07 августа 2003 г.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 83

Об утверждении и введении в действие Инструкции 3.4.11-17-13-2003 «Организация и проведение первичных противоэпидеми­ческих мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, инфекционными болезнями неясной этиологии, представляющими опасность для населения Республики Беларусь и международного сообщения»

В целях исполнения Закона Республики Беларусь «О санитарно эпидемическом благополучии населения» в редакции от 23 мая 2000 г. (Нацио- нальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 52, 2/172 постановляю:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию 3.4.11-17-13-2003 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, инфекционными болезнями неясной этиологии, представляющими опасность для населения Республики Беларусь и международного сообщения» и ввести в действие» на территории Республики Беларусь со дня опубликования.

2. Не применять на территории Республики Беларусь Инструкцию по  
проведению первичных мероприятий при выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками. М. 1985 г.

3. Довести настоящее Постановление до сведения всех заинтересованных.



В.П. Филонов

# УТВЕРЖДЕНО

Постановление Главного

государственного санитарного врача Республики Беларусь

07 августа 2003г. № 83

Инструкция 3.4.11-17-13-2003

«ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО (ТРУПА), ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ КАРАНТИННЫМИ ИНФЕКЦИЯИМ, КОНТАГИОЗНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ И ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМИ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И МЕЖДУНАРОДНОГО СООБЩЕНИЯ»

РАЗДЕЛ I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ГЛАВА 1

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая Инструкция подготовлена в соответствии с Законом Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» и Санитарными правилами 3.4.17-2003 «Санитарная охрана территории Республики Беларусь». В настоящей Инструкции приведены материалы по инфекционным заболеваниям, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Республики Беларусь (далее – Болезни), клинико-эпидемиологической характеристике отдельных нозологических форм Болезней, а также синдромов инфекционных болезней не установленной этиологии, представляющих опасность для населения Республики Беларусь и международного сообщения (далее – Синдромы), действиям медицинского персонала при выявлении больного (трупа), лечению и экстренной профилактике, комплектованию укладок, правилам забора и транспортировки материала, применению защитных костюмов, режимам дезинфекции.

Инструкция предназначена для специалистов организаций здравоохранения Республики Беларусь независимо от их подчинения и форм собственности, организаторов здравоохранения.

ГЛАВА 2

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О КАРАНТИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ЧУМЕ, ХОЛЕРЕ, ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКЕ), КОНТАГИОЗНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДКАХ (МАРБУРГ, ЭБОЛА, ЛАССА, АРГЕНТИНСКОЙ, БОЛИВИЙСКОЙ, КРЫМ-КОНГО)

2.1.Чума - зооантропонозная природно-очаговая бактериальная инфекци­онная болезнь, сопровождающаяся высокой летальностью и возможностью эпидемического распространения.

Природные очаги чумы существуют на всех континентах, кроме Австра­лии и Антарктиды, и занимают приблизительно 6-7% территории суши. В Азии, Африке, Северной и Южной Америке и на океанских островах насчиты­вается около 50 государств, на территории которых обнаружены или предпола­гается наличие природных очагов чумы. В Африке природные очаги охватыва­ют отдельные регионы северной, западной, экваториальной и южной частей континента. В Азии энзоотичные по чуме территории расположены в ряде стран Южного (Индия, Непал), Юго-Восточного (Вьетнам, Мьянма, Индонезия, Таиланд, Камбоджа) и Восточного (Монголия, Китай) регионов. Природная очаговость в Америке отмечена в 15 штатах США, в 2 штатах Канады и в 1 штате Мексики. В Южной Америке природные очаги зарегистрированы в 6 странах (Аргентина, Боливия, Бразилия, Эквадор, Перу, Венесуэла) и на Гавай­ских островах. На территории СНГ насчитывается 43 автономных природных очага чумы, расположенных в России (Юго-Востоке, в Волго-Уральском меж­дуречье, на юге Сибири, в Забайкалье), на Кавказе, Закавказье, Казахстане и Средней Азии.

Возбудитель чумы - грамотрицательная полиморфная неподвижная бак­терия Yersinia pestis семейства Enterobacteriaceae рода Yersinia. Обладает высо­кой устойчивостью во внешней среде: в различных субстратах выживает от 30 дней до 6-7 месяцев. Хорошо переносит низкие температуры, замораживание; чувствителен к высушиванию, нагреванию, быстро разрушается под дейст­вием дезинфицирующих средств.

Источники инфекции - больные животные и больной человек. Естествен­ная инфицированность чумой выявлена почти у 250 видов животных, среди ко­торых имеются представители 8 отрядов класса Млекопитающих. Основными носителями в природных очагах чумы являются: в Евразии — сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи, крысы; в Северной Америке - суслики, луговые собачки, хомяки, полевки; в Южной Америке - хомяки, кролики, морские свинки, опоссумы; в Северной и Западной Африке - песчанки и крысы, в Юж­ной Африке - многососковая и другие виды крыс, песчанки, в Тропической Африке - крысы. Переносчиками чумы являются эктопаразиты животных и че­ловека (блохи, иксодовые и гамазовые клещи).

Чрезвычайную опасность для людей представляют больные чумой сель­скохозяйственные и дикие промысловые животные (верблюды, сурки, зайцеобразные, лисы и др.), а также сырье животного происхождения (мясо, субпро­дукты, шкуры, кожа, шерсть).

Механизм заражения человека при чуме может быть трансмиссивным (при укусе блох), контактным (при снятии шкурок и разделке туш больных жи­вотных), аспирационным с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи (при снятии шкурок, рубке мяса, при контакте с больными первичной или вторичной легочной формами чумы), а также алиментарным при употреб­лении в пищу инфицированного мяса.

Продолжительность инкубационного периода легочной, септической формами чумы − 1-3 суток, бубонной чумы − 3-6 суток, в исключительных случа­ях, при заражении вакцинированных, инкубационный период может увеличить­ся до 8-10 суток.

Для чумы характерны внезапное начало, резкий подъем температуры (до 39°С и выше), слабость, головная и мышечные боли, тошнота, рвота, бред. На фоне интоксикации развивается сердечная недостаточность. Различают: бубон­ную, кожную, септическую, легочную и кишечную формы чумы. Чаще всего наблюдается бубонная, затем легочная, септическая и редко — кишечная и кожная формы заболевания. Летальность зависит от клинической формы, срока на­чала лечения и составляет от 10 до 50 %. (приложение 1).

2.2. Холера - острое антропонозное инфекционное заболевание.

Эндемичными по холере регионами являются некоторые страны Азии, Африки, временно эндемичными - страны Латинской Америки, заносные слу­чаи регистрируются во всех регионах мира.

Возбудитель: холерный вибрион группы 01 классического или эльтор биовара, группы не 01, (0139) семейства Vibrionaceae, рода Vibrio.

Источником инфекции может быть больной человек или вибриононоси-тель.

Механизм заражения человека - фекально-оральный (водный, контактно-бытовой, пищевой пути передачи). Продолжительность инкубационного перио­да холеры − 3-5 суток.

Для холеры характерно внезапное начало, профузная диарея, иногда рво­та, быстро развивающееся обезвоживание организма больного, ацидоз и сосу­дистый коллапс; температура тела обычно нормальная или понижена. При от­сутствии лечения показатели летальности могут превышать 50%, причем смерть больного иногда наступает уже через несколько часов после начала за­болевания; при правильном лечении показатель летальности не превышает 1%. Нередко отмечаются легкие формы заболевания, проявляющиеся только диа-рейным синдромом. Может наблюдаться бессимптомное вибриононосительст-во (приложение 1).

2.3. Желтая лихорадка - зоонозная и антропонозная природно-очаговая антропоургическая вирусная инфекционная болезнь. Болезнь эндемична на обширных территориях Южной, Центральной, Западной и отчасти Восточной Африки в зоне влажных тропических лесов.

Существуют две эпидемиологические формы желтой лихорадки – зоонозная (джунглевая, сельская, природно-очаговая, где источник возбудителя – обезьяны) и антропонозная (городская, где резервуар инфекции – человек).

Возбудитель РНК-содержащий вирус из семейства Flaviviridae, рода Fla-vi virus.

Механизм передачи возбудителя трансмиссивный, переносчики в город­ских очагах - комары Aedes aegypti, в джунглях - некоторые виды лесных ко­маров.

Инкубационный период заболевания 3-6 дней, реже удлиняется до 9-10 дней. Заболевание может протекать тяжело, или в легкой абортивной, а также в бессимптомной форме. Клинически выраженное заболевание начинается остро, температура тела за 1-2 дня повышается до 39-40° С, сохраняясь 3-4 дня и по­вторяясь вновь спустя 1-2 дня. На 3-4 день болезни возникает вторая фаза забо­левания: цианоз, желтуха, носовые кровотечения, кровоточивость десен, при­месь крови в рвотных массах и фекалиях, увеличение и болезненность печени и селезенки при пальпации. При тяжелом течении развивается шок. Летальность составляет 5-10%, но может повышаться до 25-40% (приложение 1).

2.4. Лихорадка Марбург - зоонозная природно-антропоургическая вирус­ная инфекционная болезнь. Лихорадка Марбург в настоящее время установлена на ряде территорий Африки: ЦАР, Демократическая республика Конго (Заир), Уганда, Кения, Зимбабве, ЮАР, Либерия.

Природный резервуар инфекции не известен. Источник инфекции -больной человек. При вспышке лихорадки Марбург в 1967 г в ФРГ и Югосла­вии предполагали, что источником инфекции была африканская зеленая мар­тышка Cercopithecus aethiops.

В эксперименте восприимчивы к вирусу Марбург также обезьяны Маcаcа mulatta (Macaca rhesus), Saimiri sciureus, морские свинки. В экспериментах прослежено размножение вируса в организме комара Aedes aegypti.

Возбудитель - РНК-содержащий вирус из семейства Filoviridae.

Передача вируса лихорадки Марбург осуществляется контактным путем через поврежденные кожу и слизистые оболочки при попадании на них конта-минированных крови, мочи, носоглоточного отделяемого. Вирус Марбург мо­жет сохраняться до 2 месяцев в семенной жидкости реконвалесцентов.

Инкубационный период заболевания составляет от 3 до 16 суток (как правило, от 3 до 9).

Для лихорадки Марбург характерно острое начало с быстрым подъемом температуры, проявлениями миалгии, конъюнктивита, болей в области груди. Характерными признаками являются внезапное наступление состояния про­страции и появление на 5-7 день папулезной сыпи на туловище, ягодицах и внешней поверхности рук, которая через сутки превращается в макуло-папулезную, образуя затем диффузные поражения. С 5-7 дня развивается ге­моррагический синдром в виде носовых, желудочных, маточных кровотечений. Возможны психические и неврологические нарушения. В тяжелых случаях смерть наступает от токсемии, сердечной слабости, мозговых расстройств.

Продолжительность заболевания примерно 2 недели. Летальность - 26% (при­ложение 1).

2.5. Лихорадка Эбола- зоонозная природно-антропоургическая вирусная инфекционная болезнь.

Впервые вспышки лихорадки Эбола наблюдались в Судане и Демократи­ческой республике Конго (Заире) в 1976 году. Заболевание установлено в зоне влажных тропических лесов Западной (Кот - д'Ивуар, Либерия) и Центральной (Заир, Габон, экваториальные районы Судана) Африки. В 1996 году зарегист­рирован первый случай заболевания на территории ЮАР. Серологические ис­следования, проведенные при помощи реакции иммунофлюоресценции, показали наличие специфических антител к вирусу Эбола у жителей ряда районов Камеруна, ЦАР, Нигерии, Сьерра-Леона, Гвинеи, Сенегала. В 1999, 1990 и 1992 гг. в США и Италии зарегистрированы заболевания, вызванные этим воз­будителем, среди обезьян Масаса fascicularis, завезенных с Филиппин, таким образом ареал вируса включает: Сенегал, Гвинею, Сьерра-Леоне, Либерию, Чад, Судан, Камерун, ЦАР, Габон, Конго, Демократическую республику Конго, Уганду, Кению, Зимбабве, Мадагаскар, Филиппины, ЮАР, Кот-д'Ивуар.

Источник инфекции - больной человек, природный резервуар не известен. Установлено наличие непатогенного для человека вируса Эбола у обезьян се­мейства Cerconitecoceae с Филиппин, а также у одичавших морских свинок. Обезьяны, вероятно, не являются резервуаром возбудителя в природе, посколь­ку у них, как и у людей, развивается острое, нередко с летальным исходом, за­болевание.

Возбудитель - РНК-содержащий вирус из семейства Filoviridae. Механизмы передачи возбудителя инфекции аналогичны таковым при лихорадке Марбург. Для лихорадки Эбола характерны 5-15 последовательных передач вируса, развитие внутрибольничных вспышек.

Инкубационный период для человека составляет от 4 до 21 суток (чаще 7-8 суток).

Для лихорадки Эбола характерна высокая контагиозность, острое начало заболевания, сопровождающееся развитием тяжелой интоксикации. Через 2-3 дня появляются тошнота, рвота, диарея. На 4-6 день на туловище появляется эритематозная макуло-папулезная сыпь, которая, распространяясь на другие части тела, становится сливной. В полости рта обнаруживаются мелкие язвоч-ки, глотание болезненное. С 3-7 дня развивается геморрагический синдром, проявляющийся различного рода кровотечениями, субконъюнктивальными кровоизлияниями, гематурией. Летальность - от 50 до 88%, при внутриболь­ничных вспышках достигает 100% (приложение 1).

2.6. Лихорадка Ласса– вирусная зоонозная природно-антропургическая инфекционная болезнь. В настоящее время эндемичными являются некоторые страны Западной (Сьерра-Леоне, Нигерия, Сенегал, Мали, Гвинея, Либерия) и Центральной (Де­мократическая Республика Конго, Буркина Фасо, ЦАР) Африки.

Источник инфекции в природных очагах - многососковая крыса Masto-mys natalensis, как правило, обитающая вблизи поселений человека, а также черная крыса Rattus rattus, мыши Mus minitoides и летучие мыши семейства Кожановых (Vespertilionidae). Больной человек также является источником ин­фекции.

Вирус Ласса - РНК-содержаший вирус из семейства Arenaviridae - вызы­вает у грызунов длительную персистирующую инфекцию, во время которой инфицируется моча, секреты в полости носа и рта. Попадание их в пищу чело­века и воду, а также высыхание в составе пыли может обусловить реализацию фекально-орального механизма с пищевым и водным путями передачи и аспи-рационного механизма с воздушно-пылевым путем передачи инфекции.

Возможна контактная или парентеральная передача вируса от человека человеку при контаминации предметов обихода выделениями (кровавая мокро­та, кровавые рвотные массы) или кровью больных.

Инкубационный период у человека составляет от 3 до 21 суток, чаще 7-10 суток.

Начало болезни редко бывает острым, чаще симптомы развиваются по­степенно. Вначале больные предъявляют жалобы на общее недомогание, сла­бые мышечные боли, болезненность при глотании, конъюнктивит и невысокую лихорадку. Постепенно состояние больного ухудшается, температура тела по­вышается до 40° С, нарастают симптомы интоксикации с проявлениями гемор­рагического диатеза, язвенно-некротического фарингита, тонзиллита, лимфаде­нита, миозита. Возможны стертые, субклинические формы инфекции. В тяжелых случаях развиваются отеки, асцит, гидроторакс, инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность. Продолжительность заболевания от 7 до 30 суток в зависимости от тяжести процесса. Летальность от 1-2 до 16% (приложение 1).

2.7. Аргентинская геморрагическая лихорадка (лихорадка Хунин)

Аргентинская геморрагическая лихорадка — зоонозная природно-очаговая инфекционная болезнь.

Болезнь эндемична для центральных районов Аргентины.

Источник инфекции в природных очагах - грызуны Calomys musculinus и Calomys laucha (маисовая мышь), у которых наблюдается латентная инфекция. Переносчиками вируса от грызуна к грызуну могут быть гамазовые клещи.

Возбудитель инфекции (вирус Хунин) - РНК-содержащий вирус из семей­ства Arenaviridae.

Постоянное выделение грызунами вируса в окружающую среду с мочой приводит к заражению людей аэрогенным путем или через слизистые оболочки глаз.

Загрязнение слюной или мочой больных грызунов пищевых продуктов способствует алиментарному заражению. Контагиозность низкая. Инкубацион­ный период у человека продолжается от 7 до 16 суток.

Клинические проявления характеризуются лихорадкой, выраженной ин­токсикацией и геморрагическим синдромом. Характерные признаки — пастозностъ лица, шеи, увеличение лимфатических узлов, энантема на слизистых обо­лочках конъюнктив и рта, тошнота и рвота, кровотечения из десен и носа. Про­должительность заболевания от 10 до 30 суток в зависимости от тяжести про­цесса. Летальность - 1-15% (приложение 1).

2.8. Боливийская геморрагическая лихорадка (лихорадка Мачупо) **–** зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь. Болезнь эндемична для северо-восточных районов Боливии.

Источник инфекции в природных очагах — мелкие хомякообразные грызу­ны Caomys callosus. Контагиозность низкая. Передача возможна при тесном контакте с больным.

