасия | Республика Тыва  Республика Алтай |
| Алтайский край | Республика Алтай |
| Красноярский край | Республика Тыва |
| Иркутская область | Забайкальский край  Республика Тыва |
| Кемеровская область | Республика Алтай |
| Дальневосточный федеральный округ  Республика Саха (Якутия)  Амурская область | Забайкальский край |

III. Перечень субъектов Российской Федерации,

граничащих со странами, на территории которых имеются

активные природные очаги чумы

|  |  |
| --- | --- |
| Страна, из которой существует угроза заноса чумы | Субъект Российской Федерации |
| Республика Казахстан | Южный федеральный округ  Астраханская область  Волгоградская область  Приволжский федеральный округ  Самарская область  Саратовская область  Уральский федеральный округ  Курганская область  Оренбургская область  Тюменская область  Челябинская область  Сибирский федеральный округ  Республика Алтай  Алтайский край  Новосибирская область  Омская область |
| Китайская Народная Республика | Сибирский федеральный округ  Забайкальский край  Дальневосточный федеральный округ  Приморский край  Хабаровский край  Амурская область  Еврейская автономная область |
| Монголия | Сибирский федеральный округ  Республика Алтай  Республика Бурятия  Республика Тыва  Забайкальский край |
| Азербайджанская Республика | Северо-Кавказский федеральный округ  Республика Дагестан |
| Грузия | Южный федеральный округ  Краснодарский край  Северо-Кавказский федеральный округ  Республика Дагестан  Кабардино-Балкарская Республика  Республика Северная Осетия - Алания  Чеченская Республика |

**7.2. Профилактика природно-очаговых инфекций и болезней, общих для человека и животных вирусной этиологии**

**7.2.7. Профилактика инфекций, передающихся кровососущими комарами**

Приложение 39

Таблица (справочная). КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО БИОЛОГИИ (ЭКОЛОГИИ) НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ ВИДОВ КОМАРОВ-ПЕРЕНОСЧИКОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Род комаров | Передаваемые инфекции | Зимующая стадия | Места развития личинок | Места дневок  имаго | Период максимальной численности | Степень антропофилии |
| 1 | Anopheles | | | | | | |
| комплекс *Anopheles* *maculipennis*,  *An. sinensis* | малярия,  лихорадка Батаи,  дирофиляриозы | имаго | постоянные водоемы | внутри помещений | конец лета – осень | высокая |
| *Anopheles plumbeus* | малярия | личинки | дупла, контейнеры с малым объемом воды, старые автомобильные покрышки | вне помещений | конец лета – осень | высокая |
| *Anopheles hyrcanus* | лихорадка Синдбис | имаго | постоянные водоемы | вне помещений | конец лета – осень |  |
| 2 | Aedes (эндемичные виды) | | | | | | |
| *Ae. caspius, Ae. vexans, Ae. dorsalis,*  *Ae. cataphylla* | лихорадки, передаваемые вирусами комплекса Калифорния, (лихорадка) Батаи | яйцо | весной - временные водоемы, образованные талыми или паводковыми водами, летом – постоянные водоемы | вне помещений | весна – начало лета | преимуществен-но зоофилы |
| *Ae. punctor,*  *Ae. communis* | Карельская лихорадка | яйцо |
| Aedes (завозные виды) | | | | | | |
| *Ae. aegypti,*  *Ae. albopictus* | лихорадки денге, Чикунгунья, Зика, | неизвестна | контейнеры объемом <15 л, старые автомобильные покрышки | *Aedes aegypti* – в помещениях; *Aedes albopictus* – вне помещений | конец лета – осень | высокая |
| *Aedes koreicus* | японский энцефалит | яйцо | временные водоемы: канавы, ведра, бочки и др. | вне помещений | середина лета | высокая |
| 3 | *Culex pipiens f.pipiens* | ЛЗН, дирофиляриозы, лихорадка Синдбис | имаго | постоянные и временные водоемы (пруды, придорожные канавы, бочки, ведра, детские бассейны и т.д.), | прибрежная растительность | конец лета – осень | низкая, преимуществен-но орнитофилы |
| *Culex pipiens f. molestus* | ЛЗН, дирофиляриозы | нет зимующей стадии | затопленные подвалы домов, контейнеры с водой | внутри помещений | круглогодично | высокая |
| *Cx. modestus* | ЛЗН | имаго | постоянные водоемы разных размеров (от прудов до следов копыт) | прибрежная растительность | конец лета – осень | высокая |
| *Cx. tritaeniorhynchus* | Японский энцефалит | имаго | мелкие постоянные и временные водоемы | вне помещений | середина лета – начало осени | высокая |
| 4 | *Coquillettidia richiardii* | лихорадка Синдбис | личинки | водоемы, заросшие тростником и камышом | прибрежная растительность | середина лета | высокая |

**8. ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

* 1. **Профилактика холеры**

Приложение 40

Районирование административных территорий Российской Федерации по типам эпидемических проявлений холеры

|  |  |
| --- | --- |
| Территории I типа | |
| Северо-Кавказский федеральный округ | Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Ставропольский край |
| Южный федеральный округ | Ростовская область, Астраханская область, Волгоградская область, Республика Крым, город федерального значения Севастополь |
| Территории II типа | |
| Южный федеральный округ | Республика Калмыкия, Краснодарский край |
| Дальневосточный федеральный округ | Приморский край |
| Территории III типа подтипа А | |
| Северо-Западный федеральный округ | Архангельская область, Вологодская область, Новгородская область, Калининградская область, Мурманская область, город Санкт-Петербург |
| Центральный федеральный округ | Брянская область, Владимирская область, Калужская область, Московская область, Рязанская область, Смоленская область, Тверская область, Тульская область, Липецкая область, город Москва |
| Приволжский федеральный округ | Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Чувашская Республика, Республика Татарстан, Республика Башкортостан, Удмуртская Республика, Пермский край, Кировская область, Нижегородская область, Самарская область, Саратовская область, Ульяновская область, Оренбургская область |
| Северо-Кавказский федеральный округ | Республика Северная Осетия - Алания |
| Уральский федеральный округ | Челябинская область, Тюменская область |
| Сибирский федеральный округ | Алтайский край, Красноярский край, Кемеровская область, Новосибирская область, Омская область, Иркутская область |
| Дальневосточный федеральный округ | Республика Саха (Якутия), Сахалинская область |
| Территории III типа подтипа Б | |
| Северо-Западный федеральный округ | Республика Коми, Ленинградская область, Псковская область |
| Центральный федеральный округ | Ярославская область, Воронежская область, Курская область |
| Приволжский федеральный округ | Пензенская область |
| Северо-Кавказский федеральный округ | Кабардино-Балкарская Республика |
| Уральский федеральный округ | Свердловская область, Курганская область |
| Сибирский федеральный округ | Республика Алтай, Томская область |
| Дальневосточный федеральный округ | Республика Бурятия, Забайкальский край, Хабаровский край, Амурская область |
| Подтип В | |
| Северо-Кавказский федеральный округ | Карачаево-Черкесская Республика |
| Южный федеральный округ | Республика Адыгея |
| Центральный федеральный округ | Белгородская область, Ивановская область, Костромская область, Орловская область, Тамбовская область |
| Северо-Западный федеральный округ | Республика Карелия, Ненецкий автономный округ |
| Дальневосточный федеральный округ | Камчатский край, Магаданская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ |
| Уральский федеральный округ | Ханты-Мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ |
| Сибирский федеральный округ | Республика Тыва, Республика Хакасия |

Приложение 41

Контингенты населения, подлежащие лабораторному обследованию   
при эпидемиологическом надзоре за холерой

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Лица, подлежащие лабораторному  обследованию на холеру | Периоды обследования  по типам территорий | | | | |
| I | | II | | III |
| 1 | Больные с диареей и рвотой при тяжелом течении болезни и выраженном обезвоживании <1> | в течение года на территории  всей страны | | | | |
| 2 | Граждане Российской Федерации, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, а также имевшие диарею и рвоту в пути следования <1> | в течение года  на территории всей страны | | | | |
| 3 | Иностранные граждане, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, находящиеся на стационарном лечении и при обращении за медицинской помощью по поводу указанного заболевания<1>[[106]](#footnote-106) | в течение года на территории всей страны | | | | |
| 4 | Лица без гражданства или иностранные граждане при медицинском освидетельствовании на территории Российской Федерации (с дисфункцией кишечника и по эпидемиологическим показаниям) <1> | в течение года  на территории всей страны | | | | |
| 5 | Больные острыми кишечными болезнями в стационарах и оставленные на дому <1> | май –  сентябрь | июнь –  сентябрь | | по эпидпоказаниям | |
| 6 | Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в учреждения социальной реабилитации и организации спецрежима <2> | май –  сентябрь | июнь –  сентябрь | | по эпидпоказаниям | |
| 7 | Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в психоневрологические стационары и диспансеры <2> | май –  сентябрь | июнь –  сентябрь | | по эпидпоказаниям | |
| 8 | Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в негосударственные медицинские организации <2> | май –  сентябрь | июнь –  сентябрь | | по эпидпоказаниям | |
| 9 | Умершие, причиной смерти, которых явились кишечные инфекции неустановленной этиологии. | май –  сентябрь | июнь –  сентябрь | | по эпидпоказаниям | |

Примечания:

<1> *-* бактериологическое обследование на холеру осуществляется трехкратно (с интервалом 3 часа), до начала лечения антибиотиками;

<2> *-* бактериологическое обследование на холеру осуществляется однократно до начала лечения антибиотиками.

**8.9. Профилактика полиомиелита**

Приложение 42

Коды для окончательной классификации случаев заболеваний

с синдромом острого вялого паралича (в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра).

Код Заболевание

IFA МКБ10

-----------------------------------------------------------------------------

**Полиомиелит (код 1)**

1 A80.x Острый полиомиелит

-----------------------------------------------------------------------------

**Полирадикулонейропатии (код 2)**

2 G61.0 Синдром Гийена-Барре/

Острый (пост-)инфекционный полиневрит

2 G36 Другая форма острой диссеминированной демиелинизации

2 G37 Другие демиелинизирующие болезни ЦНС

-----------------------------------------------------------------------------

**Поперечный миелит (код 3)**

3 G04.x Энцефалит, миелит и энцефаломиелит

3 G04.8 Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит/

Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ

3 G04.9 Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный/

Вентрикулит (церебральный) БДУ

3 G37.3 Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни ЦНС

-----------------------------------------------------------------------------

**Травматические нейропатии, другие мононейропатии (код 4)**

4 G54 Поражения нервных корешков и сплетений

4 G56 Мононевропатии верхней конечности

4 G57 Мононвропатии нижней конечности

4 G58 Другие мононевропатии

4 S74.0 Травма седалищного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.1 Травма бедренного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.8 Травма других нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.9 Травма неуточненного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

-----------------------------------------------------------------------------

**Опухоль спинного мозга (острая компрессия спинного мозга,**

**вызванная новообразованием, гематомой, абсцессом) или другие новообразования (код 5)**

5 C41.2 Злокачественные новообразования позвоночного столба

5 C41.4 Злокачественное новообразование костей таза, крестца и копчика

5 C47.9 Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 C49.3-8 Злокачественные новообразования соединительной и мягких

тканей грудной клетки/живота/таза/туловища/поражение, выходящее за пределы вышеуказанных локализаций

5 C70.1 Злокачественное новообразование оболочек спинного мозга

5 C79.4 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных отделов нервной системы

5 D32.1 Доброкачественное новообразование оболочек спинного мозга

5 D42.1 Новообразование оболочек спинного мозга неопределенного или неизвестного характера

5 D16.6-8 Доброкачественные новообразования позвоночного столба/ребер, грудины и ключицы/тазовых костей, крестца и копчика

5 D48.0-2 Новообразование неопределенного или неизвестного характера других и неуточненных локализаций/костей и суставных хрящей/соединительной и других мягких тканей/периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 D36.1 Доброкачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 S24.1 Другие и неуточненные травмы грудного отдела спинного мозга

5 S34.4 Травма пояснично-крестцового нервного сплетения

5 G06.1 Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема

-----------------------------------------------------------------------------

**Периферическая нейропатия вследствие инфекции (дифтерия, боррелиоз) или интоксикации (тикозы, укус змеи, отравления тяжелыми металлами) (код 6)**

6 T63.4 Токсический эффект от яда членистоногих(клещевой паралич)

6 G61.1-9 Сывороточная невропатия/Другие воспалительные невропатии/

Воспалительная невропатия неуточненная

6 G62.2-9 Полиневропатия, вызванная токсичными веществами/

Другие уточненные полиневропатии/Невропатия неуточненная

6 T56 Токсическое действие металлов

6 G35 Рассеянный склероз

-----------------------------------------------------------------------------

**Другие неспецифические неврологические заболевания (код 7)**

7 G83.8 Другие уточненные паралитические синдромы/Паралич Тодда

(постэпилептический)\*

7 G60 Наследственная и идиопатическая невропатия

----------------------------------------------------------------------------

**Системные заболевания или нарушения метаболизма, заболевания мышц или костей (код 8)**

8 B75 Трихинеллез

8 M60.0 Инфекционный миозит

8 M60.1 Интерстициальный миозит

8 M61.1 Миозит оссифицирующий прогрессирующий/фибродисплазия

8 E80.2 Другие порфирии/наследственная копропорфирия

----------------------------------------------------------------------------

**Параличи неизвестной этиологии или неизвестный диагноз (код 9)**

9 G81 Гемиплегия\*

9 G82.x Параплегия и тетраплегия\*

9 G83.x Другие паралитические синдромы\*

9 G83.0 Диплегия верхних конечностей\*

9 G83.1 Моноплегия нижней конечности\*

9 G83.2 Моноплегия верхней конечности\*

9 G83.3 Моноплегия неуточненная\*

9 G83.4 Синдром конского хвоста\*

9 G72.8 Другие уточненные миопатии

9 R29.8 Другие и неуточненные синдромы и признаки, относящиеся к

нервной и костно-мышечной системам

9 G64 Другие расстройства периферической нервной системы

-----------------------------------------------------------------------------

**Не ОВП (код 0)**

0 G80.x Спастический церебральный паралич

0 G83.9 Паралитический синдром неуточненный

0 A87.0 Энтеровирусный менингит

0 G02.0 Менингит при вирусных болезнях

0 G03.0 Непиогенный менингит/небактериальный

0 G03.9 Менингит неуточненный/Арахноидит (спинальный) БДУ

0 G00.x Бактериальный менингит

Приложение 43

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита**  **и острого вялого паралича**  (заполняется специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с лечащим врачом) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Часть 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Расследование случая в течение 24 часов** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ИДЕНТИФИКАЦИЯ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЭПИД № | |  | | | | | | | Дата эпидрасследования | | |  | | |  | | | |  | |
| Случай «горячий»? | | | Да | | Нет | | | Не изв. | день | | | месяц | | | | год | |
| ФИО (сокращенно) | |  | | | | | | Адрес |  | | | | | | | | | | | |
| Населенный пункт | |  | | | | | | Район |  | | | Субъект РФ | | |  | | | | | |
| Дата рождения | | день | месяц | | Год | | | Если дата рождения не известна - укажите возраст (число полных лет, для детей до года – число полных месяцев) | | | |  | | | Пол | | | | М | |
|  |  | |  | | | Ж | |
| ***РЕГИСТРАЦИЯ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата регистрации случая в органах государственного здравоохранения | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| Дата госпитализации больного | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| Название медицинской организации | | | | | | | | | История болезни № | | | | | | | | | | | |
| Клинический диагноз | | | | | | | | | Врач (Ф.И.О.) | | | | | | | | | | | |
| ***ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМЫ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата начала паралича | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| Если больной умер, дата смерти | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| **ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у больного прививочная карта, доступная во время расследования | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Плановая иммунизация против полиомиелита (указать наименование вакцины и дату введения в соответствующих ячейках): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V1 | V2 | | | V3 | | RV1 | | | | RV2 | | RV3 | | | | | | Не изв. | | |
| Количество дополнительных доз ОПВ, полученных в ходе массовой иммунизации (указать даты получения прививок и наименование вакцины): | | | | | | | | | | | | | | | | | Не изв. | | | |
| Укажите, если у больного были в анамнезе параличи, судороги или др. неврологические расстройства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Укажите: паралич острый (т.е. быстро прогрессирующий)? | | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. |
| паралич вялый (т.е. атонический)? | | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. |
| **Если паралич не острый и не вялый, прекратите расследование. Диагноз:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Если паралич острый и вялый, продолжайте расследование** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Была температура в начале заболевания (паралича)? | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Паралич асимметричный? | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв | |
| Сколько дней прошло от начала паралича до полного его развития? | | | | | | | | | | | |  | | | Дней | | | | Не изв. | |
| Место паралича: | | Лев. нога | Да | | Нет | | | Не изв. | Дыхат. мускулатура | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
|  | | Прав. нога | Да | | Нет | | | Не изв. | Мышцы шеи | | | Да | | | Нет | | | | Неизв. | |
|  | | Лев. рука | Да | | Нет | | | Не изв. | Мышцы лица | | | Да | | | Нет | | | | Неизв. | |
|  | | Прав. рука | Да | | Нет | | | Не изв. | Другое (укажите) | | |  | | |  | | | |  | |
| Паралич рук | | | | | | | | проксим. | дистальный | | | Оба | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Паралич ног | | | | | | | | проксим. | дистальный | | | Оба | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Пирамидные знаки | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Нарушение тазовых органов | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Расстройства чувствительности | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Походка паретическая | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| Сухожильные рефлексы | | | | | | | | | | | | Не изменены | | | Снижены | | | | Отсутству-ют | |
| Результаты исследования ликвора: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии) | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Неизв. | |
| Выезжал ли больной в течение 30 дней до начала паралича в другой населенный пункт | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Неизв. | |
| Если да, укажите: с | | |  | |  | | |  | по | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | день | | Месяц | | | год |  | | | день | | | месяц | | | | Год | |
| Если да, куда Страна Область | | | | | | | Район | | | | | | | Нас. Пункт | | | | | | |
| Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней | | | | | | | | | | | | Да | | | Нет | | | | Не изв. | |
| ***СБОР ОБРАЗЦОВ СТУЛА*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата взятия первого образца | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| Дата взятия второго образца | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| день | | | месяц | | | | год | |
| Расследование проводил | | | | | | | подпись | | | |  | | | | | | | | | |
| Не забудьте провести осмотр больного не ранее чем через 60 дней после начала паралича и заполнить часть II формы расследования случая! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение 43 (продолжение)  **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита**  **и острого вялого паралича** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Часть II**  (заполняется специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с лечащим врачом и комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации) | | | | | | | | | | | | | | |
| Повторный осмотр через 60 дней | | | | | | | | | | | | | | |
| ЭПИД№ | | | Дата повторного  осмотра | | | | |  | |  | | |  | |
| день | | месяц | | | год | |
| ФИО (сокращенно) | | Адрес |  | | | | | | | | | | | |
| Нас. Пункт |  | Район |  | | | | | Субъект РФ | | | | | | |
| Был проведен осмотр через 60 дней? | | | | | | | | | | | | Да | | Нет |
| Если нет, почему?  Другая причина (укажите): | | | Больной умер (укажите дату летального исхода):  Потерян для дальнейшего наблюдения (укажите дату последнего неврологического осмотра): | | | | | | | | | | | |
| Результаты осмотра (укажите, есть ли остаточные параличи или нет; если больной потерян для наблюдения, укажите наличие/отсутствие остаточных параличей при последнем неврологическом осмотре) | | | Остаточные параличи | | | | Нет  остаточных  параличей | | | | Не изв. | | | |
| Результаты вирусологических исследований, полученные в региональном или Национальном центрах по лабораторной диагностике полиомиелита | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 проба фекалий: 2 проба фекалий: | | | | | | | | | | | | | | |
| Результаты серологических исследований: 1 проба сыворотки –  2 проба сыворотки - | | | | | | | | | | | | | | |
| Окончательный клинический диагноз:  (заполняется комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Мероприятия в очаге** | | | | | | | | | | | | | | |
| Количество контактных………. Из них детей до 5 лет………….. | | | | | | | | | | | | | | |
| Были собраны образцы фекалий у контактных? | | | | Да | | Нет | | | Не известно | | | | | |
| Если “Да”, от скольких контактных были собраны образцы? | | | | От ……… контактных | | | | | | | | | | |
| Количество вакцинированных контактных | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинское наблюдение (даты) | | | | | | | | | | | | | | |
| Осмотр контактных | | здоров | | | | | | | ОВП | | | | | |
| Дезинфекция | | проводилась | | | | | | | Не проводилась | | | | | |
| Осмотр проводил | | | | | Подпись | | | | | | | | | |
| Адрес | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание: при подозрении на полиомиелит дополнительно представляется копия выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного, копия протокола клинического электронейромиографического исследования (ЭНМГ), результаты иммунограммы, исследования церебро-спинальной жидкости, копия протокола заседания комиссии по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации, копия акта расследования поствакцинального осложнения.

Руководитель управления Роспотребнадзора

Дата заполнения отчета

Приложение 43 (продолжение)

|  |
| --- |
| **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита,**  **острого вялого паралича, подозрения на эти заболевания** |

**Часть III**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Окончательная классификация случая**  (заполняется Национальной комиссией по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей) | | | | | |
| ЭПИД№ |  | Дата окончательной  классификации |  |  |  |
| день | месяц | год |
| ФИО  (сокращенно) |  | Субъект России |  | | |
| **Окончательная классификация случая:** | | | | | |
| Подтвержден (полиомиелит) | | | | |  |
| Отменен (полиомиелит) | | | | |  |
| Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП) | | | | |  |
| Возможно вакциноасооциированный паралитический полиомиелит | | | | |  |
| “Совместимый с полиомиелитом” | | | | |  |
| **Случай классифицирован на основании:** | | | | |  |
| Выделение полиовируса (ДПВ, ВРПВ, вакцинного) | | | | |  |
| Отсутствие полиовируса в адекватных образцах стула | | | | |  |
| Неадекватные образцы стула | | | | |  |
| Отсутствие образцов стула | | | | |  |
| Остаточные параличи через 60 дней | | | | |  |
| Отсутствие остаточных параличей через 60 дней | | | | |  |
| Смерть в результате заболевания, “совместимого с полиомиелитом” | | | | |  |
| Потерян для дальнейшего наблюдения, смерть больного | | | | |  |
| Окончательный клинический диагноз: | | | | | |
| Комментарии: | | | | | |
| Председатель Комиссии по диагностике  полиомиелита и острых вялых параличей Роспотребнадзора | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение 43 (продолжение)

Эпидномер обозначается следующим образом:

- первые два знака обозначают год;

- третий, четвертый и пятый обозначают код субъекта Российской Федерации;

- шестой, седьмой, восьмой знаки обозначают код города, района внутри субъектов Российской Федерации;

- девятый, десятый и одиннадцатый знаки обозначают порядковый номер случая (больного).

Если образцы фекалий собраны от контактных с больным полиомиелитом, с подозрением на это заболевание или ОВП, следует использовать тот же эпидномер, что и у больного. Единственное различие заключается в том, что в конце добавляется К1 для обозначения первого контактного лица, К2 - второго контактного лица и т.д.

00---- 000 ----- 000 ----- 000 ------ КО

год код субъекта код района порядковый номер

Российской или города номер контактного

Федерации внутри случая

субъекта (больного)

Российской

Федерации

Пример заполнения эпидномера:

1) 19-009-005-004

Этот эпидномер для четвертого больного, зарегистрированного

в…….. районе Новгородской области в 2019 г.

2) 19-059-011-003-К4

Этот эпидномер присвоен четвертому контактному лицу третьего

больного, зарегистрированного в ...... районе Челябинской области

в 2019 г.

Эпидномер присваивается в территориальных органах, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения на случай полиомиелита и ОВП и сопровождает все документы на этого больного или его окружение (направление на лабораторное исследование в вирусологическую лабораторию, Национальный центр по лабораторной диагностике полиомиелита, региональный центр эпиднадзора за полио/ОВП, карту эпидемиологического расследования случая полиомиелита и ОВП и др.).

