**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**от 28 января 2021 года N 4**

**Об утверждении**[**санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"**](https://docs.cntd.ru/document/573660140#6580IP)

См. [Краткий сравнительный анализ новых и ранее действовавших санитарно-эпидемиологических требований в сфере профилактики инфекционных и паразитарных болезней](https://docs.cntd.ru/document/608969914).

В соответствии со [статьей 39 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#8P80LV) (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст.1650; 2020, N 29, ст.4504), [постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании"](https://docs.cntd.ru/document/901765645) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст.3295; 2005, N 39, ст.3953)  
постановляю:

1. Утвердить санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" ([приложение](https://docs.cntd.ru/document/573660140#6580IP)).

2. Ввести в действие [санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"](https://docs.cntd.ru/document/573660140#6580IP) с 01.09.2021.

3. Установить срок действия [санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"](https://docs.cntd.ru/document/573660140#6580IP) до 01.09.2027.

4. Установить, что [пункт 1234 санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"](https://docs.cntd.ru/document/573660140#BQM0P7) действует до внесения изменений в [приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры"](https://docs.cntd.ru/document/573473070#7D20K3) (зарегистрирован Минюстом России 29.01.2021, регистрационный N 62277) в части регулирования порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников в отношении лиц, подвергающихся риску заражения бруцеллёзом.

5. Признать утратившими силу с 01.09.2021:

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.04.2003 N 60 "О введении в действие Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.1288-03"](https://docs.cntd.ru/document/901860644) (зарегистрировано Минюстом России 22.05.2003, регистрационный N 4584);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.04.2003 N 85 "О введении в действие Санитарно-эпидемиологических правил СП 1.2.1318-03"](https://docs.cntd.ru/document/901862243) (зарегистрировано Минюстом России 19.05.2003, регистрационный N 4558);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.06.2003 N 131 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.5.1378-03"](https://docs.cntd.ru/document/901865877) (зарегистрировано Минюстом России 19.06.2003, регистрационный N 4757);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.08.2007 N 61 "Об утверждении СП 3.1.2260-07"](https://docs.cntd.ru/document/902058721) (зарегистрировано Минюстом России 17.09.2007, регистрационный N 10149);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.01.2008 N 3 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.2318-08"](https://docs.cntd.ru/document/902094693) (зарегистрировано Минюстом России 03.04.2008, регистрационный N 11459);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2008 N 4 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2322-08"](https://docs.cntd.ru/document/902091086) (зарегистрировано Минюстом России 21.02.2008, регистрационный N 11197);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.02.2008 N 14 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08"](https://docs.cntd.ru/document/902093612) (зарегистрировано Минюстом России 26.03.2008, регистрационный N 11411);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 03.03.2008 N 15 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08"](https://docs.cntd.ru/document/902094570) (зарегистрировано Минюстом России 01.04.2008, регистрационный N 11444);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 07.03.2008 N 19 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3.2352-08"](https://docs.cntd.ru/document/902094567) (зарегистрировано Минюстом России 01.04.2008, регистрационный N 11446);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 25.04.2008 N 29 "Об утверждении СП 3.4.2366-08"](https://docs.cntd.ru/document/902103282) (зарегистрировано Минюстом России 26.05.2008, регистрационный N 11760);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.06.2008 N 34 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2367-08"](https://docs.cntd.ru/document/902107048) (зарегистрировано Минюстом России 25.06.2008, регистрационный N 11881);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 02.06.2009 N 42 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2518-09"](https://docs.cntd.ru/document/902165869) (зарегистрировано Минюстом России 08.07.2009, регистрационный N 14280);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.06.2009 N 43 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2521-09"](https://docs.cntd.ru/document/902163910) (зарегистрировано Минюстом России 09.07.2009, регистрационный N 14285);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.04.2010 N 36 "Об утверждении СП 3.1.7.2616-10"](https://docs.cntd.ru/document/902215409) (зарегистрировано Минюстом России 08.06.2010, регистрационный N 17526);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.04.2010 N 37 "Об утверждении СП 3.1.7.2615-10"](https://docs.cntd.ru/document/902215412) (зарегистрировано Минюстом России 02.06.2010, регистрационный N 17448);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.04.2010 N 38 "Об утверждении СП 3.1.7.2614-10"](https://docs.cntd.ru/document/902215404) (зарегистрировано Минюстом России 07.06.2010, регистрационный N 17491);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.04.2010 N 39 "Об утверждении СП 3.1.7.2613-10"](https://docs.cntd.ru/document/902215406) (зарегистрировано Минюстом России 02.06.2010, регистрационный N 17435);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 05.05.2010 N 53 "Об утверждении СП 3.1.2.2626-10"](https://docs.cntd.ru/document/902215385) (зарегистрировано Минюстом России 07.06.2010, регистрационный N 17506);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2010 N 54 "Об утверждении СП 3.1.7.2627-10"](https://docs.cntd.ru/document/902217092) (зарегистрировано Минюстом России 19.07.2010, регистрационный N 17891);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.05.2010 N 56 "Об утверждении СП 3.1.7.2629-10"](https://docs.cntd.ru/document/902217091) (зарегистрировано Минюстом России 17.06.2010, регистрационный N 17577);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 31.05.2010 N 61 "Об утверждении СП 3.1.7.2642-10"](https://docs.cntd.ru/document/902220166) (зарегистрировано Минюстом России 07.07.2010 N 17745);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.12.2010 N 181 "Об утверждении СП 3.1.7.2811-10 "Профилактика коксиеллеза (лихорадка Ку)"](https://docs.cntd.ru/document/902256363) (зарегистрировано Минюстом России 21.03.2011, регистрационный N 20201);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2010 N 185 "Об утверждении СП 3.1.7.2815-10 "Профилактика орнитоза"](https://docs.cntd.ru/document/902256520) (зарегистрировано Минюстом России 17.03.2011, регистрационный N 20170);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2010 N 186 "Об утверждении СП 3.1.7.2817-10 "Профилактика листериоза у людей"](https://docs.cntd.ru/document/902256365) (зарегистрировано Минюстом России 21.03.2011, регистрационный N 20202);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2010 N 188 "Об утверждении СП 3.1.7.2816-10 "Профилактика кампилобактериоза среди людей"](https://docs.cntd.ru/document/902256367) (зарегистрировано Минюстом России 14.03.2011, регистрационный N 20085);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.12.2010 N 190 "Об утверждении СП 3.1.2825-10 "Профилактика вирусного гепатита А"](https://docs.cntd.ru/document/902256370) (зарегистрировано Минюстом России 10.02.2011, регистрационный N 19787);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 N 1 "Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"](https://docs.cntd.ru/document/902256311) (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2011, регистрационный N 20263);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.01.2011 N 6 "Об утверждении СП 3.1.7.2835-11 "Профилактика лептоспирозной инфекции у людей"](https://docs.cntd.ru/document/902259211) (зарегистрировано Минюстом России 17.03.2011, регистрационный N 20168);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.01.2011 N 10 "Об утверждении СП 3.1.7.2836-11 "Изменения и дополнения N 1 к СП 3.1.7.2616-10 "Профилактика сальмонеллеза"](https://docs.cntd.ru/document/902259212) (зарегистрировано Минюстом России 14.03.2011, регистрационный N 20089);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.06.2011 N 86 "Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.2885-11 "Дополнения и изменения N 2 к СП 1.3.2322-08 "Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней"](https://docs.cntd.ru/document/902287291) (зарегистрировано Минюстом России 12.07.2011, регистрационный N 21317);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.07.2011 N 106 "Об утверждении СП 3.1.2950-11 "Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции"](https://docs.cntd.ru/document/902292230) (зарегистрировано Минюстом России 24.11.2011, регистрационный N 22389);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.07.2011 N 107 "Об утверждении СП 3.1.2951-11 "Профилактика полиомиелита"](https://docs.cntd.ru/document/902292234) (зарегистрировано Минюстом России 24.11.2011, регистрационный N 22378);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.07.2011 N 108 "Об утверждении СП 3.1.2952-11 "Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита"](https://docs.cntd.ru/document/902292235) (зарегистрировано Минюстом России 24.11.2011, регистрационный N 22379);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 N 52 "Об утверждении СП 3.1.7.3107-13 "Профилактика лихорадки Западного Нила"](https://docs.cntd.ru/document/499050739) (зарегистрировано Минюстом России 19.05.2014, регистрационный N 32320);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 N 53 "Об утверждении СП 3.1.1.3108-13 "Профилактика острых кишечных инфекций"](https://docs.cntd.ru/document/499050741) (зарегистрировано Минюстом России 14.03.2014, регистрационный N 31602);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 N 54 "Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 "Профилактика дифтерии"](https://docs.cntd.ru/document/499050740) (зарегистрировано Минюстом России 20.05.2014, регистрационный N 32331);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 57 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 "Профилактика энтеробиоза"](https://docs.cntd.ru/document/499056596) (зарегистрировано Минюстом России 20.01.2014, регистрационный N 31053);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 58 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита С"](https://docs.cntd.ru/document/499056593) (зарегистрировано Минюстом России 19.03.2014, регистрационный N 31646);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 59 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3113-13 "Профилактика столбняка"](https://docs.cntd.ru/document/499056595) (зарегистрировано Минюстом России 06.06.2014, регистрационный N 32613);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.11.2013 N 62 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3116-13 "Профилактика внебольничных пневмоний"](https://docs.cntd.ru/document/499059987) (зарегистрировано Минюстом России 05.02.2014, регистрационный N 31225);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.11.2013 N 63 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3117-13 "Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций"](https://docs.cntd.ru/document/499059989) (зарегистрировано Минюстом России 04.04.2014, регистрационный N 31831);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.11.2013 N 64 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)"](https://docs.cntd.ru/document/499061798) (зарегистрировано Минюстом 19.05.2014, регистрационный N 32325);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16.12.2013 N 65 "Об утверждении СП 3.1/3.2.3146-13"](https://docs.cntd.ru/document/499066530#64U0IK) (зарегистрировано Минюстом России 16.04.2014, регистрационный N 32001);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.12.2013 N 66 "Об утверждении СП 3.1.2.3149-13"](https://docs.cntd.ru/document/499066527) (зарегистрировано Минюстом России 09.04.2014, регистрационный N 31852);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.12.2013 N 67 "Об утверждении СП 3.1.7.3148-13 "Профилактика Крымской геморрагической лихорадки"](https://docs.cntd.ru/document/499066529) (зарегистрировано Минюстом России 17.04.2014, регистрационный N 32002);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.12.2013 N 69 "О внесении изменений N 1 в СП 3.1.3.2352-08"](https://docs.cntd.ru/document/499070815) (зарегистрировано Минюстом России 03.03.2014, регистрационный N 31476);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.03.2014 N 9 "Об утверждении СП 3.1.2.3162-14"](https://docs.cntd.ru/document/499084787) (зарегистрировано Минюстом России 19.06.2014, регистрационный N 32810);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.08.2014 N 50 "Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 "Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/420233490) (зарегистрировано Минюстом России 12.11.2014, регистрационный N 34659);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.09.2014 N 58 "Об утверждении СП 3.5.3.3223-14 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий"](https://docs.cntd.ru/document/420223924) (зарегистрировано Минюстом России 26.02.2015, регистрационный N 36212);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.02.2015 N 6 "О внесении изменения в пункт 9.5 СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза"](https://docs.cntd.ru/document/420252625) (зарегистрировано Минюстом России 19.02.2015, регистрационный N 36094);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.06.2015 N 20 "Об утверждении СП 3.1.3263-15 "Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах"](https://docs.cntd.ru/document/420283545) (зарегистрировано Минюстом России 21.07.2015, регистрационный N 38110);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.11.2015 N 78 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3310-15 "Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами"](https://docs.cntd.ru/document/420319715) (зарегистрировано Минюстом России 12.02.2016, регистрационный N 41065);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2015 N 97 "О регистрации постановления о внесении изменения N 1 в санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3.2.3215-14 "Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/420333569) (зарегистрировано Минюстом России 29.01.2016, регистрационный N 40901);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2016 N 1 "О внесении изменения N 2 в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/420334088) (зарегистрировано Минюстом России 10.02.2016, регистрационный N 41052);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.02.2016 N 19 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 "Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов"](https://docs.cntd.ru/document/420340822) (зарегистрировано Минюстом России 28.04.2016, регистрационный N 41968);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.05.2016 N 65 "О внесении изменения N 1 в СП 3.1.1.2521-09"](https://docs.cntd.ru/document/420357621) (зарегистрировано Минюстом России 07.06.2016, регистрационный N 42451);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.07.2016 N 95 "О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"](https://docs.cntd.ru/document/420369776) (зарегистрировано Минюстом России 20.10.2016, регистрационный N 44101);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.11.2016 N 178 "О внесении изменения N 3 в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/420386591) (зарегистрировано Минюстом России 20.12.2016, регистрационный N 44816);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.03.2017 N 44 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.3465-17 "Профилактика чумы"](https://docs.cntd.ru/document/456060903) (зарегистрировано Минюстом России 16.08.2017, регистрационный N 47817);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.03.2017 N 45 "О внесении изменений в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2629-10 "Профилактика сибирской язвы", утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.05.2010 N 56](https://docs.cntd.ru/document/456064153)(зарегистрировано Минюстом России 15.08.2017, регистрационный N 47778);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 07.06.2017 N 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"](https://docs.cntd.ru/document/456088413) (зарегистрировано Минюстом России 27.09.2017, регистрационный N 48345);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.06.2017 N 84 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.3473-17 "Профилактика брюшного тифа и паратифов"](https://docs.cntd.ru/document/456087864) (зарегистрировано Минюстом России 25.08.2017, регистрационный N 47972);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 05.12.2017 N 149 "О внесении изменений в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-08 "Профилактика острых кишечных инфекций", утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 N 53"](https://docs.cntd.ru/document/556174302) (зарегистрировано Минюстом России 28.12.2017, регистрационный N 49508);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 05.02.2018 N 12 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3525-18 "Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая"](https://docs.cntd.ru/document/557220394#64U0IK) (зарегистрировано Минюстом России 19.04.2018, регистрационный N 50833);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.12.2018 N 52 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3542-18 "Профилактика менингококковой инфекции"](https://docs.cntd.ru/document/552061091#7D20K3) (зарегистрировано Минюстом России 09.01.2019, регистрационный N 53254);

[постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14.09.2020 N 26 "О внесении изменений в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 60 и санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза"](https://docs.cntd.ru/document/565925266#64U0IK) (зарегистрировано Минюстом России 05.10.2020, регистрационный N 60239).

А.Ю.Попова

Зарегистрировано

в Министерстве юстиции

Российской Федерации

15 февраля 2021 года,

регистрационный N 62500

**УТВЕРЖДЕНЫ  
постановлением Главного  
государственного санитарного врача  
Российской Федерации  
от 28 января 2021 года N 4**

**Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"**

**I. Область применения**

1. Настоящие санитарные правила и нормы (далее - Санитарные правила) разработаны с целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения Российской Федерации.

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, предупреждения возникновения и распространения инфекционных 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 микроорганизмами, вирусами, белковоподобными инфекционными частицами (прионами), ядами биологического происхождения (токсинами) и иными биологическими агентами, в том числе созданными в результате генетических манипуляций, применения технологий синтетической биологии и другой направленной деятельности, способных вызывать патологический процесс в организме человека или животного, а также биологические материалы, в которых могут содержаться перечисленные патогены (далее - ПБА):

к порядку учета, хранения, передачи и транспортирования ПБА, а также объектов и материалов, содержащих или подозрительных на содержание ПБА.

3. Санитарные правила распространяются 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 учреждениях, определенных для обсервации (обсерваторах);

7) оказание специализированной медицинской помощи в больницах (госпиталях), изоляторах и учреждениях с койками, предназначенными для обсервации (далее - обсерваторы);

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.

4. Санитарные правила распространяются на граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

**II. Общие требования по профилактике инфекционных болезней**

5. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней должно обеспечиваться выполнение установленных санитарно-эпидемиологических требований и гигиенических нормативов биологических факторов (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные) среды обитания человека и условий его жизнедеятельности (труда, проживания, воспитания, обучения, питания), а также должны своевременно и в полном объеме проводиться 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.

6. 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 могут быть задействованы специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ), функционирующие на базе противочумных учреждений или мобильные вирусологические группы, функционирующие на базе научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Приказ Роспотребнадзора от 01.04.2015 N 274 "Об организации деятельности системы противочумных учреждений Роспотребнадзора"](https://docs.cntd.ru/document/420268319) (зарегистрирован Минюстом России 26.06.2015, регистрационной N 37785).

7. Заседания межведомственных санитарно-противоэпидемических комиссий в субъектах Российской Федерации для оперативного руководства и координации деятельности по предупреждению возникновения и распространения инфекционных болезней, а также их ликвидации, проводятся в плановом порядке не реже одного раза в квартал, а также в оперативном порядке при возникновении или угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

8. 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, в медицинских организациях должен быть план проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (умершего), подозрительного на эти заболевания.

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

10. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся 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.

11. Юридические лица и индивидуальные предприниматели в соответствии с осуществляемой ими деятельностью обязаны разработать и утвердить программу производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выполнении работ и оказании услуг, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний, и обеспечить его выполнение.

**Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению населения безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой**

12. Для предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней население должно обеспечиваться безопасной в эпидемиологическом отношении питьевой водой в количествах, достаточных для удовлетворения физиологических и бытовых потребностей человека.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Статья 19 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#8Q40M6).

13. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Технический регламент Таможенного союза "О безопасности пищевой продукции"](https://docs.cntd.ru/document/902320560) ([ТР ТС 021/2011](https://docs.cntd.ru/document/902320560)), принятый [решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 N 880](https://docs.cntd.ru/document/902320287) (официальный сайт Комиссии Таможенного союза www.tsouz.ru, 15.12.2011) (далее - [ТР ТС 021/2011](https://docs.cntd.ru/document/902320560)) и технические регламенты на отдельные виды пищевой продукции. Являются обязательными для Российской Федерации в соответствии с [Договором о Евразийской экономической комиссии от 18.11.2011](https://docs.cntd.ru/document/902315502), ратифицированным [Федеральным законом от 01.12.2011 N 374-ФЗ "О ратификации Договора о Евразийской экономической комиссии"](https://docs.cntd.ru/document/902314884) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст.7052); а также [Договором о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014](https://docs.cntd.ru/document/420205962), ратифицированным [Федеральным законом от 03.10.2014 N 279-ФЗ "О ратификации Договора о Евразийском экономическом союзе"](https://docs.cntd.ru/document/420224346) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, N 40, ст.5310); [Федеральный закон от 07.12.2011 N 416-ФЗ "О водоснабжении и водоотведении"](https://docs.cntd.ru/document/902316140#7D20K3) (Собрание законодательства Российской Федерации, 12.12.2011, N 50, ст.7358; 2020, N 14, ст.2014); [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 N 3 "Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания, планировки, застройки и содержания территорий"](https://docs.cntd.ru/document/573536177#7D20K3) (далее - СП 2.1.3684-21); [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 N 2 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания"](https://docs.cntd.ru/document/573500115#7D20K3) (далее - СанПиН 1.2.3685-21).

**Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности населения**

14. Условия проживания в жилых зданиях и помещениях, их содержание в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней должны соответствовать требованиям санитарного законодательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7D20K3); [СП 2.1.3684-21](https://docs.cntd.ru/document/573536177#7DI0K8); [СанПиН 1.2.3685-21](https://docs.cntd.ru/document/573500115#6560IO).

15. 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 санитарно-эпидемиологическими требованиями.

**Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасного питания населения**

16. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней пищевая продукция, находящаяся в обращении, в течение срока годности при использовании по назначению должна быть безопасна в эпидемиологическом отношении и соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ТР ТС 021/2011](https://docs.cntd.ru/document/902320560) и технические регламенты на отдельные виды пищевой продукции; [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.10.2020 N 32 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения"](https://docs.cntd.ru/document/566276706#7D20K3) (зарегистрировано Минюстом России 11.11.2020, регистрационный N 60833) (далее - СанПиН 2.3/2.4.3590-20); [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.11.2020 N 36 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 2.3.6.3668-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям деятельности торговых объектов и рынков, реализующих пищевую продукцию"](https://docs.cntd.ru/document/573140192#7D20K3) (зарегистрировано Минюстом России 18.12.2020, регистрационный N 61572).

17. Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных болезней 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, должны выполняться санитарно-эпидемиологические требования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Статья 17 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7DI0K7), [СанПиН 2.3/2.4.3590-20](https://docs.cntd.ru/document/566276706#6540IN).

**Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий воспитания и обучения населения**

18. В организациях воспитания и обучения, отдыха детей и их оздоровления должны обеспечиваться условия, предупреждающие возникновение и распространение инфекционных болезней, в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

[Статья 28 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7EC0KG); [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 N 28 "Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи"](https://docs.cntd.ru/document/566085656#64U0IK) (зарегистрировано Минюстом России 18.12.2020, регистрационный N 61573); [СанПиН 1.2.3685-21](https://docs.cntd.ru/document/573500115#6560IO).

**Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению условий пребывания населения в медицинских организациях**

19. При планировке, комплексном благоустройстве медицинских организаций должны предусматриваться меры, направленные на предупреждение возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и соблюдаться санитарно-эпидемиологические требования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Статья 12 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7DO0KD).

20. 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.

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

21. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники медицинских организаций, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления, а также других организаций, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее - медицинские работники), обязаны выявлять больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней.

22. Выявление больных и носителей осуществляется при оказании всех видов 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 биологического материала от людей.

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

24. О каждом случае инфекционной болезни, носительства возбудителей инфекционной болезни или подозрения на инфекционную болезнь, а также в случае смерти от инфекционной болезни медицинские работники 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 постоянного пребывания).

25. Для обеспечения оперативной передачи информации о пациенте территориальным органам, уполномоченным осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, может быть предоставлен доступ к территориальным медицинским информационным системам.

26. Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний (допускается использование электронных журналов) по месту их выявления в медицинских организациях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, других организациях, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

27. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на пациента с инфекционным 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.

28. 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.

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

**Установление и изучение признаков, характеризующих наличие инфекционных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней**

30. Установление и изучение признаков, характеризующих наличие инфекционных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней осуществляется посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, в том числе эпидемиологического, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях установления диагноза.

31. Эпидемиологический анамнез собирается медицинским работником. При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают:

место и время контакта с источником (человеком или животным) инфекционного заболевания или фактора его передачи (сырьем животного происхождения, употребления недоброкачественной воды или пищевых продуктов);

нахождения на территории, где регистрировалась неблагополучная эпидемиологическая обстановка, потенциальных эпизоотических очагах;

факта укусов животных, насекомых, членистоногих, нахождения в природных условиях;

факта получения травм, ожогов, ран, проведения медицинских парентеральных манипуляций;

сведения об иммунизации, реакции на введение вакцин.