Возбудитель инфекции (вирус Мачупо) - РНК-содержащий вирус из се­мейства Arenaviridae. У хронически инфицированных животных выражена стойкая вирусемия и выделение вируса в окружающую среду со слюной и мо­чой. Выделяя вирус, грызуны постоянно контаминируют окружающую среду, поэтому возможно инфицирование человека воздушно-пылевым или алимен-тарным путем.

Инкубационный период 12-15 суток. Заболевание начинается постепенно с нарастанием лихорадки, постепенно нарастающими болями в области лба, в пояснице, суставах. Продолжительность заболевания 2-3 недели. Летальность составляет 20-30% (приложение 1).

2.9. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка

Крымская-Конго геморрагическая лихорадка - зоонозная и антропоургическая природно-очаговая вирусная ин­фекционная болезнь.

Болезнь распространена в странах Восточной, Западной и Южной Африки, а также в Китае, Афганистане, Иране, Ираке, Индии, Египте, Сирии, ОАЭ, Молдавии, Болгарии, Венгрии, Греции, Югославии, Франции, среднеазиатских странах СНГ, Украине (Крым, Донецкая и Херсонская области) и в России (Краснодарский и Ставропольский края, Астраханская и Ростовская области).

Вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки - РНК-содержащий вирус из семейства Bunyaviridae, рода Nairovirus.

Переносчиками инфекции являются клещи 27 видов и подвидов. Наи­большую роль играют клещи рода Hyalomma. В цикл поддержания вируса в природных очагах вовлечены как дикие, так и домашние животные. Заражение человека происходит через укус клеща. Инкубационный период 2-14 суток. Заболевание начинается внезапно. Кровь и выделения больного высоко заразны.

Заражение от больного может осуществляться контактным путем. В больницах и лабораториях возможен аспирационный механизм передачи. В литературе неоднократно описывались случаи внутрибольничных и внутрилабораторных вспышек. Летальность достигает 50% (приложение 1).

ГЛАВА 3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНДРОМОВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И МЕЖДУНАРОДНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Инфекционные болезни неясной этиологии, имеющие важное междуна­родное значение, характеризуются необычно высоким уровнем заболеваемости с высокой летальностью, тенденцией к быстрому распространению в обществе, отсутствием проявлений в данной местности.

Эти инфекционные заболевания сопровождаются недостаточностью функций основных органов, или изменением (потерей) сознания, или циркуляторным коллапсом.

3.1. Синдром острой геморрагической лихорадки:

• острое начало с лихорадкой, продолжающейся менее трех недель;

• сочетание двух следующих симптомов - геморрагическая сыпь или геморра­гическая пурпура, носовое кровотечение, кровь в мокроте, кровь в стуле, иной геморрагический симптом;

• отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного ха­рактера у заболевшего.

Каждый случай требует уведомления.

3.2. Острый респираторный синдром:

• острое начало с кашлем разной интенсивности;

• лихорадка до 40° и выше;

• расстройство дыхания (одышка, цианоз, тахикардия);

• тяжелое течение заболевания с явлениями интоксикации (гипотония, сопо­розное или коматозное состояние);

• возраст более 5 лет;

• отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного ха­рактера у заболевшего.

Уведомление следует направлять только о группе случаев (5 и более), имеющих важность для общественного здравоохранения.

3.3. Острый диарейный синдром:

• острое начало диареи;

• тяжелое течение заболевания с обезвоживанием (более 7%), олигурией;

• острая почечная недостаточность;

• возраст более 5 лет;

• отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного характера у заболевшего.

Уведомление следует направлять только о группе случаев (5 и более), имеющих важность для общественного здравоохранения.

3.4. Острый синдром желтухи:

• острое начало желтухи;

• тяжелое течение заболевания с интоксикацей;

• отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного ха­рактера у заболевшего.

Уведомление следует направлять только о группе случаев (5 и более), имеющих важность для общественного здравоохранения.

3.5. Острый неврологический синдром:

• острое начало дисфункции нервной системы, определяемое одним или более из следующих симптомов - острое нарушение функции психики (например, ухудшение памяти, ненормальное поведение, сниженный уровень сознания), острое начало паралича; судороги; симптомы раздражения мозговых оболочек, непроизвольные движения (например, хорея, тремор, клонические подергива­ния мышц);

• прочие тяжелые симптомы поражения нервной системы;

• тяжелое течение заболевания;

• отсутствие известных предрасполагающих факторов у заболевшего.

Уведомление следует направлять только о группе случаев (5 и более), имеющих важность для общественного здравоохранения.

3.6. Другие синдромы, подлежащие регистрации и требующие уведомления. Любые другие тяжелые инфекционные заболевания в острой форме (течение до 3 недель). Уведомление следует направлять только о группе случаев (5 и более), имеющих важность для общественного здравоохранения.

РАЗДЕЛ II

###### ПОРЯДОК ПЛАНИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАВОЗА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ И СИНДРОМОВ

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения опасных ин­фекционных заболеваний на территорию Республики Беларусь проводятся на основании действующих Санитарных правил 3.4.17-2003 «Санитарная охрана территории Республики Беларусь» и «Международных санитарных правил» в соответствии с комплекснымы планами по санитарной охране территорий областей, городов и районов, разработанных органами и учреждениями государственного санитарного надзора другими организациями здравоохране­ния совместно с местными исполнительными и распорядительными органами. Комплексные планы должны быть согласованы со всеми заинтересован­ными ведомствами, службами и организациями, привлекаемыми к их реализации и утверждаются руководителями местных исполнительных и распорядительных органов. Ежегодно, а также при изменении санитарно-эпидемической обстановки и местных условий, в планы вносятся коррективы. Срок действия комплексного плана определяется на местах.

Комплексные планы по санитарной охране территории являются обязательными для выполнения всеми задействованными предприятиями, службами и учреждениями независимо от подчиненности и форм собственности.

В комплексных планах должны быть пре­дусмотрены следующие основные вопросы:

• руководство работой в очагах (комиссия по чрезвычайным ситуациям (далее – КЧС), состав медицинского штаба КЧС);

• порядок информирования о выявленном больном вышестоящих органов и учре­ждений государственного санитарного надзора, других организаций здравоохранения по подчиненности, соответствующих органов государственного управления, других заин­тересованных ведомств, служб, организаций;

• обеспечение постоянной эпидемической настороженности на всех этапах оказания медицинской помощи населению;

• обеспечение постоянной готовности лечебно-профилактических организаций (далее – ЛПО) (госпитальная и лабораторная база с учетом поэтапного наращивания объемов в зависимости от динамики развития эпидосложнения) к развертыванию и проведению противоэпидемических мероприятий (с учетом заблаговременного освоения выделяемых помещений, материально-технического оснащения, специальной подготовки персонала, обеспечения транспортом, выделения помещений под общежития для персонала, организация питания больных, контактных, материального и финансового обеспечения всех мероприятий по локализации и ликвидации очага и т.д.);

• определение, этапы перепрофилирования помещений для прови­зорной госпитализации больных, изоляции контактных, для развертывания обсерваторов в случае наложения карантина;

• определение моргов;

• выделение консультантов (врача-инфекциониста, врача-эпидемиолога, врача-бактериолога или врача-вирусолога) из числа наиболее квалифицированных специалистов;

• обеспечение запаса лечебных, профилактических, диагностических, дезин­фицирующих средств и защитных костюмов;

• обеспечение транспортом всех функциональных подразделений, работаю­щих в очаге;

• проведение прививок и медицинского наблюдения за населением;

• организация экстренной профилактики контингентов риска;

• санитарно-гигиенические мероприятия;

• ограничительные мероприятия (карантин, обсервация);

• создание выездных лабораторных групп для проведения исследования материала от больного (подозрительного) в регионе, где выявлен больной (для областного комплексного плана);

• информационно-разъяснительная работа среди населения;

• мероприятия после ликвидации очагов Болезней.

Главные врачи территориальных центров гигиены и эпидемиологии (далее – ЦГЭ) и руководители ЛПО доводят комплексные планы до сведения руководителей всех задейство­ванных предприятий, служб и учреждений, систематически их корректируют, проверяют реальность исполнения путем проведения тренировочных учений для повышения практи­ческих навыков в работе по локализации и ликвидации эпидемических очагов Болезней.

На основе комплексного плана в каждом ЛПО должен быть составлен оперативный план проведения противоэпидемических меро­приятий в случае выявления больного (трупа) карантинным заболеванием или одного из описанных выше Синдромов. План должен корректироваться посто­янно по мере кадровых и других изменений в ЛПО. Вводится в действие главным врачом ЛПО при выявлении (поступлении) подозрительного больного.

Оперативные планы ЛПО должны содержать пере­чень конкретных мероприятий при выявлении больного (трупа), подозритель­ного на одну из перечисленных инфекций, направленных на локализацию оча­га:

- способ передачи информации руководителю организации (заместите­лю);

- способ оперативного информирования руководителей вышестоящих организаций здравоохранения по подчиненности (номера телефонов и фамилии конкретных лиц);

- ЛПО, предусмотренные в комплексном плане для госпитализа­ции больного, эвакуации больного, проведения дезинфекции (адреса, номера телефонов, фамилии руководителей ЛПО);

- наличие и место хранения укладок с запасом необходимых медикаментов для лечения больного, дезинфицирующих средств, средств личной профилактики и индивидуальной защиты, забора материала на лабораторное исследование (фамилия лица, ответственного за укомплектование укладок, их хранение, возможность доступа к ним в нерабочее время);

*-* материальное обеспечение всех мероприятий, в том числе на случай аварийных ситуаций (выход из строя источников водоснабжения, электроэнер­гии, связи, транспорта и т.п.);

- в оперативных планах ЛПО, выде­ленных под госпиталь, провизорный госпиталь, изолятор должны иметься гра­фические схемы развертывания этих подразделений (поэтажные планы) с ука­занием назначения каждого помещения, а также списочный состав формирова­ний (основной и дублирующий), список необходимого оборудования для пол­ного целевого функционирования данного формирования с указанием учреж­дений и организаций, которые должны будут поставлять недостающее обору­дование и т.п.

РАЗДЕЛ III

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО (ТРУПА), ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА БОЛЕЗНИ, СИНДРОМЫ

Все первичные противоэпидемические мероприятия проводятся при ус­тановлении предварительного диагноза, который ставится на основании харак­терной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза. При установлении окончательного диагноза противоэпидемические мероприя­тия проводятся в соответствии с нормативными правовыми актами и инструктив­но-методическими документами Министерства здравоохранения Республики Беларусь по каждой нозоло­гической форме Болезней, Синдромов и предусматривают комплекс мероприятий, обеспечивающих локализацию и создание условий для быстрой ликвидации эпидемического оча­га.

Принцип организации первичных противоэпидемических мероприятий является единым для всех упомянутых инфекций и предусматривает следующие основные разделы работы:

• Выявление больного (трупа), подозрительного на Болезнь (Синдром).

• Временная изоляция больного с последующей его госпитализацией, в том числе и на санитарно-карантинных (контрольных) пунктах (далее – СКП) в пунктах пропуска через Государственную границу Республики Беларусь (должны быть предусмотрены изоляторы, оснащенные всем необходимым для оказания ургентной терапии тяжелым, нетранспортабельным больным).

• Информирование о выявленном больном (трупе) - руководителя ЛПО в установленном порядке, отраженном в оперативном плане.

• В случае выявления больного с подозрением на легочную форму чумы, контагиозной вирусной геморрагической лихорадкой (далее – КВГЛ), острый геморрагический, респираторный, неврологический Син­дромы временная изоляция лиц, контактных с больным (карантинные или ограничительные мероприятия) в любом свобод­ном помещении до решения врача-эпидемиолога о мерах, которые к ним долж­ны применяться (изоляция, экстренная профилактика, медицинское на­блюдение).

• Временное запрещение входа в здание (объект), транспортного средства и выхода из него, а также бесконтрольного перемещения внутри объекта.

• Уточнение диагноза.

• Эвакуация больного, подозрительного на заболевание в специальный ин­фекционный госпиталь (стационар), провизорный госпиталь, контактных — в изолятор.

• Оказание больному необходимой медицинской помощи (приложения 2-7).

• Забор материала на лабораторное исследование (приложения 8-10).

• Выявление, регистрация лиц, соприкасавшихся с больным или с другими зараженными объектами, их изоляция, проведение экстренной профилактики.

• Проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Первичные противоэпидемические мероприятия являются составной ча­стью комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага Болезни, Синдрома, которые включают в себя, кроме пе­речисленных, следующие мероприятия:

• медицинское наблюдение за населением;

• выявление и провизорная госпитализация всех больных, характер заболе­вания которых не исключает Болезни и Синдромы;

• экстренная профилактика населения (по показаниям);

• выявление умерших от неизвестных причин, патологоанатомическое вскрытие трупов, взятие материала для лабораторного исследования, кроме умерших от КВГЛ\*, захоронение трупов;

• введение и проведение ограничительных или карантинных мероприятий (ка­рантина, обсервации);

• проведение ежедневного анализа заболеваемости с учетом нозологиче­ской формы выявленного больного (трупа);

• проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных ме­роприятий;

• контроль за объектами внешней среды (лабораторный контроль за объектами внешней среды - возможными источниками и факторами передачи, пищевыми продук­тами, наблюдение за состоянием численности грызунов);

• проведение эпизоотолого-эпидемиологического обследования;

• информационно-разъяснительная работа среди населения об эпидемиче­ской обстановке.

Объем и конкретный характер мероприятий определяется нозологической формой инфекции или характеристикой выявленного Синдрома, данными эпи­демиологического обследования, которое проводится немедленно после выяв­ления больного (трупа).

Противоэпидемические мероприятия проводят территориальные организации здравоохранения совместно со специалистами отделов особо опасных инфекций Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее – РЦГЭ и ОЗ), областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее – ОЦГЭ и ОЗ) и ЦГЭ г. Минска, которые осуществляют методиче­ское руководство и оказывают консультативную и практическую помощь.

Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемиче­ского очага осуществляет территориальная КЧС в лице медицинского штаба.

Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локали­зации и ликвидации очага Болезни, Синдрома должно быть предусмотрено обеспечение задействованных ЛПО и ЦГЭ оператив­ной бесперебойной связью (телефон, радио, телетайп, факс и др.).

Все организации здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, других министерств и ведомств должны иметь необходимый запас:

• медикаментов для проведения симптоматической, этиотропной терапии, экстренной про­филактики (приложения 2-7);

• средств личной профилактики (приложения 11,12);

• средств индивидуальной защиты - противочумные костюмы I типа, другие средства индивидуальной защиты, разрешенные к применению (приложения 13-15);

\*Вскрытие умерших от КВГЛ, а также забор материала от трупа для лабораторного исследования не производится в связи с большим риском заражения.

• укладок для забора материала от больного (трупа) на лабораторное исследование (приложения 8-10);

• дезинфицирующих средств, а также упаковок лейкопластыря из расчета на заклеивание окон, дверей, вентиляционных отверстий в одном кабинете (боксе, палате, секции);

Первая информация о выявлении больного (трупа) чумой, холерой, КВГЛ, Конго-Крымской лихорадкой, желтой лихорадкой, а также боль­ных с Синдромами, описанными в главе 3, осуществляется: главному врачу ЛПО, который передает ее в станцию скорой медицинской помощи, центры (подразделения) профилактической дезинфекции, руководителям организаций здравоохранения, в том числе главному врачу соответствующего территориального ЦГЭ. Во все перечислен­ные адреса информация должна поступать не позднее 2 часов с момента выяв­ления больного.

Руководитель территориального медицинского объединения и главный врач территориального ЦГЭ вводят в действие оперативный план противоэпидемических мероприятий, информирует о случае заболевания соответствующие учреждения и организации, предусмотренные комплексным планом, в том числе областные (республиканский) и г. Минска отделы особо опасных инфекций, местные исполнительные и распорядительные органы, Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

При установлении предварительного диагноза и проведении первичных противоэпидемических мероприятий при указанных в главах 2 и 3 Болезнях и Синдромах необходимо ру­ководствоваться следующими сроками инкубационного периода:

- чума - 6 дней;

- холера - 5 дней;

- желтая лихорадка - 6 дней;

- Крым – Конго, оспа обезьян - 14 дней,

- лихорадки Эбола, Марбург, Ласса, боливийская, аргентинская - 21день;

- Синдромы невыясненной этиологии - 21 день.

Во всех случаях выявления больного (трупа) немедленная информация в вышестоящие организации здравоохранения, по подчиненности, должна содержать следующие сведения:

• фамилия, имя, отчество, возраст (год рождения) больного (трупа);

• название страны, города, района (территории), откуда прибыл больной (труп), каким видом транспорта прибыл (номер поезда, автомашины, рейс самолета, судна), время и дата прибытия;

• адрес постоянного места жительства, подданство больного (трупа);

• дата заболевания;

• предварительный диагноз, кем поставлен (фамилия врача, его должность, название ЛПО), на основании каких данных (клинических, эпидемио­логических, патологоанатомических);

• дата, время, место выявления больного (трупа);

• где находится больной в настоящее время (стационар, морг, самолет, поезд, пароход и т.д.);

• краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть забо­левания;

• принимал ли химиотерапевтические препараты, антибиотики, когда, дозы, количество, даты начала и окончания приема;

• получал ли профилактические прививки, сроки прививок;

• меры, принятые по локализации и ликвидации очага заболевания (количест­во выявленных лиц, контактных с больным (трупом), дезинфекционные и другие противоэпидемические мероприятия);

• какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфекционные средства, транспорт и т.п.;

• подпись под данным сообщением (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность);

• фамилии передавшего и принявшего данное сообщение, дата и час передачи сообщения.