Приложение 43 (продолжение)

Коды субъектов Российской Федерации для присвоения эпидномера

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 001 | Республика Карелия | 044 | Республика Ингушетия |
| 002 | Республика Коми | 045 | Кабардино-Балкарская Республика |
| 003 | Архангельская область | 046 | Карачаево-Черкесская Республика |
| 004 | Ненецкий автономный округ | 047 | Республика Северная Осетия |
| 005 | Вологодская область | 048 | Чеченская Республика |
| 006 | Мурманская область | 049 | Краснодарский край |
| 007 | гфз. Санкт-Петербург | 050 | Ставропольский край |
| 008 | Ленинградская область | 051 | Ростовская область |
| 009 | Новгородская область | 052 | Республика Башкортостан |
| 010 | Псковская область | 053 | Удмуртская Республика |
| 011 | Брянская область | 054 | Курганская область |
| 012 | Владимирская область | 055 | Оренбургская область |
| 013 | Ивановская область | 056 | Пермский край |
| 014 | Калужская область | 058 | Свердловская область |
| 015 | Костромская область | 059 | Челябинская область |
| 016 | гфз. Москва | 060 | Республика Алтай |
| 017 | Московская область | 061 | Алтайский край |
| 018 | Орловская область | 062 | Кемеровская область |
| 019 | Рязанская область | 063 | Новосибирская область |
| 020 | Смоленская область | 064 | Омская область |
| 021 | Тверская область | 065 | Томская область |
| 022 | Тульская область | 066 | Тюменская область |
| 023 | Ярославская область | 067 | Ханты-Мансийский автономный округ |
| 024 | Республика Марий Эл | 068 | Ямало-Ненецкий автономный округ |
| 025 | Республика Мордовия | 069 | Республика Бурятия |
| 026 | Чувашская Республика | 070 | Республика Тыва |
| 027 | Кировская область | 071 | Республика Хакасия |
| 028 | Нижегородская область | 072 | Красноярский край |
| 029 | Белгородская область | 075 | Иркутская область |
| 030 | Воронежская область | 077 | Забайкальский край |
| 031 | Курская область | 079 | Республика Саха (Якутия) |
| 032 | Липецкая область | 080 | Еврейская автономная область |
| 033 | Тамбовская область | 081 | Чукотский автономный округ |
| 034 | Республика Калмыкия | 082 | Приморский край |
| 035 | Республика Татарстан | 083 | Хабаровский край |
| 036 | Астраханская область | 084 | Амурская область |
| 037 | Волгоградская область | 085 | Камчатский край |
| 038 | Пензенская область | 087 | Магаданская область |
| 039 | Самарская область | 088 | Сахалинская область |
| 040 | Саратовская область | 089 | Калининградская область |
| 041 | Ульяновская область | 091 | Республика Крым |
| 042 | Республика Адыгея | 092 | гфз. Севастополь |
| 043 | Республика Дагестан |

Приложение 44

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОТЧЕТ

О РЕГИСТРАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА И ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ НА ПОЛИО и энтеровирусы.

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(субъект Российской Федерации) (месяц, год)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Число зарегистрированных случаев острого вялого паралича (ОВП) |  |
| 2 | Число случаев ОВП, по которым проведено эпидемиологическое расследование в течение 24 ч. с момента регистрации |  |
| 3 | Число случаев ОВП с 2-мя пробами стула, отобранными у больного для вирусологического исследования. |  |
| 4 | Число случаев ОВП, выявленных в первые 7 дней с момента возникновения ОВП. |  |
| 5 | Показатель числа случаев ОВП на 100 тыс. детей до 15 лет с нарастающим итогом). |  |
| 6 | Результат лабораторного исследования проб от случаев ОВП |  |
| 7 | Количество исследований методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб фекалий/ мазков из ротоглотки/СМЖ |  |
| 8 | Результаты исследования методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб фекалий / мазков из ротоглотки/ СМЖ |  |
| 9 | Количество исследований методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб сточной воды |  |
| 10 | Результаты исследования методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб сточной воды |  |
| 11 | Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб фекалий |  |
| 12 | Результаты вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб фекалий |  |
| 13 | Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб сточной воды. |  |
| 14 | Результаты вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб сточной воды |  |
| 15 | Количество выделенных штаммов/РНК+ проб, направленных на идентификацию в региональный центр эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП, в Национальный центр по лабораторной диагностике ПОЛИО/ОВП, Референс-центр по мониторингу ЭВИ для идентификации (указать что и куда направлено) |  |
| 16 | Результаты идентификации |  |

Руководитель Управления Роспотребнадзора

по субъекту Российской Федерации Ф.И.О.

Дата заполнения

### Приложение 45

ЕЖЕГОДНЫЙ СПИСОК

ВСЕХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ПОЛИОМИЕЛИТА И ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ (ОВП)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | | **Список всех зарегистрированных случаев полиомиелита и ОВП в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(субъект Российской Федерации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| ЭПИД№ | ФИО | | Пол | | Дата (4) | | Возраст | Дата (4) | Количество прививок против полиомиелита | |  |  | Даты (4) |  |  | Локал | Темп. | Быс  трое | Асимм | Дата (4) | Рез. | Лаб № |  | Лаб результаты | | | Окон | Клин |
|  |  | |  | | рожден | |  | начала пар. | план. | допол | последн. | регистр | расслед | Ф1 | Ф2 | парал | в начале | Нач  ало | парал | ПО | ПО | Ф 1 | Р1 | Р2 | Р3 | НПЭВ | клас. | диагн |
| (1) | (2) | | (3) | | (5) | | (6) | (7) | (8) | (9) | прививки  (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (22) | (22) | (23) | (24) | (25) |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Список всех зарегистрированных случаев полиомиелита и ОВП (продолжение)** |
| (1) | Индивидуальный идентификационный номер (эпидномер). Присваивается при первичной регистрации. |
| (2) | ФИО (сокращенно) |
| (3) | Пол (1=муж, 2=жен, 9=не известно). |
| (4) | Даты: день/месяц/год (ДД/ММ/ГГГГ). Примечание: 4-значный формат года. |
| (5) | Дата рождения. Дата рождения или возраст должны представляться при первой регистрации, даже предварительной. |
| (6) | Возраст (количество полных лет). Обязательно, если не известна дата рождения. Для детей до 1 года жизни указывается «0», до двух лет - «1» и т.д. Представляется  при регистрации. |
| (7) | Дата начала паралича. Представляется при первой регистрации, даже если данные предварительные. |
| (8) | Число доз ОПВ (любой полиовирусной вакцины), полученных в ходе плановой иммунизации по данным прививочной документации или «со слов» |
| (9) | Число дополнительных доз ОПВ |
| (10) | Дата получения последней дозы полиовакцины |
| (11) | Дата первого сообщения о случае в органы общественного здравоохранения |
| (12) | Дата эпидемиологического расследования органами общественного здравоохранения |
| (13) | Дата взятия первого образца стула от этого больного |
| (14) | Дата взятия второго образца стула от этого больного |
| (15) | Место паралича: 0=только лицо, 1=конечности, 2=конечности и дыхательные мышцы (бульбарный), 3=только бульбарный, 4=конечности и лицо, 9=не известно.  Обязательно при первичной регистрации, даже если данные предварительные |
| (16) | Наличие повышенной температуры в начале паралича: 1=да, 2=нет, 9=не известно |
| (17) | Быстрое начало паралича (в течение 4 дней): 1=да, 2=нет, 9=не известно |
| (18) | Асимметрия параличей: 1=да, 2=нет, 9=не известно |
| (19) | Дата повторного клинического осмотра |
| (20) | Результат повторного клинического осмотра через 60 дней: 1=остаточные параличи, 2=нет остаточных параличей, 3=потерян для наблюдения, 4=умер  до повторного осмотра |
| (21) | Лабораторный номер для первого образца стула |
| (22) | Изолированы полиовирусы (Р1= Тип 1; Р2= Тип 2; Р3= Тип 3): 1=да, дикий, 2=да, вакцинный, 3=да, внутритиповая дифференциация не завершена,  4=смесь-дикий/вакцинный, 5=не изолирован, 6=образцы не исследованы |
| (23) | Изолированы энтеровирусы: 1=да, 2=нет, 3=образцы не исследованы |
| (24) | Окончательная классификация:  0=не ОВП (спастические или хронические параличи или изолированные параличи лицевых нервов),  1=подтвержденный полиомиелит (клинически или вирусологически),  2=полиомиелит отвергнут,  3= совместимый с полиомиелитом (по классификации ВОЗ),  4=совместимый с полиомиелитом, возможно вакциноассоциированный,  5=подтвержденный вакциноассоциированный,  6=рассмотрен комитетом экспертов, классификация отложена до получения дополнительных клинических данных |
| (25) | Заключительный клинический диагноз:  0=не ОВП: изолированные параличи лицевых нервов любой природы, спастические или хронические параличи, менингит, кома и т.д.  1=Полиомиелит  2=Полирадикулонейропатия /Синдром Гийена-Барре/Ландри,  3=Миелит,  4=Травматическая нейропатия, другие мононейропатии  5=Опухоль спинного мозга (острая компрессия спинного мозга, вызванная новообразованием, гематомой, абсцессом) или другие новообразования,  6=Периферическая нейропатия вследствие инфекции (дифтерия, боррелиоз) или интоксикации (тикозы, укус змеи, отравления тяжелыми металлами  или инсектицидами),  7=другие неспецифические неврологические заболевания,  8=системные заболевания или нарушения метаболизма, заболевания мышц или костей,  9=параличи неизвестной этиологии или неизвестный диагноз |
|  | Примечание: |
|  | 1)Изолированные параличи лицевых нервов (если есть) должны иметь «локализацию паралича (16)=0, «Окончательную классификацию =0»,  «Заключительный клинический диагноз=0» |
|  | 2) Все случаи, у которых указаны «Локализация паралича =0» и/или «Окончательная классификация =0» не должны включаться в общее число  случаев ОВП по итогам отчетного года и использоваться для расчета уровня заболеваемости ОВП, при этом в данный список они включаются |
|  |  |

### Приложение 46

Направление на лабораторное (вирусологическое) исследование проб фекалий от больного полиомиелитом, острым вялым параличом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Раздел 1** заполняется лицом, отправляющим материалы | | | |
| Ф.,И.,О. больного |  | ЭПИД № |  |
| Адрес | | | |
| Район |  | Субъект |  |
|  | День | Месяц | Год |
| Дата рождения<1> |  |  |  |
| Дата начала паралича |  |  |  |
| Дата взятия первого образца фекалий |  |  |  |
| Дата взятия второго образца фекалий |  |  |  |
| Дата отправки первого образца фекалий |  |  |  |
| Дата отправки второго образца фекалий <2> |  |  |  |
| **Сведения о прививках**: | | | |
| Количество прививок (ИПВ или ОПВ, полученных при плановой иммунизации) указать даты, серии: | | | |
| Дата последней прививки: | | | |
| Предварительный клинический диагноз: | | | |
| Образцы направлены: | | | |
| Название учреждения, отправившего образцы | |  | |
| Ф.И.О. должность лица, отправившего материал | |  | |
| Телефон |  | | |
| Факс |  | | |
| E-mail |  | | |
| По адресу |  | | |
| Тел. N |  | | |

|<1> Если неизвестна, укажите возраст в месяцах.

<2> Если образцы отправляются в разные дни, заполните форму на каждый образец отдельно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Раздел 2.** Заполняется вирусологом в лаборатории.  Заполненную форму необходимо направить должностному лицу, ответственному  за полиомиелит на территории и отправителю материала. | | |
|  | День/Месяц/Год | |
| Дата поступления в лабораторию первого образца |  | |
| Дата поступления в лабораторию второго образца |  | |
| Состояние первого образца при поступлении в лабораторию | Хорошее<1> | Плохое |
| Состояние второго образца при поступлении в лабораторию | Хорошее<1> | Плохое |
| Результаты исследования первого образца | День/Месяц/Год | |
| Результаты исследования второго образца | День/Месяц/Год | |
| Подпись вирусолога |  | |

<1> Критерии «хорошего» состояния образцов: достаточный объем, не протекают и не высохшие, индикатор или наличие льда указывают на то, что обратная имеется «холодовая цепь».

<2> Выделен полиовирус, проводится внутритиповая дифференциация.

<3> Смесь «дикого» и вакцинного (Себин подобный) вирусов одного и того же типа.

Врач вирусолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать учреждение)

Ф.И.О. (подпись)

### Приложение 47

Организационная структура реализации Национального плана действий по поддержанию

свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации

Московский   
РЦ эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП

**(Управление Роспотребнадзора по** **г. Москва и ФБУЗ ЦГиЭ в г. Москве)**

**Санкт-Петербургский   
РЦ эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП**

**(ФБУН НИИЭМ имени Пастера)**

**Ставропольский РЦ эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП (Управление Роспотребнадзора  
 по Ставрополь­с­кому краю и ФБУЗ ЦГиЭ в Ставропольском крае)**

**Омский РЦ  
эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП (Управление Роспотребнадзора по Омской области и ФБУЗ ЦГиЭ в Омской области)**

Хабаровский РЦ эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП (Управление Роспотребнадзора по Хабаровскому краю и ФБУЗ ЦГиЭ в Хабаровском крае)

Свердловский  
 РЦ эпиднадзора за полиомиелитом и ОВП (Управление Роспотребнадзора по Свердловской области и ФБУЗ ЦГиЭ в Свердловской области)

Министерство здравоохранения и социального развития   
Российской Федерации

**Национальная лаборатория по диагностике полиомиелита**

**(ФГБНУ «ФНЦИРИП им. Чумакова РАН»)**

**Национальная комиссия по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей**

**Координационный центр профилактики полиомиелита и ЭВИ**

**(ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора)**

**Комиссия по контролю за соблюдением требований биологической безопасности лабораторного обращения диких и вакцинных полиовирусов, других (неполио) энтеровирусов**

**ФБУН Нижегородский Хабаровский**

**НИИЭМ,**

Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций Роспотребнадзора

**Министерства (Комитеты, Департаменты) здравоохранения в субъектах Российской Федерации**

**Управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации**

**ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации**

**Национальная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита**

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

### Приложение 48

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий лабораторией

(отделом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

АКТ УНИЧТОЖЕНИЯ

материалов, инфицированных или потенциально

инфицированных диким, вакцинным и вакцинородственным полиовирусом

от \_\_\_\_\_\_ 200\_ г. № \_\_\_\_

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласно разрешению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и должность давшего разрешение,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер и дата разрешения)

Уничтожили \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование материала,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№№ штаммов, количество объектов и т.д.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

автоклавированием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или погружением

(режим автоклавирования)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название дезраствора, его концентрация, время обеззараживания)

Дата уничтожения материалов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи: ( )

( )

### Приложение 49

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий лабораторией

(отделом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

АКТ

передачи материалов, инфицированных или потенциально

инфицированных диким, вакцинным и вакцинородственным полиовирусом, за пределы

организации от \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. передающего материал)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. получающего материал, наименование организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению

руководителя организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

произведена передача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование вида, №№ штаммов, количество объектов, вид упаковки и т.д.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата передачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись

Принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись

**9. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**9.2. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита**

Приложение 50

**Карта   
эпидемиологического расследования случая заболевания   
краснухой или подозрительного на эту инфекцию**

|  |
| --- |
| Заполняется на всех лиц, у которых медицинский работник подозревает краснуху  Первичный диагноз: Краснуха □ Корь □ Другой (указать) □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A. Идентификация**Эпидномер случая краснухи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Фамилия, Имя, Отчество  Пол: Мужской □ Женский □  Дата рождения, возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Число, месяц» год. количество полных лет и/или месяцев)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  регистрация по месту выявления  местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (нужное подчеркнуть)  Дата подачи экстренного извещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МО, подавшее экстренное извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата обращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место работы, профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДОУ № \_\_\_\_\_\_\_\_ Неорганиз. □ Неизвестно □  Дата последнего посещения места работы, учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) <1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) <1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Болел ранее краснухой: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Болел ранее корью: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Госпитализирован: да □ нет □ Дата госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **B. Информация о клинических признаках заболевания** (заполняется врачом МО)  Сыпь: дата появления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длительность сохранения (дни) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер сыпи: Пятнисто-папулезная □ Везикулярная □ Другая □  Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): разгибательные поверхности конечностей □ спина □ ягодицы □ другое □  Лимфоаденопатия: Есть □ Нет □  Артралгия: Есть □ Нет □  Увеличение заднеушных и/или заднешейных лимфоузлов: Есть □ Нет □  Температура: Есть □ Нет □ Неизвестно □ Дата повышения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Максимальный подъем температуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ его продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Летальный исход: Да □ Нет □ Дата смерти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C. Лабораторные данные.** На 4 - 5-й день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза. Исследование сыворотки крови выполняется в лаборатории Регионального центра (РЦ).  Образцы: Кровь 1. Дата взятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию РЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сыворотка 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Результат: Дата результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Позитивный □  Негативный □  Кровь 2. Дата взятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию РЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сыворотка 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Результат: Дата результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Позитивный □  Негативный □ |
| **D. Возможный источник инфекции**  Был ли контакт с больным краснухой или подозрительным на краснуху в период 7 - 21 дня перед появлением сыпи (подчеркнуть): да □ нет □ неизвестно □  Если да □ указать где (семья, ДОУ и пр.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нет □ неизвестно □  Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на краснуху, до данного больного: да □, нет □, неизвестно □.  Выезжал ли пациент в течение 7 - 21 дня до появления сыпи: да □ нет □  неизвестно □ куда? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Связан ли данный случай с завозным случаем: да □ нет □ неизвестно □  Если да □, указать откуда: субъект РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **E. Окончательный диагноз** (заполняется врачом МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Краснуха □ Корь □ Аллергическая реакция □ Вакцинальная реакция □  Другое □ (указать диагноз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Форма тяжести: легкая □ средне-тяжелая □ тяжелая □  Осложнение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подтвержден: Лабораторно □ Эпидемиологически □ Клинический диагноз □ Импортирован: да □ нет □ неизвестно □ откуда  Дата окончательного диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата расследования\_\_\_\_ Подпись врача МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача-эпидемиолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

<1> *-*  в случае заболевания ребенка в возрасте до 1 года указывать прививочный статус матери

Приложение 51

**Карта эпидемиологического расследования случая заболевания   
корью или подозрительного на эту инфекцию**

|  |
| --- |
| Первичный диагноз: Корь □ Краснуха □ Другой (указать) □ |
| **А. Идентификация**Эпидномер случая кори \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол: Мужской □ Женский □  Дата рождения, возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Число, месяц, год, кол-во полных лет и месяцев)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (регистрация но месту выявления)  местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (нужное подчеркнуть)  Дата подачи экстренного извещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МО, подавшее экстренное извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата обращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место работы, профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДОУ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Неорганизованный □ Неизвестно □  Дата последнего посещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) <1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) <1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Болел ранее корью: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Госпитализирован: да □ нет □ Дата госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **В. Информация о клинических признаках заболевания** (заполняется врачом МО)  Сыпь: дата появления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длительность сохранения (дни) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): за ушами □ лицо □ шея □ грудь □ другое □  Этапность появления сыпи: есть □ нет □  Характер сыпи: Пятнисто-папулезная □ Везикулярная □ Другая □  Температура: Есть □ Нет □ Неизвестно □ Дата повышения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Максимальный подъем температуры \_\_\_\_\_\_\_\_ его продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней  Кашель: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Ринит: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Конъюнктивит: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Пятна Коплика: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Энантема: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Пигментация: Есть □ Нет □ Неизвестно □  Летальный исход: Да □ Нет □ Дата смерти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C. Лабораторные данные**  На 4 - 5-й день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза.  Образцы: Кровь 1. Дата взятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию РЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сыворотка 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Результат: Дата результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Позитивный □  Негативный □  Сомнительный □  Кровь 2. Дата взятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления в лабораторию РЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сыворотка 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Результат: Дата результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Позитивный □  Негативный □  Сомнительный □ |
| **D. Возможный источник инфекции**  Был ли контакт с больным корью или подозрительным на корь в период 7 - 21 дня перед появлением сыпи (подчеркнуть): да □ нет □ неизвестно □  Если да □, указать где (семья, ДДУ и пр.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нет □ неизвестно □  Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на корь, до данного больного: да □ нет □ неизвестно □  Выезжал ли пациент в течение 7 - 21 дня до появления сыпи: да □ нет □ неизвестно □ куда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Связан ли данный случай с завозным случаем: да □ нет □ неизвестно □ Если да □, указать откуда: субъект РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Е. Окончательный диагноз**(заполняется врачом НПО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Корь □ Краснуха □ Аллергическая реакция □ Вакцинальная реакция □  Другое □ Указать диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Особенности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подтвержден: Лабораторно □ Эпидемиологически □ Клинический диагноз □  Импортирован: да □ нет □ неизвестно □ откуда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата окончательного диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (для кори указать - форма, тяжесть течения и осложнения)  Дата расследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача-эпидемиолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

<1> *-* в случае заболевания ребенка до 1 года, отмечать прививочный статус матери

Приложение 52

**Список зарегистрированных случаев кори/краснухи**

в \_\_\_\_\_ году

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

субъект Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф. И. О. | Дата\* рождения | Коревой/краснушный анамнез | | | | | Дата заболевания | Дата обращения | Дата сыпи | Дата постановки первичного диагноза | Дата взятия крови | Результаты лабораторного подтверждения диагноза в ИФА\*\* | | | |
| дата вакцинации | дата ревакцинации | непривит | болел ранее (год) | неизвестен | определение IgM-антител | | определение IgG-антител (иссл. парных сывороток) | |
| дата | рез-т | дата | рез-т |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9.4. Профилактика коклюша**

Приложение 53

**Требования  
к взятию и транспортированию материала для лабораторной диагностики коклюша**

1. Взятие, транспортирование и лабораторное исследование клинического материала на коклюш проводят согласно нормативным и методическим документам по лабораторной диагностике коклюша и коклюшеподобных заболеваний.

2. Исследуемым материалом является слизь из верхних дыхательных путей, осаждающаяся при кашле на задней стенке глотки, которую забирают натощак или через 2 - 3 ч после еды, до применения полоскания или других видов лечения; в течение 6 ч перед процедурой нельзя использовать медикаменты, орошающие носоглотку или ротоглотку, и препараты для рассасывания во рту. Взятие клиническогоматериала осуществляют с использованием шпателя при хорошем освещении с задней стенки глотки, не касаясь тампоном языка и внутренних поверхностей щек и зубов.

3. Взятие клинического материала проводится в специально выделенном,оборудованном для этих целей, хорошо освещенном помещении. В отдельных случаях материал может быть взят на дому.

4. Взятие клинического материала проводится только медицинским персоналом медицинских и детских организаций (врачами, средним медицинским персоналом), прошедшим соответствующий инструктаж. Инструктаж по взятию клинического материала проводится не реже 1 раза в 6 месяцев.

5. Для бактериологической диагностики взятие клинического материала осуществляют либо заднеглоточными тампонами со слизистой задней стенки глотки, либо методом «кашлевых пластинок».Заднеглоточными тампонами клинический материалзабирают как с диагностической целью, так и по эпидемическим показаниям. Метод «кашлевых пластинок» используют только с диагностической целью при наличии кашля. У детей грудного возраста клинический материал забирают заднеглоточными тампонами с задней стенки глотки.

Для бактериологической диагностики взятие клинического материала производят двумя заднеглоточными тампонами: сухим и влажным (смоченным забуференнымфизиологическим раствором). Для взятия материала используют тампоны, изготовленные в лаборатории и предварительно (до стерилизации) изогнутые под тупым углом (110 - 120°). Взятие клиническогоматериала сухим тампоном стимулирует кашель и повышает возможность выделения возбудителя при взятии материала вторым влажным тампоном. В качестве сухого тампона для взятия клинического материала со слизистой задней стенки глотки допускается использование сухого одноразового универсального стерильного велюр-тампона на пластиковом аппликаторе в индивидуальной упаковке без транспортной среды.

Клиническийматериал с сухого тампона сразузасевают на чашку Петри с питательной средой обязательно на месте взятия, а с влажного тампонапосев производят после доставки тампона в лабораторию.