Данные эпидемиологического анамнеза вносятся в медицинские документы больного.

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

Выявление ДНК/РНК возбудителя осуществляется с применением методов амплификации нуклеиновых кислот, иммуноферментного и иммунохроматографического анализа с использованием зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации наборов реагентов и оборудования, в том числе портативного при проведении тестирования во внелабораторных (полевых) условиях (автоматизированные ПЦР-станции с использованием одноразовых картриджей или упакованный в один кейс комплект портативных приборов для выделения препаратов нуклеиновых кислот и проведения амплификации). Выполнение исследований осуществляют с соблюдением требований биологической безопасности.

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

33. Забор биологического материала проводится в первый день обращения больного за медицинской помощью или сроки, регламентированные для конкретной нозологической формы инфекционного заболевания. В последующем исследования повторяются в определенные для каждой нозологической формы сроки.

34. При доставке биоматериала для исследования учитываются сроки забора и хранения биоматериала, условия и сроки транспортирования биоматериала, соблюдение требований биобезопасности.

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

35. Меры в отношении больных инфекционными болезнями:

больные инфекционными болезнями, лица с подозрением на инфекционные 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 болезней и медицинскому наблюдению или лечению (экстренной профилактике), и в случае если они представляют опасность для окружающих, изолируются и (или) госпитализируются;

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, отстраняются от такой работы и могут по решению работодателя быть переведены на другие виды работ, не связанных с риском распространения инфекционных болезней.

36. Изолирование и эвакуация больных инфекционными болезнями, лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней:

больные инфекционными болезнями изолируются по месту выявления, а также в специализированные инфекционные стационары (отделения) по эпидемическим и (или) клиническим показаниям;

эвакуация (транспортирование) больных в инфекционные стационары (отделения) осуществляется специальным санитарным транспортом в сопровождении медицинского работника;

санитарный транспорт после эвакуации инфекционных больных подлежит дезинфекции в оборудованном для санитарной обработки транспорта месте (бокс, крытая площадка), имеющем подводку горячей и холодной воды, канализацию для отвода сточных вод.

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

больные (подозрительные) инфекционными болезням подлежат изоляции или госпитализации по эпидемическим и (или) клиническим показаниям в соответствии с законодательством Российской Федерации;

реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению.

38. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больными инфекционными болезнями:

за лицами, общавшимися с больным по месту жительства, учебы, воспитания, работы, в медицинской, оздоровительной организации, по эпидемическим показаниям устанавливают медицинское наблюдение, в зависимости от конкретной нозологической формы проводят их лабораторное обследование и экстренную профилактику на основании эпидемиологического анамнеза, в соответствии с нозологической формой заболевания;

лабораторному обследованию подлежат лица, рассматриваемые в качестве источника инфекции и лица, у которых в ходе медицинского наблюдения проявились симптомы инфекционного заболевания. Необходимость лабораторного обследования остальных лиц, подвергшихся риску заражения, определяет специалист (эпидемиолог), ответственный за эпидемиологическое расследование очага инфекционной болезни.

Результаты лабораторного обследования подлежат оперативному внесению в медицинские документы постоянного хранения и внесению в базу данных по учёту и регистрации случаев инфекционных болезней.

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.

39. Разобщение лиц, общавшихся с больными инфекционными болезнями, проводится по эпидемическим показаниям.

40. 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.

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

Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевшего и до его выздоровления или госпитализации. Выполняют текущую дезинфекцию лица, осуществляющие уход за больным, 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.

Заключительная дезинфекция проводится после изоляции (госпитализации) в соответствии с законодательством Российской Федерации, смерти или выздоровления больного на дому, в медицинских организациях, по месту работы или учебы, на транспортных средствах и в других организациях.

**Санитарно-эпидемиологические требования при введении карантина**

42. В случае угрозы возникновения или распространения инфекционных болезней, представляющих опасность для здоровья населения, вводятся ограничительные мероприятия, в том числе карантин, 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.

43. Инфекционные заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, характеризуются наличием хотя бы двух из следующих признаков:

тяжелое течение;

высокий уровень летальности и инвалидности;

быстрое (эпидемическое) распространение среди населения;

новая, неизвестная инфекционная болезнь;

отсутствие средств специфической профилактики и лечения.

44. Ограничительные мероприятия (карантин) предусматривают особые условия и режимы хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров.

45. В случаях введения карантина на территории соответствующего субъекта Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населенных пунктов данного субъекта Российской Федерации органы исполнительной власти обеспечивают создание, оборудование и функционирование в круглосуточном режиме контрольно-пропускных пунктов (постов) на границе карантинированной территории, установку заслонов для блокировки проезда, технических средств организации дорожного движения, направляющих устройств и ограничивающих ограждений для обеспечения безопасности в местах размещения контрольно-пропускных пунктов.

46. Движение транспортных средств и людей через границу территории карантина допускается только через специально организованные и оборудованные контрольно-пропускные пункты (посты).

47. Ограничивается въезд граждан, не имеющих регистрации по месту жительства (места пребывания) на карантинированной территории.

48. Ограничение въезда не распространяется на граждан, въезд которых на карантинированную территорию обусловлен исполнением ими должностных обязанностей в сфере локализации и ликвидации эпидемического очага, обеспечения личной и общественной безопасности граждан, обеспечения функционирования объектов жизнеобеспечения населения, общественного транспорта, дорожной деятельности. Въехавшим лицам необходимо исключить контакты, не связанные со служебной деятельностью.

49. Запрещается выезд (выход) людей с карантинированной территории без прохождения обсервации. Медицинское наблюдение при обсервации продолжается в течение инкубационного периода инфекционной болезни, в отношении которой введен карантин.

50. Ввоз товаров и грузов в зону карантина, а также вывоз из зоны карантина допускается только по решению органа, которым введены ограничительные мероприятия (карантин).

51. Запрещаются любые мероприятия, связанные с массовым скоплением людей. Приостанавливают работу организаций, осуществляющих образовательную деятельность, работу многофункциональных центров предоставления государственных услуг, центров социального обслуживания населения.

52. Граждане, юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны выполнять требования санитарного законодательства, постановлений, предписаний органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

53. Лица с симптомами, не исключающими инфекционную болезнь, в отношении которой введен карантин, подлежат госпитализации и лабораторному обследованию.

54. Контактировавшие с больными лица подлежат лабораторному обследованию, медицинскому наблюдению и изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации. Условия изолирования контактных лиц определяются в каждом конкретном случае органами в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и органами в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации или иными уполномоченными на решение указанных вопросов на соответствующей территории органами.

55. На территории карантина обеспечивается выполнение требований биологической безопасности сотрудниками организаций в зоне карантина, работа которых не приостановлена. Объем требований биологической безопасности определяется в каждом конкретном случае органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

56. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации обеспечивают своевременное, достоверное и полное информирование населения с использованием всех доступных средств массовой информации о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных болезней, о состоянии среды обитания, проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционных заболеваний, в том числе мерах индивидуальной профилактики.

57. При устранении угрозы распространения инфекционной болезни, в отношении которой введены ограничительные мероприятия (карантин), и (или) ликвидации эпидемического очага органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления по предписанию главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации или министерства и (или) ведомства, ответственные за решение указанных вопросов на территориях закрытых административно-территориальных образований, принимают решение об отмене ограничительных мероприятий (карантина) на всей территории субъекта Российской Федерации или на территории отдельных районов, городов, населенных пунктов данного субъекта Российской Федерации.

4) инструктаж сотрудников лаборатории (подразделения) по вопросам биологической безопасности при работе с возбудителем чумы проводят ежемесячно;

5) во вновь строящихся и реконструируемых подразделениях/организациях требования к инженерно-техническим системам биологической безопасности должны соответствовать требованиям [приложения 4 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DJG0QT);

6) вновь строящиеся и реконструируемые помещения "заразной" зоны оборудуют системами приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования воздуха в соответствии с требованиями, изложенными в [приложении 4 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DJG0QT). 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;

7) 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;

8) 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;

9) обеззараживание инфицированного материала и отходов при работе с возбудителем чумы проводят согласно [приложению 2 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DI40QN).

344. При проведении индикации вирусов I группы патогенности должны выполняться следующие дополнительные требования:

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 журнале;

2) во всех случаях возникновения недомогания сотрудник ставит в известность руководителя подразделения или дежурного (диспетчерскую службу) по организации;

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;

4) обеззараживание СИЗ при выходе из "заразной" зоны или из отдельного изолированного блока в диагностических лабораториях проводят дезинфицирующими средствами (аэрозольный метод, орошение или химический душ);

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;

6) обеззараживание инфицированного материала и отходов при работе с вирусами I группы осуществляют химическим и физическим методами согласно [приложению 2 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DI40QN).

345. При проведении работ с возбудителями особо опасных (глубоких) микозов должны выполняться следующие дополнительные требования:

1) все манипуляции с культурами мицелиальной фазы, а также изучение выживаемости грибов во всех фазах проводят в БМБ III класса;

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;

3) во избежание заражения аэрогенным путем при работе с мицелиальными фазами грибов агаровые пластинки с посевами выдерживают в термостате не более 5 календарных дней (до начала спороношения). Не допускается открывать емкости с посевами мицелиальной фазы грибов вне бокса МБ (или защитного боксирующего устройства);

4) работа с дрожжевыми фазами грибов проводится в боксированной комнате в костюме III типа с респиратором, серологические исследования - в костюме IV типа;

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±1)°С; мертиолята натрия в концентрации 0,001% с последующим прогреванием при температуре (56±1)°С в течение 30 мин. или выдерживанием при комнатной температуре в течение 24 часов;

6) при заражении лабораторных животных место введения материала обрабатывают 1%-й настойкой йода.

**Требования к максимально изолированной лаборатории уровня 4**

346. Для обеспечения безопасности проведения работ с ПБА в лабораториях уровня максимально изолированной лаборатории 4 должны выполнятся общие требования к условиям работы с использованием ПБА, требования к лабораториям базового уровня 2 и требования [пунктов 342](https://docs.cntd.ru/document/573660140#A7K0NE)-[343](https://docs.cntd.ru/document/573660140#A820NJ), установленные в настоящей главе Санитарных правил.

347. Лаборатории максимально изолированного уровня 4 осуществляют работы при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам условий проведения работ с выделением и хранением культур ПБА I-IV групп.

348. 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 другим.

349. 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.

350. Лица с нарушениями иммунной системы к работе в максимально изолированных лабораториях не допускаются.

351. 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.

352. 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.

353. 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.

354. 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.

355. 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.

356. 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.

357. 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.

358. Все жидкие отходы, образующиеся в процессе работы, подлежат химическому и последующему термическому обеззараживанию в соответствии с режимами, изложенными в [приложении 2 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DI40QN). Стоки от гигиенического душа персонала подлежат термическому обеззараживанию с использованием установок (станций) периодического или непрерывного способа обеззараживания.

359. 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 Н14 в каждом каскаде.

360. 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.

361. Пневмокостюмы подвергаются дезинфекционной обработке, проверке их целости и защитной эффективности фильтров после каждого посещения "заразной" зоны.

362. 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.

363. Лаборатории оборудуются дублирующей системой электроснабжения, а также автономным (резервным, аварийным) источником питания (дизель-генератор).

364. Приточно-вытяжная система вентиляции, система подачи воздуха для пневмокостюмов, система сбора и обработки стоков должны быть укомплектованы наряду с основными рабочими агрегатами дополнительными (резервными).

365. Работа с ПБА разрешается только после положительных результатов комплексного испытания всех инженерно-технических систем обеспечения биологической безопасности с составлением акта испытаний.

**Требования к организации работ с аэрозолями микроорганизмов**

366. Требования к выполнению аэрозольных исследований являются дополнительными к требованиям обеспечения биобезопасности в лабораториях соответствующего уровня биобезопасности.

367. 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.

368. 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.

369. Конструкция аэрозольной камеры должна обеспечивать постоянное разрежение внутри нее не менее 40 Па (4 мм водяного столба) и оборудована системой очистки (деконтаминации) воздуха.

Проверка аэродинамической установки на возможность проникновения аэрозоля в воздух помещения проводится ежегодно с применением тест-штаммов культур микроорганизмов.

Пусковые кнопки вентиляции должны быть оборудованы световым сигналом.

370. 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.

371. Перед каждым проведением работ на аэрозольной установке должен быть проведен осмотр установки и системы вентиляции с составлением заключения об их готовности к работе.

**Дополнительные требования к проведению работ с аэрозолями микроорганизмов I-II групп патогенности (опасности)**

372. Лица, работающие в "заразной" зоне 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.

373. Лица, работающие в зонированных помещениях, независимо от характера выполняемых работ проходят ежедневный медицинский осмотр перед сменой в отдельном кабинете, который организуется в непосредственной территориальной близости к лабораторному корпусу, в котором проводятся работы, или непосредственно в "чистой" зоне этого корпуса.

374. 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.

375. 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.

376. 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.

377. 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.

378. 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.

379. 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.

380. Управление работой больших аэрозольных камер должно осуществляться с помощью пультов, расположенных в помещениях "чистой" зоны.

381. Содержание инфицированных лабораторных животных должно производиться в шкафах, оборудованных вытяжной вентиляцией.

382. В помещениях должно поддерживаться разрежение не менее 200-250 Па (20-25 мм водяного столба).

383. 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.

384. 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.

385. 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.

386. Подача сжатого воздуха на распылительную аэрозольную установку должна автоматически отключаться при прекращении работы технологической вентиляции.

387. Аэрозольные лаборатории оборудуют дублирующей системой энергоснабжения, автономным (резервным, аварийным) источником питания (дизель-электрогенератор).

388. Фильтры очистки воздуха после установки в системы приточно-вытяжной вентиляции должны быть проверены на проскок. Замеры аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха должны производиться не реже 1 раза в 6 месяцев непрерывной работы с составлением протокола проверки.

389. В период эксплуатации контроль аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха должен проводиться постоянно.

390. 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.

391. Проверка герметичности аэрозольных камер должна проводиться ежегодно методом обмыливания.

392. Все виды работ в помещениях "заразной" зоны проводятся в пневмокостюмах.

393. После окончания эксперимента камерные установки изнутри подвергаются дезинфекционной обработке.

394. По завершении работ помещения, где расположены камеры, и находящиеся в помещениях оборудование, приборы, средства измерений и пневмокостюмы подвергаются дезинфекционной обработке.

395. Для дезинфекционной обработки (в том числе заключительной) используются дезинфицирующие средства, эффективность которых подтверждена экспериментально в отношении конкретного используемого в работе возбудителя.

[Статья 27 Федерального закона от 15.08.1996 N 114-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/9027927#7EE0KI).

559. По прибытии на территорию Российской Федерации транспортного средства, на котором имеются больные (подозрительные) Болезнью, принимаются следующие меры:

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.

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. Проведение дезинфекции осуществляется в соответствии с требованиями [СП 2.5.3650-20](https://docs.cntd.ru/document/566406892#6560IO);

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.

560. 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.

561. 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;

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.

562. 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 медицинской организации по маршруту следования.

563. Дератизацию морских, речных судов проводят при пустых трюмах, кроме случаев, когда невозможна разгрузка; на морских, речных судах, заполненных балластом, дератизацию проводят до погрузки.

564. 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.

565. Отметка о проведении дезинфекции, дезинсекции, дератизации ставится в международных медико-санитарных документах транспортного средства после их завершения.

566. Посадка пассажиров, погрузка грузов, багажа, запасов в аэропорту, морском (речном) терминале, на автовокзале, железнодорожном вокзале допускается по окончании проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

567. 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.

568. 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 [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU);

проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, как и при наличии больного.

**Мероприятия в отношении грузов и товаров**

569. 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.

570. 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.

571. 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.

572. 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.

573. 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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Таможенный кодекс Евразийского экономического союза](https://docs.cntd.ru/document/456058064#64U0IK), утвержденный [приложением 1 к Договору о Таможенном кодексе Евразийского экономического союза от 11 апреля 2017 г](https://docs.cntd.ru/document/456057755). (официальный сайт Евразийского экономического союза http://www.eaeunion.org/, 12.04.2017). Является обязательным для Российской Федерации в соответствии с [Договором о Евразийской экономической комиссии от 18.11.2011](https://docs.cntd.ru/document/902315502), ратифицированным [Федеральным законом от 01.12.2011 N 374-ФЗ "О ратификации Договора о Евразийской экономической комиссии"](https://docs.cntd.ru/document/902314884) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст.7052); а также [Договором о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014](https://docs.cntd.ru/document/420205962), ратифицированным [Федеральным законом от 03.10.2014 N 279-ФЗ "О ратификации Договора о Евразийском экономическом союзе"](https://docs.cntd.ru/document/420224346) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, N 40, ст.5310).

574. 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.

575. 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.

576. Органы и организации Роспотребнадзора организуют по показаниям проведение лабораторного и инструментального контроля грузов и товаров, прибывающих из зараженных в результате радиоактивных, химических и (или) биологических аварий районов.

577. На основании проведенных лабораторных исследований лица, проводившие экспертизу, дают заключение в письменной форме, результаты проведенного исследования проб доводят до сведения таможенных органов.

**Требования к проведению мероприятий по предупреждению распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений) на территории Российской Федерации**

578. Мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации носят межведомственный характер, разрабатываются органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, и 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.

579. В комплексных планах мероприятий по санитарной охране территории предусматривают проведение санитарно-профилактических мероприятий при благополучной эпидемиологической обстановке 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 мероприятий по санитарной охране территории предусматривают развертывание в эпидемическом очаге при необходимости противоэпидемической, лабораторной, госпитальной, профилактической служб, а также проведение мероприятий по ликвидации контаминации объектов окружающей среды.

580. 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.

581. При возникновении Чрезвычайной ситуации, касающейся угрозы санитарно-эпидемиологическому благополучию населения страны, на первоначальном этапе организации выявления и ликвидации ЧС используется лабораторная база учреждений Роспотребнадзора, в том числе противочумных учреждений, далее при необходимости возможно привлечение лабораторной базы других ведомств.

582. 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.

583. 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.

584. 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.

585. Медицинские организации осуществляют:

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;

направление в медицинские организации на инфекционные койки, предусмотренные для провизорной (диагностической) госпитализации, 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 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 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.

586. Органы и организации 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.

587. 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.

588. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

676. Необходимо незамедлительно после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты B и C 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 незамедлительно, при появлении дополнительной информации схема корректируется.

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

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

679. Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций ([приложение 14 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DMO0RL)).

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

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

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

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

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

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

**Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных**

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

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

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

1) наличие иммунодефицита (уровень 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.

689. Противопоказания к проведению химиопрофилактики туберкулёза:

1) наличие признаков активного туберкулёза;

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

3) хроническая болезнь почек 4-5 стадии.

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

690. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о ВИЧ-инфекции, мерах неспецифической профилактики ВИЧ-инфекции, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших лиц, необходимостью взятия их на диспансерный учет и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, современных информационных и телекоммуникационных технологий, живых журналов, включая социальные сети, СМС-оповещения, проведением индивидуальной работы, направленной на формирование поведения, менее опасного в отношении заражения ВИЧ.

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

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

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

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

**VII. Профилактика вирусных гепатитов B и C**

695. Вирусный гепатит B (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.

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

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

Перенесенный ГВ оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

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

698. 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.

699. 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 C (далее - ВГС). 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 ГС.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

710. Возможна передача ВГВ в быту посредством совместного использования контаминированных вирусом различных предметов гигиены, в том числе бритвенных и маникюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, ножниц, при этом передача вируса возможна при отсутствии на предметах видимой крови. Инфицирование ВГС в данных случаях происходит крайне редко.

711. К группам риска по гепатиту B и гепатиту C относятся:

медицинский персонал, контактирующий с кровью (ее компонентами);

потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;

лица, занимающиеся проституцией, и их половые партнеры;

лица, практикующие гомосексуальные половые контакты;

лица с несколькими половыми партнерами;

лица, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы.

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.

**Выявление, учет и регистрация больных гепатитом B и гепатитом C**

712. Методом выявления источников ГВ и ГС является обследование контингентов с высоким риском заражения ([приложения 16](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DMS0RN)-[18 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DF40QC)).

713. При выявлении ГВ или ГС 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.

714. Статистическому учету в формах федерального статистического наблюдения подлежат подтвержденные впервые выявленные случаи острого и хронического ГВ и ГС.

**Лабораторная диагностика вирусных гепатитов B и C**

715. Лабораторная диагностика ГВ и ГС проводится иммунохимическим и молекулярно-биологическим методами исследования.

716. Лица, у которых впервые выявлен HBsAg или ДНК ВГВ, должны быть обследованы на наличие анти-HDV IgG (лабораторный маркер гепатита D).

717. 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 могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГС проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV и РНК ВГС.

718. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg и anti-HCV, приведены в [приложениях 16](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DMS0RN) и [17 к настоящим Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DEQ0QB).

719. Лица, у которых выявлены anti-HCV, подлежат обследованию на наличие РНК ВГС или core Ag ВГС (с использованием диагностического набора реагентов, позволяющего выявлять core Ag ВГС в концентрации, эквивалентной 3000 МЕ/мл РНК ВГС и менее).

720. Контингенты, подлежащие обязательному одновременному обследованию на наличие anti-HCV и РНК ВГС, приведены в [приложении 18 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DF40QC).

721. Диагноз ОГС или ХГС подтверждается только при выявлении в сыворотке (плазме) крови РНК ВГС или core Ag ВГС с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов клинико-лабораторных исследований (активность АлАТ, концентрация билирубина, определение размеров печени и других).

722. Подтверждение диагноза должно проводиться в сроки, не превышающие 14 календарных дней, для обеспечения своевременного проведения профилактических, противоэпидемических и лечебных мероприятий.

723. Лица с anti-HCV в сыворотке (плазме) крови при отсутствии у них РНК ВГС или core Ag ВГС подлежат повторному обследованию на наличие anti-HCV и РНК ВГС через 6 месяцев.

724. Диагностика ГС у детей в возрасте до 12 месяцев, рожденных от инфицированных ВГС матерей, проводится в соответствии с настоящими Санитарными правилами.

725. Экспресс-тесты, основанные на определении антител к ВГС 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 медицинских организациях исследование на наличие антител к ВГС с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным дополнительным исследованием сыворотки (плазмы) крови пациента на наличие anti-HCV, а при необходимости - одновременным обследованием на наличие anti-HCV и РНК ВГС классическими иммунохимическими и молекулярно-биологическими методами. Выдача заключения о наличии или отсутствии антител к ВГС 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 ВГС донорской крови;

приемное отделение медицинской организации - при поступлении пациента для экстренных медицинских вмешательств.