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

Осмотр больного консультантами является обязательным, должен осуще­ствляться немедленно после госпитализации или, при необходимости, на месте выявления.

Забор материала от больных производится медицинскими работниками инфекционного стационара, где госпитализирован больной, в присутствии и под руководством специалистов по особо опасным инфекциям РЦГЭ и ОЗ, ОЦГЭ и ОЗ, ЦГЭ г. Минска. В случае невозможности быстрого прибытия указанных специалистов, забор материала от больного осуществляют два медицинских работника, один из которых должен быть врач-инфекционист или врач-терапевт, имеющий специальную подготовку по особо опасным инфекциям.

Допускается забор материала от больного, подозрительного на холеру (испражнения, рвотные массы и пр.) медицинским работником на дому, по месту ра­боты, в ЛПО, где выявлен больной.

Правила забора материала от больного (трупа) представлены в приложе­нии 8. Взятый материал должен быть немедленно направлен на исследование в лабораторию, предусмотренную комплексным планом по санитарной охране территории, или сохранен с соблюдением требований действующих санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами I-II групп патогенности до прибытия специалиста. Материал со­храняют на холоду в опечатанном виде, за исключением материала на холеру, который должен храниться при комнатной температуре или в термоста­те.

Материал от больного, с подозрением на чуму, КВГЛ, оспу обезьян для проведения клиниче­ских исследований необходимо предварительно обеззараживать (приложения 16, 17).

Списки лиц, соприкасавшихся с больным, составляются по форме:

• фамилия, имя, отчество;

• год рождения;

• место жительства (постоянное, в данной местности);

• место работы (название предприятия, учреждения и адрес);

• путь следования (вид транспорта);

• контакт с больным (где, когда, степень и продолжительность контакта);

• наличие прививок (в зависимости от подозреваемого заболевания), когда проводились (со слов);

• дата и час составления списка;

• подпись лица, составившего список (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность).

Медицинский персонал, находившийся вместе с больным чумой, КВГЛ или неизвестной инфекцией с Синдромами острой геморрагической лихорадки, респираторным или неврологическим, а также другие лица, общавшиеся с таким больным подлежат изоляции на срок, равный инкубационному периоду соот­ветствующей инфекции.

За медицинским персоналом и другими лицами, контактными с больным Конго-Крымской геморрагической лихорадкой, устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубационного периода.

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

При выявлении больного желтой лихорадкой, за всеми лицами, которые находились с больным на одном транспортном средстве, при наличии комаров - специфических переносчиков, устанавливается медицинское наблюдение, на срок инкубационного периода.

Дальнейшие мероприятия проводятся под руководством специалистов отделов особо опасных инфекций РЦГЭ и ОЗ, ОЦГЭ и ОЗ, ЦГЭ г. Минска в соответствии с действующими санитарными правилами, инструктивно-методическими документами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Решающим фактором при установлении диагноза являются следующие данные эпидемиологического анамнеза:

- прибытие больного из местности, неблагополучной по этим инфекциям в течение времени, равном сроку инкубационного периода;

- общение выявленного больного с больным Болезнью в пути сле­дования, по месту жительства или работы, а также наличия там тяжелых, ост­рых заболеваний (единичных или группы) с Синдромами, имеющими важное международное значение;

- пребывание на транспортном средстве, которое следует из местности, неблагополучной по чуме, КВГЛ, желтой лихорадке при наличии на нем грызунов, блох или комаров;

- пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по Болезням, Синдромам или на энзоотичной территории.

РАЗДЕЛ IV

ПЕРВИЧНЫЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО БОЛЕЗНЬЮ В ЛПО ИЛИ ПО МЕСТУ ПРОЖИВАНИЯ

ГЛАВА 4

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАРЕ

Мероприятия в организациях здравоохранения проводятся по единой схеме согласно оперативным планам противоэпидемических мероприя­тий данного учреждения.

В каждой организации здравоохранения в кабинетах главного врача (заместителей), врачебных и других ка­бинетах должны находиться схемы оповещения при выявле­нии больного (трупа), сведения о местах хранения укладок за­щитной одежды, дезинфицирующих средств и емкостей для их разведения, ук­ладок для забора материала на лабораторное исследование, а также перечень обязанностей для врачей и средних медицинских работников. Укладки должны храниться в местах, доступных для работающего персонала в течение круглых суток. Место хранения укладок, ключей от комнаты и номер телефона ответст­венного за их хранение должны быть известны каждому сотруднику медицин­ской организации (под расписку).

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

Информация о выявленном больном в территориальный ЦГЭ, выше­стоящие организации здравоохранения по подчиненности, вызов консультантов в стационар и эвакобригады для госпитализации больного, дезбригады для про­ведения заключительной дезинфекции, осуществляется руководителем ЛПО (лицом, его заменяющим), который также решает вопрос (совместно с врачом-эпидемиологом ЦГЭ) о порядке, местах выставления внутренних и внешних постов.

В случае выявления больного, подозрительного на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, или больного с одним из описанных выше Синдромов в каж­дом ЛПО должны быть проведены следующие первичные противоэпи­демические мероприятия:

• Принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления до его гос­питализации в специализированный инфекционный стационар.

• Больному оказывается необходимая медицинская помощь (приложения 2-7).

• Транспортабельные больные направляются санитарным транспортом в специально выделенные для этих больных стационары.

• Нетранспортабельным больным помощь оказывается на месте с вызовом ос­нащенной всем необходимым бригады скорой медицинской помощи.

• Медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной:

- по телефону или через нарочного, не бывшего в контакте с больным, извещает главного врача ЛПО о выявленном больном и его состоянии;

- при подозрении на чуму, КВГЛ, Конго-Крымскую лихорадку, оспу обезъян меди­цинский работник должен закрыть нос и рот любой повязкой (полотенцем, ко­сынкой, бинтом и т.д.) предварительно обработав руки и открытые части тела любыми дезинфицирующими средствами (хлорамин 1%, спирт 700  и т.д.), и оказать медицинскую помощь больному; дождаться прихода врача-инфекциониста или врача другой специальности и покинуть кабинет. Прибывший врач-инфекционист (врач-терапевт) заходит в кабинет или палату к больному в защитной одежде, а сопровождаю­щий их сотрудник (медсестра, санитарка) должен около палаты развести де­зинфицирующий раствор. Врач, выявивший больного, снимает медицинский халат и повязку, защищавшую его дыхательные пути, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором или влагонепроницаемый пакет, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и переходит в соседний кабинет или дру­гое помещение, где проходит полную обработку, переодевание в запасной ком­плект одежды (личную одежду и обувь помещают в брезентовый или клеенча­тый мешок для обеззараживания). Ему обрабатывают 70° этиловым спиртом открытые части тела, волосы, рот и горло прополаскивают 70° этиловым спир­том, в нос и в глаза закапывают растворы антибиотиков или 1% раствор бор­ной кислоты. Вопрос об изоляции и экстренной профилактике решается после подтверждения диагноза консультантами;

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

- прибывший врач-инфекционист или опытный врач-терапевт в защитной одежде, соответствующей выявленному заболеванию, осматривает больного, подтвер­ждает подозрение на одно из инфекционных заболеваний, по показаниям про­должает лечение больного (приложения 3-7). Проводит опрос больного, выясняет эпиданамнез, выявляет лиц, бывших в контакте с больным среди:

а. больных, находившихся в данном ЛПО;

б. больных, переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие ЛПО, и выписанных;

в. медицинского и обслуживающего персонала (гардероб, регистратура, диаг­ностические, смотровые кабинеты);

г. посетителей, в том числе и покинувших ЛПО к моменту выявления больного;

д. лиц по месту жительства больного, работы, учебы.

• В палате, где выявлен больной, закрывают двери и окна, проводят теку­щую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода за больным и т.д.). Методы и средства дезинфек­ции изложены в Приложениях 16, 17.

• Временно запрещают вход в ЛПО и выход из него.

• Закрывают двери всего ЛПО или того отделения (этажа), в котором вы­явлен больной, при условии полной его изоляции от других помещений. На входных дверях ЛПО необходимо вывесить объявление о временном его закрытии и указать адрес, где будет проводиться прием больных.

• Прекращают сообщение между этажами. Выставляют посты у пала­ты, где находится больной, у входных дверей больницы (отделения) и на эта­жах.

• Запрещают хождение больных внутри отделения, где выявлен больной, и выход из него.

• Временно прекращают прием (выписку больных, выдачу тру­пов, посещение больных родственниками и другими лицами), запрещают вынос вещей из палаты, передачу историй болезни до проведения заключительной дезинфекции.

• Прием больных по жизненным показаниям проводят в изолиро­ванных от общего потока больных помещениях, имеющих отдельный вход.

• Лица, контактные с больным чумой, КВГЛ, оспой обезъян и Синдромами острой гемор­рагической лихорадки, или острым респираторным, или острым неврологиче­ским Синдромами полежат изоляции, при этом учитываются контакты по помещениям, сообщающимися через вентиляционные ходы.

• За лицами, контактными с больными холерой, желтой лихорадкой, Кон­го-Крымской лихорадкой. Синдромами острой диареи и острой желтухи, маля­рией устанавливают медицинское наблюдение. В отдельных случаях по решению врача-эпидемиолога контактные с больным холерой, Синдромами острой диареи и острой желтухи изолируются, если имелась реальная угроза их заражения.

• При выявлении больного желтой лихорадкой принимают меры для его госпитализации в инфекционный стационар. Больного помещают в палату или бокс, недоступный для комаров, проводят лечение.

ГЛАВА 5

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ

Все мероприятия при выявлении больного на приеме в поликлинике про­водят также, как при выявлении в стационаре.

Главный врач поликлиники после получения извещения о выявлении больного направляет в кабинет, где выявлен больной, врача-инфекциониста или опытного врача-терапевта с медсестрой (санитаркой), которая доставляет к кабинету дезинфицирующий раствор.

Врач-инфекционист (врач-терапевт) в защитной одежде входит в кабинет к больно­му для проведения его осмотра (опроса), подтверждения или снятия подозре­ния. Врач, выявивший больного, после того, как передает его врачу-инфекционисту, покидает кабинет. Все его дальнейшие действия описаны в главе 4.

Медсестра перед кабинетом разводит дезраствор и служит для связи врача-ин­фекциониста (врача-терапевта) с главным врачом. Главный врач при подтверждении подозрения прекращает прием больных в поликлинике, выставляет посты при всех входах и выходах из поликлиники.

При выходе переписывают всех посетителей с указанием их места жи­тельства.

В случае выявления больного легочной формой чумы, КВГЛ, острых респираторного, геморрагического или неврологического Синдромов лиц, бывших в близком контакте с больным, временно изолируют в одном из помещений поликлиники до прибытия врачей-эпидемиологов и решения вопроса о необходимости их помещения в изолятор.

В кабинете, где выявлен больной, закрывают окна и двери, отключают вентиляцию. Вентиляционные отверстия заклеивают лейкопластырем.

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

После эвакуации больного, контактных с ним, проведения заключитель­ной дезинфекции во всех помещениях, которые посещал больной, поликлиника может работать в обычном режиме.

ГЛАВА 6

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ

Фельдшерско-акушерский пункт (далее - ФАП) немедленно закрывается. Вход и выход из него прекращается. Все лица, находившиеся к этому моменту в помещении ФАПа, считаются контактными, их берут на учет с после­дующей изоляцией или медицинским наблюдением. О выявлении больного фельдшер сообщает по телефону или нарочным (лицо, не находящееся в дан­ный момент в помещении ФАПа) главному врачу центральной районной или сельской участковой больницы (или лицам, их заменяющим).

При тяжелой форме заболевания больному оказывается необходимая экс­тренная медицинская (догоспитальная) помощь, не дожидаясь прибытия врача. Фельдшер остается с больным до прибытия врачебной бригады.

Соблюдение мер личной профилактики, принципы лечения больного, на­девание защитного костюма, выявление контактных, текущая дезинфекция и другие мероприятия проводятся, как указано в главе 4 настоящей Инструкции.

Так как на ФАПе медработник в момент выявления больного может быть в единственном числе, то для проведения первичных противоэпидемиче­ских мероприятий он может покинуть временно свой кабинет, предварительно сняв инфицированную одежду: медицинский халат, косынку или шапочку, по­местив их в дезинфицирующий раствор, обработать открытые части лица и провести другие виды обработки (приложения 11, 12, 15), переодеться в чистую защитную одежду.

ГЛАВА 7

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА ДОМУ, НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

При выявлении больного на дому (на рабочем месте) врачом поликлиники или станции скорой медицинской помощи врач принимает меры для его временной изоляции в отдельной комнате, оказывает больному медицинскую помощь, максимально обезопасив себя от заражения. О выявленном больном с помощью родственников, соседей или водителя машины скорой медицинской помощи сообщает глав­ному врачу поликлиники или скорой медицинской помощи.

Врач, выявивший больного, обязан собрать эпиданамнез, взять на учет всех лиц, кто мог быть в контакте с больным с начала его заболевания.

После эвакуации больного и приезда бригады дезинфекторов врач снимает рабочую одежду, помещает ее в дезинфицирующий раствор, обрабатывает обувь, принимает средства личной экстренной профилактики (Приложения 11, 12).

При контакте с больным легочной формой чумы, КВГЛ, оспой обезьян и Синдромами острой геморрагической лихорадки, или острым респираторным, или острым неврологическим Синдромами медицинский работник подлежит изоляции на срок инкубационного периода.

При контакте с больным холерой, желтой лихорадкой, Синдромами острой диареи и острой желтухи – устанавливается медицинское наблюдение, в отдельных случаях, по решению врача-эпидемиолога – изолируются, если имелась угроза их заражения.

ГЛАВА 8

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ГОСТИНИЦЕ

Врач медпункта (здравпункта) гостиницы или врач, вызванный из поли­клиники, скорой медицинской помощи к проживающему в гостинице больному, заподозрив­ший у него заболевание чумой, холерой, КВГЛ или наличие одного из Синдро­мов, через дежурного по этажу сообщает о выявленном больном (трупе) глав­ному врачу поликлиники (территориального медицинского объединения), который в соответствии с оператив­ным планом реализует комплекс первичных противоэпидемических мероприя­тий, как указано в главе 4. Врач остается с больным до прибытия эвакобригады, при необходимости оказывает экстренную медицинскую помощь (при­ложения 3-7). Запрещается посещение посторонними лицами номера, где нахо­дится больной (труп).

При подозрении на заболевание легочной чумой, КВГЛ врач до получе­ния защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым под­ручным дезинфицирующим средством (спирт, водка, одеколон, дезодорант и т.д.), нос и рот закрывают полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта), доставленных в номер.

По согласованию с администрацией лиц, проживающих в номере вместе с больным (умершим), переводят в другое изолированное помещение.

Больного (труп) временно оставляют в номере. Закрывают двери и окна, отключают вентиляцию или кондиционер. Больному не разрешают пользовать­ся канализацией. На месте изыскиваются необходимые емкости для сбора вы­делений больного. Последние после соответствующей дезинфекции сливают в канализацию (приложения 16, 17).

У больного выясняют возможные контакты по гостинице и за ее преде­лами. Составляют списки контактных (по приведенной в разделе III схеме). При заболевании чумой, КВГЛ, оспой обезьян или наличии одного из Синдромов, учитываются контакты по помещениям, сообщающимся через вентиляционные ходы.

Директор гостиницы обязан, на основании плана противоэпидемических мероприятий объекта, осуществить следующие мероприятия:

• Закрыть входные двери гостиницы, не допускать в гостиницу лиц, не прожи­вающих в ней, и полностью прекратить выход из нее.

• Выставить пост у номера, где выявлен больной (труп).

• Прекратить сообщение между этажами и отдельными секциями здания гос­тиницы.

• Запретить вход на этаж, где выявлен больной (труп), лицам, не проживаю­щим на данном этаже.

• Изолировать граждан, соприкасавшихся с больным (умершим) непосредст­венно в номерах, где они проживают (кроме лиц, проживающих в одном номере с больным).

• Запретить до проведения заключительной дезинфекции выносить вещи из номера больного (умершего).

После эвакуации больного (трупа), контактных с ним (или установления за кон­тактными медицинского наблюдения), проведения заключительной дезинфек­ции гостиница переходит на обычный режим работы.