Методика взятия клинического материала сухим и влажным заднеглоточнымитампонами одинакова и сводится к следующему. Медицинский работник левой рукой фиксирует с помощью шпателя корень языка, а правой вводит тампон в полость рта, продвигая его за корень языка. Тампон не должен касаться слизистой щек, зубов, языка и миндалин. Кончиком тампона и выпуклой его частью дотрагиваются до задней стенки глотки ипроводят по ней справа налево 2 - 3 раза. Затем так же осторожно, над шпателем, извлекают тампон из полости рта. Если ребенок проявляет признаки беспокойства, то стоящий за его спиной помощник сзади фиксирует голову.

Взятие материала «кашлевыми пластинками» производят на 2 чашки с питательной средой, поднося во время приступа кашля чашку с питательной средой на расстоянии 10 - 12 см так, чтобы капельки слизи из дыхательных путей попали на поверхность среды. Чашку в таком положении держат некоторое время (в течение 6 - 8 кашлевых толчков), при непродолжительном покашливании чашку подносят повторно. На питательную среду не должны попадать слюна, рвотные массы, мокрота. Затем чашку с питательной средой закрывают крышкой и доставляют в лабораторию.

Тампоны и чашки Петри с посевами клинического материала, сопроводив документацией, доставляют в лабораторию не позднее 2 – 4 часов после его взятия. Транспортирование осуществляется в сумках-термоконтейнерахстрого при температуре 36±1°C, защищая материал от прямых солнечных лучей и переохлаждения. Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от клинического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

6. Для молекулярно-генетического исследования взятие клинического материала осуществляют с задней стенки глотки последовательно двумя сухими стерильными зондами из полистирола с вискозными тампонами, которые объединяют в одну пробу.Чтобы стимулировать кашель, последовательно сухими стерильными зондами из полистирола с вискозным тампоном (или универсальнымивелюр-тампонами на пластиковом аппликаторе с нейлоновым наконечником) проводят по задней стенке глотки, не касаясь щек и языка. У детей раннего возраста (1 – 2 месяца) допускается взятие клиническогоматериала с помощью педиатрического велюр-тампона. Предварительно необходимо аккуратно прижать язык пациента индивидуальным шпателем.

После взятия материала часть зонда с тампонов помещаютв пробирки объемом на 2 мл с 0,5 мл физиологического раствора или транспортной среды для ПЦР. Рукоятку зондов отламывают движениями вниз-вверх-вниз, придерживая тампоны (зонд из полистирола с вискозным тампоном погружают на глубину 1,0 – 1,2 см, универсальный велюр-тампон – на 3 см до места слома) сверху крышкой пробирки. Пробирки герметично закрывают, маркируют и помещают в индивидуальный полиэтиленовый пакет.

Допускается хранение клинического материала для ПЦР-диагностикив течение трех суток при температуре 2 – 8 °С, более длительно- при температуре не выше минус 16 °С.Транспортирование производится при комнатной температуре или при температуре от 2 до 8 °Свтермоизолирующих контейнерах (сумка-холодильник). Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от клинического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

7. Для серологического исследования (ИФА) взятие крови производится сертифицированным медицинским персоналом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности. Взятие крови производят обязательно натощак из вены в объеме 3 - 4 мл или из подушечки третьей фаланги среднего пальца в объеме 0,5 - 1,0 мл (у детей младшего возраста) в одноразовую пластиковую пробирку без антикоагулянта.

Взятие крови из локтевой вены для получения сыворотки производят одноразовой иглой (диаметр 0,8 - 1,1 мм) в пробирку без антикоагулянта или одноразовый шприц объемом 5 мл. При заборе в шприц кровь из него аккуратно (без образования пены) переносят в одноразовую стеклянную пробирку. Капиллярную кровь берут из пальца в асептических условиях в пробирки без антикоагулянта, отстаивают при комнатной температуре в течение 30 мин или помещают в термостат при 37°C на 15 мин. Затем проводится центрифугирование в течение 10 мин при 3000 об./мин. По окончании центрифугирования сыворотку переносят в отдельную пробирку (например, типа «эппендорф»).

Сыворотка крови хранится при комнатной температуре в течение 6 часов, при температуре 2 - 8°C - в течение суток. Для более длительного хранения образцы необходимо разделить на аликвоты и заморозить при температуре не выше -16°C. Многократное замораживание/размораживание сыворотки крови недопустимо. Пробирка с клиническим материалом должна быть проверена на герметичность (визуально) и промаркирована в соответствии с прилагаемым списком в направлении.

При необходимости транспортирования внутри одного здания, пробирки с клиническим материалом помещают в штативы и специальные герметичные контейнеры-переноски. Транспортирование производится при комнатной температуре или при температуре от 2 до 8°С.

При необходимости транспортирования клинического материала в другие организации, образцы от каждого пациента помещают в индивидуальный герметичный пакет и дополнительно упаковывают в общий герметичный пакет подходящего размера с адсорбирующим материалом (например, ватой) в количестве, достаточном для адсорбции всего образца в случае его утечки. Пакет герметично закрывают. Допустимо транспортировать образцы от разных пациентов в одном пакете. Полиэтиленовый пакет помещают в термоизолирующий контейнер (сумку-холодильник), приспособленный для транспортирования клинических материалов, и транспортируют при температуре от 2 до 8°C, соблюдение которой (по возможности) контролируется специальными индикаторами.

Пакеты с материалом для серологического исследования и ПЦР могут транспортироваться в разных пакетах в одном термоизолирующем контейнере.

8. Исследуемый материал должен быть пронумерован и иметь сопроводительную документацию, где указывается: наименование учреждения, направившего материал на исследование, телефон, адрес электронной почты (по возможности); фамилия, имя, отчество, возраст и домашний адрес обследуемого; дата и время взятия материала; метод лабораторной диагностики (бактериологический / метод ПЦР / ИФА по выявлению противококлюшных антител классов IgM, IgG, IgA); тип материала и метод его взятия; предполагаемый диагноз или повод к обследованию; дата заболевания или контакта с больным; данные о вакцинации против коклюшной инфекции (вакцинирован, даты и количество полученных доз с указанием вакцины / не вакцинирован / нет данных); кратность обследования; Ф.И.О., должность, подпись и контактный телефон лица, взявшего материал (разборчиво).Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от клинического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

9. Медицинские работники(врачи, средний медицинский персонал), осуществляющие взятие патологического материала, проходят инструктаж не реже 1 раза в 6 месяцев. Врачи клинической лабораторной диагностики, которые проводят исследования на коклюш, повышают квалификацию на курсах тематического усовершенствования по лабораторной диагностике коклюша 1 раз в три года.

Приложение 54

**Интерпретация результатов серологической диагностики коклюша при использовании метода иммуноферментного анализа (ИФА)**

Серологическую диагностику коклюша проводят методом ИФА с использованием наборов реагентов по определению уровня специфических противококлюшных антител классов IgM, IgA, IgG, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке. В инструкциях по применению тест-систем определен пороговый уровень антител, выше которого результат считается положительным.

Исследование проводятначиная с 3-й недели болезни.

Тактика серологического исследования должна строиться с учетом закономерностей формирования иммунного ответа у непривитых и привитых лиц.

В начале острой стадии коклюша у непривитых детей и взрослых формируются IgM-антитела, которые можно выявить начиная со 2-й недели болезни. Отрицательный результат по определению антител этого класса в первые две недели не исключает инфицирование возбудителем коклюша, так как отрицательный результат теста может быть связан с низким уровнем антител. Острый процесс и прогрессирование заболевания сопровождается появлением IgA- и IgG-антител на 2-3-й неделе от начала болезни.

Подтверждением клинического диагноза «коклюш» у непривитых больных является выявление при однократном исследовании сывороток крови IgM и/или IgА и/или IgG-антител. В случае получения отрицательных результатов исследование повторяют через 10-14 дней.

У детей, привитых против коклюша и утративших со временем поствакцинальные антитела, иммунный ответ формируется по вторичному типу: на 2-3-й неделе заболевания происходит интенсивное нарастание IgG-антител, уровень которых превышает пороговый в 4 и более раз, или на фоне низкой продукции IgM-антител происходит быстрое нарастание IgA-антител, а в дальнейшем IgG-антител в показателях, превышающих пороговый уровень в 4 и более раз.

Для оценки нарастания уровня специфических антител у привитых детей необходимо исследование парных сывороток с интервалом 10-14 дней. При планировании исследования парных сывороток от привитых лиц взятие первого образца допустимо производить независимо от сроков заболевания. Если при первичном исследовании сыворотки крови от привитого против коклюша ребенка выявляются IgG-антитела в количестве, превышающем пороговый уровень в 4 и более раз, повторное исследование не проводится.

Исследование образцов парных сывороток, взятых как от непривитых, так и привитых лиц, рекомендуется проводить на одной панели.

При заболевании детей первых месяцев жизни, учитывая особенности иммуногенеза в этом возрасте (замедленнуюсероконверсию), целесообразно проводить исследование парных сывороток крови одновременно ребёнка и матери.

У взрослых иммунный ответ на инфицирование может проходить как по первичному типу с образованием IgM, IgA и IgG, так и по вторичному типу с интенсивным нарастанием IgG и IgA, причем вторичный тип иммунного ответа является доминирующим. Уровень IgA может достигать высоких значений и превышать уровень IgG. Порядок обследования взрослых такой же, как для непривитых и привитых детей.

Приложение 55

**Характеристика клинических форм коклюша у детей**

Клинические проявления коклюша зависят от вирулентности возбудителя, возраста ребенка, специфического иммунологического статуса, создаваемого прививками, сопутствующих заболеваний.

Выделяют типичные и атипичные формы коклюша.

Типичный коклюш характеризуется последовательной сменой периодов болезни (инкубационного, продромального, спазматического и периода разрешения), наличием основного ее симптома – приступообразного кашля. По тяжести типичные формы подразделяют на легкую, среднетяжелую и тяжелую. Длительность инкубационного периода не зависит от тяжести течения коклюша и колеблется от 7 до 21 дня.

Легкая форма коклюша

К легким формам типичного коклюша относят заболевания, при которых число приступов кашля не превышает 15 в сутки, и общее состояние нарушается в незначительной степени. Продромальный период продолжается в среднем 10-14 дней. Основным симптомом начинающегося коклюша является кашель, обычно сухой, в половине случаев навязчивый, наблюдается чаще ночью или перед сном. Температура тела остается нормальной или в течение нескольких дней повышается до субфебрильных цифр. Самочувствие ребенка и его поведение, как правило, не меняются. Кашель постепенно усиливается, приобретает более упорный, навязчивый, а затем приступообразный характер, и болезнь переходит в спазматический период.

В спазматическом периоде появляется характерный для коклюша приступообразный кашель, который характеризуется рядом быстро следующих друг за другом выдыхательных толчков, сменяющихся свистящим вдохом - репризом. Во время приступа кашля лицо краснеет, становится напряженным. Приступы кашля заканчиваются отделением вязкой «слюновидной» мокроты или рвотой. Рвота возникает не у всех больных и лишь при единичных приступах кашля. Более постоянным симптомом является небольшая отечность лица и особенно век, которая обнаруживается почти у половины больных. Физикальные изменения в легких ограничиваются признаками эмфиземы. В анализах крови у части больных легкой формой наблюдаются тенденция к увеличению общего числа лейкоцитов и лимфоцитоз, однако сдвиги незначительны и не могут быть использованы в диагностических целях. Несмотря на легкое течение спазматический период сохраняет большую продолжительность и составляет 3-4 недели.

В периоде разрешения, продолжающемся 1-2 недели, кашель теряет свой типичный характер, становится реже и легче.

Среднетяжелая форма коклюша

Среднетяжелая форма характеризуется увеличением числа приступов кашля до 16-20 в сутки или более редкими, но тяжелыми приступами, частыми репризами и заметным ухудшением общего состояния. Продромальный период короче, в среднем составляет 7-9 дней, спазматический период удлиняется до 5 недель и больше. Появляются изменения поведения и самочувствия больного, отмечается повышение возбудимости, раздражительность, нарушение сна. Приступы кашля затяжные, сопровождаются цианозом лица и вызывают утомление ребенка. Вне приступов кашля держится одутловатость лица, цианотичный оттенок носогубного треугольника, бледность кожных покровов. В разгар болезни может развиться геморрагический синдром: чащекровоизлияния в склеры, носовые кровотечения, петехиальные высыпания на лице и верхней части туловища.В легких нередко выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы, которые могут исчезать после приступов кашля и снова появляться спустя короткое время.С большим постоянством выявляются изменения со стороны белой крови: лейкоцитоз до 20-30 на 109 /л, увеличение числалимфоцитов при нормальной или сниженной СОЭ. В периоде разрешения, продолжающимся 2-3 недели, приступы кашля провоцируются физической нагрузкой или эмоциональным напряжением. После выздоровления у детей сохраняется предрасположенность к рецидивам спазматического кашля, основной причиной которого является наслоение ОРИ. Затягиванию выздоровления способствует склонность к психопатическим реакциям.

Тяжелая форма коклюша

Для тяжелой формы характерна более значительная выраженность и многообразие клинических проявлений. Частота приступов кашля достигает 20 - 30 в сутки и более. Продромальный период обычно укорочен до 3-5 дней. С наступлением спазматического периода общее состояние детей значительно нарушается. Наблюдается снижение массы тела. Дети вялые, возможна инверсия сна. Приступы кашля длительные, сопровождаются цианозом лица. На фоне нарастающей гипоксии развивается дыхательная, а позднее и сердечно-сосудистая недостаточность. У детей первых месяцев жизни могут возникнуть остановки дыхания - апноэ, связанные с перевозбуждением дыхательного центра и спастическим состоянием дыхательной мускулатуры. У недоношенных детей, а также при перинатальном поражении центральной нервной системы апноэ возникают чаще и могут быть длительными. В некоторых случаях наблюдаются энцефалические расстройства («коклюшная энцефалопатия»), сопровождаемые судорогами, угнетением сознания. Первыми признаками неврологических расстройств являются беспокойство или гиподинамия, оральный автоматизм, легкие судорожные подергивания отдельных групп мышц лица. Наряду с длительными остановками дыхания тяжелые энцефалические расстройства наиболее опасные проявления коклюшной инфекции и на фоне резко снизившейся летальности остаются одной из главных причин смертельных исходов. В спазматическом периоде чаще, чем при среднетяжелой форме наблюдаются симптомы нарушений сердечно-сосудистой системы: тахикардия, одутловатость лица, отеки на кистях и стопах, петехии на лице и верхней части туловища, кровоизлияния в склеры, носовые кровотечения. При неосложнённом течении коклюша нет оснований говорить о «вредном» влиянии коклюша на сердце. В то же время наличие легочной гипертензии может привести к гипертрофии правого желудочка.

Дети раннего возраста, перенесшие тяжелую форму коклюша, должны наблюдаться в амбулаторных условиях у невролога сроком до 6 месяцев.

В большинстве случаев наблюдаются выраженные изменения со стороны крови: выраженный лейкоцитоз до 40-80 тысяч в 1 мм3 крови. Удельный вес лимфоцитов достигает до 70-80%.

Физикальные и рентгенологические изменения в легких для всех представленных форм тяжести соответствуют «пневмококлюшу» («коклюшное легкое»). При «пневмококлюше» дыхание остается пуэрильным, везикулярным или жестким, выявляются симптомы вздутия легких. Частота дыхания, как правило, не нарушается. Рентгенологическими симптомами пневмококлюша являются: эмфизема, усиление легочного рисунка в медиальных отделах легочных полей, а также инфильтраты в нижнемедиальных отделах с обеих сторон. Данные изменения появляются уже в продромальном периоде и сохраняются длительное время.

Атипичная форма коклюша

Атипичная форма характеризуется отсутствием последовательной смены периодов болезни.

Кашель, как правило, сухой, навязчивый, с напряжением лица, наблюдается преимущественно ночью и усиливается на 2-й неделе от начала болезни. Иногда удается наблюдать появление единичных типичных приступов кашля при волнении ребенка, во время еды или в связи с наслоением интеркуррентных заболеваний. Длительность кашля колеблется от 7 до 50 дней, в среднем составляет 30 дней. Из других особенностей атипичной формы следует отметить редкое повышение температуры и слабую выраженность катаров слизистых верхнихдыхательных путей.

При физикальном исследовании легких выявляется эмфизема.

Коклюш у детей первых месяцев жизни

Коклюш у детей первых месяцев жизни характеризуется значительной тяжестью. Продромальный период укорочен до нескольких дней и мало заметен, тогда как спазматический период удлиняется до 1,5-2,0 месяцев. Особенностью спазматического кашля является отсутствие характерныхрепризов. Приступы кашля состоят из коротких выдыхательных толчков. Появляется сначала гиперемия надбровных дуг и орбит, затем разлитаягиперемия лица, которая сменяется цианозом лица и слизистой оболочки полости рта. Приступы кашля сопровождаются задержкой дыхания вплоть до возникновения апноэ. Апноэ у детей до трех месяцев наблюдается почти в половине случаев, а у детей второго полугодия лишь в 4,3 %. В данной возрастной группе в 6 – 8 разчаще развиваются неврологические расстройства. Другой особенностью течения коклюша у детей раннего возраста являются формирование функциональных нарушений ЖКТ и антибиотико - ассоциированной диареи, что приводит к развитию гипотрофии и затягиванию выздоровления.

Бактерионосительство

Бактерионосительство возбудителя коклюша наблюдается у взрослых и детей старшего возраста, привитых против коклюша или переболевших этой инфекцией.

**9.5. Профилактика дифтерии**

### Приложение 56

**Требования к отбору и транспортированию материала**

**для бактериологической диагностики дифтерии**

1. Взятие, транспортировка клинического материала и бактериологическое исследование на дифтерию проводится согласно нормативным и методическим документам по лабораторной диагностике дифтерийной инфекции. Эффективность проведения бактериологического исследования зависит от своевременного правильного взятия материала, соблюдения сроков и условий доставки его в бактериологическую лабораторию.

2. Медицинским работникам медицинских организаций, ответственным за взятие и транспортировку клинического материала при обследовании на дифтерию, следует согласовывать методику взятия клинического материала, условия транспортировки и возможности применения транспортной среды с врачами-бактериологами, проводящими эти исследования.

3. Взятие клинического материала проводится в специально выделенном, оборудованном для этих целей, хорошо освещенном помещении медицинских и детских организаций. В отдельных случаях материал может быть взят на дому.

4. Взятие клинического материала проводится только медицинским персоналом МО (врачами, средним медицинским персоналом), прошедшим соответствующий инструктаж. Инструктаж по взятию клинического материала на дифтерию проводится не реже 1 раза в 6 месяцев.

5. Взятие клинического материала на дифтерию производится стерильными сухими ватными (или дакроновыми) тампонами, допускается приготовление тампонов в лабораторных условиях с учетом требований нормативной и методической документации. Взятие клинического материала проводят обязательно двумя сухими тампонами из ротоглотки (зева) и носа. Клинический материал берется отдельными тампонами, натощак или не ранее, чем через 2 часа после еды, до применения полоскания или других видов лечения. Взятие клинического материала производится с использованием шпателя, не касаясь тампоном языка и внутренних поверхностей щек и зубов. Первым тампоном собирают материал с участков ротоглотки - миндалин, дужек мягкого неба, небного язычка, при необходимости - с задней стенки глотки. При наличии налетов, клинический материал следует брать с границы пораженных и здоровых тканей, слегка нажимая на них тампоном. Вторым тампоном собирают клинический материал из носа, для этого тампон вводят глубоко сначала в один, а потом в другой носовой ход, собирая материал со стенок и перегородки носа, при этом не касаясь крыльев носа снаружи.

6. При дифтерии других локализаций (глаза, уши, кожа, раны, гениталии), помимо клинического материала из пораженных участков, обязательно забирается материал из ротоглотки (зева) и носа. При показаниях к обследованию на дифтерию и одновременном наличии пораженных слизистых и кожи в углу рта («заеды») обследование этих участков проводится отдельным тампоном и параллельно обязательно берется материал из ротоглотки (зева) и носа.

7. При прямой ларингоскопии клинический материал (слизь, пленка) собирается непосредственно из гортани. В случаях оперативного вмешательства для бактериологического исследования следует брать слизь из интубационной трахеотомической трубки, а также пленки, измельченные при операции.

8. При исследовании на дифтерию пораженного участка кожи, сначала необходимо протереть его поверхность промокательными движениями стерильной марлевой салфеткой или тампоном, смоченными стерильным физиологическим раствором, осторожно приподнять или отодвинуть струпья и корочки. После этого тампоном, предназначенным для взятия клинического материала на дифтерию, взять секрет с пораженного участка. Одновременно обязательно забирают клинический материал из ротоглотки и носа.

9. При постмортальном исследовании для выявления возбудителя дифтерии клинический материал следует брать с миндалин, гортани, полости носа (слизь, пленки) и кожи, при редких локализациях - с конъюнктивы, ушей, слизистой гениталий, пищевода и желудка. Учитывая, что дифтерия является токсикоинфекцией, другие органы (сердце, печень и пр.) обследуют только для выявления токсических поражений.

10. Тампоны с клиническим материалом должны быть доставлены в лабораторию не позднее чем через 3 часа после взятия. В холодное время года для предотвращения замерзания исследуемый клинический материал доставляется в бактериологическую лабораторию в сумках-термоконтейнерах строго при температуре 37°C, защищая материал от прямых солнечных лучей и переохлаждения. Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от клинического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

11. При невозможности доставки исследуемого клинического материала в лабораторию в установленные сроки (не позднее 3-х часов) или проведении обследования во второй половине дня, материал из ротоглотки (зев) и носа засевают «площадкой» с последующим рассевом на чашку Петри с питательной средой, разделенной пополам («чашечный метод»). При этом одна половина чашки Петри предназначена для материала из ротоглотки (зева), другая - для материала из носа. Затем посевы помещают в термостат при 37°С до утра следующего дня, после чего доставляют в сумках-термоконтейнерах в лабораторию (с обязательным указанием времени посева материала). При редких локализациях посев клинического материала из каждого пораженного участка осуществляется на отдельную чашку Петри с питательной средой.

12. При невозможности организовать посев материала «чашечным методом» допускается засевать материал в пробирки с транспортной средой для сохранения и подращивания возбудителя дифтерии, которая готовится в лабораторных условиях согласно нормативно-методической документации. Не допускается использование коммерческих агаровых плотных транспортных сред, предназначенных для исследования на микрофлору ротоглотки и носа, в связи с тем, что состав этих сред не удовлетворяет условиям культивирования возбудителя дифтерии, что приводит к потере патологического материала. Допускается использование коммерческих жидких транспортных сред, которые по ростовым свойствам удовлетворяют условиям культивирования возбудителя дифтерии. Перед использованием каждой новой серии лабораторно-приготовленной и коммерческой жидкой транспортной среды должен быть проведен внутрилабораторный контроль качества в соответствии с действующими методическими документами.

13. В случае использования транспортной среды, приготовленной в лабораторных условиях, согласно нормативно-методической документации, или коммерческой жидкой транспортной среды клинический материал собирается сухим тампоном, далее его опускают в пробирку со средой и следят за тем, чтобы пробка тампона не намокала. Следует учитывать, что применение транспортной среды увеличивает срок выдачи окончательного ответа на одни сутки, так как после подращивания в термостате при 37°С на утро следующего дня материал доставляется в баклабораторию для последующего посева на чашки Петри с питательной средой. Перед посевом клинического материала транспортную среду необходимо достать из холодильника и согреть до комнатной температуры.

14. Незасеянные (чистые) чашки Петри с питательной средой и пробирки с транспортной средой доставляются в медицинские организации (МО) из баклабораторий. Хранение питательных сред в МО осуществляется в холодильнике при 4 - 6°С чашки со средой - не более трех дней; пробирки с транспортной средой - не более 10 дней. Перед взятием и посевом клинического материала их необходимо достать из холодильника и согреть до комнатной температуры. При невозможности доставки материала в баклабораторию круглосуточно МО оснащаются термостатами.

15. В стационаре взятие клинического материала проводят круглосуточно, используя «чашечный метод».