726. Для выявления маркеров инфицирования ВГС должны использоваться диагностические препараты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

727. В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования на HBsAg, ДНК ВГВ и РНК вируса гепатита D, anti-HCV и РНК ВГС или core Ag ВГС указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось исследование.

при везикуло-некротической реакции или лимфангите.

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

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

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

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

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

плановая ежегодная туберкулинодиагностика;

периодические флюорографические обследования.

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

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

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

из числа мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев;

проживающим в организациях социального обслуживания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Регистрация и учет случаев туберкулеза**

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

1) граждане Российской Федерации:

лица, больные активной формой туберкулёза;

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

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

лица, находящиеся в контакте с больными туберкулёзом людьми;

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

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

дети с измененными результатами иммунодиагностики туберкулезной инфекции;

дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулёзной вакцины;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

изоляция и лечение больного туберкулёзом;

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

проведение контролируемой химиотерапии или превентивного лечения 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 календарных дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами;

обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

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

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

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

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

для очагов 1 группы - 4 раза в год;

для очагов 2 группы - 2 раза в год;

для очагов 3 группы - 1 раз в год.

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

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

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

разработка совместно с врачом-фтизиатром плана оздоровления очага;

ведение необходимой учетной и отчетной документации;

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

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

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

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

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

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

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

находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с [Порядком диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза](https://docs.cntd.ru/document/554018361#6540IN) (далее - Порядок);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Утвержден [приказом Минздрава России от 13.03.2019 N 127н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н"](https://docs.cntd.ru/document/554018361#7D20K3) (зарегистрирован Минюстом России 19.06.2019, регистрационный номер 54975).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/901789645#7D20K3) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 26, ст.2581; 2018, N 32, ст.5107).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

уничтожение павших животных и продуктов животноводства, кожевенных и меховых производств и других, которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи возбудителя инфекции, осуществляется в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии;

организацию дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге;

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

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

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

**Дезинфекционные мероприятия**

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

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

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

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

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

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

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

1049. Истребительные мероприятия включают следующие этапы:

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

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

организация и проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

контроль эффективности дезинсекционных и дератизационных мероприятий.

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

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

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

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

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

1054. Текущую и заключительную дезинфекцию в стационаре осуществляют в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU).

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

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

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

**Противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях**

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

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

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

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

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

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

1063. При поступлении больных сибирской язвой в МО работа клинико-диагностических лабораторий проводится по утверждённому плану мероприятий в условиях поступления больных с особо опасными инфекционными болезнями (далее - план перепрофилирования) в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU).

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

1065. В случае необходимости использования автоматических анализаторов, разрабатываются рабочие инструкции по правилам безопасной работы и дезинфекции приборов в соответствии с требованиями санитарных правил по безопасности работ с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности). При проведении клинико-диагностических исследований допускается использование тест-полосок (безинструментальный метод). По окончании работ проводится заключительная дезинфекция.

**Захоронение людей, умерших от сибирской язвы**

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

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

1067. 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.

1068. 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 случае отсутствия гроба допускается захоронение трупов людей, завёрнутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпается хлорная известь.

1069. Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от сибирской язвы, производят на обычном кладбище, в общих крематориях в соответствии с правилами захоронения умерших.

1070. 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.

1071. По месту жительства больного (трупа) проводят дезинфекцию предметов, которые могли быть контаминированы возбудителем (сырьё животного происхождения, одежда, обувь, кухонная посуда и другие).

**Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению заболеваний людей сибирской язвой в эпизоотических очагах инфекции**

1072. При выявлении случаев сибирской язвы среди животных организация (специалист), выявившие случаи, подозрительный на заболевание, информируют территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1073. 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).

1074. При взаимодействии с ветеринарными службами, подразделениями МВД России устанавливаются места нахождения больных животных, мяса, мясопродуктов, шкур и другого сырья, полученного после вынужденного убоя, в том числе с вывозом за пределы очага.

1075. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение в течение 8 календарных 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 сибирскую язву медицинская помощь пациентам оказывается в стационарных условиях.

1076. 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 календарных дня.

1077. Лабораторному исследованию на сибирскую язву в эпизоотическом очаге подлежат:

биологический и патологический материал от животных;

продукция и сырье 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).

1078. Исследования материала с целью обнаружения возбудителя сибирской язвы проводятся в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с ПБА II группы патогенности.

1079. Запрещается вывоз (ввоз) за пределы эпидемического очага подозрительных на инфицирование сибирской язвой продуктов животного происхождения. При выявлении факта вывоза (ввоза) органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с другими заинтересованными органами организуют мероприятия по пресечению их реализации.

1080. 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 проводится инструктаж о соблюдении мер биологической безопасности. При отсутствии привитых привлеченным работникам назначается экстренная профилактика и за ними устанавливается медицинское наблюдение.

1081. 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.

**Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению заболеваний людей сибирской язвой на предприятиях, перерабатывающих продукты и сырьё животного происхождения**

1082. Граждане, индивидуальные предприниматели, юридические лица, осуществляющие переработку и реализацию мяса, мясопродуктов, шкур и другого животноводческого сырья, обязаны выполнять санитарно-эпидемиологические требования.

1083. Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на предприятиях по заготовке, хранению и переработке мясной продукции обеспечивается руководителем предприятия.

1084. Руководители и владельцы предприятий по заготовке, переработке и реализации животноводческой продукции и сырья 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.

1085. При обнаружении или установлении факта поступления на мясоперерабатывающее предприятие мяса и мясопродуктов от больных сибирской язвой животных органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, вводят на предприятии ограничительные мероприятия.

1086. При лабораторном подтверждении сибирской язвы заражённые туши животных, внутренние органы, шкуры, иные продукты убоя, а также навоз, контаминированные возбудителем, подлежат уничтожению сжиганием в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии. Проводится дезинфекция помещений, оборудования, спецодежды и других инфицированных объектов в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии.

1087. 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.

1088. Сотрудники предприятий по сбору, хранению, транспортировке, переработке продуктов и сырья животного происхождения и реализации изделий из них обязаны соблюдать правила личной гигиены.

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения сибирской язвы**

1089. В целях предупреждения возникновения и распространения сибирской язвы органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

наблюдение за динамикой и структурой заболеваемости (в том числе постоянное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включающим мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя);

наблюдение за эффективностью проводимых мероприятий;

мониторинг за циркуляцией возбудителя, выявление, учёт, паспортизация и слежение за проявлением активности стационарно неблагополучных пунктов;

составление и актуализация перечня 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;

наблюдение за проведением профилактической вакцинации лицам, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения сибирской язвой.

1090. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках организации мер по обеспечению безопасности сибиреязвенных захоронений:

проводят работы по содержанию в надлежащем санитарном состоянии сибиреязвенных скотомогильников, биотермических ям, отдельных старых захоронений животных, павших от сибирской язвы;

принимает мер по обеззараживанию почвы в местах с достоверно установленными границами захоронений трупов животных, павших от сибирской язвы;

обеспечивают меры к оборудованию достаточного количества убойных пунктов и площадок с целью исключения в населённых пунктах подворного убоя животных без ветеринарно-санитарной экспертизы;

обеспечивают контроль недопущения использования территорий, находящихся в санитарно-защитной зоне сибиреязвенного захоронения, для проведения какой-либо хозяйственной деятельности (в том числе организации пастбищ, пашни, огородов, водопоев, работ, связанных с выемкой и перемещением грунта, строительства жилых, общественных, промышленных или сельскохозяйственных зданий и сооружений);

совместно с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, с территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, а также органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственными ему организациями 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.

1091. Все выявленные стационарно неблагополучные по сибирской язве пункты и расположенные на их территориях почвенные очаги инфекции (в том числе сибиреязвенные захоронения, места падежа, прирезки, случайные захоронения павших от сибирской язвы животных, моровые поля) наносятся территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, на карту местности с обозначением на их места и границ почвенных очагов сибирской язвы, для сибиреязвенных захоронений указываются географические координаты. Копии карт хранятся в журналах учёта эпизоотических очагов.

1092. Территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, 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.

1093. Агромелиоративные, строительные и другие работы, связанные с выемкой и перемещением грунта в границах сибиреязвенных захоронений и прилежащих территорий, проводится при согласовании с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1094. Установление (изменение) размеров зон сибиреязвенных захоронений в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия проводится на основе результатов комплексной оценки эпидемиологической опасности данных объектов, проводимой уполномоченными организациями.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Статья 12 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7DO0KD).

1095. 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 исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии разрабатываются программы (планы) по профилактике сибирской язвы сроком на пять лет, которые утверждаются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. В случае необходимости указанные программы (планы) ежегодно актуализируются.

1096. На угрожаемых территориях в субъектах Российской Федерации формируются эпидемиологические запасы, в том числе резервы медицинских иммунобиологических препаратов, лекарственных, дезинфекционных средств, средств индивидуальной защиты, используемых при ликвидации очагов сибирской язвы.

Эпидемиологический запас должен быть сформирован из расчёта не менее 10% от количества лиц, относящихся к группам риска, проживающих, а также временно работающих, на угрожаемых территориях.

владельцев сельскохозяйственных животных, лиц, занятых уходом за животными;

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

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

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

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

**Выявление, учёт и регистрация**

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

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

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

**Лабораторная диагностика**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1192. На территории субъектов Российской Федерации, где регистрируются случаи бруцеллеза среди животных, органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при участии противочумных учреждений, органов Россельхознадзора в субъекте Российской Федерации, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственных ему организаций, и органов управления здравоохранением в субъекте Российской Федерации должны быть разработаны целевые программы или комплексные планы по профилактике бруцеллёза. Аналогичные планы разрабатываются для административных территорий субъекта.

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

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

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

организовывать проведение предварительных и периодических медицинских осмотров на бруцеллёз персонала.

**Мероприятия в очаге заболевания людей бруцеллёзом**

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

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

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

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

**Эпидемиологическое обследование очага бруцеллёза**

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

1199. Целями эпидемиологического расследования случаев заболевания людей бруцеллёзом являются:

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

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

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

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

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

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

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

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

оценить санитарно-гигиеническое состояние объекта, благоустройство территории, водоснабжение, наличие дезинфицирующих и моющих средств, обустройство бытовых помещений для работников, оборудование скотомогильников, биотермических ям или трупосжигательных печей, наличие уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов, последов;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Если эпидемиологическое обследование проводится в связи с выявлением больных бруцеллёзом животных, результаты проверки оформляются актом (совместно с должностными лицами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии или подведомственных им организаций), в котором следует отразить результаты выполнения противобруцеллёзного режима, состояние профилактики инфицирования возбудителем бруцеллёза работающих, организацию медицинского обследования лиц, контактных с источником и факторами передачи инфекции, а также проверки противоэпидемических мероприятий.

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

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

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

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

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

мониторинг заболеваемости людей бруцеллёзом, территориального распространения и анализ заболеваемости отдельных групп населения (сельского, городского, по возрастным и профессиональным группам и иным показателям);

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 эпизоотической ситуации по бруцеллёзу по материалам, представляемым органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области ветеринарии и подведомственными ему организациями, 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 иных явлений);

разработка тактики специфической профилактики бруцеллёза;

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

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

1205. 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. 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.

**Вакцинация людей против бруцеллёза (специфическая профилактика)**

1206. Профилактические прививки против бруцеллёза входят в календарь прививок по эпидемическим показаниям и проводятся в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

1207. Решение о проведении и объёме профилактической иммунизации людей против бруцеллёза принимается территориальными органами, уполномоченными на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, при согласовании с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения в субъекте Российской Федерации с учётом текущей эпизоотической ситуации и эпидемиологических показаний.

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).*

1208. 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, специалистам в области ветеринарии, зоотехникам в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу.

1209. 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.

1210. 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.

1211. Недопустимо проведение иммунизации людей после контакта (или вероятного контакта) с больными животными или факторами передачи возбудителя бруцеллёза в очагах инфекции.

Иммунизация персонала хозяйств, неблагополучных по бруцеллёзу, вызванному *В. abortus, B. suis, B. canis* не проводится.

1212. Для иммунизации людей против бруцеллёза применяется сухая живая вакцина, изготовленная из вакцинного штамма *B. abortus* 19 BA.

1213. 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.

1214. Предварительно, не более чем за 30 календарных 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).

1215. Вакцинации подлежат лица с чёткими отрицательными иммунологическими (серологическими и аллергологическими) реакциями на бруцеллёз.

1216. 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 (5x6 см и более) повторное аллергологическое обследование этим методом не следует проводить в течение 5 лет.

1217. К работе с инфицированными животными или сырьём люди могут допускаться не ранее чем через 1 месяц после вакцинации.

1218. Поствакцинальный иммунитет сохраняет наивысшую напряжённость в течение 5-6 месяцев. В связи с этим при определении сроков проведения вакцинации в животноводческих хозяйствах необходимо руководствоваться данными о времени проведения различных животноводческих работ (окот, стрижка, профилактические обработки (купка) и другие).

1219. Ревакцинация проводится через 12 месяцев после вакцинации лицам с чёткими отрицательными иммунологическими (серологическими и аллергологическими) реакциями на бруцеллёз.

1220. Прививки против бруцеллёза могут быть достаточно эффективными лишь при одновременном проведении всего комплекса санитарных и ветеринарных мероприятий.

**Профилактические мероприятия по предупреждению заражения людей в эпизоотических очагах бруцеллёза (неспецифическая профилактика)**

1221. При выявлении случаев бруцеллеза среди животных организация (специалист), выявившая случаи, подозрительные на заболевания, информирует территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1222. Руководители животноводческих хозяйств вне зависимости от форм собственности при установлении ограничительных мероприятий (карантина) по бруцеллезу в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии обязаны:

организовать проведение внеочередного медицинского осмотра работников и владельцев животных, включая лабораторное обследование на бруцеллёз для раннего выявления заболевших;

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 также работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований биологической безопасности;

провести инструктаж с работниками, занятыми уходом за поголовьем животных, о соблюдении требований биологической безопасности, необходимости использования средств индивидуальной защиты (СИЗ) для предупреждения заражения бруцеллёзом;

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 другие), своевременную их замену и централизованную стирку;

принять меры по обеспечению работников стационарных животноводческих хозяйств 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 защитной одежды;

обеспечить рабочие места достаточным набором уборочного инвентаря, дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении возбудителя бруцеллёза;

обеспечить выполнение требований по подготовке к вывозу за пределы неблагополучного хозяйства животноводческого сырья (в том числе молоко и мясо) и согласование с органами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического и территориальными органами Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, порядок его использования и переработки.

1223. Уничтожение или обеззараживание и использование молока, молочных продуктов из неблагополучных по бруцеллёзу хозяйств проводится в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии и в соответствии с требованиями Технических регламентов.

1224. При выявлении в индивидуальных хозяйствах положительно реагирующего на бруцеллёз поголовья или больных животных органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор:

уточняют список лиц, занимавшихся уходом за животными, контактировавших с животноводческой продукцией, а также употреблявших продукты животноводства от больного поголовья;

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;

совместно со специалистами в области ветеринарии 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.

1225. Индивидуальным владельцам сельскохозяйственных животных запрещается самостоятельный убой больных и положительно реагирующих на бруцеллёз животных, реализация населению продуктов животноводства (молоко, кисломолочные продукты, мясо, мясные продукты), полученных от таких животных.

1226. Убой больных животных и переработка продуктов убоя, полученных от них, осуществляется в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии.

1227. Транспортные средства, доставившие положительно реагировавших на бруцеллёз животных, после выгрузки скота подвергают сначала дезинфекции, а затем механической очистке и мойке в соответствии с требованиями законодательства в области ветеринарии.

1228. 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.

1229. На предприятии должны быть выделены отдельные складские помещения (холодильные камеры) для хранения сырья до поступления на переработку.

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.

1230. Предприятие должно быть обеспечено необходимым набором бытовых помещений, построенных по типу санитарного пропускника, иметь гардеробные для раздельного хранения личной, санитарной и специальной одежды и обуви персонала, душевые установки, помещения для приёма пищи и курения, укомплектованные аптечки первой медицинской помощи. В цехах принимать пищу и курить запрещается.

Во всех производственных помещениях должны быть водонепроницаемые полы без дефектов с достаточным количеством трапов для удаления смывных вод; стены, выполненные из материалов, устойчивых к мытью и дезинфекции; коврики у входа, пропитанные дезинфицирующим раствором; отдельная водонепроницаемая, поддающаяся обработке моющими и дезинфицирующими средствами тара для сбора субпродуктов с маркировкой "бруцеллёз", а для конфискатов - закрывающаяся водонепроницаемая тара с маркировкой "конфискаты";

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;

транспортные средства, доставившие положительно реагировавших на бруцеллёз животных, после выгрузки скота подвергают сначала дезинфекции, а затем механической очистке и мойке.

1231. Отходы убоя являются биологическими отходами и утилизируются (уничтожаются) в соответствии с законодательством в области ветеринарии.

1232. Руководители мясоперерабатывающего предприятия для предупреждения инфицирования возбудителем бруцеллёза работников должны обеспечить следующие требования:

к приёму, транспортировке и убою положительно реагирующих на бруцеллёз животных, разделке туш и переработке сырья, полученного от них, допускаются работники, 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;

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;

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;

список работников, допущенных к работе по убою, переработке положительного на бруцеллёз поголовья животных, должен быть утвержден приказом руководителя предприятия;

до начала работ с положительно реагирующим на бруцеллёз поголовьем с каждым работником должен быть проведен инструктаж под подпись о необходимости соблюдения техники безопасности, использовании средств индивидуальной защиты и соблюдении гигиенических требований для профилактики профессионального заражения бруцеллёзом;

администрация предприятия обязана обеспечить персонал в достаточном количестве средствами личной гигиены и индивидуальной защиты (в том числе халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеёнчатые фартуки, специальная обувь), моющими и дезинфицирующими средствами;

на предприятиях должна быть организована централизованная дезинфекция, стирка и чистка спецодежды.

1233. Выполнение на предприятии требований биологической безопасности при осуществлении работ по убою животных и переработке сырья, инфицированного возбудителем бруцеллёза, обеспечивается руководителем предприятия.

1234. Организация медицинских осмотров профессиональных контингентов (неспецифическая профилактика):

1) при поступлении на работу лица, подвергающиеся риску заражения бруцеллёзом, проходят предварительный медицинский осмотр 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:

постоянные и временные работники животноводческих, звероводческих хозяйств (ферм), как благополучных, так и неблагополучных по бруцеллёзу;

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 бруцеллёзу любого вида животных;

медицинский, ветеринарный, зоотехнический и другой персонал, работающий с живыми культурами бруцелл или заражённым ими биологическим материалом, с больными и подозрительными на заражение бруцеллёзом животными.

2) 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;

3) при проведении медицинского осмотра 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 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;

4) 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, исследуется в пробирочной реакции Райта и (или) ИФА;

5) больные с клиническими проявлениями, характерными для бруцеллёзной инфекции (поражение опорно-двигательного аппарата, нервной системы, нарушение слуха, зрения, воспалительные заболевания мочеполовой системы и другими), подлежат углублённому медицинскому осмотру с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений (инфекционист, невропатолог, гинеколог, уролог, хирург и другие);

6) 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;

7) уточнение или подтверждение диагноза проводится врачом-инфекционистом в инфекционном стационаре (отделении, больнице) или специализированном противобруцеллёзном отделении;

8) профилактические медицинские осмотры животноводов проводят 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;

9) лица, временно привлекаемые к уходу за животными и к переработке сырья и продуктов животноводства, обследуются через 1-2 месяца после сезонных работ. Контроль полноты охвата этих контингентов проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

10) во время проведения периодических медицинских осмотров и лабораторного обследования медицинские работники проводят разъяснительную работу среди обследуемых контингентов по профилактике бруцеллёза.

регулирование численности городских птиц;

соблюдение требований законодательства в области ветеринарии при ввозе декоративных и сельскохозяйственных птиц в страну из других территорий, их транспортировке, содержании и продажи в птицеводческих хозяйствах, зоомагазинах, зоопарках, осуществление дезинфекции, дератизации и дезинсекции помещений.

1398. Благоустройство населенных пунктов обеспечивается за счет:

недопущения замусоривания территории;

содержания контейнеров по сбору твердых коммунальных отходов, их своевременной очистки и обеззараживания;

выполнение санитарно-эпидемиологических требований по содержанию чердачных помещений.

1399. 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.

1400. Помещения и инвентарь каждые три часа подвергают влажной уборке, а оборудование и полы обрабатывают растворами дезинфицирующих средств, разрешенных для этой цели в соответствии с инструкциями по их применению.

1401. После работы спецодежду (халаты, фартуки, нарукавники) замачивают в растворе дезинфицирующего средства, разрешенного для этой цели в соответствии с инструкцией по применению или кипятят.

1402. 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.

1403. 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). Истребительные мероприятия против эктопаразитов проводят организации, имеющие право на осуществление 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.

1404. Дератизационные мероприятия проводят для снижения численности синантропных грызунов как потенциальных переносчиков возбудителя орнитоза.

**Гигиеническое воспитание населения**

1405. 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 других) с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие формы.

1406. 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 ветеринарии и подведомственные им организации, органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

**XVII. Профилактика коксиеллеза (Лихорадка Ку)**

1407. Коксиеллез (лихорадка Ку) представляет собой природно-очаговую зоонозную болезнь, протекающую с лихорадкой, поражением легких, часто наличием атипичной пневмонии, гепатита или эндокардита, имеющая склонность к затяжному течению.

1408. Диагноз Лихорадка Ку устанавливается с учетом эпидемиологических данных и на основании результатов лабораторных исследований по подтверждению этиологии заболевания.

Эпидемиологическими критериями являются:

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.

Клиническими критериями являются:

лихорадка, общетоксические симптомы, бронхит, специфическая атипичная пневмония, поражение ЦНС и других систем организма. При хронизации инфекционного процесса в том числе развивается эндокардит.

Лабораторными критериями являются:

выявление ДНК возбудителя коксиеллёза методом ПЦР в клиническом материале;

выявление антител класса IgM методом ИФА через 5-7 календарных дней от начала заболевания и выявление антител класса IgG в парной сыворотке;

4-кратное увеличение титра антител класса IgG в парных сыворотках.

1409. 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).

1410. 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.

**Механизмы и факторы передачи возбудителя**

1411. 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.

1412. Инкубационный период при коксиеллезе составляет от 3 до 32 календарных дней, в среднем 1-2 недели. У человека коксиеллез характеризуется полиморфизмом клинической картины, часто подострым и хроническим течением.

1413. Клинически коксиеллез у человека проявляется лихорадкой, другими общетоксическими симптомами, развитием бронхита, специфической атипичной пневмонии, поражением ЦНС и других систем организма. При хронизации инфекционного процесса в том числе развивается эндокардит.

**Выявление, учёт и регистрация**

1414. Лица с подозрением на заболевание коксиеллёзом должны быть госпитализированы в инфекционные или отдельные палаты профильных отделений стационаров по клиническим показаниям.