ГЛАВА 9

МЕРОПРИЯТИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ИЛИ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

При возникновении подозрения на чуму, холеру, КВГЛ, другие Болезни и Синдромы во время вскры­тия трупа вскрытие временно прекращается до прибытия консультантов-специалистов по особо опасным инфекциям из РЦГЭ и ОЗ, ОЦГЭ и ОЗ, ЦГЭ г. Минска. Секционный стол отключается от канализации. Спуск сточных вод в канализацию прекращается. Промывные воды собираются в ведра или другие емкости, содержащие дезинфицирующие растворы. Труп накрывается клеенкой без применения дезинфицирующих средств. Если одновременно проводилось несколько вскрытий, они также прекращаются.

По истории болезни уточняются данные клинического и эпидемиологи­ческого обследования умершего. О предварительных результатах вскрытия не­медленно ставится в известность заведующий патологоанатомическим отделе­нием или бюро судебно-медицинской экспертизы, главный врач ЛПО или лицо его заменяющее.

Окна, форточки и двери в секционной и других помещениях прозектор­ской закрываются, вентиляция отключается (кроме случаев подозрения на хо­леру). Вентиляционные отверстия заклеивают лейкопластырем.

Все лица, находившиеся в прозекторской, снимают рабочую одежду, вы­ходят в чистое помещение, где обрабатывают открытые части тела 0,5-1% рас­твором хлорамина или 70° спиртом, а слизистые оболочки - раствором стреп­томицина при подозрении на чуму или слабым розовым раствором марганцово­кислого калия при подозрении на КВГЛ. При подтверждении диагноза персонал, занимавшийся вскрытием трупа с подозрением на чуму, КВГЛ, Синдромом острой геморрагической лихорадки, или острого респиратор­ного, или острого неврологического Синдрома подлежат изоляции и профилак­тическому лечению. За персоналом, занимавшимся вскрытием трупа с подоз­рением на холеру, Синдромом острой диареи и острой желтухи, с подозрением на желтую лихорадку и малярию устанавливается медицинское наблюдение.

Всю дальнейшую работу в секционном зале выполняют в защитной оде­жде в соответствии с нозологической формой (приложение 14). После прибытия консультантов дальнейшее вскрытие, забор материала для исследования проводится стериль­ными инструментами под руководством специалистов по особо опасным ин­фекциям. При невозможности прибытия консультантов в ближайшие 4-6 часов, патологоанатом или судебно-медицинский эксперт заканчивают вскрытие трупа самостоятельно с соблюдением правил биологической безопасности и производят забор материала на исследование, кроме подозрения на КВГЛ. Во время вскрытия проводится текущая дезинфекция.

В случае подозрения на КВГЛ, вскрытие не производится, труп хоронят или сжигают в крематории.

Вскрытый труп орошают дезинфицирующим раствором (3% р-р хлора­мина и др.), завертывают в простыню, смоченную в дезинфицирующем раство­ре, и помещают в металлический гроб или деревянный, обитый внутри клеен­кой. На дно засыпают хлорную известь слоем не менее 10 см. В помещении прозекторской проводят заключительную дезинфекцию.

Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляет эвакобри-гада в сопровождении врача-эпидемиолога территориального ЦГЭ.

РАЗДЕЛ V

ПЕРВИЧНЫЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНООГ НА ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВАХ

ГЛАВА 10

МЕРОПРИЯТИЯ В ВАГОНЕ ПАССАЖИРСКОГО ПОЕЗДА В ПУТИ СЛЕДОВАНИЯ

Проводник, заподозривший заболевание у пассажира, информирует начальника поезда, который приглашает медработника, находящегося в поезде в качестве пассажира, а при его отсутствии из медпункта ближайшей станции. Медицинский работник, приглашенный к больному начальником поезда, после осмотра передает через проводника смежного вагона текст телеграммы о пред­полагаемом диагнозе у больного. Начальник поезда направляет телеграмму в адрес ближайшего по пути следования медицинского пункта или санитарно-контрольного пункта (далее – СКП) вокзала. Работники медицинского пункта вокзала или СКП информируют о выявленном больном отделенческий (линейный) ЦГЭ Белорусской железной дороги.

Принимаются меры к госпитализации больного (доставке трупа) в насе­ленном пункте по ходу движения поезда, где имеются соответствующие усло­вия для госпитализации и лечения больного или квалифицированного вскрытия и захоронения трупа (мероприятия в отношении иностранных граждан прово­дятся с учетом требований Международных санитарных правил).

Медработник совместно с поездной бригадой проводит следующие меро­приятия:

• Больного (труп) оставляют в купе, в котором он находился. Осталь­ных пассажиров этого купе переводят в соседнее, предварительно освобо­жденное от других пассажиров, последних размещают в этом же вагоне. В плацкартных вагонах купе с больным (умершим) отгораживают просты­нями или одеялами.

• Закрывают двери вагона, запрещают посадку и выход пассажиров до особого распоряжения, хождение пассажиров по вагону и в другие вагоны. При подозрении на чуму, КВГЛ, Синдромы острой геморрагической лихо­радки, острый респираторный и острый неврологический, закрывают так­же окна и выключают вентиляцию или кондиционер.

• Больному оказывают медицинскую помощь. Его обеспечивают от­дельной посудой для питья и приема пищи, а также емкостями для сбора и обеззараживания выделений. Медицинский работник до получения за­щитной одежды временно закрывает себе нос и рот полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта), не находившихся в купе с больным. При подозрении на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций.

• В купе, где находится больной (труп), а также в других купе, коридоре вагона и туалетах проводят текущую дезинфекцию (приложение 16).

• Один из туалетов выделяют для сбора и дезинфекции выделений боль­ного, унитаз в нем закрывают, устанавливают ведра с дезинфицирующим раствором. Второй туалет используется остальными пассажирами вагона. Туалеты обеспечивают дезсредствами для рук. Возле туалета и купе боль­ного для вытирания ног кладется ветошь, увлажненная дезинфицирующим раствором (3% р-р хлорамина или хлорной извести).

• Проводят разъяснительную работу среди пассажиров о значении про­водимых мероприятий и мерах личной профилактики.

• Составляют списки пассажиров, следовавших в вагоне, обслуживаю­щего персонала, контактировавших с больным.

• После госпитализации больного проводят заключительную дезинфек­цию в купе, туалетах, проходах вагона (приложение 16).

Вопрос о месте и порядке изоляции пассажиров, подвергшихся риску за­ражения, объеме дезинфекционных мероприятий решает прибывший врач-эпиде­миолог.

ГЛАВА 11

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА ВОКЗАЛЕ (ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ, РЕЧНОМ, АЭРОВОКЗАЛЕ, АВТОСТАНЦИИ)

Врач медпункта, заподозривший у больного заболевание чумой, холерой, КВГЛ, другие Болезни и Синдромы сообщает главному врачу поликлиники по подчиненности, начальнику вокзала и другим службам согласно принятой схеме оповещения. Больного изо­лируют в помещении изолятора или медпункта, оказывают ему при необходи­мости медицинскую помощь, принимают меры к немедленной госпитализации (доставке трупа). На месте обнаружения больного при необходимости прово­дится текущая дезинфекция (обеззараживание рвотных масс, испражнений больного).

Мероприятия в отношении врача, выявившего больного, аналогичные описанным в главе 4. По указанию начальника вокзала принимаются меры к пре­кращению доступа пассажиров в зал ожидания, где находился больной. Выяв­ляются лица, соприкасавшиеся с больным: в билетных кассах, багажном отде­лении, зале ожидания, буфете, ресторане и т.д.

Дальнейшие мероприятия проводятся по указанию прибывшего врача-эпидемиолога в соответствии с оперативным планом.

Во всех помещениях, которые мог посетить больной, проводится заклю­чительная дезинфекция.

ГЛАВА 12

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В САМОЛЕТЕ

При выявлении больного на борту самолета принимаются меры к изоля­ции его от окружающих пассажиров в отдельном отсеке или на задних сиденьях салона, при необходимости оказывают неотложную медицинскую помощь. При подозрении на легочную чуму, КВГЛ, геморрагический, респираторный, нев­рологический Синдромы принимаются меры, которые в какой-то мере могут предотвратить возможность воздушно-капельной передачи инфекции (отгоро­дить кресло больного ширмой, пленкой, материалом). Информация о выявленном больном направляется в ближайший аэропорт по пути следования самолета.

При подозрении на холеру больной обеспечивается необходимым коли­чеством крафтпакетов для сбора его выделений. Член экипажа или медицин­ский работник, оказывающий больному помощь, должен строго соблюдать ме­ры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций.

По прибытии в аэропорт самолет отводится на санитарную площадку. Его встречает врач СКП. На борт самолета поднимается врач СКП в защитной одежде.

Больной транспортом аэропорта или машиной скорой медицинской по­мощи доставляется в изолятор (медпункт аэропорта и т.п.) или сразу в инфек­ционный стационар.

Пассажиры вместе с экипажем эвакуируются через выход, противопо­ложный от места нахождения больного. У трапа самолета кладется коврик (до­рожка), смоченный дезраствором. Транспортом аэропорта все лица, находив­шиеся вместе с больным в самолете, доставляются в одно из помещений аэро­порта, где проводят их опрос, составляют списки с указанием пути следования, адреса, места нахождения в ближайшее время (срок зависит от продолжитель­ности инкубационного периода выявленного заболевания). На всех лиц, нахо­дившихся на борту самолета вместе с больным, составляются списки.

Вопрос о мерах в отношении контактных с больным пассажиров, членов экипажа, решает прибывший врач-эпидемиолог исходя из конкретной ситуации.

После эвакуации больного (трупа), пассажиров и экипажа в салоне, туа­лете самолета проводится заключительная дезинфекция, трап, транспорт также подлежат дезинфекции. Дальнейшие мероприятия проводятся в соответствии с оперативным планом противоэпидемических мероприятий аэропорта и с уче­том требований, предусмотренных нормативно-методическими документами по санитарной охране территории Республики Беларусь, а в отношении иностранных граждан - с учетом требо­ваний Международных санитарных правил.

РАЗДЕЛ VI

ПЕРВИЧНЫЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДИМЫЕ БРИГАДАМИ ВРАЧЕЙ-ЭПИДЕМИОЛОГОВ, ЭВАКУАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЧУМУ, ХОЛЕРУ, КВГЛ, ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЫ

ГЛАВА 13

МЕРОПРИЯТИЯ БРИГАДЫ ВРАЧЕЙ-ЭПИДЕМИОЛОГОВ

Члены бригады врачей-эпидемиологов (далее – эпидбригады) по прибытии к месту выявления больного (трупа) перед входом в помещение, где находится больной (труп), надевают защитные костюмы в зависимости от предполагаемого диагноза (приложение 14).

Врач-эпидемиолог эпидбригады:

• Уточняет у больного данные эпиданамнеза, круг лиц, которые общались с ним (с указанием даты, степени и длительности контакта).

• Определяет контингенты лиц, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике, а также объекты для дезинфекции.

• Обеспечивает контроль за эвакуацией больного и соприкасавшихся с ним лиц, проведением текущей и заключительной дезинфекции (при отсутствии врача-дезинфектора).

• Контролирует правильность проведенных ограничительных мероприятий (степень изоляции помещения, где находится больной (труп), правильность выставления постов, а также других мероприятий, направленных на локали­зацию очага и прерывание путей передачи инфекции).

• Определяет объекты, подлежащие лабораторному исследованию.

• Сообщает главному врачу территориального ЦГЭ по телефону (при отсутствии связи - с на­рочным) уточненные сведения о контактных и проведенных первичных ме­роприятиях по локализации очага, а также о мероприятиях, направленных на ликвидацию очага.

ГЛАВА 14

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ БРИГАДОЙ ЭВАКУАТОРОВ

При получении информации о случае заболевания подозрительного на чуму, холеру, желтую лихорадку или Синдром для эвакуации больного (трупа) направляется бригада эвакуаторов (далее – эвакобригада).

Эвакобригада должна состоять из врача и двух помощников (фельдшера, санитара).

Машина должна быть обеспечена: посудой с плотно закрывающейся крышкой для сбора выделений больного, запасом растворов дезинфицирующих средств для проведения текущей дезинфекции во время перевозки больного и медикаментами для оказания экстренной помощи.

При выезде к больному необходимо взять защитную одежду в зависимо­сти от предполагаемого диагноза: при подозрении на чуму, КВГЛ, инфекцион­ную болезнь неясной этиологии с Синдромом острой геморрагической лихо­радки или с острым респираторным, или с острым неврологическим Синдромами - противочумный костюм III типа, оспу обезьян – II типа, на холеру, желтую лихорадку и Синдромы острой диареи, строй желтухи – IV типа (приложение 14).

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

Для перевозки больного легочной чумой, КВГЛ, с Синдромом острой ге­моррагической лихорадки или острым респираторным, или острым неврологи­ческим Синдромами необходимо использовать специальные санитарные маши­ны, предварительно, по возможности, герметизированные (щели заклеены лей­копластырем, окна плотно закрыты и т.д.). Шофер эвакобригады при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии ее - в тот же тип костюма, что и остальные члены бригады.

Запрещается сопровождение больного родственниками и знакомыми.

После доставки больного в больницу бригада проходит на территории больницы полную санитарную обработку с дезинфекцией защитной одежды.

В случае обнаружения дефектов в защитной одежде эвакуатора, лицо отвечающее за режим биологической безопасности ЛПО, имеет право данное лицо подвергнуть изоляции.

Машина, предметы ухода за больным подвергаются заключительной де­зинфекции на территории больницы силами самой больницы или бригад де­зинфекционного отделения районного (городского) ЦГЭ или центров (подразделений) профилактической дезинфекции.

За членами бригады устанавливается медицинское наблюдение в течение срока, равного инкубационному периоду при предполагаемой нозологической форме, по месту работы.

При транспортировке с места выявления (амбулаторно-поликлинического учреждения, дома, гостиницы, вокзала и т.д.) трупа человека, умершего от за­болевания, подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, желтую лихорадку или Синдром неясной этиологии члены эвакобригады должны соблю­дать теже меры личной профилактики, как и при госпитализации больного.

Труп, тщательно обернутый простыней и клеенкой (во избежание выте­кания жидкости), на специально выделенном транспорте, в сопровождении эва­куаторов, одетых в защитную одежду, перевозят в морг, предусмотренный комплексным планом по санитарной охране территории. Из морга труп перево­зится на кладбище или в крематорий эвакобригадой в сопровождении врача-эпидемиолога территориального ЦГЭ.

Захоронение проводится при строгом соблюдении требований действую­щих Правил содержания мест погребения. Заключительную дезинфекцию в очаге проводит бригада дезинфекторов.

ГЛАВА 15

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ БРИГАДОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ

По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады (далее – дезбригады) надевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза. Заключитель­ную дезинфекцию в очаге проводят немедленно после эвакуации больного (трупа). При подозрении на чуму, в случае необходимости, одновременно про­водят дезинсекцию и дератизацию.

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

Перед проведением дезинфекции необходимо закрыть окна и двери в по­мещениях, подлежащих обработке. Проведение заключительной дезинфекции начинают от входной двери здания, последовательно обрабатывая все помеще­н-ия, включая комнату, где находился больной. В каждом помещении с порога, не входя в комнату, обильно орошают дезинфицирующим раствором пол и воз­дух. При холере орошение воздуха не проводят.