16. Исследуемый клинический материал из ротоглотки (зев) и носа, собранный сухими тампонами (не менее двух пробирок от одного лица, при редких локализациях добавляются дополнительные пробирки), или материал, засеянный в пробирки с транспортной средой (также не менее двух пробирок от одного лица, при редких локализациях добавляются дополнительные пробирки) или материал из ротоглотки (зева) и носа, а также из мест редких локализаций, засеянный «чашечным методом», должен быть четко пронумерован и иметь сопроводительную документацию. Пробирки с материалом от одного лица скреплены вместе.

17. В сопроводительном документе указывается: наименование учреждения, направившего материал на исследование, телефон, адрес электронной почты (по возможности); фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст и адрес места жительства обследуемого; локализация взятого материала (нос, зев, кожа и другие); дата и время взятия материала; цель обследования (диагностическая с указанием диагноза, по эпидпоказаниям, с профилактической целью), дата заболевания или контакта с больным; Ф.И.О., должность, подпись и контактный телефон лица, взявшего материал (разборчиво). Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от клинического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

18. Медицинские работники МО (врачи, средний медицинский персонал), допущенные к взятию и посеву клинического материала, проходят инструктаж не реже 1 раза в 6 месяцев. Врачи-бактериологи, осуществляющие исследования на дифтерию, повышают квалификацию на курсах тематического усовершенствования по лабораторной диагностике дифтерийной инфекции не реже 1 раза в три года.

Приложение 57

**Дезинфекционные мероприятия при дифтерии**

1. Текущая дезинфекция организуется медицинским работником и проводится в очаге инфекционного заболевания на дому членами семьи:

- до госпитализации больного,

- при лечении на дому до выздоровления,

- у бактерионосителей до полной санации.

2. Текущая дезинфекция объектов проводится с применением дезинфицирующих средств, зарегистрированных и разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном порядке, имеющих декларацию соответствия и инструкцию по применению по режимам, рекомендованным для обеззараживания при бактериальных инфекциях. Запрещается вынос вещей из очага дифтерии до их обеззараживания. Лица, ухаживающие за больным, должны проводить гигиеническую обработку рук кожными антисептиками, зарегистрированными и разрешенными в Российской Федерации в установленном порядке, имеющими декларацию соответствия и инструкцию по применению.

3. Для обеззараживания объектов при текущей дезинфекции в очаге применяют физические методы и химические дезинфицирующие средства IV класса опасности, разрешенные для применения без средств защиты в присутствии людей, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке, имеющие декларацию соответствия и инструкцию по применению.

4. При проведении текущей дезинфекции в очаге дифтерии на дому, обязателен её контроль со стороны специалистов дезинфекционного профиля на предмет правильности приготовления дезинфицирующих растворов и применения соответствующих методов обеззараживания.

5. Заключительная дезинфекция проводится после госпитализации больного или бактерионосителя из очага с целью обеззараживания всех объектов, контаминированных возбудителем.

6. Обеззараживанию при заключительной дезинфекции подлежат помещения, в которых находился больной, посуда, остатки пищи, бельё нательное и постельное, предметы обстановки в комнате больного, с которыми он контактировал, пол, стены, двери в местах общего пользования, ванны, раковины, унитазы, уборочный материал. Одежда и постельные принадлежности при дифтерии подвергают обязательной камерной дезинфекции.

7. В детских дошкольных учреждениях, школах, школах-интернатах, летних оздоровительных лагерях, учреждениях закрытого типа и др. 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 использования, а в помещениях другой группы - по эпидемиологическим показаниям.

8. При возникновении заболевания дифтерией в медицинских организациях, больного дифтерией изолируют в отдельное помещение, в котором, до перевода больного в инфекционный стационар (отделение) проводят текущую дезинфекцию.

Заключительную дезинфекцию помещения, в котором находился больной, а также предметов обстановки и объектов внешней среды в окружении больного проводят с использованием дезинфицирующих средств, зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке, имеющих декларацию соответствия и инструкцию по применению. При этом обязательным является применение кожных антисептиков для гигиенической обработки рук медицинского персонала.

Постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

9. В случае выявления больного дифтерией на амбулаторно-поликлиническом приеме после изоляции больного, кабинет и помещения, где находился больной тщательно проветривают и проводят заключительную дезинфекцию силами медицинского персонала медицинского учреждения с использованием дезинфицирующих средств, зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке, имеющих декларацию соответствия и инструкцию по применению. После приема больного дифтерией медицинский персонал обязательно меняет халаты, шапочки (косынки), маски, которые подвергают дезинфекции, проводит гигиеническую обработку рук кожными антисептиками, разрешенными для этой цели в установленном порядке.

10. Для обеззараживания объектов при дифтерии применяют физические (кипячение, сжигание, сухой горячий воздух в воздушных стерилизаторах, водяной насыщенный пар в автоклавах и камерах) методы и химические дезинфицирующие средства, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке, имеющие декларацию соответствия и инструкцию по применению. Обработку объектов проводят по режимам, рекомендованным при бактериальных инфекциях[[107]](#footnote-107),или в соответствии с Инструкциями по применению конкретного средства.

11. При заключительной дезинфекции применяют дезинфицирующие средства в отсутствие больных и населения без средств защиты (III класс опасности) и со средствами защиты органов дыхания и кожных покровов (II класс опасности).

Дезинфекционные мероприятия при дифтерии проводят специалисты учреждений и организаций дезинфекционного профиля, медицинских организаций.

Приложение 58

**Краткая клиническая характеристика дифтерии**

Клинические критерии типичных форм дифтерии различной тяжести и локализации на слизистых оболочках с многослойным эпителием - (1.1. - 1.3.), однослойным эпителием - (1.4.).

1.1. Локализованные формы (легкие):

- дифтерия ротоглотки - кратковременное (от 2-х часов до 2-х суток повышение температуры от субфебрильной до 38 - 39 °С, боль при глотании не затрудняет прием пищи, неяркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, умеренный отек миндалин и небных дужек, пленчатые налеты на миндалинах, умеренно увеличенные, безболезненные или слабо болезненные тонзиллярные лимфоузлы; при дифтерии налеты однородно фибринозные, в начале формирования - рыхлые паутинообразные, либо желеобразные (прозрачные или мутнеющие), легко снимаются, сформированные налеты - плотные, снимаются с трудом и кровоточивостью;

- дифтерия носоглотки - кратковременное повышение температуры, затруднение носового дыхания, увеличение заднешейных лимфоузлов, обнаружение фибринозных налетов при задней риноскопии;

- дифтерия носа - затруднение носового дыхания и сукровичные выделения, чаще односторонние, катарально-язвенное или фибринозное воспаление, изначально появляющееся на перегородке носа;

- дифтерия глаз (редкая локализация) - кратковременное повышение температуры, резкий отек век, обильное слизисто-гнойное отделяемое, гиперемия конъюнктивы, позже образование пленки на конъюнктиве одного или обоих век;

- дифтерия гениталий (редкая локализация) - катарально-язвенный или фибринозно-некротический уретрит или вульвит;

- дифтерия пищевода и желудка (редкие локализации) - катарально-язвенный или фибринозно-некротический эзофагит и гастрит.

1.2. Распространенные формы (средней тяжести):

- дифтерия ротоглотки - кратковременное повышение температуры, интоксикация умеренная, боль при глотании не затрудняет прием пищи, налеты распространяются на небные дужки, нижние отделы мягкого неба, боковые и заднюю стенки глотки, регионарный лимфаденит умеренный, токсического отека слизистых оболочек ротоглотки и подкожной клетчатки шеи нет;

- дифтерия носа - появление налетов в придаточных пазухах носа у больных локализованной дифтерией носа, не получивших ПДС;

- дифтерия глаз (редкая локализация) - пленчатый конъюнктивит и кератит у больных локализованной дифтерией глаз, не получивших ПДС;

- дифтерия гениталий (редкая локализация) - фибринозные налеты, выходящие за пределы вульвы и головки полового члена.

1.3. Токсические формы (тяжелые):

- дифтерия ротоглотки - повышение температуры до 39 - 40°С с ознобом, головной болью и ломотой (артралгии - при гипертоксической форме), слабость, снижение аппетита, бледность; при токсической III степени и гипертоксической - головокружение, повторная рвота или тошнота, боли в животе, делириозное возбуждение с гиперемией лица. Продолжительность высокой температуры 3 - 5 дней, при гипертоксической - возможно снижение ниже нормы на 2-е сутки. Болевые симптомы появляются рано, их количество и интенсивность соответствуют степени тяжести, при субтоксической и I степени - боль при глотании и болезненность лимфоузла, тризм бывает крайне редко и слабо выражен; при II степени он умеренно выражен у 25-30% больных; 3-4 болевых симптома наблюдаются при III степени и гипетоксической. Резкая боль при глотании, затрудняющая прием пищи, резкая болезненность лимфоузла, болевой тризм начинаются со II степени тяжести. Боль в области шеи появляется рано, интенсивная, исчезает с появлением отека преимущественно при III степени и гипертоксической; при гипертоксической форме возможна анестезия болевых ощущений. Токсический отек ротоглотки - с максимальным распространением на твердое небо и в гортаноглотку, при гипертоксической форме - приводит к развитию фарингеального стеноза на 1 - 2 сутки. Цвет слизистых оболочек - от яркой гиперемии до резкой бледности, с цианозом и желтоватым оттенком, возможна обширная или ограниченная геморрагическая имбибиция. Фибринозные налеты сначала формируются на миндалинах, затем на местах токсического отека за их пределами, при III и гипертоксической - с геморрагическим пропитыванием. Тонзиллярные лимфоузлы - увеличенные, болезненные и плотные; их размеры более 5 см - при гипертоксической дифтерии. Токсический отек подкожной клетчатки появляется над тонзиллярным лимфоузлом при гипертоксической форме - через несколько часов, при III степени - с конца 1 - начала 2 суток, II степени - на 2 сутки, I степени и субтоксической - на 2 - 3 сутки. В пользу наиболее тяжелых форм (III степени и гипертоксическая) свидетельствуют быстрое распространение отека не только вниз до ключицы и ниже, но и на лицо и спину, его плотный выпуклый характер и геморрагические проявления на коже, а также резкий приторно-сладкий запах. Токсические осложнения: инфекционно-токсический шок и тромбогеморрагический синдром с наиболее тяжелым поражением «шоковых органов» - отек мозга, геморрагический отек легких, «шоковая» почка и острая сердечно-сосудистая недостаточность, кровоизлияние в надпочечники; миокардит, токсический нефроз, полирадикулонейропатия.

Токсические формы других локализаций - интоксикация, отек подкожной клетчатки вокруг очага фибринозно-некротического воспаления и над регионарным лимфоузлом; токсические осложнения.

1.4. Дифтерийный круп - у детей раннего возраста последовательное появление кашля и осиплости, их усиление (катаральная стадия в течение 1 - 3 дней), затем с появлением фибринозных налетов в гортани присоединяется стенотическое дыхание (затруднение вдоха) с постепенным усилением степени стеноза в течение 2-3 дней (стенотическая стадия), асфиксия через 5-6 дней от начала болезни; у детей старшего возраста и взрослых - кашель и осиплость в течение 6 - 8 дней, когда стенотическое дыхание отсутствует, несмотря на формирование фибринозных пленок в дыхательных путях. Дыхательная обструкция знаменует начало предасфиктической фазы, поначалу имеет приступообразный характер, затем становится постоянной. Длительность предасфиктической фазы - 2 суток, в конце ее - асфиксия.

1.5. Атипичная форма дифтерии. Дифтерия кожи (раны) - корки, плотный отек вокруг раны, флегмона с отсутствием гноя, обнаружение возбудителя дифтерии или появление токсических осложнений помогает установлению диагноза.

1.6. Коэффициент тяжести - удельный вес тяжелых форм дифтерии - все токсические формы, дифтерийный круп, дифтерия кожи (раны) с большой площадью поражения, лимфаденитом и отеком, геморрагическим комеонентом, комбинированные формы, включающие хотя бы одну тяжелую. Группа риска по тяжелым осложнениям и летальности - токсическая дифтерия II, III степени тяжести, токсическая с поздним поступлением, гипертоксическая, дифтерийный круп, дифтерия раны (кожи) с массивным поражением и отеком, комбинированные варианты, включающие хотя бы одну форму из группы риска по летальности.

При затруднении в проведении клинической дифференциальной диагностики дифтерии и отсутствии бактериологического подтверждения для уточнения прививочного анамнеза исследуют уровень антитоксических антител к дифтерии и столбняку. Взятие крови для исследования проводят до введения противодифтерийной сыворотки.

**9.6. Профилактика менингококковой инфекции**

### Приложение 59

ПРЕПАРАТЫ,

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ [<1>](#P252)

ДЛЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ В ОЧАГАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование препарата | Дозировка препарата |
| 1. | [Rifampicin <2>](#P253) | - взрослым по 600 мг через каждые 12 часов в течение 2 дней  - детям от 12 месяцев по 10 мг/кг веса через каждые 12 часов в течение 2 дней  - детям до года по 5 мг/кг через каждые 12 часов в течение 2 дней |
| 2. | [Ciprofloxacin <3>](#P254) | - лицам старше 18 лет по 500 мг 1 дозу |
| 3. | Ampicillin | - взрослым по 0,5 мг/кг 4 раза в день в течение 4 дней  - детям в возрастной дозировке - 4 раза в день в течение 4 дней |

Лечение назофарингита проводится препаратами [Rifampicin <2>](#P253), [Ciprofloxacin <3>](#P254), Ampicillin в соответствии с инструкциями по их применению.

--------------------------------

<1> Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения: http://www.who.int/wer.

<2> Не рекомендуется беременным.

<3> Не рекомендуется лицам моложе 18 лет, беременным и кормящим матерям.

**9.7. Профилактика внебольничных пневмоний**

### Приложение 60

**Правила получения клинического материала для микробиологического исследования при ВП.**

**1. Правила получения венозной крови для культурального исследования**

1.1. Для сбора крови используются специальные герметично закрывающиеся стеклянные флаконы или флаконы из ударопрочного автоклавируемого пластика двух видов, содержащие питательную среду (для выявления аэробов и анаэробов).

1.2. С целью бактериологического исследования до АБТ забираются 2 образца венозной крови с интервалом 20-30 минут из различных периферических вен - например, левой и правой локтевой вены. Один образец помещается во флакон для выделения аэробов, другой для выделения анаэробов.

1.3. Объем крови при каждой венепункции должен составлять не менее 10 мл.

1.4. При получении образцов крови необходимо соблюдать следующую последовательность действий:

• Произвести дезинфекцию кожи в месте венепункции циркулярными движениями от центра к периферии дважды 70% раствором спирта или 1-2% раствором йода.

• Дождаться полного высыхания дезинфектанта. Не касаться места венепункции после обработки кожи.

• Произвести получение крови шприцем и асептически перенести ее во флакон с транспортной средой непосредственно через резиновую пробку.

• Удалить оставшийся йод с поверхности кожи после венепункции, чтобы избежать ожога.

1.5. До момента транспортировки образец вместе с направлением хранится при комнатной температуре или в термостате. Необходимо стремиться к тому, чтобы время доставки образца в лабораторию не превышало 2 ч.

**2. Правила получения свободно отделяемой мокроты для культурального исследования**

С целью выяснения этиологического агента (агентов) инфекции нижних дыхательных путей при подозрении на ВП исследуется мокрота при глубоком откашливании, мокрота, полученная при индукции инга¬ляцией стерильного 5 %-го раствора натрия хлорида через небулайзер, мокрота, полученная аспирацией из трахеи с помощью хирургического вакуумного или электрического отсоса, бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ), получаемый с помощью фибробронхоскопии, а также кровь и плевральная жидкость.

В случае невозможности получения материала из нижних дыха-тельных путей при исследовании на респираторные вирусы, микоплазму и хламидию допустимо использование мазков из верхних дыхательных путей (из нижнего носового хода и с задней стенки глотки), которые берут у пациента как можно раньше от момента появления симптомов ОРЗ в одну пробирку и исследуют как один образец.

При подозрении на легионеллезную или паразитарную этиологию инфекции нижних дыхательных путей исследуются прижизненный БАЛ или биоптаты ткани легких.

У госпитализированных пациентов материал для исследования следует собирать как можно раньше при поступлении (не позднее вторых суток), поскольку в более поздние сроки не исключена возможность суперинфекции при контакте с другими пациентами. Сбор биологического материала для бактериологического исследования следует проводить до назначения антибиотиков.

В случае летального исхода исследуется посмертный (аутопсий ный) материал. Посмертный материал собирают в течение первых суток после гибели больного, приготавливают мазки-отпечатки легкого или мазки из пенистого содержимого альвеол.

2.1. Для сбора мокроты необходимо использовать стерильные герметично закрывающиеся пластиковые контейнеры.

2.2. Перед сбором мокроты необходимо попросить пациента тщательно прополоскать рот кипяченой водой. Если мокрота собирается утром - лучше собирать ее натощак.

2.3. Пациент должен хорошо откашляться и собрать отделяемое из нижних дыхательных путей (не слюну!) в стерильный контейнер.

2.4. Продолжительность хранения мокроты при комнатной температуре не должна превышать 2 ч. При невозможности доставки в указанный срок образец может хранится в холодильнике при температуре +4-80C до 24 ч.

2.5. Для облегчения процедуры сбора мокроты и повышения качества собираемого образца целесообразно использовать памятки для пациентов.

**3. Для получения индуцированной мокроты можно использовать следующие приемы:**

3.1. Дренажные положения (постуральный дренаж).

3.2. Упражнения дыхательной гимнастики.

3.3. Вибрационный массаж грудной клетки.

3.4. Ультразвуковые ингаляции в течение 15-20 минут с использованием гипертонического раствора хлорида натрия в концентрации 3-7%. У пациентов с бронхиальной астмой ингаляции должны проводиться с осторожностью, для предупреждения бронхоспазма целесообразно предварительно провести ингаляцию 200-400 мкг сальбутамола.

**4. Правила получения трахеального аспирата для культурального исследования**

4.1. Для получения трахеального аспирата используют систему для сбора содержимого трахеобронхиального дерева через эндотрахеальную трубку.

4.2. С этой целью стерильный катетер вакуум-аспиратора соединяют с клапанным вакуум- контролем с заглушкой на системе, другой конец системы подсоединяют к эндотрахеальной трубке.

4.3. Включают вакуум-аспиратор и собирают в пробирку системы содержимое трахеобронхиального дерева в количестве не менее 1 мл. Время сбора трахеального аспирата не должно превышать 5-10 секунд.

4.4. Отсоединяют аспиратор, эндотрахеальную трубку от системы, снимают крышку со встроенными катетерами и закрывают пробирку дополнительной завинчивающейся крышкой.

4.5. Продолжительность хранения трахеального аспирата при комнатной температуре не должна превышать 2 ч. При невозможности доставки в указанный срок образец может хранится в холодильнике при температуре +4-80C до 24 ч.

**5. Правила получения плевральной жидкости для культурального исследования**

5.1. Очистите выбранный участок кожи 70% этиловым спиртом; затем продезинфицируйте его 1-2 % раствором иода; избыток иода удалите марлевой салфеткой, смоченной 70% спиртом во избежание ожога кожи пациента.

5.2. С тщательным соблюдением правил асептики выполните чрезкожную аспирацию для получения пробы плевральной жидкости.

5.3. Удалите любые пузырьки воздуха из шприца и немедлено перенесите пробу в стерильный пластиковый контейнер, плотно закроете его крышкой.

5.4. Продолжительность хранения плеврального пунктата при комнатной температуре не должна превышать 2 ч. При невозможности доставки в указанный срок образец может хранится в холодильнике при температуре +4-80C до 24 ч.

**6. Правила получения респираторных мазков для обследования на грипп методом ПЦР**

1. Перед процедурой нельзя в течение 6 ч использовать медикаменты, орошающие носоглотку или ротоглотку и препараты для рассасывания во рту.

2. Мазки у пациента берут двумя разными зондами сначала со слизистой нижнего носового хода, а затем из ротоглотки, при этом концы зондов с тампонами после взятия мазков последовательно помещаются в одну пробирку объемом 1,5-2 мл с 0,5 мл транспортной среды.

3. Для получения респираторного мазка со слизистой носоглотки, если полость носа заполнена слизью, рекомендуется провести высмаркивание.

4. Сухой стерильный зонд из полистирола с вискозным тампоном или назофарингеальный велюр-тампон на пластиковом аппликаторе вводят легким движением по наружной стенке носа на глубину 2-3 см до нижней раковины, слегка опускают книзу, вводят в нижний носовой ход под нижнюю носовую раковину, делают вращательное движение и удаляют вдоль наружной стенки носа. Общая глубина введения зонда должна составлять примерно половину расстояния от ноздри до ушного отверстия (5 см).

5. После получения материала конец зонда с тампоном опускают на глубину 1 см в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой, и конец зонда отламывают, придерживая крышкой пробирки. Пробирку герметично закрывают.

6. Для получения респираторного мазка из ротоглотки необходимо предварительно прополоскать полость рта кипяченой водой комнатной температуры.

7. Мазки из ротоглотки берут сухим стерильным зондом из полистирола с вискозным тампоном вращательными движениями с поверхности миндалин, небных дужек и задней стенки ротоглотки, аккуратно прижимая язык пациента шпателем.

8. После получения материала рабочую часть зонда с тампоном помещают в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой и зондом с мазком из носоглотки. Конец зонда с тампоном (1 см) отламывают, придерживая крышкой пробирки с расчетом, чтобы он позволил плотно закрыть пробирку.

9. Транспортировка образца в лабораторию осуществляется в течение 2 ч при комнатной температуре. Допускается хранение образца: для бактериологического исследования в течение 3 сут. при температуре 2-8°С. Для ПЦР исследования допускается хранение в течение 1 суток при температуре от 2 до 8 °С, более длительно - при температуре не выше-16 °С.

**7. Правила получения н транспортирования мочи для определения антигена легионелл или пневмококка**

Образцы мочи для исследования объемом 5—10 мл помещают в стандартные пластиковые контейнеры и хранят при комнатной температуре (15—30 °С) не более 24 ч после забора перед постановкой реакции. В случае необходимости образцы могут храниться при температуре 2— 8 °С до 14 дней или при -20 °С в течение длительного времени для первичного или повторного исследования. В качестве консерванта может

быть использована борная кислота. Перед постановкой реакции охлаж-денные или замороженные образцы мочи исследуют на наличие антигена после достижения комнатной температуры.

**8. Требования к маркировке материала для лабораторного исследования**

На этикетке пробирок (контейнеров) с материалом указывается: фамилия и имя обследуемого, дата взятия материала, тип материала.

В сопроводительном документе (направлении) к материалу, собранному для исследования в лаборатории, необходимо указать:

• наименование учреждения, которое направляет материал на исследования, и телефон;

• фамилию и имя обследуемого больного;

• возраст;

• дату заболевания или контакта с больным;

• предполагаемый диагноз, тяжесть заболевания или повод к обследованию;

• степень тяжести заболевания;

• данные о вакцинации против фиппа в текущем эпидемическом сезоне (вакцинирован / не вакцинирован / нет данных);

• дату и подпись медицинского лица.

Транспортирование материала производится в термоконтейнерах при рекомендованной для хранения температуре. Образцы от каждого пациента дополнительно упаковываются в индивидуальный герметичный пакет с адсорбирующим материалом.

**9.Обработка биологического материала перед проведением лабораторных исследований**

В лаборатории перед началом проведения ПЦР-исследований био-логического материала вязкой консистенции (мокрота, аспираты из трахеи) необходима его предобработка с целью снижения вязкости, например с помощью препарата типа «Муколизин», согласно инструкции. Аутопсийный материал подвергается гомогенизации с последующим приготовлением 20 %-й суспензии с использованием буферного раствора (физиологического раствора натрия хлорида или фосфатного буфера).

**9.9. Профилактика легионелеза**

Приложение 61  
(справочное)

Основные группы дезинфицирующих препаратов и методов, используемых для предотвращения контаминации легионеллами и обеззараживания потенциально опасных водных систем:

1. Различные соединения хлора при концентрации остаточного активного хлора 0,5-1,0 мг/л (гипохлорит натрия, диоксид хлора, монохлорамин и другие соединения).