1415. В случае подозрения на профессиональное заболевание коксиеллёзом медицинский работник МО, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Каждый случай профессионального заболевания коксиеллёзом подлежит расследованию.

1416. При выявлении среди населения трёх и более случаев коксиеллёза, возникших в пределах одного инкубационного периода или на одной территории (групповые заболевания), территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор организует проведение эпидемиологического расследования.

1417. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага коксиеллёза завершается подготовкой акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи.

**Лабораторная диагностика**

1418. Лабораторная диагностика коксиеллёза у людей осуществляется с использованием диагностических препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации.

1419. Серологические исследования, молекулярно-генетические исследования без накопления возбудителя могут быть проведены в бактериологических лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с ПБА 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.

1420. 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.

1421. Во всех случаях выделения культур коксиелл от людей проводят дифференциацию возбудителя до вида.

1422. 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.

1423. 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.

1424. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций.

1425. Выделенные штаммы возбудителя коксиеллёза передают в референс-центр по мониторингу за возбудителями риккетсиозов и национальный центр верификации результатов диагностической деятельности, вьполняющий функции государственной коллекции патогенных бактерий для проведения окончательной идентификации и генетического типирования штаммов возбудителя коксиеллёза и пополнения национального коллекционного фонда штаммов возбудителя коксиеллёза.

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

1426. 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.

1427. Эпидемиологическое расследование и организацию комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий начинают немедленно при получении экстренного извещения о подозрении на коксиеллёз у человека.

1428. 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.

1429. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем заполняют карту эпидемиологического обследования очага, 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.

1430. 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 календарных дней);

взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для лабораторных исследований. Число обследуемых лиц и объем проводимых исследований 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 наблюдения 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.

1431. Лица с повышенной температурой тела и (или) другими признаками инфекционного заболевания среди подвергшихся риску заражения подлежат лабораторному обследованию на коксиеллёз.

Лица с положительными серологическими реакциями на коксиеллёз подлежат повторному серологическому обследованию (в "парных сыворотках") и углублённому клиническому осмотру.

1432. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах коксиеллеза проводят организации, аккредитованные для дезинфекционной деятельности.

1433. Больных коксиеллёзом (подозрительных на заболевание) людей госпитализируют по клиническим показаниям в инфекционные стационары.

После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению врача-инфекциониста 2 раза в год в течение 2 лет.

1434. 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 коксиеллеза.

1435. 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 коксиеллеза.

1436. Мероприятия по предупреждению заражения людей в эпизоотических очагах коксиеллеза:

при выявлении случаев заболевания коксиеллёзом сельскохозяйственных животных органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области ветеринарии информируют об этом руководство органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации.

при выявлении случаев коксиеллёза в животноводческих хозяйствах руководитель органа исполнительной власти в области ветеринарии административной территории совместно с главным государственным санитарным врачом в субъекте Российской Федерации вносят предложения в органы муниципальной власти по защите от заражения коксиеллами людей.

1437. 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 коксиеллёзом, 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.

1438. 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.

1439. 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).

1440. Вывоз пахты и обрата, полученных при изготовлении топленного масла в другие хозяйства запрещается.

1441. Запрещается изготовление брынзы и сыров из овечьего (козьего) молока животных из неблагополучных по коксиеллёзу хозяйств.

1442. 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 в области ветеринарии 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.

1443. Запрещается реализация населению продуктов от животных (молочные продукты, мясо и субпродукты от животных, не прошедшие достаточной термической обработки), положительно реагирующих на коксиеллёз.

1444. На предприятиях, перерабатывающих пищевые 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 санитарно-эпидемиологическими требованиями;

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 коксиеллезом проводят очаговую дезинфекция: текущая и заключительная.

Организацию и проведение дезинфекционных мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей коксиеллезом, должен обеспечить руководитель организаций.

1445. 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.

1446. В эпизоотическом очаге проводятся дератизационные, дезинсекционные и дезинфекционные мероприятия.

1447. В качестве средств дезинфекции, дератизации и дезинсекции используют препараты, зарегистрированные в Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по их применению.

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения коксиеллёза (Лихорадка Ку)**

1448. В целях предупреждения возникновения и распространения коксиеллёза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости коксиеллезом 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 коксиеллезом;

предотвращение распространения инфекции среди людей и формирования эпидемических очагов;

оценка эпидемиологической ситуации и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

улучшение сельскохозяйственных угодий посредством комплекса агротехнических мероприятий (распашка, окультуривание выпасов, пастбищ и иных);

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.

1557. На юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, хозяйствующих субъектов, граждан, руководителей садово-огородных кооперативов возлагается обязанность по:

благоустройству территории организации, участков и прилегающих территорий;

организации и проведению 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.

1558. 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 календарных дней до заезда детей с 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.

1559. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, занимающиеся содержанием сельскохозяйственных животных, индивидуальные владельцы КРС и МРС должны проводить систематические акарицидные обработки поголовья, в том числе через 10 календарных дней от начала выпаса на пастбищах (март-апрель) с максимальным охватом на пике паразитирования клещей (апрель-май).

1560. К уходу за поголовьем при высоких рисках заражения КГЛ дети не допускаются.

**Гигиеническое воспитание населения**

1561. Гигиеническое воспитание населения проводят органы исполнительной и муниципальной власти, медицинские организации и организации, осуществляющие образовательную деятельность, ветеринарная служба, органы и организации, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1562. 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.

1563. 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.

1564. Проводят инструктажи населению из групп риска (особенно владельцам частного скота) перед началом эпидемического сезона и в течение всего эпидемического периода.

1565. Проводят инструктажи о мерах индивидуальной (личной) профилактики среди работников организаций и предприятий, выполняющих различного рода работы в природных биотопах на эндемичной по КГЛ территории.

**XIX. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом**

1566. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом представляет собой 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.

1567. Диагноз ГЛПС устанавливается с учетом эпидемиологических данных и на основании результатов лабораторных исследований по подтверждению этиологии заболевания.

1568. Возбудители ГЛПС входят в область Riboviria, тип Negarnaviricota, подтип Polyploviricotina, класс Ellioviricetes, порядок Bunyavirales, семейство Hantaviridae, подсемейство Mammantavirinae, род Orthohantavirus (Virus Taxonomy: 2018b Release). Хантавирусы относятся ко II группе патогенности (опасности).

1569. Резервуарными хозяевами патогенных для человека хантавирусов являются грызуны из семейств мышиные (Muridae) и хомяковые (Cricetidae).

1570. 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).

1571. 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).

1572. 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).

1573. 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.

**Эпидемиологические аспекты течения инфекции**

1574. Инкубационный период продолжается от 4 до 49 календарных дней (чаще всего от 14 до 21 календарных дня).

1575. При сборе эпидемиологического анамнеза выясняется наличие факторов риска заражения за предшествующий 21 календарный 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.

1576. Перенесённая инфекция оставляет стойкий пожизненный типоспецифический иммунитет.

**Выявление, регистрация и учет больных ГЛПС и лиц с подозрением на заболевание ГЛПС**

1577. Госпитализация больных осуществляется по клиническим показаниям. При обращении за медицинской помощью человека с симптомами ГЛПС, медицинские работники обязаны собрать эпидемиологический анамнез, где устанавливают (с указанием места и времени) наличие данных о посещении природных и антропургических очагов ГЛПС.

1578. При выявлении больного ГЛПС медицинская организация обязана 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.

1579. Отчеты о заболеваниях ГЛПС составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

1580. В случае подозрения на профессиональное заболевание ГЛПС медицинский работник медицинской организации, в котором впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1581. Каждый случай профессионального заболевания ГЛПС подлежит специальному расследованию специалистами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

**Лабораторная диагностика ГЛПС**

1582. Все работы с материалом, подозрительным на содержание хантавирусов, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU).

1583. Лабораторные исследования клинического, секционного и полевого материала, подозрительного на заражение хантавирусами, сопровождающиеся выделением вируса, проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на выполнение работ с использованием ПБА II групп патогенности. Лабораторные исследования клинического, секционного и полевого материала, подозрительного на заражение хантавирусами с использованием иммунологических и молекулярно-генетических методов без накопления возбудителя проводят в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на выполнение работ с использованием ПБА III-IV групп патогенности.

1584. 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.

1585. Для лабораторной диагностики ГЛПС и индикации возбудителей ГЛПС используют иммунологические, молекулярно-генетические и вирусологические методы исследований.

1586. Используемые на этапах первичного исследования материала тест-системы и наборы реагентов должны быть разрешены к применению в Российской Федерации.

1587. 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).

1588. 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 вьщеления хантавирусов. Основным методом специфической лабораторной диагностики ГЛПС у людей является иммунологический.

1589. 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.

1590. 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.

При обследовании больных, с явными клиническими проявлениями ГЛПС и характерным эпиданамнезом, в 1-2% случаев антитела к вирусам-возбудителям ГЛПС не выявляются, что свидетельствует о наличии серонегативных заболеваний.

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).

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.

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.

**Требования к организации и проведению противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в очаге**

1591. Противоэпидемические мероприятия в очаге проводятся по показаниям на основании предписаний должностного лица, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1592. На территориях Российской Федерации, эндемичных по ГЛПС, организацию и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий осуществляют органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья, а также другие заинтересованные организации в части, отнесенной к их компетенции, в рамках комплексных планов по профилактике ГЛПС, утвержденных органом исполнительной власти в субъекте Российской Федерации.

1593. Выявление больного осуществляется на основании обращения за медицинской помощью, клинических и эпидемиологических данных, результатов лабораторного исследования.

**Мероприятия в отношении восприимчивых лиц в эпидемическом очаге**

1594. 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. За лицами, находившимися в одинаковых с больным ГЛПС условиях и подвергавшихся риску инфицирования, медицинские организации устанавливают медицинское наблюдение на срок 21 календарный день. Разобщение не проводится. При профессиональном характере заболевания в круг восприимчивых лиц попадают профессиональные группы работающих.

1595. Проводится серологическое обследование профессиональных групп, лиц, подвергавшихся риску заражения, длительно лихорадящих больных, для выявления больных ГЛПС, а также выборочно населения, проживающего на территории, для выявления субклинических форм инфекции, наличия постинфекционного иммунитета, оценки активности эпидемического процесса на эндемичной территории и циркуляции хантавирусов.

**Мероприятия, направленные на источник инфекции**

1596. При получении экстренного извещения из МО о выявлении случая заболевания ГЛПС или подозрения на заболевание ГЛПС органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов организуют проведение эпидемиологического обследования очага. При проведении эпидемиологического обследования определяют границы очага, путь передачи возбудителя инфекции, уточняют природный биотоп, на территории которого могло произойти заражение, объем санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. При проведении эпизоотологического обследования возникшего эпидемического очага осуществляется обнаружение и отлов грызунов, сбор полевого материала (подстилка нор, пробы кормов, воды). Проводится обследование животных и собранного полевого материала серологическими методами и методом ПЦР.

1597. Истребительная дератизация проводится по показаниям на основании предписаний должностного лица, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

**Мероприятия, направленные на прерывание механизма передачи**

1598. В эпидемических очагах ГЛПС показана заключительная дезинфекция по месту заражения больного (контаминированная пыль, солома, высохшие фекалии и моча животных, предметы обихода, продукты питания, вода).

1599. Проводится информирование органов исполнительной власти о необходимости ограничения посещения гражданами территорий высокого риска заражения ГЛПС.

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения геморрагической лихорадки с почечным синдромом**

1600. В целях предупреждения возникновения и распространения лихорадки с почечным синдромом органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

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;

предупреждение возникновения групповых случаев заболеваний, недопущения формирования тяжелых клинических форм течения инфекции и летальных исходов;

проведение ретроспективного и оперативного анализа заболеваемости;

контроль за активным выявлением медицинскими организациями заболевших ГЛПС из числа больных, с диагнозами, не исключающими данное заболевание, своевременной госпитализацией больных по медицинским показаниям, лабораторным обследованием на ГЛПС;

наблюдение за контингентами, профессионально связанными с риском заражения ГЛПС при вьшолнении работ на территории природных очагов ГЛПС (соблюдение санитарно-гигиенических условий работы и проживания, своевременное проведение дератизационных, дезинфекционных профилактических мероприятий);

проведение серологического мониторинга и изучение иммунной структуры населения к ГЛПС;

выявление и инвентаризацию природных, антропургических и природно-антропургических очагов ГЛПС и прогнозирование их активности;

дифференциация природных очагов ГЛПС на отдельные участки территории по степени риска заражения людей или по величине показателя потенциальной эпидемической опасности;

проведение зоологического обследования стационарных участков кратностью не менее 4 раз в год (один раз в каждый квартал), с целью определения видовой структуры мелких млекопитающих, численности и мест концентрации грызунов - основных источников инфекции, их генеративного состояния и возраста;

анализ эпизоотологйческих данных, полученных при обследовании природных очагов ГЛПС: наблюдение за динамикой численности, генеративным состоянием и уровнем инфицированности основных хозяев хантавирусов;

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;

оценка качества, своевременности и эффективности, осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью оптимизации управленческих решений;

обоснование объемов и сроков проведения профилактических мероприятий.

1601. Ретроспективный эпидемиологический анализ проводится специалистами территориальньк 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.

1602. Оперативный эпидемиологический анализ проводится за определённый промежуток времени на конкретной территории с целью оценки эпидемиологической обстановки, составления прогноза и проведения необходимых 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 необходимых противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на недопущение заражений людей в природных очагах, в бытовых условиях и на производстве.

1719. В целях предупреждения возникновения и распространения лихорадки Зика органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

энтомологический мониторинг за основными переносчиками ВЗ, их численностью, ареалом распространения, инфицированностью;

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

наблюдение 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;

наблюдение за готовностью медицинских и иных организаций к оказанию медицинской помощи больным (подозрительным на заболевание) ЛЗ;

наблюдение за организацией обследования доноров крови, органов и биологических жидкостей от лиц из групп риска по ЛЗ;

оценка своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

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

1720. Специфическая профилактика ЛЗ в настоящий момент отсутствует. 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.

1721. 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.

1722. 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.

1723. 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.

1724. В целях контроля численности переносчиков ВЗ на территориях ареала распространения организуют энтомологический мониторинг.

1725. Мониторинговые точки наблюдения за комарами *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* 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.

1726. Наблюдения за численностью и распространением комаров *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* проводятся 1 раз в 7-10 календарных дней, с даты начала лета имаго комаров в весенний период до окончания их лёта осенью.

1727. Снижение численности переносчиков ВЗ в установленных местах их распространения проводят методами и средствами дезинсекции.

1728. 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.

1729. 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.

1730. 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.

1731. Меры индивидуальной защиты включают ношение одежды, максимально закрывающей тело; использование физических барьеров (использование противокомариных (противомоскитных) сеток), нанесение на кожу или одежду репеллентов.

**Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики лихорадки Зика**

1732. 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.

1733. 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.

**XXII. Профилактика бешенства**

1734. Бешенство (синонимы - гидрофобия, лиссавирусный энцефалит) представляет собой остро протекающую зоонозную особо опасную вирусную инфекцию, передающуюся, главным образом, через укусы теплокровных животных со слюной и проявляющаяся тяжелым поражением центральной нервной системы, проявляющуюся в форме острого энцефаломиелита в том числе приводящего к смерти, в течение 10 календарных дней после появления клинических симптомов болезни.

1735. Диагноз бешенства устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Критерии постановки диагноза.

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

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

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.

1736. 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 календарных дней после появления клинических симптомов болезни при наличии в анамнезе контакта с животными.

1737. 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).

1738. Возбудитель болезни - лиссавирус бешенства (вид: Rabies lyssaviras) и родственные ему виды рода Lyssaviras (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 lyssaviras), европейского лиссавируса летучих мышей 1 типа (European bat 1 lyssaviras), лиссавируса Иркут (Irkut lyssaviras) и западно-кавказского лиссавируса летучих мышей (West Caucasian bat lyssaviras). 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, в том числе вирус арктического бешенства.

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 календарных 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 Российской Федерации имеют основное эпидемиологическое значение.

1739. 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.

1740. К группе риска относятся мужчины трудоспособного возраста, а также пенсионеры и дети, проживающее (пребывающее) в сельской местности.

1741. 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.

1742. Продолжительность инкубационного периода у человека составляет от нескольких дней до нескольких лет (обычно 2-3 месяца, редко более 1 года).

1743. Инфекция у человека проявляется в форме острого энцефаломиелита в том числе приводящего к смерти, в течение 10 календарных 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 календарных дней от начала болезни проводится исследование секционного материала на бешенство (при наличии условий).

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

**Выявление, учет и регистрация**

1744. 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.

1745. При подтверждении диагноза заболевание регистрируют в ежемесячных и ежегодных формах государственного статистического наблюдения.

1746. Лица с подозрением на заболевание бешенством подлежат немедленной госпитализации в отдельной палате инфекционного стационара; допускается госпитализация в неврологическом отделении или ОРИТ.

1747. Медицинский работник проводит сбор эпидемиологического анамнеза, с акцентом на обстоятельства контакта с возможным источником заражения.

1748. 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.

1749. Лиц, подвергшихся риску заражения, специалисты санитарно-эпидемиологической службы направляют к врачу-травматологу (врачу-хирургу) для оказания квалифицированной антирабической помощи.

1750. Регистрация лиц с повреждениями, нанесенными животных, осуществляется работниками медицинских организаций (поликлиник, стационаров) при обращении пострадавших за медицинской помощью. Регистрация ведется в отдельном журнале и электронной базе данных медицинской организации. На каждого пациента заполняется карта обратившегося за антирабической помощью и 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.

**Лабораторная диагностика**

1751. Все работы с материалом, подозрительным на заражение вирусом бешенства, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводят в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU).

1752. 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.

1753. 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).

1754. Из-за особенностей патогенеза бешенства прижизненная лабораторная диагностика менее эффективна, чем посмертная.

1755. Тест-системы, используемые для лабораторной диагностики бешенства, должны быть разрешены к применению.

1756. 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.

1802. 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.*

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

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

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

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

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

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

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

**Выявление, регистрация и учет больных ЛЗН**

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

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

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

**Организация лабораторной диагностики ЛЗН**

1811. Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем ЛЗН, включая забор, транспортировку и подготовку материала для лабораторных исследований, проводят в соответствии с требованиями [главы IV Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#8PS0LU).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дополнительным тестом дифференцирования острого заболевания от перенесенного ранее является определение 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).

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).

1819. Клинический диагноз ЛЗН считают подтвержденным в следующих случаях:

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

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

обнаружения в исследуемых образцах РНК ВЗН;

изоляции вируса Западного Нила.

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

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

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

секционный материал от умерших от ЛЗН;

зоологический и энтомологический материал, в котором выявлена РНК ВЗН.

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

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

1821. По результатам комплексного обследования очага готовятся:

карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (ЛЗН);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости, циркуляции возбудителя ЛЗН;

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

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

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

анализ иммунной прослойки выборочных групп населения;

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

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

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

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

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

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

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

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

оценка эффективности проводимых мероприятий.

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

1828. 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, отнесенной к их компетенции, в рамках комплексных планов по профилактике ЛЗН, утвержденных органом исполнительной власти субъекте Российской Федерации.

**Организация профилактических мероприятий по ЛЗН**

1829. 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.

1830. 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.

1831. 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.

1832. Органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья и медицинскими организациями проводятся:

выявление, 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.

1833. 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.

1834. 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.

1835. 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 территориальных органов Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, ветеринарии, противочумных учреждений и других заинтересованных организаций.

**Гигиеническое воспитание и обучение населения вопросам профилактики**

1836. 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.

1837. 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.

1838. 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.

1839. Для населения, приобретающего лицензии на охоту и рыболовство, информационно-разъяснительную работу проводят органы, выдающие лицензию.

**XXIV. Профилактика острых кишечных инфекций**

1840. Требования настоящей главы Санитарных правил применяются 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.

1841. 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).

1842. В случае отсутствия разделов санитарно-эпидемиологических правил по отдельным нозологическим формам болезней, проявляющихся диарейным синдромом, или в случае отсутствия обнаружения возбудителя (ОКИ с неустановленной этиологией) мероприятия проводятся в соответствии с требованиями настоящей главы Санитарных правил.

1843. 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.

1844. 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 нозологии).

1845. 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.

**Выявление, учет и регистрация**

1846. На всех этапах выявления случаев ОКИ должна проводиться дифференциальная диагностика с патологией, сопровождающейся высокими прогностическими рисками для пострадавших (пневмонии, острая хирургическая и гинекологическая патология, ИБС, фульминантные формы инфекционных заболеваний, энтеральные интоксикации не микробной этиологии и иные). Обоснованные сомнения при дифференциальной диагностике должны трактоваться в пользу нозологии, сопровождающихся более высокими прогностическими рисками для пациента.

1847. Сведения о регистрации случаев заболеваний ОКИ на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

**Лабораторная диагностика**

1848. Лабораторная диагностика ОКИ осуществляется в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания.

1849. Наличие показаний для исследования материала на ПБА I-II группы патогенности подлежит 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.

1850. 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 санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с ПБА I-II группы патогенности.

1851. 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 организаций, обеспечивающих осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора. 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 Российской Федерации медицинских изделий (транспортных систем) и алгоритмов.

1852. 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 организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1853. 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.

1854. В целях определения этиологии ОКИ применяются прямые (культуральные методы, выявление антигенов/токсинов и нуклеиновых кислот патогена) и непрямые (выявление антител) методы диагностики 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.

1855. Диагноз ОКИ устанавливается на основании клинической симптоматики заболевания, результатов лабораторного исследования и эпидемиологических данных.

1856. Верификация конкретных нозологических форм ОКИ должна базироваться на применении соответствующих методов этиологической лабораторной диагностики.

1857. 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).

1858. В эпидемических очагах до 20 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.

1859. При летальных исходах заболеваний исследуются образцы как прижизненно отобранного, так и аутопсийного (нативного или фиксированного) материала, полученные при патологоанатомическом 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.

1860. Патологоанатомический 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.

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

1861. 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.

1862. 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.

При выявлении больных ОКИ в школах, детских дошкольных организациях, организациях отдыха для детей и взрослых, социальных учреждениях (интернатах) своевременное информирование территориальных органов федерального органа исполнительной власти, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивается руководителем организации. Медицинский работник организации, выявивший больного, обязан принять меры по изоляции больного и организации дезинфекции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1863. 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.

1864. 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.

1865. 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.

1866. В случае регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости, эпидемиологическое обследование очага проводят специалисты учреждений, обеспечивающих проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора с составлением карты эпидемиологического обследования 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.

1867. 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.

1868. 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.

1869. Лица с симптомами ОКИ подлежат изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1870. Оказание мед помощи в стационарных условиях у выявленных больных (лиц с подозрением на ОКИ) и носителей возбудителей ОКИ осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям.