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

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

Приложение 1

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Клинико-эпидемиологическая характеристика чумы, холеры, желтой лихорадки, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок Ласса, Эбола, Марбург, Боливийской, Аргентинской, Конго-Крымской (Болезней)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Основные клинические признаки | Основные эпидемиологические признаки | | | | | Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать |
| Инкубационный период | | Источник инфекции | Пути передачи | Факторы и условия заражения |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Чума |  | |  |  |  |  |
| При любой клинической форме чумы начало заболевания внезапное, острое, без продромальных явлений. Сильный озноб, быстрое повышение температуры 38-400С, резкая головная боль, головокружение, раннее на­рушение сознания, бессонница, бред, иногда рвота. Состояние беспокойства, возбу­ждения. У других больных заторможенность, оглушенность. Лицо покрасневшее, одутловатое, затем становит­ся осунувшимся, черты его заостряются. Гиперемия конъюнктив, глаза окружены темными кругами. Страдаль­ческое выражение лица, не­редко полное страха, ужаса. ­ Язык обложен «натерт мылом», припухший, нередко тремор. Сухость слизистых полости рта. Зев гиперемирован, миндалины могут быть увеличены. Быстро нарастают явления сердечно-сосудистой недостаточности. Через сутки развиваются характерные для каждой формы признаки болезни | 6 суток  (от 1 до  6 суток),  у вакци­  ниро­ванных  до 8-10  суток) | | Грызуны,  хищники,  верблю­  ды, боль­  ной человек | Трансмис-  сивный -  через блох.  Контактный  -через кровь, вы­  деления  больного  человека,  зараженных  животных.  Аэрогенный воздушно-  капельный,  воздушно-  пылевой. | 1.Нахождение в предшествую­щие заболева­нию 6 дней в поле, степи, пус­тыне, горах, где есть природные очаги чумы.  2. Участие в при­резке больного  верблюда или  ухода за ним,  обработка верб­люжьего мяса.  3. Снятие шкурок и разделка тушек грызунов и хищников, добытых на территории природных очагов |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  | |  | Алиментар-  ный-через  зараженную  пищу | 4. Уход за больным чумой (или тесный контакт с ним).  5. Участие в ритуале похорон умершего |  |
| Бубонная форма (наибо­лее частая) - основным при­знаком является бубон (вос­паление ближайшего к месту внедрения возбудителя чумы лимфатического узла). Бубон резко болезненный, плотный, спаянный с окружающей подкожной клетчаткой (не­подвижный, плохо контурируемый) |  | |  |  |  | Бубонную и кож­ную формы - с туляремией (бубон подвижный, менее болезненный, хо­рошо контурируется) |
| Кожная, кожно-бубонная формы встре­чаются сравнительно редко. При кожной форме, перехо­дящей обычно в кожно- бу­бонную, выявляются измене­ния в виде некротических язв, фурункула, геморраги­ческого карбункула. Разли­чают быстро сменяющиеся стадии: пятно, папула, вези­кула, пустула. Язвы при чуме на коже отличаются длитель­ностью течения, заживают медленно, образуя рубцы |  | |  |  |  | С кожной формой сибирской язвы (отсутствие бо­лезненности, зна­чительная отеч­ность, дополни­тельное высыпа­ние вокруг струпа новых пузырьков);  Сапом (узелки  болезненные,  лимфангоит) |
| Легочная форма - на фоне общетоксических при­знаков появляются боли в грудной клетке, одышка, рано наступает угнетение психики, бред; кашель появляется с самого начала заболевания. Мокрота часто пе- |  | |  |  |  | С гриппозной бронхопневмо­нией (катаральные явления, менее выражен -ная ин­токсикация, бы­строе падение |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| нистая с прожилками крови. Характерно несоответствие между данными объективного обследования легких и общим тяжелым состоянием больного |  | |  |  |  | Температуры;  С крупозной пневмонией (наличие вязкой мокроты ржавого цвета , явления интоксикации проявляется позднее;  Туберкулезом легких (данные анамнеза и лабораторных исследований);  Легочной формой сибирской язвы (катаральные явления, сравнительное обилие перкуторных и особенно аускультативных данных) |
| Септическая форма – ранняя тяжелая интоксикация, чрезвычайно тяжелые общие симптомы заболевания и быстрая смерть (резкое падение кровяного давления, кровоизлияния на слизистых, коже, кровотечение из внутренних органов).  Примечание: не исключена возможность развития чумного менингита с тяжелым течением, заканчивающимися неблагоприятным исходом. Широкое применение антибиотиков, изменяющих клиническую картину чумы, может привести к появлению стертых и атипичных форм болезни |  | |  |  |  | Септическую форму - с септиче­ским состоянием различной этиологии на основании эпиданамнеза |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Кишечная форма - встречает­ся крайне редко. На фоне вы­сокой температуры и выра­женной интоксикации боль­ные жалуются на боли в жи­воте, рвоту с примесью крови  и жидкий стул с примесью крови. Без своевременно на­чатого лечения заболевание заканчивается летально |  | |  |  |  |  |
| Холера |  | |  |  |  |  |
| Различают: легкое тече­ние холеры, при которой жидкий стул и рвота могут быть однократными. Обезвоживание почти не выражено и не превышает 3% массы тела. (дегидратация I степени). Самочувствие удовле­творительное. Жалобы на сухость во рту и повышенную жажду. Больные за медицинской помощью не обращаются, выявление их затруднительно. Без бактериологического исследования зачастую невозможно провести дифференциальный диагноз с желудочно-кишечными заболеваниями другой этиологии. Продолжительность болезни - 1-2 дня. При среднетяжелом течении холеры начало ост­рое с появления обильного стула (иногда может предшествовать рвота – гастрический вариант). Стул становится все более частым -15-20 раз в сутки, постепенно теряет ка­ловый характер и приобретает вид рисового отвара (мо­жет быть желтоватым, ко­ричневым с красноватым оттенком, вида «мясных помо­ев»). Понос не сопровождается болями в | 5 суток  (от 10 часов до 5 суток) | | Больной  человек,  вибрионоситель | Фекально-  оральный,  через воду  и пищу.  Контактный | 1.Нахождение в  предшествую­щие заболеванию 5 дней в неблагополучном по холере населенном пункте, районе, иностранном государстве.  2. Уход за больным диареей.  3 .Использование  для питья не­  обеззараженной  воды или использование для  купания и дру­гих нужд воды открытого водоема | Отравление грибами (анамнести­ческие данные, болевой синдром).  Отравление клещевиной (анамне­стические дан­ные). Отравления неор­ганическими и органиче скими ядами (групповые  отравления, ре­зультаты химического анализа).  Пищевые токсикоиифекпии, сальмонеллезы  (болевой синдром, повышение тем­пературы, сравнительно редкое развитие заболевания до степени алгида, данные бактериологического исследования) |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| животе, тенезмами. Иногда могут быть умеренные боли в области пупка, дискомфорт, урчание в животе. Вскоре к поносу присоединяется обильная рвота, без тошноты. Нарастает обезвоживание организма, потеря жидкости составляет 4-6% массы тела (дегидратация II степени).  Появляются судо­роги отдельных групп мышц. Голос сиплый. Жалобы боль­ных на сухость во рту, жаж­ду, недомогание, слабость. Отмечается цианоз губ, ино­гда акроцианоз. Снижается тургор кожи. Язык сухой. Тяжелое течение хо­леры характеризуется вы­раженной степенью обезво­живания, с потерей жидкости 7-9% от массы тела и нару­шением гемодинамики (де­гидратация III степе­ни). У больных частый, обильный, водянистый стул, рвота, выраженные судороги мышц. Отмечается падение артериального давления. Пульс слабый, частый. Одышка, цианозы кожных покровов, олигурия или ану­рия. Черты лица заострив­шиеся, глаза и щеки впалые, голос сиплый, вплоть до афо­нии. Тургор кожи резко сни­жен, кожная складка не рас­правляется. Пальцы рук. и ног морщинистые. Язык сухой. Урчание в животе, легкая болезненность в эпигастрии и околопупочной области. Больные жалуются на редчайшую слабость, неутоли­мую жажду. По теря жидкости, достигаю­щая 8-10 % от веса тела боль­ного, а также солевой дефи­цит |  | |  |  | 4. Употребление  в пищу слабосоленой рыбы домашнего изго­товления, креветок, раков, крабов, морской  капусты и других продуктов с недостаточной термической  обработкой.  5. Употребление  в пищу овощей и  фруктов, приве­зенных из неблагополучных по  холере районов.  6. Работы, связанные с эксплуатацией открытых водоемов (водолазы, рыбаки), обслуживанием канализационных и водопроводных сооружений | Ботулиническая интоксикация (тошнота, рвота,  головокружение, комплекс нервнопаралитических явлений, анамнез и данные лабораторных исследований).  Бактериальная дизентерия (лихо­радочная реакция, тенезмы, схватко-образные боли в животе, симптомы гемоколита, стул со слизью и кро­вью).  Отравление ядохимикатами, применяемыми в сельскохозяйственном производстве (анамнестические данные) |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| приводит к развитию со­стояния, известного как а л г и д. При алгиде падает арте­риальное давление вплоть до его исчезновения. Пульс от­сутствует, резкая одышка (до 50-60 в мин). Выраженный общий цианоз кожных покро­вов, судороги мышц конечно­стей живота, лица. Олигурия, а затем анурия. Афония. Суб­нормальная температура тела до 35,5 °С. Кожа холодная, тургор ее резко снижен, вы­ражен симптомом «рука прачки». Объем стула уменьшается до прекращения. При проведении немедленной регадратации, вновь появля­ется частый стул и может быть рвота. В периферической крови увеличение числа эритроцитов, лейкоцитов, гилокалиемия. Примечание: Особую диагностическую трудность представляет бессимптомное вибриононосительство. Выявле­ние носителей основывается на положительных результа­тах бактериологического ис­следования, причем присутствие вибрионов в испражнениях носителя непостоянно |  | |  |  |  |  |
| ЛИХОРАДКА ЛАССА |  | |  |  |  |  |
| В раннем периоде болезни симптомология чаще неспецифична. Начало болезни  постепенное, повышение температуры, озноб, недомо­гание, головная, мышечные  боли. На первой неделе заболевания разви вается тяжелый фарингит, с появлением белых пятен или язв на слизи­стой глотки, | От 3 до  21 суток,  чаще 7-  10 суток. | | Грызуны  (многососковая крыса и другие), больной человек | От грызунов к чело­веку передается, по видимому, контактным | 1.Пребывание в  странах Запад­ной и Центральной Африки (в сельской мест­ности). | Диагностика ли­хорадки Ласса, Эбола, Марбург  по клиническим признакам в первые дни болезни крайне затруднительны.  Любой случай лихорадки |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| миндалин, мягкого неба. Затем присоеди­няются тошнота, рвота, диа­рея, боли в груди и животе. На второй неделе диарея проходит, боли в животе и рвота могут сохраняться. Нередко отмечается головокружение, снижение зрения и слуха. Появляется пятнисто-папулезная сыпь. При тяжелой форме болезни нарастают синдромы токсикоза, появляется геморрагический диатез, нарушения со стороны ЦНС и органов дыхания. Кожа лица и груди становится красной, лицо и шея отечны, температура держится около 400С, сознание спутанное. Отмечается олигурия Могут увеличится подкожные кровоизлияния на руках, ногах, животе. Нередки кровоизлияния в плевру, причиняющие острую боль в груди. Лихорадочный период длится 7-21 день. Смерть чаще наступает на 2-й неделе болезни от острой сердечно-сосудистой недостаточноности. Наряду с тяжелым встречаются легкие и субклинические формы заболевания  ­  ­ |  | |  | и воздушно-пылевым в  природном  очаге. Предпола­гают воздушно-капельный, контактный и парентеральный способы передачи от человека к человеку | 2. Уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой .  3. Участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки при бывшего из Западной и Центральной Африки | с полиморфной тяжелой клинической картиной в пределах 3-х недель после убытия из эндемичной местности, общения­ с больными особо опасной вирусной инфек­цией или контакта с заразным материалом должен расцениваться как заболевание, подозрительное на особо опасную вирусную инфек­цию. При лихорадках  Марбург, Эбола отмечается острое начало заболева­ния, фарингит, сильный отек шеи и лица. В остальном клиническая картина этих трех заболеваний сход­на. Лихорадку Ласса, Эбола, Марбург, дифференцируют с малярией (исследование крови на плазмодии ма­лярии, пробное лечение антима­ лярийными препаратами    ­ |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |  |
|  |  | |  |  |  | -хлорохин (внутримышечно), брюшным тифом (выделение гемокультуры), пробное лечение  левомицитином, эритромицином, тетрациклином) |
| Лихорадка Марбург |  | |  |  |  |  |
| Заболевание имеет острое начало и характеризуется бы­стрым подъемом температуры, миалгиями. На 3-4 день болезни появляются тошно­та, боли в животе, сильная рвота, понос. Диарея может продолжаться несколько дней, в результате чего насту­пает значительное обезвожи­вание организма. К 5 дню у большинства больных снача ла на туловище, затем на руках, шее и лице появляются сыпь, конъюнктивит, развивается геморрагический диатез, который выражается в появлении петехий на коже, энантемы на мягком небе, гематурии, кровотечения из десен, в местах шприцевых  уколов и др. Заболевание не­ редко осложняется бактериальной пневмонией, орхи том и гепатитом. Острый лихорадочный период длится около2 недель. В тяжелых случаях смерть наступает на 7-17 день бо-  ­ | От 3 до  16 суток  (чаще 3-  9 суток). | | Обезьяны  из семейства Сегcopithecoсеае,  больной  человек | Предполагают воздушно-капельный,  контактный  и парентеральный  способы  передачи | 1 .Пребывание в  Восточной и  Южной Африке  2. Контакт с африканскими зе­леными мартышками, их органами, тка­нями, выделениями.  З. Уход за боль­ным человеком (или реконвалеспетом) геморрагической лихорадкой или заболева нием с неясной этиологией, в т.ч. | Стрептококковыми и др. септицемиями (посев  крови); при наличии геморрагии с желтой лихорадкой, лихорадками  Денге, Конго-Крымской, и др. |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| лезни от острой сердечной недостаточности  ­ |  | |  |  | про­текавшего с геморрагическим  синдромом и  прибывшего из  районов Восточной и Южной  Африки.  4. Участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки.  5. Лабораторное заражение |  |
| Лихорадка Эбола |  | |  |  |  |  |
| Заболевание начинается ост­ро с повыше ния температуры до 39°С, появления общей слабости, сильной головной боли. Затем появляются боли в области шейных и поясничных мышц и мышцах ног, развивается конъюнктивит. Больные нередко жалу ются на сухой кашель, резкие боли в груди , сильную сухость в горле и глотке, которые мешают есть и пить и часто приводят к появлению трещин и язв на языке и губах. На 2-3 день болезни появля­ются боли в животе, рвота и понос. Через несколько дней стул становится дегтеобразным или содержит яркую кровь. Диарея часто вызывает дегидратацию различной степени. | 21 сутки (чаще от 4 до 16 суток) | | Обезьяны  из семей­ ства Сег copitheco-  сеае,  больной человек | Предполагают воздушно-капельный,  Контактный и парентеральый. | 1.Пребывание в  странах Западной  и Центральной  Африки.  2.Уход за боль­ным (или контакт) человеком геморрагической  лихорадкой или  заболеванием с  неясной этиологией, в т.ч. протекав- |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Обычно на 5 день болезни больные имеют характерный внешний вид: запав­шие глаза истощение, слабый тургор кожи. Полость рта сухая, покрыта мелкими яз­вами, похожими на афгозные. На 5-6 день болезни сначала на груди, затем на спине и конечностях появляется пятнисто-папулезная сыпь, которая через двое суток исчезает. 4-7 день болезни развивается геморрагический синдром (кровотечения из носа, дёсен, ушей, мест шприцевых уколов, кровавая рвота, мелена) и тяжёлая ангина. Часто отмечаются симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс ЦНС (тремор, судороги, парестезии, менингеалъные симптомы, резкая заторможенность или наоборот возбуждение, раздражительность и агрессивность, в тяжелых случаях развивается отек мозга и энцефалит). Смерть наступает на 8-9 день от кровопотери и шока |  | |  |  | шего с геморрагическим синдромом и прибывшего из  районов Запад­ной и Централь­ной Африки.  3. Участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки.  4. Лабораторное заражение |  |
| Желтая лихорадка |  | |  |  |  |  |
| Заболевание начинается ост­ро, температура тела за 1-2 дня повышается до 39-40° С,  затем наступает короткий период ремиссии, вслед за которым развивается гепато-  нефротоксическая стадия с геморрагическими проявлениями. Кровотечения из носа и десен, «черная» рвота, кровь (старая и | 3-6 су­ток, реже удлиняется  до 9-10  суток | | Различные  виды обезьян,  больной  человек | Трансмис-  сивный: в  Африке че­рез комара  Aedes Aegypty (в | 1.Пребывание в  странах Африки,  Центральной и  Южной Америки, при отсутствии в  анамнезе сведений | Жёлтую лихорад­ку дифференцируют от малярии с помощью иссле­дования толстой капли крови (на­личие малярийного плазмодия). |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| свежая) в кале, желтуха, анурия, прогрессирующая протеинурия, уремическая кома, гипотония, шок. Смертельный исход через 10 дней от начала заболевания. Заболевание может протекать в лёгкой абортивной форме, а также в бессимптомной фор­ме. Показатель летальности при тяжелой форме - до 80%, при легких и бессимптомных формах – около 1% |  | |  | городах),  Aedes afii-  сanus (в джунглях);  в Америке через комаров рода Haemogogus | о прививке против этой инфекции.  2.Нахождение на транспортном средстве следующем из указанных выше регионов мира.  3. Погрузочно-разгрузочные работы в мор­ском порту или аэропорту, на транспорте, при­  бывшего из эндемичных стран  при наличии в трюмах, грузо­вых отсеках комаров - специ­фических переносчиков желтой лихорадки | От лихорадки Паппатачи – по наличию инъекций сосудов склер при последней. По наличию мучи­тельных болей в спине и суставах, лимфаденита, эритематозной сыпи при лихорадке Денге.  От геморрагических лихорадок по раннему проявлению геморрагиче­ского синдрома и наличию в разгар болезни нейтрофильного лейко­цитоза при них, а также по наличию бледного носогубного треугольника  и отсутствию отёчности губ. От герогеморрагического лептоспироза по характерным для него болям в ик­роножных мышцах, наличию менингиальных симптомов, нейтрофильного лейкоцитоза. От вирусного гепатита лихорадка отличается по наличию при ней симптомов поражения почек,  геморрагического синдрома при не яркой желтухе. |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 |
| АРГЕНТИНСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ЛИХОРАДКА ХУНИН) |  | |  |  |  |  |
| Начало постепенное. В первые 3-4 дня отмечается субфебрильная температура тела,  головная боль, миалгии. раздражительность и нарушение сна. Нередко на слизистой оболочке рта появляется геморрагическая экзантема. Иногда появляется экзантема на лице и шее, отек лица. У многих больных выявляется распространенная лимфаденопатия в конце начального периода температура достигает уровня 37,5-38,5°С. С 4-5 дня развивается период разгара болезни продолжительностью 8-12 дней. Этот период характери­зуется нарастанием токсических проявлений и геморрагический синдром в виде кожных кровоизлияний, носовых кровотечений, мелены, кровавой рвоты. ­ Возможно развитие шока. Характерным признаком болезни считается  брадикардия. У некоторых больных развивается олигурия. Описано появление признаков энцефалита. Возмож­но развитие некротических изменений в печени. Период реконвалесценции характеризуется снижением температуры тела и медленным выздоровлением больного. Летальность достигает 16-30% | 7-16 суток | | Мелкие  хомячки  рода  Calomys,  другие  хомякооб-  разные  грызуны.  Больной  человек  (редко) | От грызу  нов к чело­  веку - кон­тактным. В  природном  очаге - воз-  душно-пылевым  путем. От человека к человеку контактным и парентеральным, предполага­ется возможность аспирационного механизма передачи |  | Почти постоянное отсутствие у больного влажного кашля, воспаления в горле и насморка помогает провести дифференциальную диагностику с острой респираторной инфекцией. Увеличение печени, спленомигалия и желтуха при лихорадке Хунин не отмечается |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Боливийская геморрагическая лихорадка (лихорадка Мачупо) | |  |  |  |  |  |
| Начало заболевания постепенное. К 3-4 суткам болезни температура достигает 39-  39,50 С. Больные постоянно жалуются на постоянные боли в области лба. На вторые сутки появляется люмбаго, боли в средних по величине суставах. В тяжелых случаях отмечают загрудинные боли. Характерны боли в горле. Из объективных признаков следует отметить гиперемию конъюнктив, лица и шеи, гингивит, фарингит, застойные явления в глотке и петехии на мягком небе. Продолжительность заболевания 2-3 недели в зависимости от тяжести процесса. Летальность - 20-30% | | 12-15 суток | Мелкие хомячки  рода Calomys, другие хомякообразные грызуны. Больной человек -редко | От грызунов к человеку-  контактным. В природном очаге – воздушно-пылевым путем. От человека к человеку – контактным и парентеральным, предполагается возможность реализации аспирационного механизма передачи | 1. Пребывание в сельской местности центральных районов Аргентины.  2. Употребление в пищу продуктов инфицированных выделениями грызунов.  3. Непосредственный контакт выделениями больных (редко) | Необходим дифференциальный диагноз с малярией, лихорадками – желтой и Денге |
| Конго-Крымская геморрагическая лихорадка (ККГЛ) | | | |  |  |  |
| В течение болезни выделяются периоды: начальный, геморрагический и реконвалесцентный. Заболевание начинается остро с ознобом, температура в первый же день достигает 39-400 С. Выражены резкая головная боль, слабость, сонливость, ломота во всем теле, суставные и мышечные боли, тошнота; возможны рвота, боли в животе, | | 14 суток (от 1 до 14 суток, чаще всего 2-7 суток) | Дикие мелкие млекопитающие (заяц русак, еж ушастый, | Трансмиссивный - через укус клещей, мокрецов. Контактный - выделение больных, | 1. Нахождение предшествующие 14 дней перед заболеванием в поле, степи, лесостепи, пойменно-речных районах | ККГЛ следует дифференцировать от чумы, септической формы, других геморрагических лихорадок, лептоспироза, острого лейкоза, иногда от кишечных форм сибирской язвы. Для септической |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в пояснице, сухость во рту. В начальном периоде весьма характерны – резкая гиперемия лица, шеи, верхних отделов грудной клетки, зева, артериальная гипотония, относительная брадикардия, увеличение печени. Первый (начальный) период длится 1-2 дня. Геморрагический период (обычно ему предшествует кратковременное снижение температуры) развивается на 206 день болезни. К числу его проявлений относятся: геморрагическая сыпь на животе, боковых поверхностях грудной клетки, в области плечевого пояса, нередко на спине, бедрах, предплечьях, гематомы в местах инъекций, кровоизлияния в слизистые оболочки, носовые и маточные кровотечения, кровохарканье, макрогематурия, кровоточивость слизистой десен, рта, языка, конъюнктив. Особенно грозным в прогностическом отношении является возникновение желудочных и кишечных кровотечений. Длительность геморрагического периода - до 12 дней. Летальность до – 32-37% | |  | мышь домовая, суслик малый). Больной человек | преимущественно кровь, возможно – при снятии шкурок и разделке тушок зайца русака, суслика малого и ежа ушастого. Предполагается аэрогенный (воздушно-капельный, воздушно-пылевой) | энзоотичных по ККГЛ территориях в период с мая по сентябрь. Трудовая деятельность, связанная с животноводством и сельскохозяйственными работами, туризм, отдых, охота, снятие шкурок, разделка тушек.  2. Уход, тесный контакт и медицинское обслуживание больных ККГЛ | Формы характерны выраженная интоксикация, расстройства сознания, признаки септицемии, увеличение печени и селезенки, часто наблюдается геморрагический менингит. Учитывается эпизоотическая обстановка. Для других геморрагических лихорадок имеет большое значение эпидемиологический анамнез, регион предполагаемого заражения, особенности клинического течения болезни. Лептоспироз чаще протекает с разными мышечными болями, увеличением печени и селезенки, желтухой и лейкоцитозом крови. Для уточнения диагноза проводят соответствующие лабораторные исследования |