2. Двухкомпонентные препараты на основе перекиси водорода и серебра.

3. Препараты на основе поверхностно-активных веществ (полигуанидин, четвертичное аммониевое соединение).

4. Электролитическая ионизация воды ионами серебра и меди.

5. Применение специальных защитных фильтров на точках выхода системы водоснабжения (при внутрибольничном легионеллезе).

6. При возникновении микробной контаминации сети в результате разгерметизации и локальных аварий на отдельных ее участках, проводятся технические мероприятия по замене сетей, гиперхлорирование сетей (дозами хлора до 50 мг/л при экспозиции 3 ч) с последующей их промывкой и проведением бактериологического анализа. В целях повышения эффективности дезинфекционных мероприятий рекомендуется комплексное применение перечисленных групп препаратов и методов в зависимости от конкретной эпидемической ситуации.

Приложение 62  
(справочное)

Концентрации Legionella pneumophila в потенциально опасных водных объектах, превышение которых представляет эпидемическую опасность

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1. В системе охлаждения промышленных предприятий и кондиционирования воздуха (cooling towers) в зданиях общественного назначения | 10 4  КОЕ/л | |
| 2. В системах водоснабжения | 10 3  КОЕ/л | |
| 3. В джакузи массового назначения | 10 КОЕ/л | |
| 4. В системах горячего водоснабжения МО в отделениях групп риска (трансплантации, онкологии, хирургии реанимации, интенсивной терапии и т.д.) и учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов<1> | 0 | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<1> *-* Для контингентов групп риска, перечисленных в п.4, необходимо полностью исключить возможность контакта с водой, содержащей не только Legionella pneumophila, но и Legionella spp.

**10. ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**10.2. Профилактика энтеробиоза**

Приложение 63

ДЕЗИНВАЗИЯ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОЧАГЕ ЭНТЕРОБИОЗА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Объекты | Способ и режим дезинвазии |
| 1. | Поверхности помещений, объектов окружающей среды, жесткая мебель, воздух в помещениях | Орошение или протирание с последующей влажной уборкой дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке |
| 2. | Мягкая мебель, мягкие игрушки, ковры | Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании разрешенных к применению дезинвазионных средств.  После дезинвазии убрать на 3 дня в кладовые ковры и мягкие игрушки |
| 3. | Белье, спецодежда, предметы обихода и уборочный инвентарь | Кипячение в течение 1 - 2 мин. в 2% водном растворе кальцинированной соды, 2% мыльно-содовом растворе, или в течение 15 мин в 0,5% растворе любого моющего средства.  Мытье с моющими средствами и обработка горячим (60 - 80 °C) 2% водным раствором кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором |
| 4. | Твердые и резиновые игрушки, посуда | Мытье с моющими средствами и обработка горячим раствором (60 - 80 °C) 2% водного раствора кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором |
| 5. | Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрасы) | Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли разрешенными к применению дезинвазионными средствами либо камерная дезинфекция объектов |
| 6. | Санитарно-техническое оборудование | Обработка дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке |
| 7. | Кал в горшках | Обеззараживание перед сбросом в канализацию дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке |

Приложение 64

САНИТАРНО-ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ, ПРОВОДИМЫЕ В РАМКАХ НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА И ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N N пп | Объект надзора | | Исследуемый материал | | Объем пробы (л, кг) | Число отбираемых проб | Кратность отбора проб в рамках | | | Определяемые показатели [<\*\*>](#P1279) |
| Наименование | Место отбора | контрольно-надзорных мероприятий (плановых, внеплановых) [<\*>](#P1278) | производственного контроля | социально-гигиенического мониторинга |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Очистные сооружения канализации | | 1. Сточная вода | В местах до проведения очистки (при необходимости расчета эффективности дегельминтизации и дезинвазии) | 10,0 | 2 | + | 2 раза в год | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Сточная вода | В местах после проведения очистки | 10,0 | 2 | 2 раза в год | 1 раз в год |
| 3. Осадок сточных вод | В местах нахождения жидкого осадка | 0,2 (200 миллилитров) | 2 | 2 раза в год | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 4. Осадок сточных вод | В местах нахождения подсушенного осадка с иловых карт | 0,2 (200 грамм) | 2 с карты | 1 раз в год, перед утилизацией, перед использованием | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 2. | Животноводческие хозяйства | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | с посуды, куда сливается продукция животноводства, в моечном помещении, со спецодежд, с рук персонала |  | 20 | + | 2 раза в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Почва | на летних пастбищах, вокруг помещений со скотом и для хранения кормов | 0,2 (200 грамм) | 2 - 4 | + | 1 раз в год | 1 раз в год |  |
| 3. Навоз жидкий | В местах нахождения смеси после гидросмыва животноводческих стоков | 1,0 | 2 | + | 2 раза в год | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 4. Навоз (обезвоженный) |  | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | 2 раза в год | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 3. | Поля орошения | | Почва | до и после орошения | 0,2 (200 грамм) | 2 - 4 | - | 2 раза в год с апреля по октябрь | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 4. | Биологические пруды | | Стоки | на входе и выходе | Не менее 10 литров | 4 - 8 | - | 2 раза в год с апреля по октябрь |  | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 5. | Вода природных биотопов | Поверхностные водоемы | 1. Вода [<xx>](#P1277) | в месте сброса сточных вод (литры) | 25,0 | 3 | + | 2 раза в год | 1 раз в квартал | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Вода [<xx>](#P1277) | выше выпуска сточных вод на 1 километр | 25,0 | 3 | 2 раза в год |
| 3. Донные отложения | - | 0,2 (200 грамм) | 3 | - |
| Прибрежные воды морей | 1. Вода [<xx>](#P1277) | в местах расположения морских водозаборных сооружений хозяйственно-питьевого водоснабжения [<xx>](#P1277) | 50,0 | 3 | + | Не менее 2-х раз в квартал | 1 раз в квартал | [6](#P1285) |
| в местах выпуска сточных вод - непосредственно у места сброса и в радиусе не более 500 м от места сброса | 25,0 | 3 | + | не реже 4 раз в год, посезонно |  | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| Рекреационные зоны (вода пляжей) | 1. Почва, песок | в береговой зоне | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | 2 раза за сезон | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 2. Вода | в береговой зоне | 25,0 | 3 | + | 1 раз - до начала сезона,  ежемесячно - в период сезона |  | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 6. | Водоочистные станции хозяйственно-питьевого водоснабжения | | 1. Вода [<xx>](#P1277) | в местах водозабора перед подачей в распределительную сеть | 50,0 | 3 | + | Не менее 2-х раз в квартал | 1 раз в квартал | [6](#P1285) |
| 2. Осадки,  образующиеся в процессе водоочистки | в местах водозабора после технологического процесса обеззараживания | 0,2 (200 грамм) | 2 - 4 | - | Перед утилизацией | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 7. | Бассейны, как самостоятельное учреждение, так и в составе других организаций | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | с поручней ванны бассейна; скамеек в раздевалках, пола в душевой, ручек двери в туалетных комнатах, из раздевалки в душевую: детских игрушек (мячей, кругов); предметов спортивного инвентаря |  | 20 | + | 1 раз в квартал | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Вода бассейна [<xx>](#P1277) | из чаши бассейна | 50,0 | 3 | + | 1 раз в квартал | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 8. | Аквапарки | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | с поручней ванны бассейна, скамеек в раздевальнях, пола в душевой, ручек двери санузлов, инвентаря аквапарка - лежаков, кругов, матов |  | 20 | + | 2 раза в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Вода бассейна [<xx>](#P1277) | из чаши бассейна | 50,0 | 3 | + | 1 раз в квартал | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 9. | Дошкольные образовательные организации | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов |  | 20 | + | + | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Смывы | в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях: постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности горшков, стульчаков |  | 10 | + | + | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 3. Овощи  Зелень | на пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | 4 | + (объединенная проба из 3-х точек от партии) | - | - | [6](#P1285) |
| 4. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов | 0,2 (200 грамм) | 2 - 4 | + | - | 1 раз в год | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 5. Песок | в песочницах | 0,2 (200 грамм) | 2 - 4 | + | не реже 1 раза в квартал |  | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 10. | Общеобразовательные организации (школы) | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов |  | 20 | + | + | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Смывы [<x>](#P1276) | в начальных классах: мебели, парт, с батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности стульчаков |  | 20 | + | + | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 3. Овощи  Зелень | в пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | 4 | + (объединенная проба из 3-х точек от партии) | - | - | [6](#P1285) |
| 4. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 11. | Школы-интернаты, детские дома, дома ребенка | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов |  | 20 | + | 1 раз в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Смывы [<x>](#P1276) | в начальных классах: с мебели, парт; в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях: постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности горшков, стульчаков |  | 20 | + | 1 раз в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 3. Овощи  Зелень | на пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | 4 | + (объединенная проба из 3-х точек от партии) | 1 раз в год | - | [6](#P1285) |
| 4. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 12. | Летние оздоровительные учреждения | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, клеенок, скатертей, прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат;  в туалете: ручки дверей, водопроводные краны, ручки смывных бачков |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Овощи  Зелень | в пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | 4 | + объединенная проба из 3-х точек от партии | - | - | [6](#P1285) |
| 3. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, около летних пищеблоков, вокруг наружных санузлов | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 4. Песок | в песочницах | 0,2 (200 грамм) | 2 | + | не реже 1 раза в квартал | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 13. | Организации, осуществляющие медицинскую деятельность | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоках, раздаточных |  | 20 | + | 1 раз в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Смывы [<x>](#P1276) | в кабинетах инфекционных заболеваний, в клинико-диагностических лабораториях, в палатах, туалетных комнатах |  | 20 | + | 1 раз в год | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 14. | Тепличные хозяйства | | 1. Выращиваемая растительная продукция:  Овощи, Зелень | в теплицах | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | По 2 пробы от каждого вида выращиваемой продукции | + | перед сбором готовой продукции | - | [6](#P1285) |
| 2. Почва | в теплицах | 0,2 (200 грамм) | 4 | + | вновь завозимая, в период выращивания | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [4](#P1283) |
| 3. Вода поливная [<xx>](#P1277) | емкости | 50,0 | 3 | - | ежемесячно в период выращивания растительной продукции | - | [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 15. | Объекты общественного питания | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 2. Овощи  Зелень | на пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм)  Не менее 0,1 (100 грамм) | 4 | + объединенная проба из 3-х точек до разделки | - | - | [6](#P1285) |
| 3. Соки и соковая продукция из фруктов и овощей | на пищеблоке | Не менее 0,1 (100, миллилитров) | 1 от каждого наименования | + | - | - | [6](#P1285) |
| 16. | Бани, парикмахерские, косметологические кабинеты | | Смывы [<x>](#P1276) | с рук персонала, инструментов, столов, кресел |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282), [5](#P1284) |
| 17. | Железнодорожный, автобусный, водный транспорт | | 1. Смывы [<x>](#P1276) | с рук и спецодежды проводников, полок, постельных принадлежностей (до раздачи пассажирам) |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281) |
| 2. Вода питьевая [<xx>](#P1277) | в точках водоразбора | 50,0 | 6 | + |  |  | [6](#P1285) |
| 18. | Дома инвалидов и престарелых | | Смывы [<x>](#P1276) | на пищеблоке, в палатах, туалетных комнатах, с рук персонала |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |
| 19. | Приемники-распределители (дома ночного пребывания) | | Смывы [<x>](#P1276) | в санпропускниках, жилых ячейках, помещениях общественного питания, туалетах |  | 20 | + | - | - | [1](#P1280), [2](#P1281), [3](#P1282) |

--------------------------------

Примечание:

"+" - проводится, "-" - не проводится.

<x> Пробы берутся раздельно по 10 для исследования на наличие яиц гельминтов и цист простейших.

<xx> Пробы берутся раздельно по 1 для исследования на наличие яиц гельминтов, цист, ооцист простейших.

<\*> Кратность контрольно-надзорных мероприятий: плановых - определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации; внеплановых - по эпидпоказаниям, при возникновении угрозы причинения вреда жизни, здоровью населения.

<\*\*> Определяемые показатели (вид возбудителя, жизнеспособность):

1 - жизнеспособные яйца гельминтов (аскарид, власоглавов, токсокар, фасциол).

2 - цисты патогенных кишечных простейших.

3 - ооцисты криптоспоридий.

4 - личинки синантропных мух.

5 - демодекоидные клещи.

6 - не допускается наличие яиц гельминтов и цист/ооцист патогенных кишечных простейших.

**11. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**11.2. Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах**

Приложение 65

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Код эндоскопа | Тест на герметичность | Окончательная очистка | | | Тест на качество очистки | Дезинфекция высокого уровня | | | | | | | | | ФИО и подпись оператора |
| Наименование средства | Время начала | Время окончания | Ручной способ | | | | Механизированный способ | | | | |
| Наименование средства ДВУ | Температура рабочего раствора | Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем | Время начала/окончания  дезинфекционной выдержки | Номер МДМ | Номер режима обработки | Наименование средства ДВУ | Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем | Время окончания цикла |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Форма «Журнала контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств»**

Приложение 66

**Форма «Журнала контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата и время | Наименование стерилизуемых изделий | Номер медицинской карты стационарного больного | Наименование стерилизующего средства | Режим стерилизации | | | Время завершения стерилизации и упаковки эндоскопа | ФИО и подпись оператора |
| Температура раствора | Концентрация раствора и результат экспресс  контроля уровня содержания ДВ в нем | Экспозиция |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание.

<1> Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и медицинских изделий, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

**13. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСТНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ**

**13.3. Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов**

Приложение 67

СХЕМА УРОВНЕЙ «ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ»

┌───────────────────────────────────────────────────┐

│ 1 уровень: │

┌─────────┤ организации-изготовители (или │

│ │ организации-импортеры) ИЛП │

│ └──────────────────────────┬────────────────────────┘

│ \/

│ ┌───────────────────────────────────────────────────┐

│ │ 2 уровень: │

│ │ организации оптовой торговли лекарственными ├───────────┐

│ │ средствами │ │

│ └──────────────────────────┬────────────────────────┘ │

│ \/ │

│ ┌───────────────────────────────────────────────────┐ │

│ │ 3 уровень: │ │

│ │ городские и районные (сельские) аптечные │ │

├────────>│ организации, медицинские организации, │ │

│ │ индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию │ │

│ │ на фармацевтическую или медицинскую деятельность │ │

│ └──────────────────────────┬────────────────────────┘ │

│ \/ │

│ ┌───────────────────────────────────────────────────┐ │

│ │ 4 уровень: │ │

│ │ медицинские организации или их обособленные │ │

│ │ подразделения (участковые больницы, амбулатории, │ │

└────────>│ поликлиники, родильные дома), иные организации │<──────────┘

│ (медицинские кабинеты образовательных и других │

│ организаций), где используются ИЛП │

└───────────────────────────────────────────────────┘

Стрелками обозначены направления поставок ИЛП

Приложение 68

Журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время | Показания термометров | | Показания термоиндикаторов | | | |
| № 1 | № 2 | № 1 | | № 2 | |
| Идентификационный номер | Показания | Идентификационный номер | Показания |
|  | 9.00 | +5 | +5 |  | Норма |  | Норма |
|  | 17.00 | +5 | +5 |  | Норма |  | Норма |
|  | 9.00 | +5 | +5 |  | Норма |  | Норма |
|  | 17.00 | +5 | +5 |  | Норма |  | Норма |

Приложение 69

Журнал учета движения ИЛП

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приход | | | | | | | | | Расход | | | | | |
| Дата поступления | Название ИЛП | Производитель | Поставщик | Серия, контр. номер | Срок годности | Количество доз/фасовка | Тип и контрольный номер термоиндикатора | Показания термоиндикатора | Дата отпуска | Кому отпущено | Количество доз/фасовка | Остаток (доз) | Тип и контрольный номер термоиндикатора | Показания термоиндикатора |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 70

ПЛАН

ЭКСТРЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ «ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ»

В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

План экстренных мероприятий по поддержанию «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях должен предусматривать весь комплекс мероприятий при возникновении пожара и стихийных бедствий, при полном или локальном отключении энергоснабжения, неисправности холодильного оборудования.

План экстренных мероприятий должен включать в себя следующие документы:

схему размещения холодильных (морозильных) камер и холодильного оборудования на территории предприятия (учреждения), задействованных для размещения иммунобиологических лекарственных препаратов в повседневном режиме;

схему размещения резервных холодильных (морозильных) камер, холодильного оборудования и термоконтейнеров, используемых только в чрезвычайных ситуациях с расчетом их оптимальной потребности;

схему переключения холодильного оборудования на резервные и автономные источники питания;

расчет потребности холодильного (морозильного) оборудования и термоконтейнеров для обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов;

состав аварийно-восстановительных групп (ответственные лица);

должностные обязанности лиц по восстановлению работоспособности холодильного оборудования и энергоснабжения;

должностные обязанности лиц по обеспечению сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов в чрезвычайных ситуациях;

порядок обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов во время их транспортирования по прямым и кольцевым маршрутам.

Примечание. С учетом специфики производства (организации) и территориального размещения предприятий (организаций) по производству (хранению) иммунобиологических лекарственных препаратов, содержание плана может быть расширено.

Приложение 71

ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТА ВСТРЯХИВАНИЯ («ШЕЙК-ТЕСТА»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Выберите флакон с вакциной того же типа и того же номера серии от того же производителя и из той же партии, что и вакцина, которую Вы планируете проверить. | | |
| 2. | Четко отметьте на этом флаконе «заморожен». Этот флакон будет вашим контрольным образцом. | | |
| 3. | Оставьте флакон на ночь при температуре -20 °C или до образования льда. | | |
| 4. | Дайте ему оттаять. Ни в коем случае не разогревайте его! | | |
| 5. | Выберите флакон из партии вакцины, которая, по вашим подозрениям, подверглась замораживанию. Этот флакон будет вашим «тестируемым» образцом. | | |
| 6. | Возьмите «замороженный» и «тестируемый» флаконы в одну руку. | | |
| 7. | С силой встряхивайте флаконы в течение 10 - 15 секунд. | | |
| 8. | Оставьте оба флакона рядом на столе или другой плоской поверхности и следите за образованием осадка. | | |
| Примечание: На некоторых флаконах этикетка слишком большая и содержимого флакона почти не видно. Это затрудняет наблюдение за процессом выпадения в осадок. В таких случаях переверните флакон вверх дном и проверяйте уровень осадка в шейке флакона. | | | |
| 9. | Свет должен одинаково проходить через оба флакона, чтобы можно было адекватно сравнивать процесс образования осадка. | | |
| Затем: | | | |
| 10. | Если осадок в «тестируемом» флаконе образуется медленнее, чем в «замороженном» флаконе, осадок рыхлый, слой надосадочной жидкости тонкий, значит, | 10. | Если осадок образуется одинаковым образом и с одинаковой скоростью в обоих флаконах или осадок в «тестируемом» флаконе образуется быстрее, чем в «замороженном» флаконе, значит |
| вакцина не повреждена. |
| вакцина повреждена. |
| 11. | Вакцину можно использовать | 11. | Вакцину использовать нельзя! |
| 12. | Вакцина подлежит списанию и уничтожению в соответствии с действующими нормативными документами. |

Приложение 72

Термины, определения и сокращения

Авария – разрушение сооружений и (или) технических устройств, применяемых на опасном производственном объекте, неконтролируемые взрыв и (или) выброс опасных веществ[[108]](#footnote-108).

Аварийная ситуация в лаборатории – событие, при котором произошло попадание ПБА в окружающую среду (в воздух, на поверхности помещений, оборудования), попадание возбудителя на кожные покровы и слизистые оболочки персонала, нарушение целостности кожных покровов или СИЗ.

Автоклав – аппарат для стерилизации медицинских инструментов, материалов или отходов с помощью горячего водяного пара[[109]](#footnote-109).

Антисептика – система мероприятий, направленная на уничтожение микробного загрязнения в ране, патологическом очаге, органах и тканях, а также в организме больного человека в целом, объектах внешней среды, включая бактерицидную обработку с применением химических, физических и биологических, механических методов или их сочетания[[110]](#footnote-110).

Асептика, асептический режим – организационные и санитарно–противоэпидемические мероприятия, применяемые с целью предупреждения микробного загрязнения организма человека, объектов внешней среды[[111]](#footnote-111).

Биологическая безопасность (ББ) – система организационных, медико–биологических и инженерно–технических мероприятий и средств, направленных на защиту работающего персонала, населения и среды обитания человека от воздействия патогенных биологических агентов[[112]](#footnote-112).

Биологическая опасность (БО) – риск нанесения ущерба здоровью или угроза жизни отдельному лицу, группе лиц или всему населению путем естественного или преднамеренного применения в качестве поражающей силы биологических агентов. Потенциальный источник вредного воздействия, вызываемого патогенными биологическими агентами[[113]](#footnote-113).

Бокc – комплекс лечебных, санитарно–гигиенических и вспомогательных помещений, предназначенных для госпитализации и проведения лечебно–диагностических мероприятий больным инфекционных больниц или отделений. Бокс состоит из следующих обязательных элементов: тамбур для входа с улицы, помещение для пациента (палата), санитарный узел, шлюз для входа персонала из коридора отделения. Вход в санитарный узел предусматривается непосредственно из помещения пациента (палаты). Боксы обеспечивают возможность полной изоляции больных. Пациент поступает в бокс и выписывается из него через уличный тамбур. Вход персонала в боксы осуществляется из коридора отделения через шлюзы, в которых проводится смена спецодежды, мытье и дезинфекция рук[[114]](#footnote-114).

Бокс микробиологической безопасности (БМБ) – вентилируемое ограниченное пространство, предназначенное для обеспечения защиты оператора и окружающей среды от аэрозолей, возникающих вследствие работ с потенциально опасными и опасными микроорганизмами, с помощью удаления воздуха в атмосферу путём фильтрации. оборудование, предназначенное для обеспечения защиты оператора и окружающей среды от аэрозолей, возникающих вследствие работы с потенциально опасными и опасными микроорганизмами, с помощью удаления воздуха в атмосферу путем фильтрации[[115]](#footnote-115).

Бокс приемно–смотровой – обязательный элемент приемных отделений детских, инфекционных и психиатрических больниц, предназначенный для индивидуального приема пациентов и являющийся функциональным аналогом смотровых кабинетов многопрофильных больниц. В состав помещений приемно–смотрового бокса входят: тамбур для входа с улицы, помещение для осмотра больного (смотровая), кабина для туалета с умывальником, шлюз для входа персонала из коридора приемного отделения7.

Боксированная палата – помещение, предназначенное для изоляции больного и состоящее из палаты, санузла и шлюза со входом в санитарный узел из палаты. Подпор воздуха подается в шлюз7.

Боксированное помещение (бокс) – изолированное помещение с тамбуром (предбоксником), предназначенное для помещения и экспозиции там каких–то предметов или для содержания людей или животных на время карантина. Изолированное помещение с предбоксом (тамбуром) для входа/выхода сотрудников (персонала)7.

Внутриутробная инфекция (ВУИ) – любое клинически выраженное инфекционное заболевание микробного происхождения плода в результате его инфицирования в анте– или интранатальный периоды. В подавляющем большинстве случаев плод инфицируется от матери, в отдельных случаях (инвазивные вмешательства в период беременности, фетальная хирургия) возможно ятрогенное инфицирование плода. К ВУИ относят также врожденные инфекции, при которых инфицирование плода произошло антенатально и к моменту рождения имеются клинические признаки инфекции7

Внутриутробное инфицирование – проникновение инфекционного агента в организм плода в период внутриутробного развития или во время родов, позволяющее предполагать потенциальный риск реализации инфекционно–воспалительного процесса у ребенка в постнатальном периоде. Термин не должен использоваться в качестве диагноза7.

Генеральная уборка – влажная уборка помещений (всех поверхностей ограждающих конструкций, мебели и оборудования) с применением дезинфицирующих средств способами протирания и/или орошения с последующим обеззараживанием воздуха7.