1871. 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.

1872. 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.

1873. Осмотр и выявление больных в эпидемических очагах осуществляют врачи клинических специальностей (инфекционисты, терапевты, педиатры и другие).

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

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

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

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

1874. Фактор передачи (выявленный на основании эпидемиологических или лабораторных исследований пищевой продукт или вода) исключают из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

1875. В случае несоответствия качества воды 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.

1876. 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.

1877. 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.

1878. 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).

1879. 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:

организацию необходимых мероприятий на эпидемически значимых объектах, в первую очередь организаций пищевой промышленности, общественного питания, водопользования и других на конкретной территории с 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.

1880. 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 календарного дня после окончания лечения в стационаре или на дому, если в отношении отдельных патогенов санитарно-эпидемиологическими требованиями не предусмотрено иное. При неустановленной этиологии ОКИ пациенты, относящиеся к данной категории, выписываются из стационара при клиническом выздоровлении и допускаются к работе не ранее 3 календарных дней со дня прекращения клинических проявлений острой фазы заболевания (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты).

1881. 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 возбудителей ОКИ (за исключением УПМ), если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены санитарно-эпидемиологическими требованиями.

1882. 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.

1883. 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 лабораторного обследования, проведенного после повторного курса лечения лиц из числа декретированного контингента, за ними устанавливается медицинское наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с 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.

1884. После перенесенного заболевания ОКИ:

дети, обучающиеся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящиеся в летних оздоровительных учреждениях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в течение двух месяцев после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам по пищеблоку.

лица из числа декретированного контингента, переболевшие ОКИ и являющиеся носителями возбудителей ОКИ, не допускаются к работе до получения отрицательных результатов лабораторного обследования.

переболевшие ОКИ дети, посещающие дошкольные образовательные организации, школы-интернаты, летние оздоровительные организации и другие типы учреждений с круглосуточным пребыванием допускаются в коллектив на основании справки о выздоровлении, выданной лечащим врачом.

Забор клинического материала от больного брюшным тифом или паратифами (кровь, кал, моча, желчь и иные) осуществляется в медицинских организациях, выявивших больного в день обращения до начала этиотропного лечения.

При лечении больного брюшным тифом или паратифами на дому забор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций.

В очагах брюшного тифа или паратифов с групповой заболеваемостью забор и лабораторное исследование проб клинического материала от больных (подозрительных на заболевание) брюшным тифом или паратифами осуществляют медицинские работники.

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 федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Объем и перечень клинического материала определяется специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования.

Доставка проб клинического материала в лабораторию с целью установления этиологии заболевания проводится в течение 24 часов после отбора.

В очагах брюшного тифа и (или) паратифов, независимо от числа случаев заболеваний, лабораторному исследованию подлежат все заболевшие.

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 календарных дней.

**Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге**

2028. 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.

2029. Медицинская организация, выявившая больного (подозрительного на заболевние) брюшным тифом, паратифами или бактерионосителя возбудителей этих заболеваний, обязана принять меры по изоляции таких больных в соответствии с законодательством Российской Федерации и направить экстренное извещение о выявленном больном в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При выявлении больного брюшным тифом или паратифами в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях отдыха для взрослых обеспечение своевременного информирования 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 в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2030. 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.

2031. 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 необходимых 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.

2032. 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.

2033. 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.

2034. 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.

2035. Противоэпидемические мероприятия в эпидемических очагах брюшного тифа и (или) паратифов при эпидемическом подъеме заболеваемости должны быть направлены на выявление источника инфекции (изоляция, госпитализация в соответствии с законодательством Российской Федерации), на прерывание путей и факторов передачи инфекции и на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.

2036. Госпитализация больных (лиц с подозрением на брюшной тиф) и носителей возбудителей брюшного тифа осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

По эпидемиологическим показаниям госпитализируются:

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.

2037. 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.

2038. 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.

2039. 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.

2040. Осмотр и выявление больных брюшным тифом или паратифами в эпидемических очагах брюшного тифа и (или) паратифов осуществляется врачом.

2041. 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.

2042. За лицами, подвергшимся заражению, относящимися к декретированным группам населения, детьми, посещающими дошкольные образовательные организации и организации отдыха детей и их оздоровления - медицинское наблюдение дополнительно осуществляется по месту жительства, работы (учебы) или фактического пребывания.

2043. Результаты медицинского наблюдения отражаются в медицинской документации.

2044. Длительность медицинского наблюдения составляет не менее 23 календарных дней при брюшном тифе и не менее 14 календарных дней при паратифах.

2045. В случае подозрения на водный фактор передачи инфекции и (или) несоответствия качества воды (по микробиологическим и (или) паразитологическим показателям), 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, проведению мероприятий лабораторного контроля качества подаваемой воды.

2046. При загрязнении открытых водоемов принимаются меры по их очистке, при необходимости вводятся ограничения на водопользование.

2047. Предполагаемый фактор передачи (инфицированный пищевой продукт или вода) исключается из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

2048. 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.

2049. 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.

2050. 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.

2051. В очагах брюшного тифа и (или) паратифов обязательно проведение профилактической и очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции.

2052. Профилактические дезинфекционные мероприятия в организованных коллективах, а также в организациях пищевой промышленности, общественного питания, объектах торговли, реализующих пищевую продукцию, организациях транспорта для перевозки пищевых продуктов, объектах водоснабжения проводятся в комплексе с другими профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями, осуществляемыми в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к устройству и содержанию этих объектов.

2053. 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.

2054. 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)).

2055. 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 изолирования в соответствии с законодательством Российской Федерации в помещениях, в которых он находился, работниками организации проводится заключительная дезинфекция.

2056. 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 каледнарного дня с момента госпитализации, а лица, не получавшие антибактериальные препараты, не ранее 14 календарных 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 календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных 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 N 030/у](https://docs.cntd.ru/document/420245402#7EG0KH), утверждена [приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н](https://docs.cntd.ru/document/420245402), зарегистрирована Минюстом России 20.02.2015, регистрационный N 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. Допуск к работе осуществляется на основании справки о выздоровлении, выданной медицинской организацией с учетом данных контрольного лабораторного исследования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Пункт 6 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#8QA0M7).

обучающиеся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящиеся в организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях отдыха взрослых, в течение 2 месяцев после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам по пищеблоку.

переболевшие брюшным тифом или паратифами дети, посещающие организации, осуществляющие образовательную деятельность, 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 организациях, осуществляющих образовательную деятельность 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 организациях, осуществляющих образовательную деятельность при выявлении у них бактерионосительства возбудителей брюшного тифа или паратифов не освобождаются от посещения организаций, осуществляющих образовательную образовательной, 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).

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения брюшного тифа и паратифа**

2057. В целях предупреждения возникновения и распространения брюшного тифа и паратифа органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

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

2357. При гепатите А и Е в ряде случаев возможно развитие внепеченочных проявлений: поражение почек (гломерулонефрит), присоединение неврологических симптомов (в том числе синдром Гийена-Барре, плечевые невриты, внутричерепная гипертензия, острый менингоэнцефалит), гематологических нарушений (тромбоцитопения, анемия) и других симптомов.

2358. 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.

**Выявление, учет и регистрация случаев гепатита А и Е**

2359. Сведения о регистрации случаев заболевания вирусными гепатитами А и Е на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

**Лабораторная диагностика**

2360. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов А и Е проводится иммунохимическим (серологическим) и молекулярно-биологическим методами исследования.

2361. Иммунохимическим (серологическим) методом в сыворотке крови определяют наличие антител иммуноглобулинов классов М и G к ВГА (anti-ВГА IgM и anti-ВГА IgG) и к ВГЕ (anti-ВГЕ IgM и anti-ВГЕ IgG).

2362. Молекулярно-биологическим методом определяют рибонуклеиновую кислоту (РНК) ВГА и ВГЕ в сыворотке (плазме) крови и (или) фекалиях.

2363. Лабораторным критерием подтверждения случая гепатита А является обнаружение anti-HAV IgM в сыворотке крови и (или) РНК HAV в сыворотке (плазме) крови и (или) фекалиях.

2364. Лабораторным критерием подтверждения случая ОГЕ является обнаружение anti-ВГЕ IgM и anti-ВГЕ IgG в сыворотке (плазме) крови или выявление РНК ВГЕ в сыворотке (плазме) крови и (или) фекалиях.

2365. Лабораторным критерием подтверждения случая ХГЕ является обнаружение РНК ВГЕ в сыворотке (плазме) крови в течение 3 и более месяцев.

2366. Лабораторная диагностика гепатитов A и E проводится с использованием диагностических препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

2367. В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования на маркеры ВГА и ВГЕ, РНК ВГА или РНК ВГЕ указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось данное исследование.

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

2368. При выявлении больного гепатитом A или E (при подозрении на гепатит A или E) медицинский работник медицинской организации, организации, осуществляющей образовательную деятельность, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организации отдыха детей и их оздоровления, организует проведение комплекса первичных противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию очага и предупреждение заражения окружающих.

2369. Выявляются лица, имевшие контакт с заболевшим в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни, в организациях воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, стационарах, санаториях, производственных, воинских и прочих организациях, а также по месту проживания заболевшего (в том числе в общежитиях, гостиницах), о чем руководители данных организаций ставятся в известность.

2370. Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства определяется специалистами органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2371. 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.

2372. Содержание, объем и продолжительность проведения мер по ликвидации очагов вирусных гепатитов A или E среди населения, на предприятиях, в организациях и организованных коллективах (в том числе детские, воинские коллективы, учебные заведения, санатории, стационары, предприятия общественного питания, объекты торговли, предприятия по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений) определяют специалисты органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на основании результатов эпидемиологического обследования.

2373. 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 организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организациях отдыха детей и их оздоровления, 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.

2374. С целью лабораторного подтверждения потенциальной опасности водных объектов как фактора передачи ВГА в зависимости от конкретной эпидемиологической ситуации молекулярно-биологическим методом определяют РНК ВГА в хозяйственно-бытовых сточных водах, воде поверхностных и подземных источников питьевого водоснабжения, водопроводной воде.

2375. Больные и подозрительные на заболевание вирусными гепатитами A или E подлежат госпитализации в инфекционное отделение.

2376. 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 организаций, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организаций отдыха детей и их оздоровления, других эпидемиологически значимых объектов, а также с детьми, посещающими организации, осуществляющих образовательную деятельность;

обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима;

отсутствия у заболевшего вирусных гепатитов В и С или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем.

2377. Допускается изоляция больных с подозрением на гепатит А или гепатит Е 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.

2378. 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.

2379. 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 В или хронического гепатита С, а также при наличии сопутствующих хронических заболеваний.

2380. Выписка из инфекционного отделения осуществляется по клиническому выздоровлению.

2381. Диспансерное наблюдение за переболевшими осуществляется по месту жительства или лечения. Первый контрольный осмотр проводится не позднее, чем через месяц после выписки из стационара. В дальнейшем сроки наблюдения и объем обследований определяются медицинской организацией.

2382. При выявлении больного вирусным гепатитом A или E медицинский работник (семейный врач, участковый врач, врач-эпидемиолог, другие) организует проведение комплекса первичных противоэпидемических мероприятий, включая текущую и заключительную дезинфекцию, направленных на прерывание путей передачи инфекции и предупреждение заражения окружающих.

2383. 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. Лабораторные исследования объектов внешней среды (в том числе воды, пищевой продукции) проводятся организациями, обеспечивающими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень лабораторных исследований определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

2384. Текущую дезинфекцию в домашних очагах осуществляет лицо, ухаживающее за больным с момента его выявления до госпитализации, а также в случае изоляции его на дому в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2385. 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.

2386. 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 в границах очага, определяемых специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. В течение 35 календарных дней с момента изоляции последнего заболевшего проводится текущая дезинфекция силами сотрудников учреждения, в котором выявлен случай заболевания. Организацию и проведение дезинфекции обеспечивает руководитель данного учреждения.

2387. Заключительная дезинфекция проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых, коллективах военнослужащих по каждому случаю гепатита A или E, а в организациях, осуществляющих образовательную деятельность - при возникновении повторных или групповых случаев заболевания. Текущая дезинфекция проводится силами сотрудников учреждения.

2388. Для заключительной и текущей дезинфекции в эпидемических очагах используют зарегистрированные дезинфицирующие средства, эффективные в отношении возбудителей вирусных гепатитов А и Е. 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 (в том числе нательное, постельное, полотенца).

2389. В случае несоответствия качества воды 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).

2390. 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.

2391. 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 А проводится вакцинация по эпидемическим показаниям.

2392. При проведении мероприятий в очаге вирусного гепатита A или E необходимо обеспечить раннее выявление больных среди контактных лиц (особенно со стертой и безжелтушной формами).

2393. Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением. Длительность наблюдения в очаге гепатита A составляет 35 календарных дней со дня разобщения с источником инфекции. Длительность наблюдения в очаге гепатита E составляет 40 календарных 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.

2394. 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 календарных дней после выявления больного и до введения вакцины против гепатита А.

2395. 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.

2396. 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.

2397. При выявлении больного гепатитом A или гепатитом E в организованном детском коллективе (коллективе военнослужащих), в организации вводится карантин сроком на 35 календарных дней при гепатите A и сроком на 40 календарных 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.

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

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

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

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

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

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

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

2405. За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование (в течение 35 календарных дней при гепатите A и в течение 40 календарных 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2450. Для идентификации вирусов в НЛДП направляются:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2455. При отсутствии в учреждениях, обеспечивающих деятельность территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, собственной лабораторной базы, неудовлетворительных показателях чувствительности эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП осуществляется доставка в РЦ ПОЛИО/ОВП:

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

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

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

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

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

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

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

2459. При выявлении больного проводится забор двух проб фекалий для лабораторного вирусологического исследования с интервалом 24-48 часов. Пробы должны быть отобраны в возможно короткие сроки, но не позднее 14 дня от начала пареза/паралича.

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

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

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

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

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

2465. В целях выявления остаточных параличей проводится осмотр больного ПОЛИО/ОВП через 60 календарных дней от начала паралича/пареза (при условии, если паралич не восстановился ранее). Данные осмотра вносят в медицинскую документацию больного и во 2-ю часть карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП в соответствии с [приложением 23 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DHI0QK).

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

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

2468. Окончательную классификацию случая ПОЛИО/ОВП проводит Национальная комиссия по диагностике ПОЛИО/ОВП на основании анализа и оценки карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП (1-я и 2-я части) и другой (при необходимости) медицинской документации (в том числе история развития ребенка, медицинская карта стационарного больного, результаты лабораторных исследований). Итоги окончательной классификации доводятся до сведения территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, который информирует медицинскую организацию. Результаты окончательной классификации вносят в 3-ю часть карты в соответствии с [приложением 23 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DHI0QK).

2469. Лица, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии национальным календарем профилактических прививок.

2470. Здоровый носитель ДПВ, ПВВП или вакциноподобного полиовируса типа 2 по эпидемическим показаниям (наличие в семье детей, не привитых против полиомиелита, а также лиц, относящихся к декретированным контингентам - медицинские работники, работники торговли, общественного питания, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организаций отдыха детей и их оздоровления) подлежит изоляции в инфекционный стационар в соответствии с законодательством Российской Федерации до получения отрицательного результата лабораторных исследований.

2471. Носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 при его выявлении подлежит трехкратной иммунизации с интервалом между прививками 1 месяц (выбор вакцины (ОПВ/ИПВ) осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией).

2472. Носители ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, посещающие организованные коллективы детей, или относящиеся к декретированному контингенту, не допускаются в коллективы детей и к профессиональной деятельности до получения отрицательного результата лабораторных исследований образцов стула на полиовирус. Взятие материала для проведения вирусологических исследований у таких лиц осуществляется перед введением очередной дозы вакцины ОПВ.

2473. Решение об изоляции носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 и его иммунизации принимает специалист территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2474. В очаге, где выявлен больной с синдромом острого вялого паралича, больной полиомиелитом, носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

2475. Специалист территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения о выявлении больного ПОЛИО/ОВП или носителя ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2 проводит эпидемиологическое расследование, определяет границы эпидемического очага, круг контактных лиц и организует комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2476. Медицинские и другие организации проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге под контролем территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2477. В эпидемическом очаге, где выявлен больной с синдромом ОВП, в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет проводится:

медицинский осмотр врачами - педиатром, неврологом, инфекционистом;

ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 календарных дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;

забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях, предусмотренных [пунктом 2479 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCQ0Q8));

иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в соответствии с конкретной эпидемиологической ситуацией вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита; в случаях, предусмотренных [пунктом 2478 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCM0Q7) иммунизация проводится вакциной ИПВ.

2478. Дети, не привитые против полиомиелита, однократно привитые вакциной ИПВ или имеющие противопоказания к применению вакцины ОПВ, а также не имеющие сведений об иммунизации против полиомиелита, прививаются с учетом с [пункта 2511 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DDQ0QG).

2479. Взятие одной пробы фекалий от детей в возрасте до 5 лет для лабораторного исследования в очаге, где выявлен больной ОВП, проводится в случаях:

позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП (позже 14 дня с момента появления паралича);

неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП (менее 2-х проб стула);

при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий);

при выявлении приоритетных ("горячих") случаев ОВП.

2480. Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет для лабораторного исследования проводится до иммунизации.

2481. Мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включают:

первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);

ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 календарных 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).

2482. Организуется дополнительная иммунизация:

взрослых, включая медицинских работников - однократно;

детей в возрасте до 5 лет - согласно [пунктам 2477](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCI0Q6), [2478 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCM0Q7);

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.

2483. На территории, где был выявлен больной полиомиелитом или носитель ДПВ, ПВВП, вакциноподобного полиовируса типа 2, осуществляется анализ состояния привитости населения против полиомиелита с организацией необходимых дополнительных противоэпидемических и профилактических мероприятий (дополнительных мероприятий по иммунизации).

2484. 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 и обладающих вирулицидными свойствами, в соответствии с инструкцией/методическими указаниями по их применению.

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения полиомиелита и острых вялых параличей**

2485. В целях предупреждения возникновения и распространения ПОЛИО/ОВП органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости;

оценка эффективности проводимых мероприятий.

2486. Чувствительность и качество проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения 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 календарных дней от начала появления паралича) - не менее 80%;

эффективность отбора проб фекалий от больных ПОЛИО/ОВП для вирусологического исследования (забор 2 проб не позднее 14 календарных 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 требованиям законодательства Российской Федерации (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 календарных дней от начала паралича - не менее 90%;

доля больных полиомиелитом, обследованных вирусологически на 60 и 90 календарные дни от начала паралича - не менее 90%;

окончательная классификация случаев ПОЛИО/ОВП через 120 календарных дней от начала паралича - не менее 100%;

своевременность представления ежемесячной информации о заболеваемости ПОЛИО/ОВП (в том числе нулевой) - не менее 100%;

своевременность представления копий карт эпидемиологического расследования случаев заболеваний ПОЛИО/ОВП - не менее 100%;

полнота представления изолятов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий от людей, из объектов окружающей среды - не менее 100%.

2487. 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 требований законодательства Российской Федерации в сфере диагностики, эпидемиологии и профилактики полиомиелита.

2488. План действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации разрабатывают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья совместно с органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и утверждают с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

2489. В субъектах Российской Федерации ежегодно разрабатывается и утверждается план проведения активного эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП.

2490. Документация о подтверждении свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации готовится и представляется субъектом Российской Федерации ежегодно в адрес Координационного центра.

2491. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья 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).

2492. При наличии в субъекте Российской Федерации лабораторий, сохраняющих полиовирусы или работающих с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным полиовирусом, органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, создается Комиссия по контейнменту полиовирусов.

2493. 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.

**Специфическая профилактика полиомиелита**

2494. 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.

2495. Регистрация, учет и отчетность о выполненных профилактических прививках ведется в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями.

2496. 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.

2497. 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, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, врачебных, фельдшерских участков.

2498. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в индивидуальном порядке (отдельным лицам) и (или) группам населения путем проведения дополнительных мероприятий по иммунизации (ДМИ).

2499. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям в индивидуальном порядке проводится:

лицам в очагах полиомиелита и ОВП (в соответствии с [пунктами 2477](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCI0Q6), [2478](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DCM0Q7), [2481](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DD20QA), [2482 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DD60QB));

лицам, выезжающим в эндемичные или неблагополучные по полиомиелиту страны (территории), а также по требованию принимающей стороны. 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 2500 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DE40QM).

2500. 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.

2501. 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 образовательных организациях и общеобразовательных организациях) 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 образовательных организациях и общеобразовательных организациях) 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 образовательных организациях и общеобразовательных организациях) с неудовлетворительным показателем чувствительности эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами (отсутствие выявления ОВП в субъекте на протяжении 2-х лет и более).

2502. 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.

2503. ДМИ на территории субъекта Российской Федерации, на отдельных территориях (районах, городах, населенных пунктах, медицинских организациях, педиатрических участках, фельдшерских пунктах, в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях) проводятся в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяются возраст, подлежащих иммунизации против полиомиелита, сроки, место проведения (в том числе район, город, населенный пункт), порядок и кратность ее проведения.

2504. ДМИ проводятся вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.

2505. При совпадении сроков проведения иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям с возрастом, регламентированным национальным календарем профилактических прививок, иммунизация засчитывается как плановая.

2506. Последующие профилактические прививки против полиомиелита детям проводят в соответствии с возрастом в рамках национального календаря профилактических прививок.

2507. Сведения об иммунизации против полиомиелита по эпидемическим показаниям заносятся в медицинскую документацию.

2508. Дополнительная иммунизация против полиомиелита ОПВ детей групп "риска" проводится независимо от срока прибытия, при выявлении, без проведения предварительного или дополнительного серологического исследования.

2509. Отчет о проведении иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям представляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2510. 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.

2706. Вакцинация против гриппа проводится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2707. При проведении массовой предсезонной вакцинации против гриппа допускается проведение профилактических прививок на дому прививочными бригадами.

**Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ**

2708. Для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРИ используются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории Российской Федерации.

2709. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;

сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период, с применением иммунокоррегирующих препаратов курсами разной продолжительности;

санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.

2710. Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения (в том числе школьников) и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций (медицинские работники, работники торговли, общественного транспорта).

2711. Сезонная профилактика гриппа и ОРИ проводится с целью повышения резистентности организма человека к респираторньм вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

**Гигиеническое воспитание населения**

2712. Гигиеническое воспитание населения проводится сотрудниками медицинских организаций, специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и другими.

2713. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о гриппе и ОРИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

**XXXV. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита**

2714. Корь представляет собой острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме кашлем и (или) насморком, конъюнктивитом, общей интоксикацией, поэтапным высыпанием пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментацией.