Приложение 2

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Лечение и экстренная профилактика Синдромов

|  |  |
| --- | --- |
| Синдром | Неотложная помощь |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | Кордиамин 1,0 мл подкожно  Кофеин бензоат натрия 1,0 мл подкожно  Эффедрин гидрохлорид 5% 1,0 мл подкожно  Адреналин гидрохлорид 0,1% 1,0 мл подкожно |
| Инфекционно-токсический шок | Немедленно: кислород-ингаляция; преднизалон -60 мг в 0,9% растворе натрия хлорида, лактосол – 400 мл внутривенно капельно, трентал – внутривенно, капельно (разовая доза – 2,0 – 4,0 мг/ кг, суточная доза – 9,0 – 17,0 мг/кг).  При отсутствии этих препаратов назначают: внутривенное капельное введение гемодеза – 400 мл, полиглюкина, реополиглюкина, сухой или нативной плазмы, раствор глюкозы и физиологический раствор.  Дальнейшие мероприятия по интенсивной терапии проводят в стационаре |
| Дегидратация (дегидратационный шок) | Внутривенное введение одного из имеющихся расворов: квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль, лактосоль, 0,9% расвор натрий хлор в количестве, равном 10% от массы тела. Первые 2 л раствора вводят со скоростью 100 –120 мл в мин., затем 30-60 мл в мин. Предпочтительнее из всех указанных препаратов введение раствора квартасоль |
| Острый геморрагический синдром | Внутривенное введение плазмы, крови (до 1 л в сутки в 2-3 приема), тромбоцитарной массы, 15% раствор альбумина, фибриноген, викасол. Местно – пузырь со льдом, препараты кальция |
| Острый неврологический синдром | Функционально выгодное положение на боку со слегка запрокинутой головой.  Для снятия психомоторного возбуждения: натрия-оксибутират внутривенно 20% водный раствор в дозе 70-120 мг/кг, диазепам внутримышечно 2-4 мл 5% раствора в сочетании с препаратами калия; преднизалон внутривенно 60-90 мг, ингаляция кислородом, раствор Лабори 500 мл, 5% раствор альбумина 300 мл, раствор глюкозы 500 мл, инсулин 8 ЕД, внутривенно, капельно.  При гипертензии одновременно 1% раствор лазикса 2 мл.  При гипертермии – реопирин – 5 мл, или амидопирин 5% - 5мл, анальгин 50% - 2мл.  Местная и общая физическая гипотермия |

Приложение 3

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Схемы общей экстренной профилактики (при неизвестном возбудителе)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  препарата | Способ  приме­нения | Разовая  доза, г | Крат­ность  приме­нения в сутки | Средняя доза на курс профилактики, г | Средняя продолжи­тельность курса про­филактики, сутки |
| Доксициклин\* | Внутрь | 0,2 | 1 | 1,0 | 5 |
| Ципрофлок- | - " - | 0,5 | 2 | 5,0 | 5 |
| сацин\*' |  |  |  |  |  |
| Рифампицин\*\* | - " - | 0,6 | 1 | 3,0 | 5 |
| Тетрациклин\*\* | - " - | 0,5 | 3 | 7,5 | 5 |
| Сульфамоно- | - " - | 1,0 /04 | 2 | 10,0/4,0 | 5 |
| метоксин/три- |  |  |  |  |  |
| метоприм |  |  |  |  |  |

\* Основное средство общей экстренной профилактики. \* Ципрофлоксацин можно заменить на офлоксацин (разовая доза -0,3 г) или пефлоксацин (разовая доза-0,6 г)

\*\* Резервное средство общей экстренной профилактики

Приложение 4

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной

профилактике чумы у людей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  препаратов | Способ приме­нения | Разовая доза, г | Крат­ность приме­нения в сутки | Суточ­ная до­за, г | Курсо­вая доза, г | | Продолжительность курса,  сутки |
| Ципрофлоксацин | внутрь | 0,25 | 2 | 0,5 | 3,5 | | 7 |
| Офлоксацин | - " - | 0,2 | 2 | 0,4 | 2,8 | | 7 |
| Пефлоксацин | - " - | 0,4 | 2 | 0,8 | 5,6 | | 7 |
| Доксициклин | - " - | 0,1 | 2 | 0,2 | 1,4 | | 7 |
| Миноциклин | - " - | 0,2 на 1-й прием, затем по 0,1 | 2 | 0,3 в 1-й день,за­тем по 0,2 | 2,1  1,4 | | 7-10 |
| Рифампицин | - " - | 0,3 | 2 | 0,6 | 4,2 | | 7 |
| Рифампицин / триметоприм | - " - | 0,3/ 0,08 | 2 | 0,6/ 0,16 | 3,0/ 0,8 | | 5 |
| Рифампицин/ ампициллин | - " - | 0,3/ 1,0 | 1/ 2 | 0,3/ 2,0 | 1,5/ 10,0 | | 5 |
| Рифампицин/ ципрофлоксацин | - " - | 0,3/ 0,25 | 1 | 0,3/ 0,25 | 1,5/ 1,25 | | 5 |
| Рифампицин / офлоксацин | - " - | 0,3/ 0,2 | 1 | 0,3/ 0,2 | 1,5/ 1,0 | | 5 |
| Рифампицин/ пефлоксацин | - " - | 0,3/ 0,4 | 1 | 0,3/ 0,4 | 1,5/ 2,0 | | 5 |
| Сульфамономе-токсин / триме­топрим | - " - | 1,0/ 0,4 | 2 | 2,0/ 0,8 | 14,0/ 5,6 | | 7 |
| Гентамицин | в/м\* | 0,08 | 2 | 0,16 | 0,8 | | 5 |
| Сизомицин | - " - | 0,1 | 2 | 0,2 | 1,0 | | 5 |
| Нетилмицин | - " - | 0,1 | 2 | 0,2 | 1,0 | | 5 |
| Амикацин | - " - | 0,5 | 2 | 1,0 | 5,0 | | 5 |
| Стрептомицин | - " - | 0,5 | 2 | 1,0 | 5,0 | | 5 |
| Канамицин | - " - | 0,5 | 2 | 1,0 | 5,0 | | 5 |
| Цефотаксим | - " - | 1,0 | 2 | 2,0 | 14,0 | 7 | |
| Цефтазидим | - " - | 1,0 | 2 | 2,0 | 14,0 | 7 | |
| Цефтизоксим | - " - | 1,0 | 2 | 2,0 | 14,0 | 7 | |

\* здесь и далее в таблицах **«**в/м» - внутримышечная инъекция.

Приложение 5

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике холеры у людей

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  препарата | Способ  приме­  нения | Разовая  доза, г | Крат­  ность  приме­  нения  в сутки | Суточная доза, г | Курсо­вая доза, г | Продолжителъность  курса,  сутки |
|
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| Тетрациклин | внутрь | 0,3 | 4 | 1,2 | 4,8 | 4 |
| Доксициклин | - " - | 0,2 | 1 | 0,2 | 0,8 | 4 |
| Ципрофлоксацин | - " - | 0,25 | 2 | 0,5 | 2,0 | 4 |
| Офлоксацин | - " - | 0,2 | 2 | 0,4 | 1,6 | 4 |
| Пефлоксацин | - " - | 0,4 | 2 | 0,8 | 3,2 | 4 |
| Норфлоксацин | - " - | 0,4 | 2 | 0,8 | 3,2 | 4 |
| Ломефлоксацин | - " - | 0,4 | 1 | 0,4 | 1,6 | 4 |
| Левомицетин | - " - | 0,5 | 2 | 1,0 | 4,0 | 4 |
| Сульфаметоксазол/  триметоприм | - " - | 0,8/0,16 | 2 | 1,6/0,32 | 6,4/1,28 | 4 |
| Сульфамономе-  токсин/ триметоприм | - " - | 0,5/0,2 | 2 | 1,0/0,4 | 4,0/1,6 | 4 |
| Рифампицин/  триметоприм | - " - | 0,3/0,08 | 2 | 0,6/0,16 | 2,4/0,64 | 4 |
|  |  |

Приложение 6

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Схемы применения специфического иммуноглобулина при экстренной

профилактике лихорадки Эбола у людей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  препаратов | Способ  приме­нения | Разовая доза,  мл | Кратность  применения | Титр нейтрали­  зующих анти­тел |
| Специфиче­ский иммуноглобулин | в/м | 6 | 1 | Не менее  1:4096 |
| Специфический иммуноглобулин | обкалывание  участка повре­  ждения кожи  (п/к или в/м)  + в/м | 1-3 + до 6 | 1 | Не менее 1:4096  Не менее 1:4096 |

Схема применения химиопрепаратов при лихорадках Ласса, Боливийской и

Аргентинской геморрагических лихорадках

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | |
| Наимено­вание препара­тов | Способ примене­ния | Разовая доза, г | Кратность  примене­ния | Суточная доза, г | Курсовая доза, г | Продол­житель­ность, су­тки |
| Виразол (рибами-дил) | внутрь (перорально) | 0,2(две кап­сулы) | 4 | 0,8 | 8,0 | 10 |

### Приложение 7

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

### Схемы проведения экстренной профилактики Конго-Крымской

### геморрагической лихорадки у людей

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  препара­тов | Способ примене­ния | Разовая  доза, г | Кратность примене­ния (сутки) | Суточная доза, г | Курсовая  доза, г | Продол­житель­ность кур­са, сутки |
| Виразол | в/в | 1-1,5 | 1 | 1-1,5 | 3-6 | 3-4 |
| Альфаферон | в/м | 10 млн. ME | 1 | 10 млн. ME | 30 млн. ME | 3 |
| Аскорби­новой ки­слоты 5% раствор | в/в | 2мл | 1 | 2мл | 10-14 | 5-7 |
| Рутин | Внутрь | 0,002 | 3 | 0,006 | 0,030-0,042 | 5-7 |
| Димедрол | в/м | 0,001 | 1 | 0,001 | 0,005-0,007 | 5-7 |

Приложение 8

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Правила забора материала для лабораторного исследования от

больного (трупа) при подозрении на заболевания чумой, холерой,

КВГЛ, малярией, Син­дромами неясной этиологии

Общие положения

Забор материала, как правило, производят в инфекционном стационаре. Материал должен забираться до начала специфического (антибиотиками) лечения стерильными инструментами в стерильную посуду.

Весь инструментарий и другие предметы, использованные для взятия ма­териала, обеззараживают кипячением в 2% растворе соды (или другого моюще­го средства) в течение 60 минут с момента закипания или в паровом стерилиза­торе (пар под давлением 2,0 кг/кв. см, при 132° С) в течение 90 минут.

При подозрении на заболевание чумой

В зависимости от формы проявления заболевания для исследования берут следующий материал:

- при кожной форме чумы - содержимое везикул, пустул, карбун­кулов, отделяемое язв, содержимое плотного инфильтрата, кровь;

- при бубонной - пунктат из бубона, кровь;

- при септической - кровь;

- при легочной - мокрота (слизь из зева), кровь.

Пунктат бубона (везикул, пустул, карбункулов) берут шприцем емкостью не менее 5 мл. Кожу на участке, намеченном для прокола, обрабатывают 70° спиртом, а затем смазывают 5% раствором йода и вновь протирают спиртом. Иглу с толстым просветом вводят с таким расчетом, чтобы ее острие достигало центральной части бубона, после чего, немного оттянув поршень, медленно вы­тягивают иглу. Экссудат в чумном бубоне расположен между плотными тканя­ми, количество его незначительно и часто заполняет только просвет иглы. По­этому полезно перед пункцией бубона в шприц набрать 0,1-0,2 мл стерильного питательного бульона или изотонического раствора хлористого натрия. После извлечения иглы из бубона через нее набирают в шприц 0,5 мл того же бульона (рН 7,2) и содержимое выливают в стерильную пробирку, закрывают резиновой стерильной пробкой. Последние капли материала из шприца наносят на 2 предметных стекла. После высыхания капли стекла помещают в фиксатор с 96° этиловым спиртом. При невозможности получить материал в бубон вводят 0,3 мл стерильного физиологического раствора, а затем отсасывают его и помеща­ют в стерильную пробирку. При вскрывшемся бубоне материал берут из периферической плотной части, как указано выше, и отдельно – отделяемое свища. Обе порции берут и исследуют раздельно. Пунктат из отека набирают в шприц и переносят в стерильную пробирку.