Генно-инженерно-модифицированные микроорганизмы – организм или несколько организмов, любое неклеточное, одноклеточное или многоклеточное образование, способные к воспроизводству или передаче наследственного генетического материала, отличные от природных организмов, полученные с применением методов генной инженерии и содержащие генно-инженерный материал, в том числе гены, их фрагменты или комбинации генов[[116]](#footnote-116).

Гигиеническая обработка рук – совокупность методических приемов, включающих применение антисептического средства, для уничтожения транзиторной микрофлоры, находящейся на коже кистей рук7.

«Грязные» помещения – помещения в основном для хранения использованных материалов. К «грязным» относятся загрузочные ЦСО и дезинфекционных камер, приемные прачечных, помещения для временного хранения грязного белья, мусорные камеры, туалеты и т.п. 7

Дезинфекционные мероприятия – применение дезинфицирующих, дезинсекционных, дератизационных средств для уничтожения возбудителей инфекционных болезней и их переносчиков на различных объектах при профилактической и очаговой (текущая и заключительная) дезинфекции[[117]](#footnote-117).

Дезинфекционные средства – дезинфицирующие, стерилизующие, дезинсекционные и дератизационные средства, применяемые для профилактики и борьбы с инфекционными, паразитарными заболеваниями человека, обеспечивающие умерщвление возбудителей вышеуказанных заболеваний, их переносчиков и резервуаров сохранения10.

Дезинфекция – совокупность средств и методов, направленных на уничтожение (умерщвление) патогенных и условно патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды. это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний и разрушение токсинов на (в) подвергшихся заражению объектах окружающей среды10.

Дезинфицирующее средство – физическое или химическое средство, включающее дезинфицирующий агент или действующее вещество. это химические агенты, используемые для нанесения на неживые объекты (например, пол, стены, потолок) для разрушения практически всех известных патогенных микроорганизмов10.

Зона «заразная» – часть помещения лаборатории (предприятия), где осуществляются манипуляции с ПБА и их хранение[[118]](#footnote-118).

Зона «чистая» – часть помещения лаборатории (предприятия), где не проводятся работы с ПБА и их хранение11.

Идентификация – определение комплекса таксономических признаков с использованием различных микробиологических методов для установления видовой принадлежности биологических агентов. Определение, установление систематического положения микроорганизма.

Инактивация – воздействие на болезнетворный микроорганизм с целью ликвидации его патогенных свойств.

Индикация микроорганизмов – Комплекс микробиологических методов исследования, направленных на выявление в объектах окружающей среды (воздух, вода, почва, поверхности различных предметов и др.), биологическом и клиническом материале маркеров патогенных для людей и животных бактерий, вирусов, грибов, риккетсий, возбудителей паразитарных инфекций, биологических токсинов.

Инструктаж – метод профессионального практического обучения, предполагающий описание и показ содержания практической деятельности и ее составных компонентов.

Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи – любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его обращения за медицинской помощью в МО, в том числе случаи инфекции не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности[[119]](#footnote-119).

Исследования диагностические – исследования объектов биотической и абиотической природы, проводимые с целью обнаружения, выделения и идентификации возбудителя, его антигена или антител к нему – исследования объектов биотической и абиотической природы, проводимые с целью обнаружения маркеров (нуклеиновые кислоты, антигены, антитела к ним и др.), выделения и идентификации микроорганизмов[[120]](#footnote-120).

Исследования экспериментальные – все виды работ с использованием микроорганизмов, гельминтов, токсинов и ядов биологического происхождения – все виды работ с использованием микроорганизмов, гельминтов, токсинов и ядов биологического происхождения, в том числе с использованием лабораторных животных13.

Класс чистоты помещений – допустимый уровень бактериальной обсемененности воздушной среды помещений в зависимости от их функционального назначения. По степени нормируемого микробного загрязнения помещения подразделяются на следующие классы чистоты: класс А – особо чистое помещение, класс Б – чистое помещение, класс В – условно чистое помещение, количество микроорганизмов не нормируется; класс Г – «грязное» помещение, количество микроорганизмов не нормируется[[121]](#footnote-121).

Колониеобразующая единица (КОЕ) – совокупность микробных клеток, выросших в виде изолированных колоний на питательной среде14.

Кратность воздухообмена – соотношение объема подаваемого (удаляемого) воздуха в час к объему данного помещения14.

Медицинская деятельность – работы и услуги по оказанию соответствующих видов медицинской помощи14.

Медицинские организации (МО) – все виды организаций, независимо от организационно–правовой формы и формы собственности, основным видом деятельности которых является амбулаторно–поликлиническая и/или стационарная медицинская помощь. (в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 10.06.2016 № 76)[[122]](#footnote-122).

Микробиологическая лаборатория – оборудованное помещение учебного, научного или производственного учреждения или же структурного подразделения учреждения/предприятия, приспособленное для специальных опытов и исследований, в котором выполняются экспериментальные, диагностические или производственные работы с патогенными биологическими агентами[[123]](#footnote-123).

Обеззараживание – процедура по уничтожению или ослаблению патогенных микроорганизмов и токсинов до безопасного уровня в отношении передачи инфекции[[124]](#footnote-124).

Обеззараживание отходов – обработка загрязненного (инфицированного) материала, отходов, в том числе сжигание и обеззараживание на специализированных установках, в целях предотвращения вредного воздействия на здоровье человека и окружающую природную среду[[125]](#footnote-125).

Обсервация – система мер по медицинскому наблюдению за здоровыми людьми, имевшими контакт с инфекционными агентами в процессе проведения работ, инфекционными больными, и выезжающими из зоны карантина[[126]](#footnote-126).

Организация, осуществляющая медицинскую деятельность (ООМД) – медицинские организации, а также другие индивидуальные предприниматели и юридические лица, для которых осуществляемая медицинская деятельность не является основной (в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 10.06.2016 № 76)[[127]](#footnote-127).

Особо опасные инфекции (ООИ) – условная группа инфекционных болезней, представляющих исключительную эпидемическую опасность, возбудители которых относятся к I–II группам патогенности[[128]](#footnote-128).

Палата – помещение, в котором осуществляется диагностика, лечение, наблюдение и уход за пациентами.

Палата совместного пребывания – палата, предназначенная для совместного пребывания пациента и лица, его сопровождающего, чаще всего ребенка и матери.

Патогенные биологические агенты (ПБА) – патогенные для человека микроорганизмы, включая генно–инженерно–модифицированные (бактерии, вирусы, хламидии, риккетсии, грибы, прионы), возбудители паразитарных болезней, яды биологического происхождения (токсины), а также любые объекты и материалы, включая зоолого–паразитологический, клинический, секционный, подозрительные на содержание перечисленных агентов.

Переоборудование – частичная или полная замена медицинского, технологического или инженерного оборудования в связи с появлением новых моделей и технологий, а также в результате их физического износа.

Перепланировка, реконструкция – комплекс проектных, строительных, монтажных и отделочных работ, проводимых с целью изменения конфигурации помещения, подразделения, здания. При этом их функциональное назначение может как изменяться, так и сохраняться.

Перепрофилирование – изменение функционального назначения помещения, подразделения, здания, которое может проводиться с перепланировкой и заменой медицинского, технологического и инженерного оборудования.

Предстерилизационная очистка медицинских изделий – удаление с изделий, подлежащих стерилизации, любых органических (белковых, жировых и др.) и неорганических загрязнений, в т.ч. остатков лекарственных средств.

Производственная лаборатория, осуществляющая контроль – лаборатория, осуществляющая ведомственный лабораторный контроль выпускаемой продукции на ее соответствие нормативной документации по санитарно–показательным микроорганизмам и контроль материала на стерильность.

Производственные помещения ООМД – помещения, в которых осуществляется лечебно–диагностический процесс, а также помещения параклинических служб (пищеблок, ЦСО, дезкамера, аптека и пр.). Бытовые и административные помещения производственными не являются.

Производственная работа – работа по производству продукции с использованием возбудителей инфекционных заболеваний и продуктов микробиологического синтеза.

Профилактическая дезинфекция – комплекс дезинфекционных мероприятий для снижения микробной контаминации различных объектов, количества членистоногих и грызунов, которые проводятся при отсутствии инфекционных или паразитарных заболеваний с целью предупреждения их возникновения и распространения.

Работы диагностические – исследования объектов биотической и абиотической природы, проводимые с целью обнаружения маркеров (нуклеиновые кислоты, антигены, антитела к ним и др.), выделения и идентификации микроорганизмов.

Работы производственные – работы по производству продукции с использованием возбудителей инфекционных заболеваний и продуктов микробиологического синтеза.

Работы экспериментальные – все виды работ с использованием микроорганизмов, гельминтов, токсинов и ядов биологического происхождения, в том числе с использованием лабораторных животных.

Санитарно–эпидемиологические требования – обязательные требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц и граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, угрозу возникновения и распространения заболеваний и которые устанавливаются государственными санитарно–эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами (санитарные правила), а в отношении безопасности продукции и связанных с требованиями к продукции процессов ее производства, хранения, перевозки, реализации, эксплуатации, применения (использования) и утилизации, которые устанавливаются документами, принятыми в соответствии с международными договорами Российской Федерации, и техническими регламентами[[129]](#footnote-129).

Санитарно–эпидемиологическое заключение – документ, выдаваемый в установленных Федеральным Законом «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52–ФЗ случаях федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными на осуществление федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора, и удостоверяющий соответствие или несоответствие санитарным правилам факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, а также используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств22.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) – средства, используемые работником для предотвращения или уменьшения воздействия вредных и опасных производственных факторов, а также для защиты от загрязнения[[130]](#footnote-130).

Стерилизация – обработка объектов, при которой достигается освобождение какого-либо предмета или материала от всех видов микроорганизмов (включая бактерии и их споры, грибы, вирусы), находящихся на всех стадиях развития, либо их уничтожение[[131]](#footnote-131).

Стерилизация медицинских изделий – уничтожение (умерщвление) на (в) изделиях микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития, включая споровые формы24.

Стерилизующее средство – физический или химический агент, способный вызывать гибель всех видов организмов, находящихся на любой стадии развития, включая споровые формы.

Сточные воды – жидкие сбросы населенных пунктов с примесью атмосферных и производственных вод, представляющие собой сложную неоднородную систему, загрязненную различными веществами, представленными в ее составе в разных состояниях. Стоки содержат биологические, органические и неорганические примеси[[132]](#footnote-132).

Технологические потоки «грязные» – потоки, представляющие опасность возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (использованный инструментарий, грязное белье, медицинские отходы и др.).

Технологические потоки «чистые» – потоки, не представляющие опасности возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний (стерильный инструментарий, лекарственные средства, чистое белье, пища и др.).

Удаление отходов – сбор и захоронение или вывоз всевозможных отходов. сбор и захоронение или вывоз всевозможных отходов, образующихся в результате диагностических, микробиологических или производственных видов деятельности[[133]](#footnote-133).

Уровень биобезопасности – определенная комбинация инженерного и административного контроля экспериментальных процедур и практик и персонального защитного оборудования, применяемых при работе и перемещении биологических агентов в лаборатории (определенной части здания). Уровни биобезопасности варьируют от самого низкого уровня 1 до самого высокого уровня 4.

Фильтр–бокс – предусматривается в детских амбулаторно–поликлинических организациях общего профиля (поликлиники) для предварительного осмотра детей и состоит из помещений фильтра (рабочее место медицинского работника) и двух помещений для осмотра, одно из которых имеет выход наружу.

Фильтры очистки воздуха (ФОВ) – устройство, предназначенное для удаления взвешенных частиц и в некоторых случаях газообразных загрязнений из проходящего через него воздуха[[134]](#footnote-134).

Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями – система мониторинга за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций (носительство, заболеваемость, летальность), факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий[[135]](#footnote-135).

|  |  |
| --- | --- |
| СОКРАЩЕНИЯ | |
| AT | Антитела |
| CD4 | Клетки, несущие на своей поверхности клеточный рецептор СД4 |
| NAT | Амплификация нуклеиновых кислот |
| АГ | Антигены |
| АИК | Аппарат искусственного кровообращения |
| АлАТ | Аланинаминотрансфераза |
| АПО | Амбулаторно-поликлиническая организация |
| АРВП/ АРВ-препараты | Антиретровирусные препараты |
| АРТ | Антиретровирусная терапия |
| АсАТ | Аспартатаминотрансфераза |
| АСДУ | Автоматизированная система диспетчерского управления |
| АТС | Автоматическая телефонная станция |
| ББ | Биологическая безопасность |
| БВРС | Ближневосточный респираторный синдром |
| БИТ | Блок интенсивной терапии |
| БМБ | Боксы микробиологической безопасности |
| БО | Биологическая опасность |
| БСНН | Безопасная система сверхнизкого напряжения |
| ВАПП | Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит |
| ВБИ | Внутрибольничная инфекция |
| ВГ | Вирусный гепатит |
| ВГВ | Вирусный гепатит В |
| ВГС | Вирусный гепатит С |
| ВЗ | Вирус Зика |
| ВЗВ | вирус Варицелла Зостер |
| ВЗН | Вирус Западного Нила |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВКИ | Врожденная краснушная инфекция |
| ВН | Вирусная нагрузка |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВП | Внебольничная пневмония |
| ВРПВ | Полиовирус вакцинного происхождения |
| ВУИ | Внутриутробная инфекция |
| ГЗШ | Главная заземляющая шина |
| ГЛПС | Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом |
| ГОСТ | государственный стандарт |
| ГОЧС | Гражданская оборона и защита от чрезвычайных ситуаций |
| ГФМИ | Генерализованная форма менингококковой инфекции |
| ГЦК | Гепатоцеллюлярная карцинома |
| ДВ | Действующее вещество |
| ДВУ | Дезинфекция высокого уровня |
| ДИ | Доверительный интервал |
| ДМИ | Дополнительные мероприятия по иммунизации |
| ДНК | Дезоксирибонуклеиновая кислота |
| ДПВ | Дикий полиовирус |
| ДС | Дезинфицирующее средство |
| ЗБУ | Защитное боксирующее устройство |
| ЗСНН | Заземленная система сверхнизкого напряжения |
| ИБ | Иммунный блотинг |
| ИВЛ | Искусственная вентиляция лёгких |
| ИЛП | Иммунобиологические лекарственные препараты |
| ИОХВ | Инфекция области хирургического вмешательства |
| ИП | Ингибиторы протеазы ВИЧ |
| ИППП | Инфекции, передаваемые половым путем |
| ИСИЗ | Изолирующие средства индивидуальной защиты |
| ИСМП | Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи |
| ИФА | Иммуноферментный анализ |
| ИХА | Иммунохроматографический анализ |
| ИХЛА | иммунохемилюминесцентный анализ |
| КВЭ | Клещевой вирусный энцефалит |
| КГЛ | Крымская геморрагическая лихорадка |
| КДЛ | Клинико-диагностическая лаборатория |
| КОЕ | Колониеобразующая единица |
| КПАВ | Катионные поверхностно активные вещества |
| КРС | Крупный рогатый скот |
| КСР | Коммерческие секс-работники |
| КТ | Компьютерная томография |
| ЛЗ | Лихорадка Зика |
| ЛЗН | Лихорадка Западного Нила |
| ЛИА | линейный блотинг |
| ЛПО | Лечебно-профилактическая организация |
| ЛПУ | Лечебно-профилактическое учреждение |
| ЛФК | Лечебная физическая культура |
| МГН | Маломобильные группы населения |
| МДМ | Моюще-дезинфицирующая машина |
| МКБ | Международная классификация болезней |
| МО | Медицинская организация |
| МРС | Мелкий рогатый скот |
| МСМ | Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами |
| МФА | Метод флуоресцирующих антител |
| НГТ | Назо(оро)гастральная трубка |
| НИОТ | нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ |
| нМФА | Непрямой метод флуоресцирующих антител |
| ННИОТ | ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ |
| ННМЦ | Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой |
| НТВМР | Надлежащая техника выполнения микробиологических работ |
| ОАРИТ | Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии |
| ОГE | Острый гепатит E |
| ОГА | Острый гепатит А |
| ОГВ | Острый гепатит В |
| ОГС | Острый гепатит C |
| ОИ | оппортунистические инфекции |
| ОКИ | Острые кишечные инфекции |
| ООИ | Особо опасные инфекции |
| ООМД | Организация, осуществляющая медицинскую деятельность |
| ОПВ | Оральная полиовирусная вакцина |
| ОПК | Отделение переливания крови |
| ОРИ | Острая респираторная инфекция |
| ОРИТ | Отделение реанимации и интенсивной терапии |
| ПБА | Патогенные биологические агенты |
| ПВВ | Приточно-вытяжная вентиляция |
| ПВВП | Полиовирус вакцинного происхождения |
| ПВК | Периферический венозный катетер |
| ПИН | Потребители инъекционных наркотиков |
| ПМК | Постоянный мочевой катетер |
| ПППИ | Побочные проявления после иммунизации |
| ППР | Планово-предупредительный ремонт |
| ПЦР | Полимеразная цепная реакция |
| ПЧС | Противочумная станция |
| РИФ | Реакция иммунофлуоресценции |
| РМА | Реакция микроагглютинации |
| РНГА | Реакция непрямой гемагглютинации |
| РНИФ | Непрямая реакция иммунофлюоресценции |
| РНК | Рибонуклеиновая кислота |
| РСК | Реакция связывания комплимента |
| РФП | Радиофармпрепарат |
| РЦ | Региональный центр |
| СВА | Сельская врачебная амбулатория |
| СГА | Стрептококковая (группы А) инфекция |
| СИЗ | Средства индивидуальной защиты |
| СМС | Технология приёма и передачи коротких текстовых сообщений с помощью сотового телефона |
| СОП | Стандартная операционная процедура |
| СП | Санитарно-эпидемиологические правила, санитарные правила |
| СПИД | Синдром приобретенного иммунодефицита |
| СПЭБ | Санитарно-противоэпидемическая бригада |
| СПЭК | Санитарно-противоэпидемическая комиссия |
| ТИФА | Твердофазный иммуноферментный анализ |
| ТКДЦ | Телемедицинский консультационно-диагностический центр |
| ТОРС | Тяжелый острый респираторный синдром |
| ТПП | Тотальное парентеральное питание |
| УББ | Уровень биологической безопасности |
| УЗИ | Ультразвуковое исследование |
| ФАП | Фельдшерско-акушерский пункт |
| ФБУЗ | Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения |
| ФБУН | Федеральное бюджетное учреждение науки |
| ФКУ | Федеральное казенное учреждение |
| ФКУЗ | Федеральное казенное учреждение здравоохранения |
| ФОВ | Фильтры очистки воздуха |
| ХГE | Хроническийгепатит E |
| ХГВ | Хронический гепатит В |
| ХГС | Хронический гепатит C |
| ЦАК | Центральный артериальный катетер |
| ЦВК | Центральный венозный катетер |
| ЦНС | Центральная нервная система |
| ЦП | Цирроз печени |
| ЦСО | Центральной стерилизационное отделение |
| ЧАС | четвертичные аммониевые соединения |
| ЭВИ | Энтеровирусные (неполио) инфекции |
| ЭКГ | Электрокардиограмма |
| ЭМП | Электро-магнитное поле |
| ЭЭГ | Электроэнцефалограмма |
| ЯМРТ | Ядерная магнитно-резонансная томография |