2715. Краснуха представляет собой инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме непродолжительной мелкой пятнисто-папулезной сыпью, отсутствием интоксикации, лимфоаденопатией, увеличением заднешейных лимфоузлов, редко - артралгией.

2716. Врожденная краснушная инфекция (далее - ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

2717. Синдром врожденной краснухи (далее - СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз, снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

2718. Эпидемический паротит представляет собой это острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез.

2719. В эпидемиологическом отношении выделяются следующие случаи кори, краснухи и эпидемического паротита:

"Подозрительным" считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных вышеперечисленных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита.

"Подтвержденным" считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как "подозрительный" или "вероятный", после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2720. Этиология. Вирус кори является представителем семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus. Вирусные частицы сферической формы имеют размер 120-250 нм.

Вирус краснухи относится к семейству Togaviridae и является единственным представителем рода Rubivirus.

Как и вирус кори, вирус краснухи серологически монотипичен и его генетическое разнообразие позволяет выделять разные генетические генотипы и варианты.

Вирус эпидемического паротита относится к парамиксовирусам (семейство Paramyxoviridae, род Rubulavirus), антигенно близок к вирусу парагриппа. Возбудитель неустойчив во внешней среде и быстро разрушаются под воздействием различных химических и физических факторов.

2721. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и (или) эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2722. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG).

**Выявление, учет и регистрация больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом**

2723. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой, заполняется карта эпидемиологического расследования в соответствии с формами, приведенными ([приложения 29](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DKA0R0) и [30 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DKG0R1), с указанием эпидемического номера случая). После лабораторной верификации и установления окончательного диагноза заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (далее - РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (далее - ННМЦ). Отчет о мероприятиях в очаге кори направляется в адрес ННМЦ после завершения наблюдения за контактными в течение инкубационного периода от первого дня сыпи последнего заболевшего корью.

2724. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, ежемесячно представляют в РЦ и ННМЦ отчет о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в соответствии с [приложением 31 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DKM0R2).

2725. Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной централизованной информационной системе инфекционных заболеваний (далее - ЦИСИЗ). Ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

2726. Сведения о регистрации случаев заболевания корью, краснухой и эпидемическим паротитом на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

**Лабораторная диагностика кори, краснухи и эпидемического паротита**

2727. Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяются серологический метод. В качестве стандартного теста используется определение иммуноглобулинам класса М (далее - IgM) антител методом иммуноферментного анализа (далее - ИФА). В дополнение к обнаружению антител класса М могут определяться четырехкратное увеличение уровня специфических IgG-антител и молекулярно-генетический метод исследования.

2728. Для диагностики используют тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

2729. Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических IgM антител методом ИФА является основанием для установления (подтверждения) диагноза "корь", "краснуха", "эпидемический паротит".

2730. Исследование на корь и краснуху проводится в вирусологических лабораториях РЦ.

2731. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

2732. Взятие крови для исследований осуществляется на 4-5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10-14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка).

2733. Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и бблее раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза "корь" или "краснуха", "эпидемический паротит".

2734. Молекулярно-генетический метод применяется для определения генотипа возбудителя кори или краснухи для выявления импортированных случаев кори/краснухи и доказательства элиминации этих инфекций в стране, отсутствия циркуляции эндемичных генотипов вирусов кори/краснухи, для чего на 1-3 календарный день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

2735. Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому - медицинскими работниками МО, поставившими диагноз. Оптимальными сроками взятия крови для исследования являются 4-5 календарный день при кори, 6-7 календарный день при краснухе с момента появления сыпи.

2736. Клинические образцы от пациентов с подозрением на корь и краснуху для серологических исследований доставляют в РЦ; для молекулярно-генетических исследований - в ННМЦ.

2737. Сбор, хранение и транспортирование материала для вирусологических, серологических и молекулярно-генетических исследований осуществляется в соответствии с документами по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

**Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита**

2738. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

2739. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь, краснуху или эпидемический паротит.

2740. В инфекционных очагах и в медицинских организациях проводится влажная уборка с использованием моюще-дезинфицирующих средств, разрешенных для применения, по режиму, рекомендованному при вирусных инфекциях, с последующим проветриванием помещения.

2741. При контакте с больным необходимо защищать органы дыхания медицинской маской или респиратором.

2742. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 ч проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори или краснухи, или эпидемического паротита; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

2743. При выявлении очага инфекции в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются вновь и отстраняются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций или привитые до 21 календарного дня.

2744. Источники инфекции - больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) - подлежат госпитализации в случаях:

тяжелого клинического течения заболевания;

независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации) неболевшие и непривитые против этих инфекций.

2745. В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

2746. Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

5 календарных дней с момента появления сыпи при кори;

7 календарных дней с момента появления сыпи при краснухе;

9 календарных дней - при эпидемическом паротите.

2747. Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

2748. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию.

2749. Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2-4 недели.

2750. 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.

2751. В дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, 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.

2752. В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

2753. 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.

2754. 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 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

2755. 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.

2756. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

2757. 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 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный (далее - иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению.

2758. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, дата выпуска, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

2759. 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 Санитарных правилах.

2760. 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.

2761. 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.

2762. 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.

2763. 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 календарных 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.

2764. В случае, если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10-14 календарных дней.

2765. 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.

2766. Если при повторном обследовании выявлены специфические IgM-антитела, при отсутствии антител IgG, то через 10-14 календарных 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.

2767. 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 календарных 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.

**Специфическая профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита**

2768. Основным методом защиты населения от кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика.

2769. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2770. 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).

2771. Для иммунизации применяются ИЛП, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации согласно инструкциям по их применению.

2772. 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.

2773. 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%;

2774. Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы федерального государственного наблюдения: форма N 5 "Сведения о профилактических прививках" (месячная, годовая) и форма N 6 "Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний" (годовая).

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения кори, краснухи и эпидемического паротита**

2775. В целях предупреждения возникновения и распространения кори, краснухи и эпидемического паротита органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

поиск возможных случаев кори среди пациентов с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

проведение исследования напряженности иммунитета у привитых лиц.

иммунизация выявленных по результатам серологического мониторинга не иммунные к кори или краснухе, или эпидемическому паротиту лица.

оценка эффективности проводимых мероприятий.

**Реализация мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи в Российской Федерации**

2776. В субъектах Российской Федерации разрабатывается и утверждается План мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи (далее - План) с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

2777. 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.

2778. В период реализации мероприятий по элиминации кори и краснухи в субъектах Российской Федерации готовится и представляется ежегодно документация о статусе элиминации кори и краснухи в субъекте Российской Федерации (по подтверждению статуса субъекта Российской Федерации как территории, свободной от эндемичной кори и краснухи).

2779. 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.

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.

2996. Инкубационный период при менингококковой инфекции составляет от 1 до 10 календарных дней, в среднем до 4 календарных дня.

**Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом**

2997. 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 Санитарных правил](https://docs.cntd.ru/document/573660140#7DI0K9).

2998. Выявление больных острым назофарингитом менингококковой этиологии осуществляется в очаге с целью проведения лечения. Больные острым назофарингитом в очаге ГФМИ регистрации и учету не подлежат.

2999. Сведения о регистрации случаев ГФМИ на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения.

3000. В территориальных органах 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

**Лабораторная диагностика ГФМИ**

3001. 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.

3002. 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.

3003. 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.

3004. 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 срок не более 20 минут установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.

3005. Молекулярно-генетическое исследование по выявлению специфических фрагментов ДНК менингококка в клиническом материале (в том числе ликворе) осуществляют лаборатории, оснащенные для проведения такого рода исследований.

Применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 N 1416 "Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий"](https://docs.cntd.ru/document/902390883#7D20K3) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 1, ст.14; 2018, N 24, ст.3523) (далее - постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 N 1416); [приказ Минздрава России от 06.06.2012 N 4н "Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий"](https://docs.cntd.ru/document/902353334) (зарегистрировано Минюстом России 09.07.2012, регистрационный N 24852), с изменением, внесенным [приказом Минздрава России от 25.09.2014 N 557н](https://docs.cntd.ru/document/420231406) (зарегистрирован Минюстом России 17.12.2014, регистрационный N 35201) (далее - приказ Минздрава России от 06.06.2012 N 4н).

3006. 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.

3007. 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 N 1416](https://docs.cntd.ru/document/902390883#7D20K3); [приказ Минздрава России от 06.06.2012 N 4н](https://docs.cntd.ru/document/902353334).

3008. РПГА является ретроспективным вспомогательным методом, позволяющим увеличить процент лабораторного подтверждения ГФМИ.

3009. 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 отношений 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 календарных дней (метод парных сывороток) в РПГА;

выявление ДНК менингококка с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь, аутопсийный материал).

**Мероприятия в очаге ГФМИ**

3010. 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.

3011. В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ (в том числе, лица, проживающие в одной квартире с заболевшим, соседи по квартире или комнате общежития, обучающиеся и работники организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещал заболевший, иные лица на основании результатов эпидемиологического расследования).

3012. В очаге ГФМИ медицинский работник проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.

3013. При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ, медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию инфекционного профиля.

3014. О результатах лабораторного исследования биологического материала от больного ГФМИ по этиологической расшифровке этого заболевания и о результатах серогруппирования менингококка 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).

3015. Выявленные лица с признаками острого назофарингита госпитализируются по эпидемическим показаниям.

3016. 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 календарных дней. На период карантина медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в организации отдыха детей и их оздоравления 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).

3017. Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний ([приложение 33 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DLS0RA)).

3018. 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.

3019. В период эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией в очагах ГФМИ экстренная иммунопрофилактика проводится без установления серогруппы возбудителя многокомпонентными вакцинами.

3020. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях с круглосуточным пребыванием детей; в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, организациях отдыха детей и их оздоровления, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность 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.

3021. В очаге ГФМИ после госпитализаций больного или подозрительного на ГФМИ заключительная дезинфекция не проводится.

3022. 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).

3023. Выписку из стационара реконвалёсцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность, осуществляют после полного клинического выздоровления.

**Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения менингококковой инфекцией**

3024. В целях предупреждения возникновения и распространения менингококковой инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг эпидемиологической ситуации (заболеваемости, летальности, очаговости);

анализ структуры заболеваемости (возрастной и контингентов заболевших);

мониторинг циркуляции возбудителей, выделяемых от больных ГФМИ, их серогрупповой принадлежностью;

оценку организации и проведения профилактических прививок;

оценка своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

своевременное принятие управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

**Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции в межэпидемический период и при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией**

3025. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/901717430); [приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"](https://docs.cntd.ru/document/499086215) (зарегистрирован Минюстом России 25.04.2014, регистрационный N 32115), с изменениями, внесенными [приказами Минздрава России от 16.06.2016 N 370н](https://docs.cntd.ru/document/420364023) (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный N 42728), [от 13.04.2017 N 175н](https://docs.cntd.ru/document/456064369) (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный N 46745) (далее - [приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н](https://docs.cntd.ru/document/499086215)).

3026. 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.

3027. Вакцинации в межэпидемический период в плановом порядке подлежат лица из групп высокого риска инфицирования, а также по эпидемическим показаниям - лица, контактировавшие с больным в очагах ГФМИ.

3028. Предпосылками 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 организациях и общеобразовательных организациях, среди студентов первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (в том числе 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.

3029. 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.

3030. 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).

3031. Вакцинация при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией проводится по решению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"](https://docs.cntd.ru/document/901729631#7D20K3); [Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/901717430); [приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н](https://docs.cntd.ru/document/499086215).

3032. Планирование, организация, проведение, полнота охвата профилактическими прививками, достоверность учета и своевременность отчетности о профилактических прививках обеспечиваются руководителями (администрацией) медицинских организаций.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/901717430); [СП 3.3.2367-08 от 04.06.2008 N 34](https://docs.cntd.ru/document/902107048#6540IN).

**Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции**

3033. 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.

3034. 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.

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, объектах торговли, реализующих пищевую продукцию, 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.

**Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки**

3308. Основными гельминтозами, передающимися через рыбу, ракообразных, моллюсков и продукты их переработки, являются описторхозы, дифиллоботриозы, анизакидоз, спарганоз, нанофиетоз, метагонимоз, парагонимоз.

3309. 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 желчевыводяших 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.

3310. 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.

3311. 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).

3312. Профилактические мероприятия проводят комплексно медицинские сотрудники, специалисты в области ветеринарии и 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 [Водного кодекса](https://docs.cntd.ru/document/901982862). Профилактику заражения людей осуществляют путем проведения ВСЭ, санитарно-паразитологического контроля в рыбоперерабатывающих и торговых организациях, предприятиях общепита.

3313. 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.

3314. 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.

3315. 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.

3316. При выявлении больного биогельминтозами или лиц с подозрением на заболевание работники медицинских организаций информируют территориальные органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3317. 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.

**Мероприятия по профилактике эхинококкозов**

3318. 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.

3319. 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 другие). 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 иные). 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.

3320. 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.

3321. 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.

3322. Объектами санитарно-гельминтологических исследований являются места содержания собак, животноводческие хозяйства, а также домовладения.

3323. Предупреждение заражения человека и сельскохозяйственных животных включает:

обеспечение дегельминтизации приотарных, оленегонных, ездовых и других собак на территории городов и поселков;

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.

3324. Группы риска заражения возбудителем эхинококкозов (охотники, чабаны, оленеводы, пастухи, работники звероферм, животноводческих хозяйств, зоопарков, заготовители пушнины, работники меховых мастерских, специалисты в области ветеринарии, 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.

3325. На территориях, эндемичных по эхинококкозам, при плановых медицинских осмотрах лабораторному и инструментальному обследованию подлежит население старше 3 лет.

**Мероприятия по профилактике дирофиляриоза**

3326. Дирофиляриозы водят в группу филяриатозов и являются единственными в умеренном климате гельминтозами 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.

3327. 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.

3328. 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.

3329. В очагах дирофиляриоза проводят сплошную обработку водоемов - деларвацию, жилые и нежилые помещения обрабатывают инсектицидами.

3330. Обследование и дегельминтизация инвазированных домашних собак и кошек проводят в весенне-летний период. Неинвазированным собакам в эндемичной зоне для предотвращения заболевания дирофиляриозом проводят химиопрофилактику.

3331. Для предотвращения контакта домашних животных и человека с комарами применяют репелленты длительного действия.

3332. Разъяснительную работу с населением о профилактике дирофиляриоза проводят медицинские работники с использованием средств массовой информации.

**Мероприятия по профилактике геогельминтозов (аскаридоз, трихоцефалез, токсокароз)**

3333. Геогельминтозы представляют собой 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*).

3334. 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.

3335. Очаги аскаридоза, трихоцефалеза различают по степени их экстенсивности, определяемой уровнем пораженности населения и числом микроочагов.

3336. Руководители организаций, занимающиеся выращиванием и реализацией овощей, фруктов, зелени и продуктов их переработки, обеспечивают безопасность выпускаемой продукции по санитарно-паразитологическим показателям.

3337. 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 календарных дней после дегельминтизации, трехкратно с интервалом 7-10 календарных 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, жидких бытовых отходов;

запрещение применения необезвреженных 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).

3338. Решение по проведению дезинвазии объектов и объему мероприятий по оздоровлению очага принимают территориальные органы Роспотребнадзора.

3339. 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 качеством дезинвазии сточных вод и их осадков, применяемых для орошения или производства агрохимикатов (органических удобрений);

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.

**Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза**

3340. Группа контагиозных антропонозных гельминтозов. Возбудителем энтеробиоза является *Enterobius vermicularis*, гименолепидоза - *Hymenolepis nana*. Распространены повсеместно, особенно в регионах 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 том числе 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 календарных дней. Яйца возбудителя гименолепидоза сохраняют жизнеспособность на предметах обихода 60-70 часов, в воде до 1 месяца, 3 часа на зелени и овощах. При температуре плюс 22-28°С 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, нередко протекает бессимптомно. Для энтеробиоза характерен перианальный зуд. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений, эпидемиологического анамнеза (выявление факта заболевания гельминтозом у членов семьи, других детей в школе или детском саду), обнаружения яиц остриц в материале из перианальных складок и яиц карликового цепня в фекалиях при исследовании методами седиментации, флотации.

3341. 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 других 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.

3342. 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).

3343. Обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат:

воспитанники дошкольных образовательных организаций;

работники дошкольных образовательных организаций;

учащиеся 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 образовательные организации, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 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.

3344. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в дошкольных образовательных организациях и 1-4 классах общеобразовательных организаций проводятся 1 раз в год (после летнего периода) и (или) по эпидемиологическим показаниям.

3345. Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат декретированные группы населения - один раз в год.

3346. 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.

3347. Дезинвация поверхностей, предметов и объектов окружающей среды осуществляется различными способами согласно [приложению 35 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DM40RC). По завершению дезинвазионных мероприятий проводятся санитарно-паразитологические исследования, по результатам которых выносится решение о необходимости дополнительных противоэпидемических мероприятий.

3348. При выявлении больных энтеробиозом или гименолепидозом в организованных коллективах первичные меры (организация дезинвазионных мероприятий) проводят медицинские работники учреждения или его администрация.

3349. 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.

3350. Лица, инвазированные острицами и карликовым цепнем, подлежат лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям).

3351. 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.

3352. Дети, инвазированные острицами и карликовым цепнем, не допускаются в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

3353. Контрольное обследование больных энтеробиозом проводят 3-кратно с интервалом в 1-2 календарных дня. Первое контрольное обследование проводят через 6-7 календарных дней после окончания курса лечения. Первое контрольное обследование больных гименолепидозом проводят через две недели после лечения, а затем ежемесячно в течение 6 месяцев.

3354. При плановых профилактических обследованиях детей на энтеробиоз в организованных коллективах в случае выявления 10% и более инвазированных острицами на период лечения из детского коллектива не отстраняют. Химиопрофилактику при наличии информированного согласия проводят одновременно всем детям и персоналу препаратами, разрешенными для этих целей в соответствии с инструкцией на препарат.

3563. 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.

3564. Текущие уборки в МО неинфекционного профиля, кроме помещений с асептическим режимом, проводят с применением моющих средств (без использования дезинфицирующих средств). Текущие уборки в МО проводятся не реже 2 раз в день. 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.

3565. В операционных между операциями проводят текущую дезинфекцию рабочих поверхностей с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

3566. 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.

3567. 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 применяется в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и иные), где использование 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 жидкие препараты лечебно-профилактических бактериофагов, зарегистрированные на территории Российской Федерации.

Перед дезинфекцией с использованием бактериофага проводят предварительное изучение его литическои активности и оценка чувствительности к нему конкретного вида бактерий.

3568. 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.

3569. 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).

3570. 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.

3571. При текущей очаговой дезинфекции медицинский персонал проводит гигиеническую обработку рук, полную или частичная обработку кожных покровов пациента.

3572. 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.

3573. 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, орошения или аэрозольным методом с применением генераторов аэрозолей. 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.

3574. 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 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.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в санитарных правилах, а также в инструкциях по применению дезинфекционных средств и руководствах по эксплуатации оборудования, предназначенного для обеззараживания воздуха в помещениях.

3575. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

3576. Хранение дезинфицирующих средств допускается в специально отведенных местах, соответствующих обязательным требованиям, в оригинальной упаковке изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Не допускается использование дезинфицирующих средств с истекшим сроком годности.

3577. 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.

3578. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий.

3579. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

3580. 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.

3581. 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.

3582. Изделия однократного применения утилизируют в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиям к обращению с медицинскими отходами

3583. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

3584. 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.

3585. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

3586. Для предотвращения контаминации возбудителями ИСМП дезинфицирующих растворов их многократное использование для дезинфекции медицинских изделий допускается в течение рабочей смены, если их внешний вид не изменился (включая мутность, хлопья, осадок, изменение цвета) вне зависимости от наличия рекомендаций по срокам использования рабочих растворов дезинфицирующих средств, указанных в инструкциях по их применению.

3587. 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.

3588. 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.

3589. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

3590. 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.

3591. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

3592. Критерием качества поведенной дезинфекции является отсутствие высева санитарно-показательных микроорганизмов (золотистый стафилококк и бактерии группы кишечной палочки) в смывах с поверхностей и каналов изделий.

3593. 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.

3594. 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.

3595. 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.

3596. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО), при его отсутствии - по месту проведения манипуляций.

3597. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб (разрешенных к применению) 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 инструкциями по применению конкретных средств.

3598. 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.

3599. 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.

3600. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускают в стерильном виде предприятиями-изготовителями.

3601. Запрещается повторное использование изделий однократного применения или использование их после истечения срока годности, указанного производителем.

3602. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии - в отделениях МО.

При соблюдении требований к стерильности медицинских изделий и обеспечению эпидемиологической безопасности процессов транспортировки медицинских изделий до и после обработки допускается привлечение для проведения стерилизации медицинских изделий сторонних организаций (аутсорсинг), осуществляющих стерилизацию медицинских изделий в ЦСО с полным циклом обработки медицинских изделий, оборудованном в соответствии с требованиями санитарных правил и имеющем достаточные производственные мощности.

3603. Стерилизацию медицинских изделий осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор необходимого метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

**Физические методы стерилизации**

Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационнои очистки) высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов для стерилизации воздушным методом запрещается.

3604. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, обладающих спороцидной активностью, в том числе применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать иные доступные методы стерилизации. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, обладающих спороцидным действием.

Не применяют для этих целей средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (КПАВ): четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, третичные амины, фенолы и спирты, так как они не обладают спороцидным действием.

3605. Для стерилизации медицинских изделий многократного применения и ДВУ эндоскопов используют рабочие растворы химических средств стерилизации со следующим содержанием ДВ:

глутаровый альдегид - не менее 2,0%;

ортофталевый альдегид - не менее 0,55%;

перекись водорода - не менее 6%;

надуксусная кислота - не менее 0,2%.

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

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

При стерилизации химическим методом с применением растворов химических стерилизующих средств, 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 календарных дней.

3606. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению средства. Перед стерилизацией газовым методом, после предстерилизационной очистки, с изделий удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям (руководствам) по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники и других термолабильных изделий пароформалиновых камер и озоновых стерилизаторов.

3607. Химическим методом с применением паров перекиси водорода в специально предназначенных, в том числе плазменных, стерилизаторах стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

3608. В стоматологических МО (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Запрещается использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

3609. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

3610. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

3611. При паровом, воздушном, газовом методах, а также при использовании паров перекиси водорода изделия стерилизуют в упакованном виде, используя упаковочные материалы в соответствии с инструкцией по применению (однократно или многократно). Сроки хранения определяется видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

3612. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, а также фильтрами, у которых исчерпан ресурс по допустимой кратности применения или истек срок годности.

3613. Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки; плотность заполнения коробки - 2/3 объема. Стерилизационные коробки с ватой не следует ставить вблизи двери стерилизатора и зоны подачи пара.