При подозрении на легочную форму мокроту для исследования собирают в стерильные широкогорлые банки с притертыми или завинчивающимися крышками. При отсутствии мокроты материал получают стерильным тампоном из зева.

При всех формах чумы берут кровь из вены в количестве 10 мл, засевая сразу 5 мл в 50 мл питательного бульона (рН 7,2), остальной материал исполь­зуют в дальнейшем для посева на агар, заражения биопробных животных, а также постановки серологических реакций, приготовления мазков. Забор материала от трупа для лабораторного исследования производят стерильными инструментами. Вырезанный для исследования кусочек органа, помещают в отдельную банку, после чего инструменты каждый раз вытирают увлажненным тампоном, смачивают в спирте и обжигают над пламенем горел­ки.

При подозрении на чуму берут кусочки печени, селезенки, легких, лим­фатических узлов, костного мозга из трубчатой кости и грудины, а также кровь, или сгустки ее из полости сердца и крупных сосудов. Кровь берут из полости сердца шприцем с длинной иглой достаточно широкого диаметра и переносят в стерильную пробирку с резиновой пробкой. Прокол сердечной мышцы производят через участок ее, простерилизованный прикосновением раскаленного металлического шпателя. Если полость желу­дочка пуста, можно взять кровь из предсердия, крупного сосуда.

При подозрении на заболевание холерой

Испражнения и рвотные массы для лабораторного исследования необхо­димо брать немедленно при выявлении больного и обязательно до начала лече­ния антибиотиками. Выделения в объеме 10-20 мл ложкой или стеклянной трубкой с резиновой грушей переносят в стерильные банки, которые закрывают крышкой и помещают в полиэтиленовые мешочки. Забор материала может быть осуществлен в медицинском учреждении, где выявлен больной.

При отсутствии испражнений материал забирают в инфекционном ста­ционаре алюминиевыми петлями. Петлю смачивают стерильным физиологиче­ским раствором и вводят в прямую кишку на глубину 8-10 см. Содержимое пе­реносят во флакон или пробирку с 1% пептонной водой. Желчь берут при дуо­денальном зондировании. В отдельные пробирки собирают две порции из желчного пузыря и желчных протоков (В и С). В лабораторию желчь отправ­ляют нативной.

От трупов людей, умерших с подозрением на холеру, берут отрезки верхней, средней и нижней частей тонкого кишечника длиной до 10 см. Желчный пузырь извлекают целиком.

Взятые образцы органов трупов укладывают отдельно в стеклянные банки, упаковывают, подписывают и отправляют в лабораторию.

При подозрении на особо опасные вирусные инфекции

При кратковременной транспортировке материала в специализированную лабораторию берут кровь из вены в количестве 8-10 мл, помещают в стериль­ные инсулиновые или пенициллиновые флаконы порциями по 2 мл.

При необходимости длительной транспортировки материала в специали­зированную лабораторию берут из вены кровь в количестве 10 мл. Четыре мил­лилитра цельной крови фасуют в 2 флакона (пенициллиновые или инсулино­вые) по 2 мл. Остальную кровь используют для приготовления сыворотки. Сы­воротку фасуют равными порциями в 2-3 флакона. Сгустки крови помещают в отдельный пенициллиновый флакон. При не установленном диагнозе заболевание протекает с одним из Синдромов.

В зависимости от формы проявления заболевания для исследования берут следующий материал:

- кровь из вены - 10 мл (в 2 пробирках по 5 мл);

- слизь из зева (стерильным тампоном);

- мокрота;

- моча -100 мл стерильным катетером в стерильный флакон (банку);

- отделяемое патологических образований на коже - стерильным скари­фикатором;

- пунктат бубонов, лимфоузлов, отеков, других воспалительных образо­ваний.

Методика забора материала такая же, как при подозрении на чуму, для фиксации мазков используют 96° спирт с добавлением 3% перекиси водорода (конечная концентрация). Режим обеззараживания согласно приложению 16.

Упаковка и транспортировка материала

Каждую пробирку, банку или другую посуду, в которую помещен мате­риал от больного, плотно закрывают резиновыми (корковыми, стеклянными, притертыми пробками, полиэтиленовыми или завинчивающимися крышками), после этого пробки заклеивают лейкопластырем или покрывают колпачком из хлорвиниловой пленки (целлофановой, вощенной бумаги или пергамента) и плотно завязывают. Затем пробирки помещают в металлический пенал, края между крышкой и корпусом пенала за­клеивают лейкопластырем. Пенал заворачивают в целлофановую (вощенную) бумагу, делают пометку "Верх" и помещают в бикс. Каждую банку отдельно заворачивают в хлорвиниловую пленку, целлофановую, вощенную бумагу или марлю и помещают в бикс или металлический ящик, который опечатывают и отправляют в сопровождении 2 человек - один из которых - медицинский ра­ботник, в лабораторию специальным транспортом. К посылке прилагают со­проводительный документ, в котором указывают фамилию, имя, отчество, воз­раст больного, диагноз, даты начала заболевания и взятия материала, часы за­бора, характер материала для исследования, примененные антибиотики (дату и дозу), фамилию и должность медицинского работника, забравшего материал.

Посылки направляют в лаборатории, имеющие разрешение на работу с соответствующим возбудителем, предусмотренные в комплексном плане по са­нитарной охране территории.

## Приложение 9

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Укладка для забора нативного материала от больного с подозрением

на холеру (для больничных учреждений не инфекционного профиля, станций скорой

и неотложной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических учреждений)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Банки стерильные широкогорлые с крышкаим или притертыми пробками, емкостью не менее 100 мл | -2 шт. |
| 2. | Стеклянные трубки с резиновой грушей мелкого размера | - 2 шт. |
| 3. | Клеенка медицинская подкладная | - 1 м |
| 4. | Катетер резиновый № 26 или № 28 для взятия  материала | - 1 шт. |
| 5. | Полиэтиленовые пакеты | - 5 шт |
| 6. | Марлевые салфетки | - 5 шт |
| 7. | Направление на анализ (бланки) | - 3 шт |
| 8. | Лейкопластырь | - 1 уп |
| 9. | Простой карандаш | - 1 шт |
| 10. | Карандаш по стеклу | - 1 шт |
| 11. | Бикс (металлический контейнер) | - 1 шт |
| 12. | Инструкция по забору материала | - 1 шт |
| 13. | Хлорамин в пакете по 300 г, рассчитанный на  получение 10 л 3% раствора и сухая хлорная известь  в пакете из расчета 200 г на 1 кг выделений | - 1 шт |
| 14. | Перчатки резиновые | - 2 пар |

Приложение 10

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Укладка для забора материала от больного (трупа) подозрительного

на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, Синдромом неясной этиологии

(для инфекционных стационаров, ЦГЭ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Банки стерильные широкогорлые с крышками  или притертыми пробками, емкостью не менее 200 мл | - 4 шт |
| 2. | Пробирки бактериологические (стерильные) | - 5 шт |
| 3. | Пробирки с ватным тампоном для взятия мазков  из зева (стерильные) | - 2 шт |
| 4. | Флаконы инсулиновые с пробками (стерильные) | - 4 шт |
| 5. | Флаконы пенициллиновые с пробками  (стерильные) | - 4 шт |
| 6. | Пробки резиновые № 12,14 (под пробирки,  флаконы) | - 10 шт |
| 7. | Пипетки пастеровские с длинными концами  (стерильные) | - 10 шт |
| 8. | Стеклянные трубки (стерильные) с резиновой  грушей малого размера | - 3 шт |
| 9. | Груша резиновая с шлангом | - 1 шт |
| 10. | Катетер резиновый (№ 26 и 28) | - 2 шт |
| 11. | Пинцет анатомический | - 1 шт |
| 12. | Ножницы | - 1 шт |
| 13. | Скальпель | - 1 шт |
| 14. | Петли алюминиевые (стерильные) | - 10 шт |
| 15. | Вазелиновое масло | - 10 шт. |
| 16. | Шпатели деревянные (металлические)  (стерильные) | - 2 шт |
| 17. | Штатив складной из 6 гнезд | - 1 шт |
| 18. | Стекла предметные с шлифованными краями | - 3 шт |
| 19. | Шприцы 5 мл разовые | - 2 шт |
| 20. | Шприцы 10 мл разовые | - 1 шт |
| 21. | Иглы к шприцам с широким просветом | - 10 шт. |
| 22. | Жгут резиновый | - 1 шт. |
| 23. | Перья-скарификаторы для взятия крови  (стерильные) | - 3 шт. |
| 24. | Емкость для фиксатора | - 1 шт |
| 25. | Пенал металлический для пробирок | - 1 шт. |
| 26. | Полиэтиленовые пакеты | - 5 шт. |
| 27. | Спирт - ректификат 96%С | - 250 мл |
| 28. | Спиртовка | - 1 шт. |
| 29. | Спички | - 1 кор. |
| 30. | Коробка стерилизационная (среднего размера) | - 1 шт. |
| 31. | Вата (500, 0) | - 1 пач |
| 32. | Марля | - 1 м |
| 33. | Иод 10 мл | - 1 фл. |
| 34. | Тампоны ватные, марлевые (стерильные) | - 30 шт. |
| 35. | Клеенка медицинская подкладная | - 1 м |
| 36. | Нитки суровые или лигатура | - 0,5 м |
| 37. | Пластилин | - 15 г |
| 38. | Лейкопластырь | - 1 уп |
| 39. | Карандаш по стеклу (стеклограф) | - 1 шт. |
| 40. | Вода дистиллированная в амп. по 5 мл | - 2 шт. |
| 41. | 0,9% раствор NaCl в амп. по 5 мл | - 3 шт. |
| 42. | Пептонная вода 1% во фл. по 50 мл, закрытых  резиновыми пробками, завальцованных металли-  ческими колпачками | - 4 шт. |
| 43. | Бульон питательный (рН 7,2) во флаконе  (стерильный) | - 50 мл |
| 44. | Бланки направлений | - 10 шт. |
| 45. | Блокнот, простой карандаш | - 1+1 |
| 46. | Инструкции по забору материала на все  указанные в заголовке инфекции | - 1 шт. |
| 47. | Бикс или металлический ящик для доставки  проб в лабораторию | - 1 шт. |
| 48. | Хлорамин в пакете по 300 г, рассчитанный  на получение 10 л 3% раствора | - 1 шт. |
| 49. | Сухая хлорная известь в пакете из расчета  по 200 г на 1 кг выделений | - 1 кг |
| 50. | Пергидроль (на 10 л дезраствора) | - 1 л |
| 51. | Перчатки резиновые | - 2 пар |

Приложение 11

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Меры и средства личной профилактики.

Экстренная профилактика чумы

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

Схемы местной экстренной профилактики чумы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименова­ние препа­ратов | Способ приготовления глазных капель | Концентрация,  мг/мл |
| Стрептоми­цин | Содержимое флакона (0,5 г) растворить в 20 мл дистиллированной воды | 25 |
| Гентамицин | Содержимое флакона (0,08 г) растворить в 20 мл дис.воды или содержимое ампулы (1 мл = 0,04 г) растворить в 9,0 мл дистиллированной воды | 4 |
| Сизомицин | Содержимое ампулы (2 мл =100 мг) растворить в 18 мл дистиллированной воды | 5 |
| Тобрамицин | Содержимое ампулы (2 мл =80 мг) растворить в 20 мл дистиллированной воды | 4 |
| Амикацин | Содержимое флакона (2 мл =0,5 г мг) растворить в 123 мл дистиллированной воды | 4 |
| Нетилмицин | Содержимое флакона (200 мг) растворить в 50 мл дистиллированной воды | 4 |
| Ампициллин | Содержимое флакона (500 мг) растворить в 33,2 мл дистиллированной воды. | 15 |

Экстренная личная профилактика КВГЛ

При контакте с больным КВГЛ слизистые оболочки рта, носа обрабаты­вают слабым раствором (0,05%) марганцовокислого калия, глаза промывают 1% раствором борной кислоты или струёй воды.

Рот и горло дополнительно прополаскивают 70° спиртом или 0,05% рас­твором маргацовокислого калия, 1% раствором борной кислоты.

Экстренная личная профилактика инфекционного заболевания неиз­вестной этиологии.

Если авария произошла при работе с неизвестным возбудителем приме­няют сочетание антибиотиков группы аминогликозидов (стрептомицин, канамицин, мономицин в концентрации 200 мкг/мл) с тетрациклиновой группой (хлортетрациклин, окситетрациклин, тетрациклин в концентрации 100-200 мг/мл).

Приложение 12

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Укладка для проведения экстренной личной профилактики

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Антибиотики (один из антибиоти­ков схемы) | По 1 фл. каждого |
| 2. | Марганцовокислый калий (навес­ки) для приготовления 0,5% раство­ра (с последующим разведением в 10 раз) | 10 шт. |
| 3. | Борная кислота (навески для при­готовления 1% раствора) | 10 шт. |
| 4. | Спирт 70° | 200,0 |
| 5. | Дистиллированная вода по 10 мл, в ампулах | 30 амп. |
| 6. | Пипетки глазные, стерильные | 5 шт. |
| 7. | Ванночки | 1 шт. |
| 8. | Тампоны ватные | 30 шт. |
| 9. | Флаконы для приготовления вы­шеуказанных растворов, емкостью 100 и 200 мл, стерильные | 5 шт. |

Приложение 13

к Инструкции

3.4.11-17-13- 2003

#### Защитная одежда, порядок применения защитного костюма

Противочумный костюм обеспечивает защиту медицинского персонала от заражения возбудителями чумы, холеры, КВГЛ, а также при Синдромах не­ясной этиологии и других возбудителей I-II групп патогенности, применяется при обслуживании больного в амбулагорно-поликлинических и ЛПО, при перевозке (эвакуации) больного, проведении текущей и за­ключительной дезинфекции, при взятии материала от больного для лаборатор­ного исследования, при вскрытии и захоронении трупа, проведении подворных обходов.

В зависимости от характера выполняемой работы пользуются следующи­ми типами защитных костюмов:

а) первый тип - полный защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона или большой косынки (120х120х150 см), противочум­ного халата (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны далеко заходить друг за друга, длинные завязки у ворота, на полах, у пояса и рукавах), ватно-марлевой маски (из марли 125х50 см со слоем ваты 25х17х1,5 весом 20 г), или противопылевого респиратора, или фильтрующего противогаза, очков-консервов или целлофановой пленки одноразового пользо­вания (17х39 см с учетом 6 см с каждой стороны для тесемок длиной 30 см), ре­зиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых (в исключительных случа­ях, допускается в ЛПО неинфекционного профиля, в амбу­латорно-поликлинических учреждениях, станциях скорой медицинской помощи, СКП замена резиновых сапог на бахилы хирургические, которые надеваются по­верх тапочек) и полотенца. Для вскрытия трупа человека или крупных живот­ных необходимо дополнительно иметь вторую пару перчаток, клеенчатый фар­тук или полиэтиленовый, нарукавники;

б) второй тип - защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижа­мы, противочумного халата, капюшона (большой косынки), ватно-марлевой маски, резиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых или кирзовых и полотенца;

в) третий тип - состоит из пижамы, противочумного халата, большой ко­сынки, резиновых перчаток, носков, глубоких галош или сапог и полотенца;

г) четвертый тип - состоит из пижамы, противочумного или хирургиче­ского халата, шапочки или косынки, носков, тапочек.

Комплекты защитной одежды (халат, сапоги и т.д.) должны быть подоб­раны по размерам и маркированы.