# Приложение 73

**СПИСОК АВТОРОВ**

|  |  |
| --- | --- |
| Абрамов Ю.Е. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Абрамова И.М. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Авдюхина Т.И. | ГБОУ ДНО РМАПО Минздрава РФ |
| Агафонов А.П. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Акимкин В.Г. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Аксенова Л.Ю. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Алексеев М.А. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Алексейчик И.О. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Алешкин В.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Алимов А.В. | ФБУН «Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций» Роспотребнадзора |
| Алферова О.В. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Альварес М.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Ананьев В.Ю. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Ананьина Ю.В. | ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава РФ |
| Андаев Е.И. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Андреев С.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Анисимов А.П. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Анисимова Л.И. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Афонина Н.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Бабайкина О.Н. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Бакштановская И.В. | ФБУП «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора |
| Балахонов С.В. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Баранникова Н.Л. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Баранова А.М. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Басов А.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Батчаев Х.Х. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Карачаево-Черкесской Республики |
| Бахтеева И.В. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Безгодов И.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Безсмертная О.П. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Безсмертный В.Е. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Белошицкий Г.В. | ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Бельданова И.Х. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ульяновской области |
| Беляев А.Е. | ГБОУ ДНО РМАПО Минздрава РФ |
| Беляева М.И. | ФБУП «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора |
| Березкина Г.В. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Бескакотов С.В. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Карачаево-Черкесской Республике |
| Бидевкина М.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Бичурина М.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Богомазова О.Л. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Богрянцева В.П. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Богумильчик Е.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Болатчиев К.Х. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Карачаево-Черкесской Республике |
| Болдырева В.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Тульской области |
| Бондарев В.А. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Липецкой области |
| Бондаренко А.П. | ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Борисова А.Б. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Борисова О.Ю. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Бородай Н.В. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Ботвинкин А.Д. | ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России |
| Бочкарев Е.Г. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Бредихин В.Н. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Бренёва Н.В. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Брико Н.И. | ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) |
| Бронштейн А.М. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Бруснигина Н.Ф. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Букреев И.Г. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Тульской области |
| Буравцева Н.П. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Буравцова Е.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Бургасова О.А. | ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» |
| Бутакова Л.В. | ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Быкова Н.А. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Быстрова Т.Н. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Вайтович М.А. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Омской области |
| Варфоломеева Н.Г. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Василенко Н.Ф. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Верещагин А.И. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Викторов Д.В. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Волынкина А.С. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Воронова И.С. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Воскресенская Е.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Гаврилова Е.В. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Гадуа Н.Т. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Ганушкина Л.А. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Гашникова Н.М. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Герасимова А.Г. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Германт О.М. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Гинцбург А.Л. | ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава РФ |
| Голден Л.Б. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Голицына Л.Н. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Головерова Ю.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Головинская Т.М. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Гололобова Т.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Гончаров А.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ростовской области |
| Горбачева Г.Н. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Гордеева М.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Горелов А.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Горохов В.В. | ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт фундаментальной и прикладной паразитологии животных и растений имени К. И. Скрябина» РАН |
| Горшенко В.В. | Федеральным казенным учреждением здравоохранения «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Гренкова Т.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Грицай М.И. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Гузеева М.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора г. Москвы |
| Гузеева Т.М. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Гутова В.П. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Дедков В.Г. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Дементьева Л.А. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Демина Ю.В. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Денисенко Т.Л. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Дентовская С.В. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Державина Т.Ю. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Тульской области |
| Димидова Л.Л. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Дмитриева Л.Н. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Довгалев А.С. | ГБОУ ДНО РМАПО Минздрава РФ |
| Домонова Э.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Дремова В.П. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Думбадзе О.С. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Дятлов И.А | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Егорова С.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Ежлова Е.Б. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Еременко Е.И. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Еремина О.Ю. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Ермакова Л.А. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Ершова О.Н. | ФГБУ «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Минздрава РФ |
| Ершова О.Н. | ФГБУ «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Минздрава РФ |
| Ефимов Е.И. | ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Ефременко Д.В. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Жилина Н.Я. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Жилченко Е.Б. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Жуков К.В. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Завойкин В.Д. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Заиченко И.Е. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Зайцева Н.Н. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Залялов Б.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Захарова Т.Б. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Захарова Ю.А. | ФБУН «Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций» Роспотребнадзора |
| Зеля О.П. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Зиятдинов М.Н. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Золин В.В. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Зубчонок Н.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Липецкой области |
| Иванова А.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Иванова О.Е. | ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» |
| Иванова С.М. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Игонина Е.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Имаммкулиев К.Д. | ГБОУ ДНО РМАПО Минздрава РФ |
| Исаева Г.Ш. | ФБУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Исаева Н.В. | ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России |
| Казакова Е.С. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Казанцев А.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Казорина Е.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Каира А.Н. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве |
| Карандашова И.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Карань Л.С. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Кареткина Г.Н. | ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России |
| Каримова Т.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Новосибирской области |
| Карнаухов И.Г. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Карпущенко Г.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ростовской области |
| Карцев Н.Н. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Кафтырева Л.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Квасова О.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Кедрова О.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Киселев В.С. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ульяновской области |
| Климов В.Т. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Ковалев Е.В. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области |
| Ковальчук И.В. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю |
| Козлова И.И. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ханты-Мансийского автономного округа-Югра |
| Козловская Л.И. | ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» |
| Кокорина Г.И. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Комарова С.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Комбарова С.Ю. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Конева А.С. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Константинова Т.Н. | ГБОУ ДНО РМАПО Минздрава РФ |
| Корженкова М.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Корженкова М.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Королев М.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Королева И.С. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Королева М.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Коршунова Г.С. | ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Косилко С.А. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Костина М.Н. | ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) |
| Костюкова Т.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Котенев Е.С. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Котова Е.А. | ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Кошкина Н.А. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Краева Л.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Красовская Т.Ю. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Крепостнова И.М. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Кривошеин В.М. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Кряжев Д.В. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Кузин В.Н. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Кузнецов А.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Кузнецов К.Ю. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Кузнецова К.Ю. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Кузоватова Е.Е. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Куклев Е.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Кулабухова Е.И. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Куликалова Е.С. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Куличенко А.Н. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Купченко А.Н. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Курова Н.Н. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Кутырев В.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Ладная Н.Н. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Лазикова Г.Ф. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Лебедева М.Н. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Левина К.Ю. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Легоньков Ю.А. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Леонова Г.Н. | ФГБНУ «НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова» |
| Летюшев А.Н. | ФБУП «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора |
| Лопатин А.А. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Лопатина Ю.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Лыткина И.Н. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве |
| Лялина Л.В. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Ляпин М.Н. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Мазурова И.К. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Макарова М.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Максимова Н.М. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Максютов Р.А. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Малеев В.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Малецкая О.В. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Малинникова Е.Ю. | ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» |
| Малышева Н.С. | ФГБОУ ВО «Курский государственный университет» |
| Малюкова Т.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Маннанова И.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Маринин Л.И. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Матвеева Е.А. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Матвеева З.Н. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Матросов А.Н. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Махова Т.И. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Мелехина Е.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Мельникава А.А. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Мельникова О.В. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Миронова Л.В. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Михайлов И.И. | ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» |
| Михайлов М.И. | ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» |
| Михайлова Ю.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Михайлова Ю.М. | Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Михеева И.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Михеева М.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Мицевич И.П. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Мокриевич А.Н. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Мокроусов И.В. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Морозов Е.Н. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Морозов К.М. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Морозова Л.Ф. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Морозова Н.С. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Москвитина Э.А. | ФКУЗ Ростовский противочумный институт Роспотребнадзора |
| Моськина О.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре |
| Мукомолов С.Л. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Наврузова Л.Н. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Нагорный С.А. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Найденова Е.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Нарвская О.В. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Нарсия Р.С. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Ненадская С.А. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области |
| Нечаева Е.А. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Никитин А.Я. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Никишин В.А. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ульяновской области |
| Новиков В.В. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Новикова Н.А. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Носков А.К. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Онищенко Г.Г. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Осин А.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Осина Н.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Остапенко Н.А. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре |
| Оськина О.П. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Павлов В.М. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Пакскина Н.Д. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Пантелеева Л.Г. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Пантюхина А.Н. | ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава РФ |
| Пеньевская Н.А. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Перфилова К.М. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Петина В.С. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Петрова В.С. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Иркутской области |
| Петрова М.С. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Пименов Н.Н. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Пименова А.С. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Платошина О.В. | ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России |
| Плоскирева А.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Подколзин А.Т. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Поздняков И.В. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Покровская А.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Покровский В.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Покровский В.И. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Полещук Е.М. | ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Полушин Ю.С. | ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России |
| Полянина А.В. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Понежева Ж.Б. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Пономарева А.С. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Пономаренко Д.Г. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Попов Н.В. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Попова А.Ю. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Попова О.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Порин А.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Портнова Г.В. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области |
| Потапов В.Д. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Прислегина Д.А. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Продеус Т.В. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Путинцева Е.В. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Пьянков О.В. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Раичич С.Р. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Резайкин А.В. | Федеральным бюджетным учреждением науки «Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций» Роспотребнадзора |
| Решетникова И.Д. | ФБУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Рожнова С.Ш. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Романова С.Н. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Рославцева С.А. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Руженцова Т.А. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Рудаков Н.В. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Рудакова С.А. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Русанова Д.В. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Рыжиков А.Б. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Рябов С.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Рязанова А.Г. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Савельев Д.А. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Савицкая Т.А. | ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора |
| Самарина И.В. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Сапега Е.Ю. | ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Сапегин А.В. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Сафронов В.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Саяпина Л.В. | ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России |
| Светоч Э.А. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Селькова Е.П. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Семененко Т.А. | ФГБУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России |
| Семенова Е.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в Новосибирской области |
| Семенова О.В. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Сенников С.В. | Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека |
| Сергиев В.П. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Сидельникова Э.С. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Сидорова Е.А. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Синайская Е.В. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Симонова Е.Г. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Сиротина Е.П. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Липецкой области |
| Сисина Е.И. | ФБУН «Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций» Роспотребнадзора |
| Скачкова Т.С. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Скирда Т.А. | ФБУН «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Скопин А.Ю. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Смелянский В.П. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Смирнова С.С. | ФБУН «Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций» Роспотребнадзора |
| Соколова Н.Ф. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Соловьева М.Г. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре |
| Софронова О.Н. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в Республике Саха (Якутия) |
| Сперанская Е.В. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Ставский К.Е. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Старостина О.Ю. | ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Степанова К.Б. | ФБУП «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора |
| Степанова Т.Ф. | ФБУП «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора |
| Стрельникова Г.В. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Ростовской области |
| Субботин А.М. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Супряга В.Г. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Сыскова Т.Г. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Табакаева И.В. | Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пензенской области |
| Талаев В.Ю. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Таликина Т.О. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Тарасевич И.В. | ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава РФ |
| Тартаковский И.С. | ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава РФ |
| Твердохлебова Т.И. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Тельнова Н.В. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Терновой В.А. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |
| Тимофеев В.С. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Тимошенко Н.И. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в г. Москве |
| Титарева Г.М. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Тихонова Н.Т. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Токаревич Н.К. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Топорков А.В. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Топорков В.П. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Тохов Ю.М. | ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Трифонов В.А. | ФБУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Трифонова Г.Ф. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Троценко О.Е. | ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Трошина Т.А. | ФБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора |
| Тураева Н.В. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Тутельян А.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Тюрин Е.А. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Удовиченко С.К. | ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Упырев А.В. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Урбанович Л.Я. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Успенский А.В. | ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт фундаментальной и прикладной паразитологии животных и растений имени К. И. Скрябина» РАН |
| Федоров Ю.М. | ФБУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Федорова Л.С. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Федорова М.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Фельдблюм И.В. | ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России |
| Фрейлихман О.А. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Фролов Р.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Фролова Н.В. | Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения |
| Фурсова Н.К. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Храмов М.В. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Храпунова И.А. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Хроменкова Е.П. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Хропова М.Л. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Липецкой области |
| Хунхеева Ж.Ю. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Хуторянина И.В. | ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора |
| Хухлович П.А. | ФГУН «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д. И. Ивановского» РАМН |
| Цвиркун О.В. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Цекапибзева Ф.К. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в Карачаево-Черкесской Республике |
| Ценева Г.Я. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Цскалибзева Ф.К. | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора в Карачаево-Черкесской Республике |
| Чагина И.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Чекан Л.В. | ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора |
| Черникова Е.А. | Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Чернявская О.П. | ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Чеснокова М.В. | ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Чижов А.И. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Чуланов В.П. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Чурбакова О.В. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Шандала М.Г. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Шарова И.Н. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Шахгильдян И.В. | ФГБУ «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Минздрава РФ |
| Шашина Н.И. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Шедько Е.Д. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Шестопалов Н.В. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Шестопалова Т.Н. | ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора |
| Шипулина О.Ю. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Шиянова А.Е. | ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора |
| Шлык И.В. | ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России |
| Шляхтенко Л.И. | ФГУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Шмыленко В.А. | ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора |
| Шпынов С.Н. | ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Щербакова С.А. | ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» Роспотребнадзора |
| Эсауленко Е.В. | ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Роспотребнадзора |
| Ющук Н.Д. | ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России |
| Якименко В.В. | ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Янковская Я.Д. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Янович Е.Г. | ФКУЗ «Ростовский противочумный институт» Роспотребнадзора |
| Ясинский А.А. | ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Ястреб В.Б. | ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт фундаментальной и прикладной паразитологии животных и растений имени К. И. Скрябина» РАН |
| Ястребов В.К. | ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора |
| Яцковский К.А. | ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора |
| Яцышина С.Б. | ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора |
| Яшина Л.Н. | ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора |

1. [п. 1 ст. 33](consultantplus://offline/ref=739C7940C294658D9FDAC248E5FBF0E6C85147CFC1BA521B5AB4238C40951B0EC6BC398542D9C72AD64CBF33DA3F3F603491CB9FECC8C33BT2cEI) Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [↑](#footnote-ref-1)
2. Федеральный закон от 06.03.2006 № 35-ФЗ «О противодействии терроризму» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 11, ст. 1146; № 31 (ч. I), ст. 3452; 2008, № 45, ст. 5149; № 52 (ч. I), ст. 6227; 2009, № 1, ст. 29; 2010, № 31, ст. 4166; 2011, № 1, ст. 16; № 19, ст. 2713; № 46, ст. 6407; 2013, № 30 (ч. I), ст. 4041 2013, № 30 (ч. I), ст. 4041; № 44, ст. 564; 2014, № 19, ст. 2335; № 23, ст. 2930; № 26 (ч. I), ст. 3385; 2015, № 1 (ч. I), ст. 58; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4160; № 28, ст. 4558); ссылка на раздел ЕСП по Санитарно-эпидемиологическим требованиям к обеспечению биологической безопасности при работе с патогенными биологическими агентами.

   [↑](#footnote-ref-2)
3. В части безопасной упаковки, маркировки и оформления документации. [↑](#footnote-ref-3)
4. Статья 26 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-4)
5. Пункты 19, 46 статьи 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ); постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 317; постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291. [↑](#footnote-ref-5)
6. Статья 26 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-6)
7. Пункты 21, 26 статьи 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ;

   статья 113 Воздушного кодекса Российской Федерации от 19.03.1997 № 60-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; 1999, № 28, ст. 3483; 2004, № 35, ст. 3607; № 45, ст. 4377; 2005, № 13, ст. 1078; 2006, № 30, ст. 3290; № 30, ст. 3291; 2007, № 1 (ч. I), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6075; № 50, ст. 6239; № 50, ст. 6244; № 50, ст. 6245; 2008, № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; 2009, № 1, ст. 17; 2009, № 29, ст. 3616; 2010, № 30, ст. 4014; 2011, № 7, ст. 901; № 15, ст. 2019; № 15, ст. 2023; № 15, ст. 2024; № 30 (ч. I), ст. 4590; № 48, ст. 6733; № 50, ст. 7351; 2012, № 25, ст. 3268; № 31, ст. 4318; № 53 (ч. I), ст. 7585; 2013, № 23, ст. 2882; № 27, ст. 3477; 2014, № 16, ст. 1830; № 16, ст. 1836; № 30 (ч. I), ст. 4254; № 42, ст. 5615; 2015, № 27, ст. 3957; № 29 (ч. I), ст. 4342; № 29 (ч. I), ст. 4356; № 29 (ч. I), ст. 4379; № 29 (ч. I), ст. 4380; 2016, № 1 (ч. I), ст. 82; № 18, ст. 2487; № 22, ст. 3095; № 27 (ч. I), ст. 4160; № 27 (ч. I), ст. 4224; № 28, ст. 4558; 2017, № 27, ст. 3932; № 31 (ч. I), ст. 4777) (далее - Воздушный кодекс Российской Федерации от 19.03.1997 № 60-ФЗ);

   приказ Минтранса России от 05.09.2008 № 141 «Об утверждении Федеральных авиационных правил «Правила перевозки опасных грузов воздушными судами гражданской авиации» (зарегистрировано Минюстом России 29.09.2008, регистрационный № 12356);

   статья 3 Устава автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта от 08.11.2007 № 259-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 12.11.2007, № 46, ст. 5555; 2011, № 17, ст. 2310; № 45, ст. 6326; 2012, № 25, ст. 3268; № 31, ст. 4320; 2014, № 6, ст. 566; № 49 (ч. VI), ст. 6928; 2015, № 17 (ч. IV), ст. 2477; № 29 (ч. I), ст. 4374; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4191);

   пункт 3 постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2011 № 272 «Об утверждении Правил перевозок грузов автомобильным транспортом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 17, ст. 2407; 2012, № 10, ст. 1223; 2014, № 3, ст. 281; 2015, № 50, ст. 7162; 2016, № 49, ст. 6901; 2017, № 1 (ч. I), ст. 177; Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2017, № 3);

   статья 18 Федеральный закон от 10.01.2003 № 17-ФЗ «О железнодорожном транспорте в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 2, ст. 169; № 28, ст. 2884; 2007, № 46, ст. 5554; 2008, № 30 (ч. I), ст. 3597; № 30 (ч. I), ст. 3616; № 52 (ч. I), ст. 6249; 2009, № 1, ст. 21; 2011, № 19, ст. 2716; № 30 (ч. I), ст. 4590; № 30 (ч. I), ст. 4596; № 45, ст. 6333; 2012, № 25, ст. 3268; № 31, ст. 4320; 2013, № 27, ст. 3477; 2014, № 49 (ч. VI), ст. 6928; 2015, № 1 (ч. I), ст. 56; № 29 (ч. I), ст. 4356; № 29 (ч. I), ст. 4373; 2016, № 15, ст. 2066; № 27 (ч. I), ст. 4160; 2017, № 31 (ч. I), ст. 4754);

   пункты 103, 117 приказа Минтранса России от 19.12.2013 № 473 «Об утверждении Правил перевозок пассажиров, багажа, грузобагажа железнодорожным транспортом» (зарегистрировано Минюстом России 24.07.2014, регистрационный № 33244), с изменениями, внесенными приказами Минтранса России от 27.08.2015 № 267 (зарегистрировано Минюстом России 29.10.2015, регистрационный № 39523); от 21.07.2016 № 202 (зарегистрировано Минюстом России 03.08.2016, регистрационный № 43095); от 30.11.2016 № 367 (зарегистрировано Минюстом России 23.12.2016, регистрационный № 44914) (далее - приказ Минтранса России от 19.12.2013 № 473);

   статья 86 Кодекса внутреннего водного транспорта Российской Федерации от 07.03.2001 № 24-ФЗ, принятый Государственной Думой 07.02.2001 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 11, ст. 1001; 2003, № 14, ст. 1256; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 27, ст. 271; 2006, № 50, ст. 5279; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 46, ст. 5557; № 50, ст. 6246; 2008, № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; 2009, № 1, ст. 30; № 18 (ч. I), ст. 2141; № 29, ст. 3625; № 52 (ч. I), ст. 6450; 2011, № 15, ст. 2020; № 27, ст. 3880; № 29, ст. 4294; № 30 (ч. I), ст. 4577; № 30 (ч. I), ст. 4590; № 30 (ч. I), ст. 4591; № 30 (ч. I), ст. 4594; № 30 (ч. I), ст. 4596; № 45, ст. 6333; № 45, ст. 6335; 2012, № 18, ст. 2128; № 25, ст. 3268; № 26, ст. 3446; № 31, ст. 4320; 2013, № 27, ст. 3477; 2014, № 6, ст. 566; № 42, ст. 5615; № 45, ст. 6153; № 49 (ч. IV), ст. 6928; 2015, № 1 (ч. I), ст. 55; № 29 (ч. I), ст. 4356; № 29 (ч. I), ст. 4359; 2016, № 11, ст. 1478; № 27 (ч. II), ст. 4300; 2017, № 27, ст. 3945);

   глава VIII Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации от 30.04.1999 № 81-ФЗ, принятый Государственной Думой 31.03.1999 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 18, ст. 2207; 2001, № 22, ст. 2125; 2003, № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 45, ст. 4377; 2005, № 52 (1 ч.), ст. 5581; 2006, № 50, ст. 5279; 2007, № 46, ст. 5557; № 50, ст. 6246; 2008, № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 30 (ч. 2), ст. 3616; № 49, ст. 5748; 2009, № 1, ст. 30; 2017, № 27, ст. 3945).

   постановление Правительства Российской Федерации от 06.03.2012 № 193 «О лицензировании отдельных видов деятельности на морском и внутреннем водном транспорте» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 12, ст. 1416; 2016, № 34, ст. 5238);

   приказ Минтранса России от 21.04.2003 № ВР-1/п «Об утверждении Правил безопасности морской перевозки грузов» (зарегистрировано Минюстом России 27.06.2003, регистрационный № 4835), с изменениями, внесенными приказом Минтранса России от 06.07.2012 № 196 (зарегистрировано Минюстом России 25.07.2012, регистрационный № 25018);