3614. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить после их полного остывания. На коробках указывают дату стерилизации.

3615. Для доставки в отделения упаковки со стерильными изделиями необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки), предотвращающую загрязнение и механическое повреждение при транспортировке. Преимущество следует отдавать закрытым контейнерам.

3616. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок, в том числе стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

3617. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

стерилизации изделий растворами химических средств;

при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, необходимо сразу использовать по назначению, перенос их из кабинета в кабинет запрещается. Не допускается хранение неупакованных простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

3618. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению бактерицидных камерах, оснащенных ультрафиолетовыми бактерицидными лампами в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

3619. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные, перевязочные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время вскрытия.

3620. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий, а также использовать медицинскую мебель со встроенными ультрафиолетовыми лампами.

3621. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, медицинской шапочке, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают не более чем на 6 часов, при этом, все инструменты должны быть полностью покрыты стерильной тканью.

3622. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

3623. Не допускается использование медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

3624. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя. Запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте.

3625. Флаконы с растворами для парентерального введения перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки протирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используют не более 6 часов с момента вскрытия, если иное не предусмотрено интрукцией к препарату.

3626. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

3627. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

3628. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и бактериологическим методами:

физическим - с использованием контрольно-измерительных приборов;

химическим - с использованием химических индикаторов;

бактериологическим - с использованием биологических индикаторов.

3629. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

3630. Эффективность работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах в сочетании с удовлетворительными результатами контроля физическим и химическим методами.

3631. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

3632. Стерильность медицинских изделий оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Критерием эффективности является 100% гибель микроорганизмов всех видов.

3633. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения - не реже 1 раза в полгода. В соответствии с правилами внутреннего распорядка (локальными нормативными актами) или СОП кратность может быть увеличена (1 раз в месяц или 1 раз в квартал).

3634. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах.

3635. Эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высокоинформативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику (эндоскопическое обследование) и лечение (эндоскопическая манипуляция, в том числе эндоскопическое оперативное вмешательство) различных заболеваний.

3636. Эндоскопические вмешательства выполняются с использованием эндоскопического оборудования, в том числе эндоскопов и инструментов к ним самостоятельно или в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем).

3637. Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками и (или) проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств.

3638. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие Собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути).

3639. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, стерильные полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевой пузырь) через естественные пути.

3640. При дезинфекции высокого уровня (далее - ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов проводится ручным способом или механизированным способом в моюще-дезинфицирующей машине (далее - МДМ).

3887. Постельное белье меняют каждые 3 календарных 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.

**Палаты новорожденных**

3888. Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 календарных дней.

3889. 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.

3890. Все медицинские изделия многоразового использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и иные), подлежат дезинфекции и стерилизации.

3891. 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.

3892. Для новорожденных используют лекарственные формы в мелкой расфасовке и (или) однократного применения.

3893. При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) применяется одноразовый инструмент.

3894. Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.

3895. 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.

3896. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляют в отдельных помещениях.

3897. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3898. В акушерских стационарах предусматривают молочную комнату для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей, состоящую не менее чем из трех помещений: а именно, для сбора и подготовки посуды, для стерилизации посуды и для приготовления смесей. Сбор и дезинфекция использованной посуды, бутылочек должны проводиться в специально выделенном помещении. Помещения должны быть оборудованы раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для мытья рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие, но 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 запрещается.

3899. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют соответствующим образом оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока.

3900. Емкости для сбора грудного молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают. Сетки для молочной посуды обеззараживают методом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, разрешенного к применению для обеззараживания столовой посуды.

3901. Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.

3902. Условия допуска матерей к сбору грудного молока, его хранению, требования к посуде, расходным материалам для сбора и хранения грудного молока, подготовка матерей к процедуре сцеживания, закладка на хранение, кормление новорожденного, подготовка и кормлению сцеженным молоком, действия медицинского персонала, помогающего матерям и контролирующим процесс сбора и хранения молока должны соответствовать инструкции, утвержденной руководителем МО. Инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации продукта и максимальное сохранение пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

3903. Для сцеживания грудного молока матерям выдают стерильную посуду.

3904. Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, имеющей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме.

3905. Закрытые емкости с грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре (4±2)°С не более 24 часов от момента сцеживания. Емкости с грудным молоком маркируются с указанием данных женщины, даты и временем сбора молока. 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.

3906. Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, под контролем медицинского работника допускается дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными до (4±2)°С новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в день) от момента сцеживания первой порции в течение не более чем 24 часов. Кратность добавления молока в одну и ту же емкость - не более 5 раз за 24 часа.

3907. 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.

3908. 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.

3909. Для медленного размораживания сцеженного грудного молока следует поместить емкости с замороженным молоком в холодильник (при температуре 4±2°С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40°С) на 20 мин.

3910. Для быстрого размораживания сцеженного грудного молока емкость с замороженным молоком можно сразу поставить в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40°С).

3911. Размороженное и подогретое молоко следует сразу употребить для кормления ребенка. Размороженное и подогретое молоко запрещено хранить при комнатной температуре более 2-х часов. Не подвергавшееся подогреванию размороженное в холодильнике грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре 4±2°С но не более 24 часов от момента размораживания. Неиспользованное в течение 24 часов от момента размораживания для кормления ребенка размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3912. В случае необходимости отсроченного (более чем 24 часов с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления ребенка. Допускается хранить не подвергшееся подогреванию размороженное грудное молоко в холодильнике при температуре (4±2)°С не более 24 часов от момента размораживания, неиспользованное размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3913. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделения реанимации и иные), собранное грудное молоко может быть подвергнуто пастеризации.

3914. Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования порционно под заказ, закрывают 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.

3915. Пастеризованное молоко, молочные смеси используются для новорожденных по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть в индивидуальной стерильной разовой расфасовке.

3916. 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.

3917. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствие с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат. Показаниями к приему беременных и рожениц являются:

лихорадочное состояние (температура тела 37,6°С 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 другие);

острые респираторные заболевания (грипп, ангина и другие);

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).

3918. 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°С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6°С), продолжающуюся более 24 часов.

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).

3919. 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.

3920. Новорожденных с ИСМП и ВУИ переводят в детский стационар или перинатальный центр.

3921. В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3922. В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

3923. 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.

3924. 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.

3925. 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.

3926. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивают проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео-, эпизиотомия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производят только по жизненным показаниям.

3927. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра должны иметь самостоятельный набор помещений, изолированный от родовспомогательных и других отделений.

3928. 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. Преимущественно применяется педальное управление кувезом.

Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривают пеленальный стол, оборудованный матрасом 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.

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.

3929. В акушерском стационаре систематически проводят дезинфекционные мероприятия, при этом обработка кувезов проводится в следующем порядке.

3930. Дезинфекцию кувезов осуществляют дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

3931. Для дезинфекции кувезов не допускают применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

3932. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезовс целью профилактики ИСМП осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

3933. 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. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

3934. Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

3935. 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.

3936. 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.

3937. 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.

3938. По окончании обработки, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

**Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) инфекционного профиля**

3939. Здания стационаров инфекционного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки.

3940. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

3941. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение инфекционных отделений в одном здании с другими отделениями.

3942. Инфекционные стационары (отделения) в составе многопрофильных больниц должны иметь отдельное приемное отделение.

3943. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями.

3944. На территории медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях по профилю "Инфекционные болезни", "Фтизиатрия" не допускается размещение объектов, организаций, функционально не связанных с осуществлением лечебно-диагностического процесса и обеспечением деятельности данной медицинской организации.

3945. При строительстве новых инфекционных стационаров (отделений) или реконструкции действующих следует все отделения предусматривать боксированными. В акушерских отделениях инфекционного профиля должны быть оборудованы родовые боксы.

3946. На выезде из "грязной" зоны территории инфекционного стационара (корпуса) предусматривается площадка или помещение для дезинфекции санитарного транспорта.

3947. 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 N", "место дезинфекции транспорта".

3948. Графики движения больных, персонала, транспорта, особенно связанных с "грязными" маршрутами, предусматривают максимально короткими.

3949. 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.

3950. Выписываемый (здоровый) пациент из боксов должен выходить в "чистую" зону.

3951. Доставка пищи из пищеблока, белья из прачечной в инфекционный стационар (отделение) должна быть организована по поверхности территории больницы. Соединение корпусов тоннелями не допускается.

3952. Въезд на хозяйственный двор стационара должен быть обособлен от въезда больных в приемное отделение и проходить в стороне от лечебных корпусов.

3953. 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.

4114. Дезинфекционное отделение (далее - дезотделение) предназначены для:

централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств;

камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря;

дезинфекционной обработки кроватей (для вновь строящихся зданий по заданию на проектирование);

комплектования уборочных тележек;

стирки мопов.

Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: "грязную", где ведутся работы с инфицированными и потенциально инфицированными вещами и больничным текстилем, и "чистую", где работают с обеззараженными вещами и больничным текстилем, и иметь два самостоятельных входа - один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой - для приема инфицированных вещей. Дезотделения размещают в нижних этажах, в том числе подземных.

Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

Станции обработки кроватей предусматривают для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, мойка и дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции производят в "грязной" зоне отделения. В "чистой" зоне производят комплектацию чистой кровати чистыми постельными принадлежностями и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Станцию обработки кроватей размещают в нижних этажах (в том числе подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с палатными отделениями.

В составе дезинфекционного отделения располагают помещения или зоны для обработки (стирки и дезинфекции) и подготовки к работе уборочного текстиля (моющих насадок/мопов) и салфеток), хранения и приготовления растворов моющих и дезинфицирующих средств, комплектации уборочных тележек.

**Больничные прачечные**

4115. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию больничных прачечных устанавливаются в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу прачечных, а также технических регламентов.

4116. Производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на койку в день и 0,4 кг сухого белья на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

4117. Стирка белья из отделений инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

4118. Все белье из инфекционных отделений, а также белье, загрязненное биологическими жидкостями и выделениями больных из соматических отделений дезинфицируют и стирают в прачечных. Для этого используют стиральные машины барьерного проходного типа, имеющих 2 окна - загрузочное ("грязное") и разгрузочное ("чистое"). Слабозагрязненный больничный текстиль, в том числе уборочный текстильный инвентарь можно стирать в машинах непроходного типа.

4119. Стирка белья из отделений неинфекционного профиля осуществляется в собственных (больничных) прачечных или прачечных бытового обслуживания, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинской организации. В случае стирки белья в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья медицинской организации выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

4120. Планировка прачечной должна предусматривать последовательность (поточность) технологического процесса. Не допускается пересечение потоков чистого и грязного белья. Доставка чистого белья и транспортировка грязного проводится разными лифтами. Поступление грязного и выдача чистого белья осуществляется через разные входы и помещения.

4121. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенца, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений и собирают в непромокаемые мешки. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств (ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе обработки белья в медицинских организациях Стирку больничного белья осуществляют по режимам термической или термохимической дезинфекции в соответствии с инструкциями к дезинфицирующим средствам и стиральному оборудованию. Используются барьерные стиральные машины проходного типа.

4122. Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года в прачечной организуют отдельный технологический поток и используют специальные моющие средства, разрешенные для этих целей.

4123. Для стирки спецодежды персонала или небольшого количества белья (салфетки, полотенца для персонала) в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа, включая дневные стационары, допускается устройство мини-прачечных, состоящих из двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

4124. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота. Микробиологическая чистота белья определяется отсутствием санитарно-показательной микрофлоры (бактерии группы кишечной палочки - БГКП, золотистый стафилококк) в смывах с чистого белья, проводимых в рамках производственного контроля не реже 2 раз в год, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

4125. В МО должен быть предусмотрен обменный фонд больничного белья и постельных принадлежностей в соответствии с обязательными требованиями.

**XLV. Профилактика столбняка**

4126. Столбняк представляет собой зооантропонозную бактериальную инфекционную болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующуюся поражением центральной нервной системы с тоническим напряжением скелетной мускулатуры, периодическими генерализованными судорогами и высокой летальностью.

4127. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни и эпидемиологического анамнеза. Лабораторная диагностика столбняка имеет второстепенное значение.

4128. Возбудитель столбняка - Clostridium tetani (C. tetani), спорообразующий анаэроб, продуцирующий один из самых сильных биологических токсинов - тетаноспазмин (летальная доза для человека - 2,5 нг/кг веса), обусловливающий поражение центральной нервной системы и основной судорожный синдром в клинике заболевания.

4129. C. tetani - тонкие, грамположительные, строго анаэробные спорообразующие палочки. Вегетативные формы микроорганизма чувствительны к нагреванию и кислороду. Споры C. tetani, благодаря устойчивости к различным внешним воздействиям, десятки лет могут не только сохраняться в почве, но и при благоприятных условиях вегетировать, создавая стойкие природные эндемичные очаги заражения. Они выдерживают автоклавирование при 121°С в течение 10-15 минут. Споры также относительно устойчивы к фенолу и другим химическим агентам.

4130. Возбудители столбняка встречаются в почвах всего мира, но наиболее часто в плотно населенных областях с теплым, влажным климатом и с почвой, богатой органическими веществами.

4131. Эпидемиологически значимым природным резервуаром и источником C. tetani является почва, особенно загрязненная фекалиями человека и животных.

4132. Возбудитель столбняка не передается от человека к человеку.

4133. Заболеваемость столбняком регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемических очагов столбняка нет.

4134. Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики.

4135. В Российской Федерации ежегодно регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно не привитых. Столбняк новорожденных не регистрируется. Пик заболеваемости обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры.

4136. Во время военных действий столбняк часто осложняет осколочные ранения.

4137. Механизм и пути передачи возбудителя - контактный - через:

поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) в результате чего возникает посттравматический столбняк;

проникающие повреждения желудочно-кишечного тракта при экстренных операциях - постоперационный столбняк;

пуповину при самостоятельных родах (без медицинской помощи) - столбняк новорожденных (пупочный столбняк).

4138. Каждая из этих форм характеризуется особенностями симптоматики, клинического течения и исхода.

4139. Посттравматический столбняк чаще имеет средний инкубационный период 6-14 дней, развивается по классической схеме: тянущие боли по ходу поврежденной части тела, последовательное развитие спазма мимической мускулатуры с появлением страдальческой улыбки (resussardonicus), спазма жевательной мускулатуры с нарушением глотания (trismus), спастическое сокращение мышц затылка, груди, плеч, спины, бедер, что вызывает выгибание позвоночника (opisthotonus). Характерной особенностью является сохранение гипертонуса мышц после приступа. Наблюдается повышение температуры, потливость, тахикардия, нарушение мочеиспускания и дефекации при сохранении сознания. Далее развиваются тонические и клонические судороги, которые захватывают дыхательные мышцы, диафрагму и могут привести к летальному исходу. Летальность при этой форме составляет до 50%.

4140. Постоперационный и постабортальный столбняк может развиваться через 6-24 часа, максимум - 3 календарных дня, клиническая картина развивается быстро, часто отсутствуют спазмы мимической и жевательной мускулатуры, сразу появляются судороги всего тела. Летальность при таких формах столбняка достигает 70%.

4141. Пупочный столбняк (наиболее тяжелая форма), которая имеет короткий инкубационный период (от 1 до 3 календарных дней), инициальные симптомы: постоянный крик ребенка, полный отказ от груди, судороги тела с запрокидыванием головы и поджатием рук и ног (поза лягушонка). Летальность - 80-90%.

**Выявление, регистрация и учет больных столбняком**

4142. При подозрении на столбняк больные подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии (реанимации) в связи с возможностью нарушения жизненно важных функций организма или в хирургические отделения. Пациенты должны быть размещены в отдельных палатах, максимально изолированных от внешних раздражителей, способных спровоцировать судороги.

4143. В направлении на госпитализацию больных столбняком или лиц с подозрением на это заболевание указывают сведения о больном, в том числе: первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках, наличие травм, ран и другие.

4144. При госпитализации больных или лиц с подозрением на заболевание столбняком необходимо соблюдать преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи - от момента обращения до госпитализации в стационар.

4145. Выписку больного столбняком проводят после полного клинического выздоровления.

4146. За переболевшим столбняком устанавливается диспансерное наблюдение.

4147. Сбор отчетности о заболеваниях столбняком составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

**Мероприятия в очаге столбняка**

4148. Противоэпидемические мероприятия в очаге выявленного больного столбняком не проводятся, разобщение контактных лиц не требуется.

4149. Дезинфекция в очаге не проводится.

**Организация и проведение эпидемиологического обследования в очаге столбняка**

4150. При получении экстренного извещения специалист органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции с уточнением следующих данных:

наличие в анамнезе больного травмы (ожог, обморожение, внебольничный аборт, хирургические операции, роды на дому, укусы диких и домашних животных, хронические язвы наружных покровов, ранения и другие);

даты, места и обстоятельства получения травмы, ожога (число, месяц, год);

вид травмы (бытовая, производственная, дорожно-транспортная, спортивная);

локализации травмы (нижние, верхние конечности, голова, шея, корпус);

характеристики раны (колотая, резаная, рваная, ушибленная, огнестрельная);

места и даты обращения за медицинской помощью по поводу травмы;

полное наименование медицинской организации;

проведение хирургической обработки раны;

проведение специфической профилактики;

введение противостолбнячной сыворотки (количество 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 месяца) до иммунизации, в момент ее проведения и после нее;

причины отсутствия прививок против столбняка (медицинские противопоказания, отказ);

организация работы по профилактике столбняка на территории.

4151. По завершении эпидемиологического расследования сведения о больном вносятся в эпидемиологическую карту обследования очага.

**Профилактические мероприятия при столбняке**

4152. С целью предупреждения возникновения заболеваний столбняком проводят неспецифическую и специфическую профилактику.

4153. Неспецифическая профилактика направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, исключение возможности заражения операционных, пупочных и других ран, раннюю и тщательную хирургическую обработку ран.

4154. Специфическая профилактика (иммунопрофилактика) проводится в виде плановой активной иммунизации детей и взрослых и экстренной иммунопрофилактики по поводу травм в медицинских организациях различного профиля.

4155. Плановую специфическую профилактику против столбняка проводят иммунобиологическими лекарственными препаратами, разрешенными к применению, содержащими очищенный адсорбированный столбнячный анатоксин в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

4156. Экстренную профилактику столбняка проводят при любых травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах (термических, химических, радиационных) второй, третьей и четвертой степеней, проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта, прободениях (при хирургических операциях на желудочно-кишечном тракте в стационарах экстренная профилактика не проводится), проникающих травмах ротовой полости, глаза, внебольничных абортах, родах вне медицинских организаций, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах, остеомиелитах, укусах животными.

4157. Экстренную профилактику столбняка проводят до 20 календарного дня с момента получения травмы.

4158. Экстренную профилактику столбняка (препараты и схемы их применения) осуществляют в соответствии с нормативными документами. Назначение препаратов для экстренной иммунопрофилактики столбняка проводится дифференцированно в зависимости от наличия документального подтверждения о проведении профилактической прививки или данных иммунологического контроля напряженности противостолбнячного иммунитета, а также с учетом характера травмы.

4159. Экстренную иммунопрофилактику столбняка проводят в виде:

пассивной иммунизации или 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)/

4160. экстренной ревакцинации столбнячным анатоксином (или дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов - АДС-м) для стимуляции иммунитета у ранее привитых людей.

4161. Своевременность и полноту проведения экстренной профилактики столбняка обеспечивает медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь при травме.

**Мероприятия при появлении реакции на введение препаратов, применяемых при экстренной профилактике столбняка**

4162. За каждым привитым устанавливают медицинское наблюдение в течение часа после проведения прививки.