   постановление Правительства Российской Федерации от 21.03.2012 № 221 «О лицензировании отдельных видов деятельности на железнодорожном транспорте» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 14, ст. 1629; № 48, ст. 6680); [↑](#footnote-ref-7)
8. Пункты 6.10.1-6.10.24 санитарно-эпидемиологических правил СП 2.5.1250-03 «Санитарных правил по организации грузовых перевозок на железнодорожном транспорте», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.04.2003 № 32 (зарегистрировано Минюстом России 11.04.2003, регистрационный № 4412), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.04.2010 № 51 (зарегистрировано Минюстом России 25.05.2010, регистрационный № 17346); от 29.12.2010 № 184 (зарегистрировано Минюстом России 25.02.2011, регистрационный № 19936); пункты 103, 117 приказа Минтранса России от 19.12.2013 № 473. [↑](#footnote-ref-8)
9. «Положение о службе специальной связи Министерства связи Российской Федерации», утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.1994 № 1379-68, п.2.2.9. Устава Федерального государственного унитарного предприятия «Главный центр специальной связи», утв. приказом Федеральной службы связи от 22.09.2015 № 239). [↑](#footnote-ref-9)
10. Статья 22 Воздушного кодекса Российской Федерации от 19.03.1997 № 60-ФЗ; приказ Министра обороны Российской Федерации от 24.09.2004 № 275 «Об утверждении Федеральных авиационных правил производства полетов государственной авиации» (зарегистрировано Минюстом России 10.11.2004, регистрационный № 6110). [↑](#footnote-ref-10)
11. Глава 9 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ; постановление Правительства Российской Федерации от 29.09.2010 № 771 «О порядке ввоза лекарственных средств для медицинского применения на территорию Российской Федерации» 2010, № 41 (ч. II), ст. 5235; 2011, № 24, ст. 3494; № 50, ст. 7390; 2012, № 37, ст. 5002; 2014, № 43, ст. 5892; 2017, № 2 (ч. I), ст. 346);постановление Правительства Российской Федерации от 03.09.2010 № 673 «Об утверждении Правил ввоза на территорию Российской Федерации и вывоза за пределы территории Российской Федерации биологических материалов, полученных при проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 37, ст. 4688; 2011, № 50, ст. 7390; 2012, № 37, ст. 500; 2014, № 43, ст. 5892). [↑](#footnote-ref-11)
12. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; статья 166 Федерального закона от 27.11.2010 № 311-ФЗ. [↑](#footnote-ref-12)
13. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; постановление Правительства РФ от 26 июня 2008 г. № 482 «Об утверждении Правил установления, открытия, функционирования (эксплуатации), реконструкции и закрытия пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации» с изменениями и дополнениями от: 11 мая, 12 октября 2010 г., 18 мая, 27 сентября 2011 г., 4 сентября 2012 г., 20 октября 2014 г., 28 апреля 2016 г., 31 марта 2018 г. [↑](#footnote-ref-13)
14. Закон РФ от 1 апреля 1993 г. № 4730-I «О Государственной границе Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 10 августа 1994 г., 29 ноября 1996 г., 19 июля 1997 г., 24, 31 июля 1998 г., 31 мая 1999 г., 5 августа, 7 ноября 2000 г., 24 марта, 30 декабря 2001 г., 24 декабря 2002 г., 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа 2004 г., 7 марта 2005 г., 20 апреля, 15 июня, 30 декабря 2006 г., 26 июня, 4 декабря 2007 г., 14 июля, 3, 25, 30 декабря 2008 г., 31 мая, 28 декабря 2010 г., 7 февраля, 5, 21 апреля, 3 июня, 30 ноября, 8 декабря 2011 г., 25 июня 2012 г., 7 июня 2013 г., 28 июня, 22, 31 декабря 2014 г., 30 декабря 2015 г., 3 июля 2016 г., 29 июля 2018 г.) Ст. 9 [↑](#footnote-ref-14)
15. Решение Комиссии Таможенного союза от 22.06.2011 № 688 (ред. от 03.03.2017) «О Единых типовых требованиях к оборудованию и материально-техническому оснащению [↑](#footnote-ref-15)
16. Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2007 г. № 930 «Об утверждении общих требований к строительству, реконструкции, оборудованию и техническому оснащению зданий, помещений и сооружений, необходимых для организации пограничного, таможенного и иных видов контроля, осуществляемого в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации», п.4 [↑](#footnote-ref-16)
17. Закон РФ от 1 апреля 1993 г. № 4730-I «О Государственной границе Российской Федерации» [↑](#footnote-ref-17)
18. постановление Правительства РФ от 26 июня 2008 г. № 482 «Об утверждении Правил установления, открытия, функционирования (эксплуатации), реконструкции и закрытия пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации» ст. 8,9,10,11,12. [↑](#footnote-ref-18)
19. Справочно: В соответствии с [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=7711) контаминация означает наличие инфекционного или токсичного агента на поверхности тела человека или животного, в продукте или на продукте, приготовленном для потребления, или на других неодушевленных предметах, включая перевозочные средства, который может представлять риск для здоровья населения. [↑](#footnote-ref-19)
20. Справочно: «деконтаминация» - в соответствии с [ММСП](http://mobileonline.garant.ru/document?id=2465137&sub=7715) означает процедуру, имеющую цель устранить инфекционный или токсичный агент на поверхности тела человека или животного, в продукте или на продукте, приготовленном для потребления, или на других неодушевленных предметах, включая перевозочные средства, который может представлять риск для здоровья населения. [↑](#footnote-ref-20)
21. [постановление](http://mobileonline.garant.ru/document?id=12038677&sub=0) Правительства Российской Федерации от 29 июня 2011 г. № 500 «Об утверждении Правил осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 23 апреля 2012 г., 12 ноября 2016 г., 21 февраля 2017 г.) п.3 [↑](#footnote-ref-21)
22. [постановление](http://mobileonline.garant.ru/document?id=12038677&sub=0) Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2005 года № 50 «О порядке применения средств и методов контроля при осуществлении пропуска лиц, транспортных средств, грузов, товаров и животных через государственную границу Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 5 августа 2010 г., 26 января, 4 сентября 2012 г.) ст. 7,8,9,13,14,15,17. [↑](#footnote-ref-22)
23. [Федеральный закон](http://mobileonline.garant.ru/document?id=10035803&sub=0) от 15 августа 1996 года «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» № 114-ФЗ с изменениями и дополнениями от: 18 июля 1998 г., 24 июня 1999 г., 10 января, 30 июня 2003 г., 29 июня 2004 г., 15 июня, 18 июля, 30 декабря 2006 г., 10 января, 1, 4 декабря 2007 г., 6, 13 мая, 22, 23 июля, 3, 30 декабря 2008 г., 9 февраля, 28 июня, 21, 27 декабря 2009 г., 9 марта, 5, 7 апреля, 19 мая, 23, 27 июля, 23, 28 декабря 2010 г., 20 марта, 5, 21 апреля, 18 июля, 6 декабря 2011 г., 28 июля, 12 ноября, 28, 30 декабря 2012 г., 7 июня, 2, 23 июля, 25 ноября, 21, 28 декабря 2013 г., 20 апреля, 5 мая, 4 июня, 1, 22, 29, 31 декабря 2014 г., 23 мая, 29 июня, 13 июля, 28 ноября, 14, 30 декабря 2015 г., 6 июля 2016 г., 7 марта, 17 апреля, 7 июня, 1, 29 июля, 5 декабря 2017 г., 19 февраля, 19, 29 июля, 11 октября 2018 г. ст. 26 [↑](#footnote-ref-23)
24. постановление Правительства РФ от 26 июня 2008 г. № 482 «Об утверждении Правил установления, открытия, функционирования (эксплуатации), реконструкции и закрытия пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации» ст.5,6,7 [↑](#footnote-ref-24)
25. Таможенный кодекс Евразийского экономического союза (Приложение 1 к [Договору](garantF1://71552990.0) о Таможенном кодексе Евразийского экономического союза от 11 апреля 2017 г.) Статья 128.п.5; Статья 262. п.8. [↑](#footnote-ref-25)
26. Решение Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 г. № 299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе (с изменениями и дополнениями от: 17 августа, 20 сентября, 14 октября, 18 ноября 2010 г., 2 марта, 7 апреля, 18 октября, 9 декабря 2011 г., 19 апреля, 15 июня, 20 июля, 16, 23, 24 августа, 6 ноября, 17 декабря 2012 г., 15 января 2013 г., 13 мая, 7 июля, 18 сентября, 18 ноября 2014 г., 1 сентября, 10 ноября, 2, 8 декабря 2015 г., 25 октября 2016 г., 30 июня, 29 августа 2017 г., 16, 23 января, 16 февраля, 10 мая, 14 июня 2018 г.) (официальный сайт Евразийского экономического союза http://www.eaeunion.org/) [↑](#footnote-ref-26)
27. Постановление Правительства РФ от 28 февраля 2019 г. № 222 «Об утверждении Правил осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 23 апреля 2012 г., 12 ноября 2016 г., 21 февраля 2017 г., 28 февраля 2019 г.), п. 11. [↑](#footnote-ref-27)
28. [Постановление](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D59EDCB87F70B9DB93E565A450E5A97B75F26942C79E5FA7C8913488087SAt1M) Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 21, ст. 2023; 2006, № 13, ст. 1409; 2008, № 12, ст. 1130; № 23, ст. 2713; № 24, ст. 2867; № 50, ст. 5946; 2009, № 6, ст. 738; № 10, ст. 1224; № 18 (ч. II), ст. 2248; 2010, № 38, ст. 4825; № 38, ст. 4835; 2011, № 7, ст. 981; № 47, ст. 6662; 2012, № 37, ст. 5002; № 46, ст. 6339; 2013, № 24, ст. 2999; № 24, ст. 3000; № 32, ст. 4311; 2017, № 6, ст. 928; № 8, ст. 1251). [↑](#footnote-ref-28)
29. Международные медико-санитарные [правила](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8D46045FAD5D59EEC686FC09C0B3360F56470955C8B24A37CC2079FAE47A910F4A81S8tFM) (2005 год), приняты на 58 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Женева, 2005 год). [↑](#footnote-ref-29)
30. [Постановление](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D58EFCA84F2069DB93E565A450E5A97B75F26942C79E5FA7C8913488087SAt1M) Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», с изменениями, внесенными постановлениями Правительства Российской Федерации от 04.09.2012 № 882; от 17.01.2013 № 9; от 15.04.2013 № 342; от 23.09.2016 № 956; от 08.12.2016 № 1327. [↑](#footnote-ref-30)
31. [Статья 36](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D58E5C587F3009DB93E565A450E5A97B74D26CC2078E4E67E8E061ED1C2FD4DFA9B5095ABC941C39ES7t0M) Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-31)
32. [Постановление](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D5FE9C183F509C0B3360F56470955C8B24A37CC2079FAE47A910F4A81S8tFM) Правительства Российской Федерации от 19.08.2005 № 529 «Об организации и контроле за введением и отменой ограничительных мероприятий (карантина) по предписанию территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 34, ст. 3518). [↑](#footnote-ref-32)
33. [Постановление](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D58ECC482F60B9DB93E565A450E5A97B75F26942C79E5FA7C8913488087SAt1M) Правительства Российской Федерации от 29.06.2011 № 501 «Об утверждении Правил осуществления государственного ветеринарного надзора в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 27, ст. 3937; 2012, № 23, ст. 3016; 2016, № 47, ст. 6638). [↑](#footnote-ref-33)
34. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D59EDC78AF3059DB93E565A450E5A97B75F26942C79E5FA7C8913488087SAt1M) Российской Федерации от 14.05.1993 № 4979-1 «О ветеринарии» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 24, ст. 857; Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 29; № 30, ст. 3805; 2009, № 1, ст. 17; № 1, ст. 21; 2010, № 50, ст. 6614; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4590; 2015, № 29 (ч. I), ст. 4339; № 29 (ч. I), ст. 4359; № 29 (ч. I), ст. 4369; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4160). [↑](#footnote-ref-34)
35. [Статья 67](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D59EEC684F2069DB93E565A450E5A97B74D26CC2078E4E27987061ED1C2FD4DFA9B5095ABC941C39ES7t0M) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3459; № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52 (ч. I), ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30 (ч. I), ст. 4244; № 30 (ч. I), ст. 4247; № 30 (ч. I), ст. 4257; № 43, ст. 5798; № 49 (ч. VI), ст. 6927; № 49 (ч. VI), ст. 6928; 2015, № 1 (ч. I), ст. 72; № 1 (ч. I), ст. 85; № 10, ст. 1403; № 10, ст. 1425; № 14, ст. 2018; № 27, ст. 3951; № 29 (ч. I), ст. 4339; № 29 (ч. I), ст. 4356; № 29 (ч. I), ст. 4359; № 29 (ч. I), ст. 4397; 51 (ч. III), ст. 7245; 2016, № 1 (ч. I), ст. 9; № 1 (ч. I), ст. 28; № 15, ст. 2055; № 18, ст. 2488; № 27 (ч. I), ст. 4219). [↑](#footnote-ref-35)
36. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=13C4CD53F57F3051D47C8849075FAD5D58E5C184FC0A9DB93E565A450E5A97B75F26942C79E5FA7C8913488087SAt1M) от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. I), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616; № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21; № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6599; 2011, № 30 (ч. I), ст. 4590; 2012, № 53 (ч. I), ст. 7589; 2013, № 19, ст. 2331; № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165; № 51, ст. 6688; 2015, № 1 (ч. I), ст. 48; № 14, ст. 2008). [↑](#footnote-ref-36)
37. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 23.03.2006 № 157, от 13.03.2008 № 169, от 02.06.2008 № 423, от 05.06.2008 № 437, 08.12.2008 № 917, 27.01.2009 № 43, 26.02.2009 № 176, 22.04.2009 № 351, 08.09.2010 № 702, 13.09.2010 № 717, 04.02.2011 № 50, 14.11.2011 № 935, 04.09.2012 № 882, 01.11.2012 № 1128, 05.06.2013 № 476, 06.06.2013 № 477, 01.08.2013 № 654, 26.01.2017 № 80, 14.02.2017 № 184, 28.09.2018 № 1152, 16.02.2019 № 152). [↑](#footnote-ref-37)
38. Статьи 44 и 50 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (с изменениями на 3 августа 2018 года) (редакция, действующая с 21 октября 2018 года)» [↑](#footnote-ref-38)
39. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 23.03.2006 № 157, от 13.03.2008 № 169, от 02.06.2008 № 423, от 05.06.2008 № 437, 08.12.2008 № 917, 27.01.2009 № 43, 26.02.2009 № 176, 22.04.2009 № 351, 08.09.2010 № 702, 13.09.2010 № 717, 04.02.2011 № 50, 14.11.2011 № 935, 04.09.2012 № 882, 01.11.2012 № 1128, 05.06.2013 № 476, 06.06.2013 № 477, 01.08.2013 № 654, 26.01.2017 № 80, 14.02.2017 № 184, 28.09.2018 № 1152, 16.02.2019 № 152). [↑](#footnote-ref-39)
40. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 23.03.2006 № 157, от 13.03.2008 № 169, от 02.06.2008 № 423, от 05.06.2008 № 437, 08.12.2008 № 917, 27.01.2009 № 43, 26.02.2009 № 176, 22.04.2009 № 351, 08.09.2010 № 702, 13.09.2010 № 717, 04.02.2011 № 50, 14.11.2011 № 935, 04.09.2012 № 882, 01.11.2012 № 1128, 05.06.2013 № 476, 06.06.2013 № 477, 01.08.2013 № 654, 26.01.2017 № 80, 14.02.2017 № 184, 28.09.2018 № 1152, 16.02.2019 № 152). [↑](#footnote-ref-40)
41. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями от: 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г., 22 августа 2004 г., 9 мая, 31 декабря 2005 г., 18, 29, 30 декабря 2006 г., 26 июня, 8 ноября, 1 декабря 2007 г., 12 июня, 14, 23 июля, 27 октября, 22, 30 декабря 2008 г., 28 сентября, 28 декабря 2010 г., 18, 19 июля, 7 декабря 2011 г., 5, 25 июня 2012 г., 2, 23 июля, 25 ноября 2013 г., 23 июня, 29 декабря 2014 г., 29 июня, 13 июля, 28 ноября 2015 г., 3 июля 2016 г., 1, 29 июля 2017 г., 18, 23 апреля, 19 июля, 3 августа 2018 г.). Статья 36. [↑](#footnote-ref-41)
42. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 1, ст. 14; № 43, ст. 5556; 2014, № 30 (ч. II), ст. 4310; 2017, № 8, ст. 1233). [↑](#footnote-ref-42)
43. Пункт 5.10 СП 3.1.1.3108-13 от 09.10.2013 № 53. [↑](#footnote-ref-43)
44. Пункт 4.5 санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 № 53 (зарегистрировано Минюстом России 14.03.2014, регистрационный № 31602) (далее - СП 3.1.1.3108-13 от 09.10.2013 № 53). [↑](#footnote-ref-44)
45. Статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442; 2012, № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3459; № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52 (ч. I), ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30 (ч. I), ст. 4244; № 30 (ч. I), ст. 4247; № 30 (ч. I), ст. 4257; № 43, ст. 5798; № 49 (ч. VI), ст. 6927; № 49 (ч. VI), ст. 6928; 2015, № 1 (ч. I), ст. 72; № 1 (ч. I), ст. 85; № 10, ст. 1403; № 10, ст. 1425; № 14, ст. 2018; № 27, ст. 3951; № 29 (ч. I), ст. 4339; № 29 (ч. I), ст. 4356; № 29 (ч. I), ст. 4359; № 29 (ч. I), ст. 4397; 51 (ч. III), ст. 7245; 2016, № 1 (ч. I), ст. 9; № 1 (ч. I), ст. 28; № 15, ст. 2055; № 18, ст. 2488; 27 (ч. I), ст. 4219; 2017, № 15 (ч. I), ст. 2136; № 18, ст. 2663). [↑](#footnote-ref-45)
46. Пункт 6.12 СП 3.1.1.3108-13 от 09.10.2013 № 53. [↑](#footnote-ref-46)
47. Пункт 6 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-47)
48. В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12.04 2010 № 23 «О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 год в рамках стратегического плана Европейского региона ВОЗ 2005 - 2010 (зарегистрировано в Минюсте России 13.08.2010, регистрационный № 18149). [↑](#footnote-ref-48)
49. Код В 01 - ветряная оспа по Международной классификации болезней МКБ-10. [↑](#footnote-ref-49)
50. Код В 02 - опоясывающий лишай по Международной классификации болезней МКБ-10. [↑](#footnote-ref-50)
51. Статья 44 и 50 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-51)
52. [Статьи 44](http://ivo.garant.ru/document?id=12015118&sub=44) и [50](http://ivo.garant.ru/document?id=12015118&sub=50) Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". [↑](#footnote-ref-52)
53. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (зарегистрировано Минюстом России 29.05.2012, регистрационный № 24366). [↑](#footnote-ref-53)
54. Пункт 2 статьи 11 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2015, № 14, ст. 2008); приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрировано Минюстом России 25.04.2014, регистрационный № 32115), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 16.06.2016 № 370н (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный № 42728), от 13.04.2017 № 175н (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный № 46745) (далее - Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ). [↑](#footnote-ref-54)
55. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях» (зарегистрировано Минюстом России 04.04.2012, регистрационный № 23726). [↑](#footnote-ref-55)
56. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (зарегистрировано Минюстом России 02.04.2013, регистрационный № 27960), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 17.01.2014 № 25н (зарегистрировано Минюстом России 19.03.2014, регистрационный № 31644); от 11.06.2015 № 333н (зарегистрировано Минюстом России 10.07.2015, регистрационный № 37983); от 12.01.2016 № 5н (зарегистрировано Минюстом России 10.02.2016, регистрационный № 41053). [↑](#footnote-ref-56)
57. [Код A39](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F309103FDE5647FC4DFA8D4F707C60713EDC66C2C2FCC06304FAD014DA28266B9F4CB6060E46A5D211BD0E4BD6V1MDK) - менингококковая инфекция по Международной классификации болезней МКБ-10. [↑](#footnote-ref-57)
58. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические [требования](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FE44F08B43202B62206BD263CA92B4D02D41F7D710D529266B9F4CB6060E46A5D211BD0E4BD6V1MDK) к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденные Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе» (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 28.06.2010) с изменениями, внесенными решениями Комиссии Таможенного союза от 17.08.2010 № 341 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 23.08.2010), от 18.11.2010 № 456 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 22.11.2010), от 02.03.2011 № 571 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 09.03.2011), от 07.04.2011 № 622 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 26.04.2011), от 18.10.2011 № 829 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 21.10.2011), от 09.12.2011 № 889 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 15.12.2011), решениями Коллегии Евразийской экономической комиссии от 19.04.2012 № 34 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 29.04.2012), от 16.08.2012 № 125 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии http://www.tsouz.ru/, 16.08.2012), от 06.11.2012 № 208 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии http://www.tsouz.ru/, 07.11.2012), от 15.01.2013 № 6 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии http://www.tsouz.ru/, 18.01.2013), от 10.11.2015 № 149 (официальный сайт Евразийского экономического союза http://www.eaeunion.org/, 16.11.2015), от 23.01.2018 № 12 (официальный сайт Евразийского экономического союза http://www.eaeunion.org/, 26.01.2018), от 10.05.2018 № 76 (официальный сайт Евразийского экономического союза http://www.eaeunion.org/, 14.05.2018). [↑](#footnote-ref-58)
59. [Постановление](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DFA8943232B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 1, ст. 14; 2018, № 24, ст. 3523) (далее - постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416); [приказ](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FC43F18B45232B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрировано Минюстом России 09.07.2012, регистрационный № 24852), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 25.09.2014 № 557н (зарегистрировано Минюстом России 17.12.2014, регистрационный № 35201) (далее - приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н). [↑](#footnote-ref-59)
60. [Постановление](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DFA8943232B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416; [приказ](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FC43F18B45232B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Минздрава России от 06.06.2012 № 4н. [↑](#footnote-ref-60)
61. [Приказ](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FC4CF68941212B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрировано Минюстом России 28.06.2013, регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 10.08.2015 № 549н (зарегистрировано Минюстом России 03.09.2015, регистрационный № 38783). [↑](#footnote-ref-61)
62. [Статья 44](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF58942242B62206BD263CA92B4D02D41F7D117D3242B3AC55CB24F5A48BAD10EA30D55D51422VFMFK) и [50](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF58942242B62206BD263CA92B4D02D41F7D110D02B796E8A5DEE0A0C5BBBD30EA10C4AVDMEK) Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [↑](#footnote-ref-62)
63. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF18A4D2E2B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 21.09.1998, № 38, ст. 4736; 2018, № 11, ст. 1591) (далее - Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ); [приказ](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF45F58544242B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрировано Минюстом России 25.04.2014, регистрационный № 32115), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 16.06.2016 № 370н (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный № 42728), от 13.04.2017 № 175н (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный № 46745) (далее - приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н). [↑](#footnote-ref-63)
64. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF58942242B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF18A4D2E2B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) от 17.09.1998 № 157-ФЗ; [приказ](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF45F58544242B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) Минздрава России от 21.03.2014 № 125н. [↑](#footnote-ref-64)
65. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FF4DF18A4D2E2B62206BD263CA92B4D03F41AFDD16D03E2D3ED00AE30AV0M6K) от 17.09.1998 № 157-ФЗ; [СП 3.3.2367-08](consultantplus://offline/ref=2FA63F920FC9406A73F308142CDE5647FA43FA84422D76682832DE61CD9DEBC72A08FBD017D3212F349A59A75E0244B8CC10A21249D715V2MAK) от 04.06.2008 № 34. [↑](#footnote-ref-65)
66. МУ 3.1.2.2412-08. 3.1.2. Инфекции дыхательных путей. Эпидемиологический надзор за легионеллезной инфекцией. Методические указания» [↑](#footnote-ref-66)
67. МУК 4.2.2217-07. 4.2. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Выявление бактерий Legionella pneumophila в объектах окружающей среды. Методические указания» [↑](#footnote-ref-67)
68. Приказ Росстата от 29.12.2018 N 792 (ред. от 22.11.2019) "Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации" [↑](#footnote-ref-68)
69. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.02.2016 N 11 (ред. от 20.04.2016) "О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера" (вместе с "Порядком представления внеочередных донесений о возникновении чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера") (Зарегистрировано в Минюсте России 24.03.2016 N 41525) [↑](#footnote-ref-69)
70. "МУ 4.2.2039-05. 4.2. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории. Методические указания" [↑](#footnote-ref-70)
71. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 13.12.2019) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" [↑](#footnote-ref-71)
72. Федеральный [закон](consultantplus://offline/ref=E6E815621DCB2DE1AC7F74EC69F8E3290653406AFA6DF8700BD1E97562677762D03AB7AE16102E2D5F54FD72347D4D4AC250AE370FA17DA0T0a8N) от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 30 (ч. 1), ст. 4590; № 49 (ч. 1), ст. 7025; 2012, № 31, ст. 4322; 2013, № 49 (часть I), ст. 6339; 2014, № 26 (ч. 1), ст. 3366; № 30 (ч. 1), ст. 4255; 2015, № 29 (ч. 1), ст. 4359). [↑](#footnote-ref-72)
73. Наименования пунктов в Паспорте штамма могут различаться в отношении бактерий, вирусов, грибов, простейших. [↑](#footnote-ref-73)
74. Части 2, 3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-74)
75. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-75)
76. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-76)
77. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-77)
78. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-78)
79. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-79)
80. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-80)
81. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-81)
82. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-82)
83. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-83)
84. ГОСТ Р 57479. [↑](#footnote-ref-84)
85. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-85)
86. Технические инструкции (Doc 9284 AN /905 ИКАО); Европейское соглашение о международной дорожной перевозке опасных грузов ратифицированное постановлением Правительства Российской Федерации от 03.02.1994 № 76; Международный кодекс морской перевозки опасных грузов (включая поправки 37 – 14). [↑](#footnote-ref-86)
87. Технические инструкции (Doc 9284 AN /905 ИКАО). [↑](#footnote-ref-87)
88. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-88)
89. Технические инструкции (Doc 9284 AN /905 ИКАО). [↑](#footnote-ref-89)
90. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-90)
91. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-91)
92. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-92)
93. ГОСТ 19433; ГОСТ 14192. [↑](#footnote-ref-93)
94. ГОСТ 19433; ГОСТ 14192. [↑](#footnote-ref-94)
95. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-95)
96. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-96)
97. Технические инструкции (Doc 9284 AN /905 ИКАО). [↑](#footnote-ref-97)
98. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-98)
99. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-99)
100. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-100)
101. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-101)
102. Технические инструкции (Doc 9284 AN /905 ИКАО). [↑](#footnote-ref-102)
103. Рекомендации по перевозке опасных грузов (ST/SJ/AC.10/1/Rev.19), принятые в г. Нью-Йорк и Женева, ООН. [↑](#footnote-ref-103)
104. ГОСТ 19433; ГОСТ 14192 [↑](#footnote-ref-104)
105. Статья 22 Воздушного кодекса Российской Федерации от 19.03.1997 № 60-ФЗ; приказ Минобороны России от 24.09.2004 № 275; Постановление Правительства Российской Федерации от 15.12.1994 № 1379-68. [↑](#footnote-ref-105)
106. ст. 23, ст.31 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) [↑](#footnote-ref-106)
107. Санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней», утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2008 № 4 (зарегистрировано в Минюстом 21.02.2008, регистрационный № 11197). [↑](#footnote-ref-107)
108. Федеральный закон от 21.07.1997 № 116-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О промышленной безопасности опасных производственных объектов» [↑](#footnote-ref-108)
109. «ГОСТ Р МЭК 61010-2-041-99. Государственный стандарт Российской Федерации. Безопасность электрических контрольно-измерительных приборов и лабораторного оборудования. Часть 2-041. Частные требования к лабораторным автоклавам, в том числе использующим пар для обработки медицинских материалов» [↑](#footnote-ref-109)
110. «ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения»(утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.06.2016 № 748-ст) [↑](#footnote-ref-110)
111. «ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения»(утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.06.2016 № 748-ст) [↑](#footnote-ref-111)
112. «ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения»(утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.06.2016 № 748-ст) [↑](#footnote-ref-112)
113. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2008 № 4 (ред. от 29.06.2011) «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2322-08» (вместе с «СП 1.3.2322-08. Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.02.2008 № 11197) [↑](#footnote-ref-113)
114. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 10.06.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (вместе с «СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 № 18094) [↑](#footnote-ref-114)
115. «ГОСТ Р ЕН 12469-2010. Национальный стандарт Российской Федерации. Биотехнология. Технические требования к боксам микробиологической безопасности» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 29.12.2010 № 1144-ст) [↑](#footnote-ref-115)
116. Федеральный закон от 05.07.1996 № 86-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» [↑](#footnote-ref-116)
117. «ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения»(утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.06.2016 № 748-ст) [↑](#footnote-ref-117)
118. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2008 № 4(ред. от 29.06.2011)»Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2322-08»(вместе с «СП 1.3.2322-08. Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила»)(Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.02.2008 № 11197) [↑](#footnote-ref-118)
119. «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011) [↑](#footnote-ref-119)
120. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.11.2013 № 64 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)»(вместе с «СП 1.3.3118-13. Санитарно-эпидемиологические правила...»)(Зарегистрировано в Минюсте России 19.05.2014 № 32325) [↑](#footnote-ref-120)
121. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58

     (ред. от 10.06.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (вместе с «СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 № 18094) [↑](#footnote-ref-121)
122. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [↑](#footnote-ref-122)
123. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2008 № 4 (ред. от 29.06.2011) «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2322-08» (вместе с «СП 1.3.2322-08. Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила»)(Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.02.2008 № 11197) [↑](#footnote-ref-123)
124. ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения» [↑](#footnote-ref-124)
125. п. 3.7 ГОСТ Р 58280.1-2018. Национальный стандарт Российской Федерации. Изделия медицинские. Оборудование для термического обеззараживания/обезвреживания медицинских отходов. Метод сухого горячего воздуха. Часть 1. Общие требования» [↑](#footnote-ref-125)
126. п. 3.1.9. «ГОСТ Р 22.0.04-95. Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Биолого-социальные чрезвычайные ситуации. Термины и определения» [↑](#footnote-ref-126)
127. ст.2 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ»Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-127)
128. п.3.1.5 «ГОСТ Р 22.0.04-95. Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Биолого-социальные чрезвычайные ситуации. Термины и определения» [↑](#footnote-ref-128)
129. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [↑](#footnote-ref-129)
130. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ [↑](#footnote-ref-130)
131. ГОСТ Р 56994-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Дезинфектология и дезинфекционная деятельность. Термины и определения» [↑](#footnote-ref-131)
132. «ГОСТ 30772-2001. Межгосударственный стандарт. Ресурсосбережение. Обращение с отходами. Термины и определения» [↑](#footnote-ref-132)
133. Федеральный закон от 24.06.1998 № 89-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об отходах производства и потребления» [↑](#footnote-ref-133)
134. ГОСТ Р ЕН 14799-2013 Фильтры воздушные для общей очистки воздуха. Термины и определения [↑](#footnote-ref-134)
135. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [↑](#footnote-ref-135)