4163. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность учета случаев осложнений, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации.

|  |
| --- |
|  |
| **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 и 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. \** | | | | | | | - аспергиллеза | | | |
| *7. Aureobasidium pullulans* | | | | | | | - феогифомикоза | | | |
| *8. Basidiobolus spp.* | | | | | | | - зигомикоза | | | |
| *9. Beavueria bassiana* | | | | | | | - феогифомикоза | | | |
| *10. Botryomyces caespitosus* | | | | | | | - ботриомикоза | | | |
| *11. Candida spp.\** | | | | | | | - кандидоза | | | |
| *12. Chaetomium spp.* | | | | | | | - феогифомикоза | | | |
| *13. Cladophialophora spp.\** | | | | | | | - феогифомикоза | | | |
| *14. Cokeromyces recurvatus* | | | | | | | - зигомикоза | | | |
| *15. Conidiobolus spp.* | | | | | | | - зигомикоза | | | |
| *16. Cryptococcus spp.\** | | | | | | | - 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.\** | | | | | | | - 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. | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
| III. Бактерии, образующие споры | | | | | | | | | | |
| 1. | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 90 | |  |
|  |  | | Кипячение | | 2% раствор кальцинированной соды | | | 60 | |  |
| 2. | Перчатки медицинские\* | | Кипячение | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 60 | |  |
| 3. | Рабочая обувь, резиновые сапоги | | Дезинфекционная камера | | Пароформалиновый метод, температура 57-59°С | | | 165 | | Формалина 250 мл/м(18 кг/м полезной площади пола камеры) |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны), постельные принадлежности | | Дезинфекционная камера | | Паро-воздушный метод, температура 97-98°С | | | 45 | | 60 кг/м полезной площади пола камеры |
|  |  | |  | | Паровой метод, температура 104-111°С, давление 0,2-0,5 кгс/см | | | 60 | | 50 кг/м объема камеры |
| 5. | Одежда и обувь из натуральных материалов (в том числе изделия из кожи, меха) | | Дезинфекционная камера | | Пароформалиновый метод, температура 57-59°С | | | 165 | | Формалина 250 мл/м(18 кг/м полезной площади пола камеры) |
| 6. | Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы)\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (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/см (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/см (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/см (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)\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 90 | |  |
| 12. | Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и прочие\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (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/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 90 | |  |
|  |  | | Сжигание | |  | | |  | |  |
| 14. | Воздушные бактериальные фильтры | | Сжигают или автоклавируют | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 90 | |  |
| 15. | Жидкие отходы, смывные воды | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (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\* | | 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/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 45 | |  |
| 2. | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы) белье, загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и другими | | Кипячение | | 2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства | | | 30 | |  |
|  | выделениями\* | | Обеззараживание в паровом стерилизаторе | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 45 | |  |
| 3. | Перчатки медицинские\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 45 | |  |
|  |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
|  |  | | Кипячение | | Вода | | | 30 | |  |
| 4. | Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны), постельные принадлежности | | Дезинфекционная камера | | Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С | | | 45 | | 40 кг/м 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/м 30 кг/м полезной площади камеры |
| 6. | Посуда лабораторная стеклянная (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки); мазки-отпечатки.\* | | Кипячение | | 2% раствор кальцинированной соды | | | 30 | |  |
|  |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 60 | |  |
|  |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С (при наличии соответствующих указаний в инструкции по эксплуатации оборудования и согласования комиссии по биологической безопасности учреждения) | | | 20 | |  |
| 7. | Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
|  | При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе: | | | | | | | | | |
|  |  | | Кипячение | | Вода | | | 30 | |  |
| 8. | Резиновые, силиконовые пробки, | | Кипячение | | Вода | | | 30 | |  |
|  | шланги, механические устройства для пипетирования зараженного материала, гребенки, сушки культур | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 | |  |
| 9. | Инструменты из металлов после вскрытия животных\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 | |  |
|  |  | | Кипячение | | Вода | | | 30 | |  |
|  |  | |  | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 15 | |  |
| 10. | Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов\* | | Воздушный стерилизатор | | Температура 180±3°С | | | 60 | |  |
|  |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 | |  |
| 11. | Трупы лабораторных животных | | Сжигание | |  | | |  | |  |
|  |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
| 12. | Воздушные фильтры\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
| 13. | Жидкие отходы, смывные воды | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С, 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
|  |  | | Кипячение | |  | | | 30 | |  |
|  |  | | Термическая обработка в УНОС | | 143±2°С | | | 7-10 мин | |  |
| 14. | Уборочный материал (в том числе ветошь, мочалки)\* | | 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/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 | |  |
| 16. | Мешочки для транспортирования диких | | Кипячение | | 2% кальцинированной соды | | | 30 | |  |
|  | грызунов | |  | | Вода | | | 30 | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| V. Риккетсии | | | | | | | | | | |
| 1. | | Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | | Кипячение | | 2% раствор кальцинированной соды | | | 15 |  |
| 2. | | Перчатки медицинские\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (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/м 18 кг/м полезной площади камеры |
| 4. | | Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны и прочие) | | Дезинфекционная камера | | Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С | | | 45 | 60 кг/м полезной площади камеры |
| 5. | | Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы)\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (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/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 90 |  |
|  | |  | | Кипячение | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 60 |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Нумерация соответствует оригиналу. - Примечание изготовителя базы данных. | | | | | | | | | | |
| 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/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | | Кипячение | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 60 |  |
| 12. | | Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 45 |  |
|  | |  | | Воздушный стерилизатор | | 180±3°С | | | 60 |  |
| 13. | | Трупы лабораторных животных, подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | | Сжигание | |  | | |  |  |
| 14. | | Жидкие отходы, смывные воды\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (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/см (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/см (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/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 30 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 |  |
| 2. | | Халаты, косынки, респираторы\* | | Кипячение | | 2% раствор кальцинированной соды | | | 30 | 5 л/кг сухого белья |
| 3. | | Перчатки медицинские | | Кипячение | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 15 |  |
| 4. | | Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны) | | Дезинфекционная камера | | Паро-воздушная смесь 80-90°С | | | 15-20 | 8-10 компл. (60 кг/м) |
| 5. | | Одежда, обувь из натуральных материалов (натуральный мех, кожа) | | Дезинфекционная камера | | Пароформалиновая смесь 57-59°С | | | 30 | 5 компл. (30 кг/м) формалина 75 мл/м |
| 6. | | Посуда лабораторная (в том числе чашки Петри, пробирки, колбы), резиновые, силиконовые шланги, механические дозирующие устройства\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 30 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (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/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 30 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 |  |
| 8. | | Трупы лабораторных животных | | Сжигание | |  | | |  |  |
|  | |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 60 |  |
| 9. | | Инструменты после вскрытия животных\* | | Кипячение | | 2% раствор натрия двууглекислого | | | 30 |  |
|  | |  | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 20 |  |
| 10. | | Подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см (0,15 МПа), 126±2°С | | | 60 |  |
| 11. | | Клетки, банки и прочие емкости из-под вскрытых животных\* | | Паровой стерилизатор | | Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см (0,11 МПа), 120±2°С | | | 60 |  |
|  | |  | |  | | Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см (0,2 МПа), 132±2°С | | | 30 |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Возможно использование дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Российской Федерации, в соответствии с режимами, указанными в инструкциях по их применению. | | | | | | | | | | |

**Таблица 8**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Режимы обеззараживания различных объектов окружающей среды, зараженных или подозрительных на заражение возбудителями паразитарных болезней (цистами и ооцистами простейших, яйцами и личинками гельминтов) | | | | | |
| N п/п | Объект, подлежащий обеззараживанию | Способ обеззараживания | Дезинфицирующий агент | Время обеззара- живания, мин | Норма расхода |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | А) Поверхности в помещениях "заразной" зоны лаборатории (пол, | Орошение или протирание с последующей влажной уборкой | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
|  | стены, двери);  мебель (в том числе рабочий стол, индивидуальные шкафы, внешние поверхности БМБ), |  | Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений в соответствии с инструкцией по применению | | |
|  | лабораторное оборудование;  Б) Оборудование и мебель |  | Растворы дезинфицирующих средств на основе кислородактивных соединений в соответствии с инструкцией по применению | | |
|  | в помещении вивария. | УФ-облучение | Бактерицидные ультрафиолетовые облучатели открытого типа | 40 |  |
|  |  | Протирание ватным или марлевым тампоном, смоченным спиртом, с последующим фламбированием | Спирт этиловый технический | 5 | 15 мл/м |
| 2. | Санитарно-техническое оборудование | Протирание | Средства дезинвазии, разрешенные 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/см (0,11 МПа), 120±2°С | 30 |  |
|  |  | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 5. | Посуда лабораторная стеклянная | Кипячение | 0,5% раствор моющего средства | 30 |  |
|  |  | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные 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 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 соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 11. | Клетки, банки для содержания животных, подстилочный материал, остатки корма | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 12. | Контейнеры с фекалиями, желчью, мокротой, мочой и другими выделениями | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 13. | Посуда из-под выделений больного (в том числе горшки, судна, мочеприемники) | Погружение | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| 14. | 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 |  |
| 15. | Уборочный инвентарь, материалы, ветошь | Кипячение |  | 15 |  |
|  |  | Замачивание | Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя | | |
| Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| **АКТ N \_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 (последнее при наличии) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, N 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 N 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 B у пострадавшего (с указанием даты вакцинации, наименования вакцины, номера серии, срока годности): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| напряженность иммунитета к гепатиту B | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Дата и время начала, окончания приема антиретровирусных препаратов, наименование препаратов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (если АРВТ не проводилась, указать причину) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " |  | | | " |  | | | 20 | | |  | | | г. | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |

**Приложение 16  
к СП 3.3686-21**

**Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg в сыворотке (плазме) крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N | Контингенты населения | Период обследования |
| 1 | Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы | При каждой донации или каждом взятии донорского материала |
| 2 | Беременные | ВI, 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 B;  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 календарных 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 (в том числе домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов) | 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 B | При выявлении очага |

**Приложение 17  
к СП 3.3686-21**

**Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие ANTI-HCV в сыворотке (плазме) крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N | Контингенты населения | Период обследования |
| 1 | Беременные | В 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, сердечнососудистой 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 календарных 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 (в том числе домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов) | 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 18  
к СП 3.3686-21**

**Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие ANTI-HCV IGG и РНК вируса гепатита C\* в сыворотке (плазме) крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N | Контингента 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 17 к Санитарным правилам](https://docs.cntd.ru/document/573660140#DEQ0QB) |
| 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 календарных дней |
| 8 | Контактные в очагах ХГС | При выявлении очага |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Альтернативным тестом РНК ВГС может быть тест ВГС core антиген. Также допустимо для этой категории пациентов выполнять скрининговый тест, одновременно выявляющим core ВГС антиген и антитела к ВГС. | | |

**Приложение 19  
к СП 3.3686-21**

**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), организующая мероприятия 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 |

**Приложение 31  
к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Сведения о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в разных возрастных группах**

(заполняется 1 раз в месяц)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| в | |  | | | | | | | | | | | | | за | |  | | | | 20 | |  | | | года | | | | | | |
|  | | (субъект Российской Федерации) | | | | | | | | | | | | |  | | (месяц) | | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Сведения о | Возраст | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболевших (в абс.ед.) | до 6 мес. | | 6-12 мес. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 | | 13 | 14 | 15 | | 16 | | 17 | 18- 19 | | 20- 24 | 25- 29 | 30- 39 | 40- 49 | 50 и старше | Всего |
| Непривит |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Вакцинирован |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Ревакцинирован |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Болел корью ранее |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Анамнез неизвестен |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Всего |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Число заболевших корью лабораторно обследованных для подтверждения диагноза |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Из них число лабораторно подтвержденных случаев кори |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Число госпитализи- рованных |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Число умерших |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |

**Приложение 32  
к СП 3.3686-21**

**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 преимущественно предусматривается комплексное применение перечисленных групп препаратов и методов в зависимости от конкретной эпидемической ситуации.

**Приложение 33  
к СП 3.3686-21**

**Концентрации Legionella pneumophila в отдельных объектах**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N | Объект | Концентрация, КОЕ/л |
| 1 | Система охлаждения промышленных предприятий и кондиционирования воздуха в зданиях общественного назначения | 10 |
| 2 | Системы водоснабжения | 10 |
| 3 | Бассейны и аквапарки с "барботированием" типа "Джакузи" | Отсутствие |
| 4 | Системы горячего водоснабжения медицинских организаций в отделениях групп риска (трансплантации, онкологии, хирургии реанимации, интенсивной терапии и других) и организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов\*. | Отсутствие |
|  | \* для данных групп риска необходимо полностью исключить возможность контакта с водой, содержащей Legionella spp. | |

**Приложение 34  
к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата | Код | Тест на | Окончательная очистка | | | Тест на | Дезинфекция высокого уровня | | | | | | | | | Фамилия, |
|  | эндо- | герме- | Наиме- | Время | Время | качество | Ручной способ | | | | Механизированный способ | | | | | имя, |
|  | скопа | тичность | нование средства | начала | окон- чания | очистки | Наиме- нование средства ДВУ | Темпе- ратура рабочего раствора | Концент- рация раствора и результат экспресс- контроля уровня содер- жания ДВ в нем | Время начала/ окончания дезинфек- ционной выдержки | Номер МДМ | Номер режима обра- ботки | Наиме- нование средства ДВУ | Концент- рация раствора и результат экспресс- контроля уровня содержания ДВ в нем | Время окон- чания цикла | отчество (последнее при наличии) и подпись оператора |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Приложение 35  
к СП 3.3686-21**

**Дезинвазия объектов окружающей среды в очаге энтеробиоза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N п/п | Объекты | Способ и режим дезинвазии |
| 1. | Поверхности помещений, объектов окружающей среды, жесткая мебель в помещениях | Орошение или протирание с последующей влажной уборкой дезинфекционно-дезинвазионными средствами |
| 2. | Мягкая мебель, мягкие игрушки, ковры | Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании дезинвазионных средств. После дезинвазии необходимо убрать на 3 календарных дня в кладовые ковры и мягкие игрушки. |
| 3. | Белье, спецодежда, предметы обихода и уборочный инвентарь | Кипячение в течение 1-2 мин. в 2% водном растворе кальцинированной соды, 2% мыльно-содовом растворе, или в течение 15 мин в 0,5% растворе любого моющего средства. Мытье с моющими средствами и обработка горячим (60-80°С) 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°С) 2% водного раствора кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором |
| 5. | Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрасы) | Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли дезинвазионными средствами либо камерная дезинфекция объектов |
| 6. | Санитарно-техническое оборудование | Обработка дезинфекционно-дезинвазионными средствами |
| 7. | Кал в горшках | Обеззараживание перед сбросом в канализацию дезинфекционно-дезинвазионными средствами |

**Приложение 36  
к СП 3.3686-21**

**Санитарно-паразитологические исследования объектов внешней среды**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N | Объект | | Исследуемый материал | | Объем | Число | | Кратность отбора проб в рамках | | | Опреде- |
| пп |  | | Наимено- вание | Место отбора | пробы (л, кг) | отбираемых проб | | контрольно- надзорных меро- приятий\*\*\* | производст- венного контроля | социально- гигиени- ческого мониторинга | ляемые показатели \*\*\* |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Очистные сооружения канализации | | 1. Сточная вода | В местах до проведения очистки (при необходимости расчета эффективности дегельминтизации и дезинвазии) | 10,0 | 2 | | + | 2 раза в год | 1 раз в год | 1, 2, 3 |
|  |  | | 2. Сточная вода | В местах после проведения очистки | 10,0 | 2 | |  | 2 раза в год | 1 раз в год |  |
|  |  | | 3. Осадок сточных вод | В местах нахождения жидкого осадка (при необходимости оценки эффективности дезинвазии) | 0,2 (200 миллилитров) | 2 | |  | 2 раза в год | 1 раз в год | 1, 2, 3 |
|  |  | | 4. Осадок сточных вод | В местах нахождения подсушенного осадка перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам | 0,2 (200 грамм) | 2 с карты | |  | Перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, для производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам | 1 раз в год | 1, 2, 3, 4 |
| 2. | Поля орошения | | Почва | до и после орошения | 0,2 (200 грамм) | 2-4 | | - | 2 раза в год с апреля по октябрь | - | 1, 2, 3, 4 |
| 3. | Биологические пруды | | Стоки | на входе и выходе | Не менее 10 литров | 4-8 | | - | 2 раза в год с апреля по октябрь |  | 1, 2, 3 |
| 4. | Вода природных биотопов | Поверх- ностные водоемы | 1. Вода\*\* | в месте сброса сточных вод (литры) | 25,0 | 3 | | + | 2 раза в год | 1 раз в квартал | 1, 2, 3 |
|  |  |  | 2. Вода\*\* | выше выпуска сточных вод на 1 километр | 25,0 | 3 | |  | 2 раза в год |  |  |
|  |  |  | 3. Донные отложения | - | 0,2 (200 грамм) | 3 | |  | - |  |  |
|  |  | Прибреж- ные воды морей | 1. Вода\*\* | в местах расположения морских водозаборных сооружений хозяйственно-питьевого водоснабжения\*\* | 50,0 | 3 | | + | Не менее 2-х раз в квартал | 1 раз в квартал | 6 |
|  |  |  |  | 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 |  | 1,2,3 |
|  |  | Рекреа- ционные | 1. Почва, песок | в береговой зоне | 0,2 (200 грамм) | 2 | | + | 2 раза за сезон | 1 раз в год | 1, 2, 3, 4 |
|  |  | зоны (вода пляжей) | 2. Вода | в береговой зоне | 25,0 | 3 | | + | 1 раз - до начала сезона, ежемесячно - в период сезона |  | 1, 2, 3 |
| 5. | Водоочистные станции хозяйственно-питьевого водоснабжения | | 1.Вода\*\* | перед подачей в распределительную сеть | 50,0 | | 3 | + | Не менее 2-х раз в квартал | 1 раз в квартал | 6 |
|  |  | | 2. Осадки, образую- щиеся в процессе водоочистки | В местах нахождения подсушенного осадка перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам | 0,2 (200 грамм) | | 2-4 | - | Перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, для производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам | - | 1, 2, 3 |
| 6. | Бассейны, как самостоятельное учреждение, так и в составе других организаций | | 1. Смывы\* | 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, 2, 3 |
|  |  | | 2. Вода бассейна\*\* | из чаши бассейна | 50,0 | | 3 | + | 1 раз в квартал | - | 1, 2, 3 |
| 7. | Аквапарки | | 1. Смывы\* | с поручней ванны бассейна, скамеек в раздевальнях, пола в душевой, ручек двери санузлов, инвентаря аквапарка - лежаков, кругов, матов |  | | 20 | + | 2 раза в год | - | 1, 2, 3 |
|  |  | | 2. Вода бассейна\*\* | из чаши бассейна | 50,0 | | 3 | + | 1 раз в квартал | - | 1, 2, 3 |
| 8. | Дошкольные образовательные организации | | 1. Смывы\* | 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, 2, 3 |
|  |  | | 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, 2, 3 |
|  |  | | 3. Овощи Зелень | на пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм) | | 4 | + (объеди- ненная проба из 3-х точек от партии) | - | - | 6 |
|  |  | | 4. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов | 0,2 (200 грамм) | | 2-4 | + | - | 1 раз в год | 1, 2, 3 |
|  |  | | 5. Песок | в песочницах | 0,2 (200 грамм) | | 2-4 | + | не реже 1 раза в квартал |  | 1, 2, 3 |
| 9. | Общеобразовательные организации (школы) | | 1. Смывы\* | в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов |  | | 20 | + | + | - | 1, 2, 3 |
|  |  | | 2. Смывы\* | в начальных классах: мебели, парт, с батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности стульчаков |  | | 20 | + | + | - | 1, 2, 3 |
|  |  | | 3. Овощи Зелень | в пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм) | | 4 | + (объеди- ненная проба из 3-х точек от партии) | - | - | 6 |
|  |  | | 4. Почва | на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора | 0,2 (200 грамм) | | 2 | + | - | - | 1, 2, 3 |
| 10 | Школы-интернаты, детские дома, дома ребенка | | 1. Смывы\* | 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, 2, 3 |
|  |  | | 2. Смывы\* | в начальных классах: с мебели, парт; в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях: |  | | 20 | + | 1 раз в год | - | 1, 2, 3 |
|  |  | |  | постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности горшков, стульчаков |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | | 3. Овощи Зелень | на пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм) | | 4 | + (объеди- ненная проба из 3-х точек от партии) | 1 раз в год | - | 6 |
|  |  | | 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, 2, 3 |
| 11 | Летние оздоровительные учреждения | | 1. Смывы\* | 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, 2, 3 |
|  |  | | 2. Овощи Зелень | в пищеблоке, овощехранилище | Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм) | | 4 | + объеди- ненная проба из 3-х точек от партии | - | - | 6 |
|  |  | | 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, 2, 3, 4 |
|  |  | | 4. Песок | в песочницах | 0,2 (200 грамм) | | 2 | + | не реже 1 раза в квартал | - | 1, 2, 3 |
| 12 | Организации, осуществляющие медицинскую деятельность | | 1. Смывы\* | в пищеблоках, раздаточных |  | | 20 | + | 1 раз в год | - | 1, 2, 3 |
|  |  | | 2. Смывы\* | в кабинетах инфекционных заболеваний, в клинико-диагностических лабораториях, в палатах, туалетных комнатах |  | | 20 | + | 1 раз в год | - | 1, 2, 3 |
| 13 | Тепличные хозяйства | | 1. Выращи- ваемая растительная продукция: Овощи, Зелень | в теплицах | Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм) | | По 2 пробы от каждого вида выращи- ваемой продукции | + | перед сбором готовой продукции | - | 6 |
|  |  | | 2. Почва | в теплицах | 0,2 (200 грамм) | | 4 | + | вновь завозимая, в период выращивания | - | 1, 2, 3, 4 |
|  |  | | 3. Вода поливная\*\* | емкости | 50,0 | | 3 | - | ежемесячно в период выращивания растительной продукции | - | 2, 3 |
| 14 | Объекты общественного питания | | 1. Смывы\* | в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат |  | | 20 | + | - | - | 1, 2, 3 |
|  |  | | 2. Овощи 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 |
|  |  | | 3. Соки и соковая продукция из фруктов и овощей | на пищеблоке | Не менее 0,1 (100, миллилитров) | | 1 от каждого наиме- нования | + | - | - | 6 |
| 15 | Бани, парикмахерские, косметологические кабинеты | | Смывы\* | с рук персонала, инструментов, столов, кресел |  | | 20 | + | - | - | 1, 2, 3, 5 |
| 16 | Железнодорожный, автобусный, водный транспорт | | 1. Смывы\* | с рук и спецодежды проводников, полок, постельных принадлежностей (до раздачи пассажирам) |  | | 20 | + | - | - | 1, 2 |
|  |  | | 2. Вода питьевая\*\* | в точках водоразбора | 50,0 | | 6 | + |  |  | 6 |
| 17 | Дома инвалидов и престарелых | | Смывы\* | на пищеблоке, в палатах, туалетных комнатах, с рук персонала |  | | 20 | + | - | - | 1, 2, 3 |
| 18 | Приемники-распределители (дома ночного пребывания) | | Смывы\* | в санпропускниках, жилых ячейках, помещениях общественного питания, туалетах |  | | 20 | + | - | - | 1, 2, 3 |
| " + " - проводится.  "-" - не проводится.  \* Пробы берутся раздельно по 10 для исследования на наличие яиц гельминтов и цист простейших.  \*\* Пробы берутся раздельно по 1 для исследования на наличие яиц гельминтов, цист, ооцист простейших.  \*\*\* Кратность контрольно-надзорных мероприятий определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.  \*\*\*\* Определяемые показатели (вид возбудителя, жизнеспособность):  1 - жизнеспособные яйца гельминтов.  2 - цисты патогенных кишечных простейших.  3 - ооцисты криптоспоридий.  4 - личинки синантропных мух.  5 - демодекоидные клещи.  6 - не допускается наличие яиц гельминтов и цист (ооцист) патогенных кишечных простейших. | | | | | | | | | | | |

**Приложение 37  
к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата | Наиме- | Номер | Наиме- | Режим стерилизации | | | Время | Фамилия, имя, |
| и время | нование стерили- зуемых изделий | меди- цинской карты стацио- нарного больного | нование стерили- зующего средства | Темпе- ратура раствора | Концент- рация раствора и результат экспресс контроля уровня содер- жания ДВ в нем | Экспо- зиция | завер- шения стерили- зации и упаковки эндоскопа | отчество (последнее при наличии) и подпись оператора |

**Приложение 38  
к СП 3.3686-21**

**Схема уровней "Холодовой цепи"**

|  |
| --- |
|  |
| https://api.docs.cntd.ru/img/57/36/60/14/0/acc5c73c-7ef0-498a-816a-15d1ac50437c/P2FDE0000.png |

**Приложение 39  
к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата | Время | Показания термометров | | Показания термоиндикаторов | | | |
|  |  | N 1 | N 2 | N 1 | | N 2 | |
|  |  |  |  | Идентификационный номер | 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 40  
к СП 3.3686-21**

Рекомендуемый образец

**Журнал учета движения ИЛП**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Приход | | | | | | | | | Расход | | | | | |
| Дата поступ- ления | Назва- ние ИЛП | Произ- води- тель | Пос- тав- щик | Серия | Срок год- ности | Коли- чество доз/ фа- совка | Тип и конт- роль- ный номер термо- индика- тора | Пока- зания термо- индика- тора | Дата отпуска | Кому отпу- щено | Коли- чество доз/ фа- совка | Оста- ток (доз) | Тип и конт- роль- ный номер термо- индика- тора | Пока- зания термо- индика- тора |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Электронный текст документа

подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:

Официальный интернет-портал

правовой информации

www.pravo.gov.ru, 18.02.2021,

N 0001202102180019