Приложение 14

к Инструкции

3.4. 2003

Применение защитных костюмов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид выполняемой работы | Нозологическая и клиническая формы болезней | | | |
| Тип костюма | | | |
| I | II | III | IV |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| При работе с больными | Легочной или септической формами чумы. До установления окончательного диагноза у больных бубонной и кожной формами чумы, КВГЛ, синдромами острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологическим |  | Бубонной или кожной формами чумы, получающими специфическое лечение | Холерой с острым диарейным синдромом, с острым синдромом желтухи. При проведении туалета больному надевают резиновые перчатки, а при обработке выделений – маску |
| При эвакуации больных | Чумой, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологическим |  |  | Холерой |
| При работе в изоляторе | Для контактных с больными легочной формой чумы; для контактных с больными КВГЛ |  |  | Для контактных с больными бубонной, септической или кожной формами чумы, получающими специфическое профилактическое лечение; для контактных с больными холерой |
| При проведении текущей и заключительной дезинфекции (дезинсекции) | В очаге заболеваний легочной формой чумы; КВГЛ | В очаге бубонной формой чумы; в очаге холеры |  |  |
| При вскрытии трупа | Погибшего от чумы (дополнительно надевают клеенчатый фартук, нарукавники, вторую пару перчаток | Погибшего от холеры |  |  |
| При взятии материала от больного для лабораторного исследования | На чуму, КВГЛ, Синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологическим |  |  | На холеру, с острым диарейным синдромом, с острым синдромом желтухи (дополнительно надевают резиновые перчатки) |
| При проведении подворных обходов в очаге Болезней | Легочной формой чумы; КВГЛ (костюм надевают перед входом в очаг) |  |  | Бубонной, кожной, септической формами чумы (диагностированы).  Обследующие должны иметь при себе резиновые перчатки, ватно-марлевые маски, очки, которые надевают до входа в помещение, где при опросе окружающих выявлен подозрительный больной; холерой – медицинский халат, косынка или шапочка |

###### Приложение 15

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

###### Порядок надевания и снятия противочумного костюма

Костюм надевают в следующем порядке: комбинезон (пижама), носки (чулки), сапоги (галоши), капюшон (большая косынка) и противочумный халат (при необходимости пользоваться фонендоскопом, его надевают перед капю­шоном или большой косынкой). Тесемки у ворота халата, а также пояс халата завязывают спереди на левой стороне петлей, таким же образом закрепляют те­семки на рукавах. Респиратор (маску) надевают на лицо так, чтобы были закры­ты рот и нос, для чего верхний край маски должен находиться на уровне ниж­ней части орбит, а нижний - заходить под подбородок. Верхние тесемки маски завязывают петлей на затылке, а нижние - на темени (по типу пращевидной по­вязки). Надев респиратор, по бокам крыльев носа закладывают ватные тампо­ны.

Очки должны плотно прилегать к капюшону ( косынке), стекла натерты специальным карандашом или кусочком сухого мыла, предупреждающими их запотевание. В местах возможной фильтрации воздуха закладывают ватные тампоны. Затем надеваются перчатки (после проверки их на целостность возду­хом). За пояс халата с правой стороны закладывают полотенце.

При проведении патологоанатомического вскрытия трупа дополнительно надевают клеенчатый (прорезиненный) фартук, нарукавники, вторую пару перчаток, полотенце закладывают за пояс фартука с правой стороны.

Порядок снятия костюма. Защитный костюм после работы в специально выделенном для этого помещении или в той же комнате, где проводилась рабо­та, но после полного обеззараживания этого помещения (приложение 16). Для обеззараживания костюма должны быть предусмотрены: а) тазик или бачок с дезраствором для обработки наружной поверхности сапог или галош; б) тазик с дезинфицирующим раствором для обработки рук в перчатках в процессе снятия костюма; в) банка с притертой пробкой с 70° спиртом для обеззараживания оч­ков и фонендоскопа; г) кастрюли с дезраствором или мыльной водой для по­гружения ватно-марлевых масок; д) металлический бак с дезраствором для обеззараживания халата, косынки (капюшона) и полотенца; е) металлическая кастрюля или стеклянная банка с дезраствором для обеззараживания перчаток.

При обеззараживании костюма дезинфицирующими растворами все его части полностью погружают в раствор.

В тех случаях, когда обеззараживание проводят автоклавированием, ки­пячением или в дезкамере, костюм складывают соответственно в банки, биксы или камерные мешки, которые снаружи обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Снимают костюм медленно, не торопясь. В течение 1-2 минут моют руки в перчатках в дезинфицирующем растворе (8% лизол, 3% раствор хлорамина, после снятия каждой части костюма руки в перчатках погружают в дезраствор), сапоги или галоши протирают сверху вниз ватными тампонами, обильно смоченными дезинфицирующим раствором (для каждого сапога применяют отдельный тампон), медленно вынимают полотенце, протирают ватным тампо­ном, обильно смоченным дезраствором, клеенчатый фартук снимают его, сво­рачивая наружной стороной внутрь, снимают вторую пару перчаток и нарукав­ники; не касаясь открытых частей кожи, вынимают фонендоскоп, очки снимают плавным движением, оттягивая их двумя руками вперед, вверх, назад, за голо­ву; ватно-маревую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной; раз­вязывают завязки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развя­зывают завязки рукавов, снимают халат, заворачивая наружную часть его внутрь; снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на за­тылке; снимают перчатки, проверяют их на целостность в дезрастворе (но не воздухом!). Еще раз обмывают сапоги (галоши) в баке с дезраствором и снима­ют их.

После снятия защитного костюма руки, обработав 70° спиртом, тщатель­но моют с мылом в теплой воде.

Защитная одежда обеззараживается после каждого применения (прило­жение 16).

Приложение 16

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Режимы обеззараживания

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №т п/п | Объект, подлежащий обеззараживанию | | Способ обеззараживания | Обеззараживающее средство | | | Время контакта при подозрении | | | | | | |
| На вирусную инфекцию (мин) | | На чуму, холеру  (мин) | | | | На неизвестный патогенный агент (спорообразующие бактерии) |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | | | 5 | | 6 | | | | 7 |
| 1. | Выделения больного: испражнения, мокрота, моча, рвотные мас­сы, промывные  воды желудка | | Засыпают и  размешивают с  дезраствром | Сухая хлорная из­  весть из расчета 400 г на 1 кг выделений.  Известь белильная термостойкая 200 г/кг.  ДТСГК, ГКТ, НТК.  СГК 200 г/кг.  Клорсепт-гранулы на 2 л выделений | | | 120  120  120  120 | | 60  60  60-120  90 | | | | 120  120  120  120 |
| 2. | Жидкие отходы,  смывные воды | | Паровой сте­рилизатор (автоклавирование).  Засыпать и  размешать | Водяной насыщен­  ный пар - давл. 1,5  х 1,1 х 2,0 кГс/см2  Хлорная известь  или белильная тер­  мостойкая известь  200 г/л  ДГСГК, НТК  (100 г/л)  ДСТК  (100 г/л)  ГКТ (100 г/л)  Клорсепт – гранулы  на 2 л выделений | | | 60  (1,5)  60  120  120  120  120 | | 30  0,1)  60  60  (200  г/л)  120  120  90 | | | | 90 (2,0)  120  120  120  -  120 |
| 3. | Посуда из-под выделений боль ного (мочеприем ­ники, судна и т.д.) | | Погружение | 1% раствор хлора­  мина  3% раствор хлора­  мина  1,5% раствор ГКТ  4% активированный раствор | | | -  60  60  60 | | 60  30  30  120 | | | | -  120 |
|  | |  | |  | 6% р-р Н202 с 0,5 моющего средства  Клорсепт 0,1% | | | | 60  (1,5%) | | 60 | | 60 (1,5%) | |
| 4. | | Посуда из-под выделений больного (мочеприемники, горшки, подкладные судна) | | Погружение | 3% р-р хлорамина  5% р-р лизола А  4% активированный р-р ДСГК  6% перекиси водорода с 0,5% моющего средства  15%р-р ДГСГК, НТК  1% р-р хлорной извести  Клорсепт 0,2% | | | | 60  -  60  (1,5%)  -  (1,5%)  60  (3%)  90  (1,5%) | | 30  60  120  -  30  90 | | 120  -  120  120  90 (1,5%) | |
| 5. | | Защитная одежда персонала, белые халаты, косынки, маски, загрязненное выделениями больного белье (нательное постельное, полотенца, носовые платки и др.), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др.) | | Кипячение  Погружение в р-р с последующим полосканием в воде и стиркой  Обеззараживание в паровом стерилизаторе (автоклаве) | 2% содовый р-р или любое моющее средство  3% р-р хлорамина  0,5% активированный р-р хлорамина  0,2% р-р сульфохлорантина или сульфохлорантина М  Водяной насыщенный пар под избыточным давление 1,1 кг с/см2 (0,11 Мпа)  Клорсепт 0,2% | | | | 30 с момента закипания  120  120  90  45  90  (1,5%) | | 15  30  -  120  30  60 | | 60  -  120  -  90 (2,0 кг с/см2 )  90(1,5%) | |
| 6. | | Посуда больного | | Кипячение вместе с остатками пищи  Погружение в дезраствор с последующим тщательным обмыванием горячей водой | 2% р-р соды  3% р-р хлорамина Б  0,5% активированный р-р хлорамина  1% р-р ГКТ  3% р-р ДСГК  0,2 % р-р  сульфохлорантина или сульфохлорантина М  0,5% р-р ДП –2  4% р-р ПФК – 1 | | | | 30 с момента закипания  60  120  30  90  120  60 | | 15  30  -  -  30  30  60 | | 60  -  60  60  -  -  - | |
| 7. | | Предметы ухода  за больными, ки­  пячение которых  невозможно | Двукратное  протирание с  интервалом 15  мин.  Погружение | | 6% раствор переки­  си водорода  3% раствор хлора­  мина Б  В осветленный  раствор хлорной  извести  Раствор лизола | -  120  60  90  (8%) | | | 60  (3%)  60  120  (3%)  60  (3%) | | 60  -  -  - | | |
| 8. | | Помещение, обо­  рудование, мебель | Двукратное  протирание  или орошение | | 3% раствор хлора­  мина Б  3% осветленный  раствор хлорной  извести  1,5% раствор  ДГСГК или НТК,  ДСГК,ГКТ  0,2% раствор суль-  фохлорантина или  сульфохлорантина  М  0,5% раствор ДП-2  4% раствор ПФК-1  8% раствор лизола  Клорсепт 0,1% | 120  120  120  120  120  120  120  120  (1,5%) | | | 60  60  60  60  60  30  (9%)  60  (3%)  90 | | 120  (4% акт)  120  (4% акт)  120  (4% акт.  НТК не  приме­няется)  -  -  -  -  120 (1,5%) | | |
| 9. | | Кожаные, мехо­  вые изделия, ков­  ры | Камерное обез­  зараживание | | Пароформалиновая  смесь при темпера­  туре 57-59° С. фор­  малина 75 мл/м3,  норма загрузки 5  комплектов одежды | 45 | | | тот же | | 165 | | |

При отсутствии дезинфекционных камер вещи обеззараживают путем камерно­го орошения 3% раствором хлорамина Б до полного увлажнения, чистят щет­ками, увлажненными дезраствором, оставляют свернутыми на 1 час, после чего высушивают.

Приготовление рабочих растворов клорсепта

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование  таблеток | Количество таблеток | Количество воды (л) | Содержание активного хлора, % |
| Клорсепт – 17  (1670 мг) | 1  2  3  15 | 1  1  1  1 | 0,1  0,2  0,3  1,5 |
| Клорсепт 87  (8680 мг) | 1  1  3 | 5  1  1 | 0,1  0,5  1,5 |

Приложение 17

к Инструкции

3.4.11-17-13-2003

Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, КВГЛ, оспой обезьян для проведения клинического анализа.

Обеззараживание крови

Проведение клинического анализа в обычной лаборатории возможно толь­ко после обеззараживания материала.

Для подсчета числа эритроцитов используют с целью обеззараживания крови разводящую жидкость (0,75 г мертиолята натрия, 1 г хлористого и 3,62 сернокислого натрия на 100 мл дистиллированной воды). В центрифужную пробирку вносят 4 мл этой жидкости на один анализ.

Разводящая жидкость для подсчета числа лейкоцитов - 25% ацетона, 4,9% уксусной кислоты. Для приготовление этого раствора 1 мл химически чистого ацетона смешивают с 3 мл 6,5% раствора уксусной кислоты, который получают путем разведения 1 мл ледяной уксусной кислоты в 14,4 мл дистиллированной воды. Для проверки пригодности ацетона в пробирку наливают 2-3 мл и вносят несколько капель дистиллированной воды. Если при добавлении воды образуется легкая муть, ацетон считается непригодным. Для одного анализа необходимо 0,4 мл разводящей жидкости. Раствор следует хранить при +4°С не более 10-14 суток.

Для определения количества гемоглобина крови на одно исследование в градуированную пипетку гемометра Сали набирают 0,2 мл 1 % раствора со­ляной кислоты. После 30 мин. экспозиции в разводящей жидкости работа с кровью проводится как с незаразным материалом в чистом помещении. Опре­деление группы крови и резус- фактора проводят по жизненным показаниям у постели больного с необеззараженной кровью в противочумном костюме I ти­па.

Обеззараживание мочи

Изучение физических свойств мочи (количество, цвет, прозрачность, ре­акция, удельный вес) проводят без обеззараживания с соблюдением правил безопасности работы.

Определение белка в моче (качественным и количественным методами), глюкозы методом Гайнеса, билирубина методом Розина, а также микроскопи­ческое исследование осадка мочи проводят с обеззараженной мочой.

Для обеззараживания в колбу объемом 500 мл наливают 100 мл мочи, до­бавляют 2,5 мл хлороформа, колбу плотно закрывают резиновой пробкой и встряхивают легкими движениями, не замачивая пробки, в течение 10 мин. до появления однородного помутнения, после чего с мочой можно работать как с незаразным материалом.

##### Оглавление

стр.

|  |  |
| --- | --- |
| Раздел I Общие положения ……………………………………… | 2 |
| Глава 1 Область применения …………………………………….. | 2 |
| Глава 2 Общие сведения о карантинных заболеваниях (чуме, холере, желтой лихорадке), контагиозных вирусных геморрагических лихорадках (Марбург, Эбола, Ласса, Аргентинской, Боливийской, Крым-Конго) ……………………………………… | 3 |
| Глава 3 Определение синдромов инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Республики Беларусь и международного здра­воохранения…….. | 8 |
| Раздел II Порядок планирования мероприятий по предупреждению завоза и распространения Болезней и Синдромов …….. | 10 |
| Раздел III Мероприятия при выявлении больного (трупа), подозрительного на Болезни, Синдромы ……………………….. | 12 |
| Раздел IV Первичные противоэпидемические мероприятия  при выявлении больного Болезнью в ЛПО или по месту  проживания ………………………………………………….. | 17 |
| Глава 4 Мероприятия при выявлении больного в стационаре … | 17 |
| Глава 5 Мероприятия при выявлении больного в поликлинике... | 20 |
| Глава 6 Мероприятия при выявлении больного в фельдшерско-акушерском пункте ……………………………………………… | 21 |
| Глава 7 Мероприятия по выявлению больного на дому, на рабочем месте …………………………………………………….. | 21 |
| Глава 8 Мероприятия при выявлении больного в гостинице…. | 22 |
| Глава 9 Мероприятия в патологоанатомическом отделении или бюро судебно-медицинской экспертизы ………………………… | 23 |
| Раздел V Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного Болезнью на транспортных средствах ….. | 24 |
| Глава 10 Мероприятия в вагоне пассажирского поезда в пути следования ………………………………………………………. | 24 |
| Глава 11 Мероприятия при выявлении больного на вокзале (железнодо­рожном, речном, аэровокзале, автостанции) ………. | 25 |
| Глава 12 Мероприятия при выявлении больного в самолете …. | 26 |
| Раздел VI Первичные противоэпидемические мероприятия, проводимые бригада­ми врачей-эпидемиологов, эвакуация и дезинфекция при выявлении больных с подозрением на чуму, холеру, КВГЛ, другие Болезни и Синдромы …………………….  Глава 13 Мероприятия бригады врачей-эпидемиологов ……… | 27  27 |
| Глава 14 Мероприятия, проводимые бригадой эвакуаторов …...  Глава 15 Мероприятия, проводимые бригадой дезинфекции…... | 27  29 |
| Приложения |  |
| Приложение 1 Клинико-эпидемиологическая характеристика чумы, холеры, желтой лихорадки, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок Ласса, Эбола, Марбург, Боливийской, Аргентинской, Конго-Крымской (Болезней)…………………….. | 30 |
| Приложение 2 Лечение и экстренная профилактика Синдромов. | 44 |
| Приложение 3 Схемы общей экстренной профилактики (при неизвестном возбудителе)………………………………………… | 45 |
| Приложение 4 Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике чумы у людей……………… | 46 |
| Приложение 5 Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике холеры у людей…………… | 47 |
| Приложение 6 Схемы применения специфического иммуноглобулина при экстренной профилактике лихорадки Эбола у людей. Схема применения химиопрепаратов при лихорадках Ласса, Боливийской и Аргентинской геморрагических лихорадках. | 48 |
| Приложение 7 Схемы проведения экстренной профилактики Конго-Крымской геморрагической лихорадки у людей……….. | 49 |
| Приложение 8 Правила забора материала для лабораторного исследования от больного (трупа) при подозрении на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, малярией, Синдромами неясной этиологии………………………………………………………………….. | 50 |
| Приложение 9 Укладка для забора нативного материала от больного с подозрением на холеру (для больничных учреждений не инфекционного профиля, станции скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических учреждений)……….. | 53 |
| Приложение 10 Укладка для забора материала от больного (трупа) подозрительного на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, Синдромом неясной этиологии (для инфекционных стационаров, ЦГЭ)………………………………………………………….. | 54 |
| Приложение 11 Меры и средства личной профилактики. Экстренная профилактика чумы. Экстренная профилактика КВГЛ.. | 56 |
| Приложение 12 Укладка для проведения экстренной личной профилактики………………………………………………………. | 57 |
| Приложение 13 Защитная одежда, порядок применения защитного костюма………………………………………………………. | 58 |
| Приложение 14 Применение защитных костюмов……………… | 59 |
| Приложение 15 Порядок надевания и снятия противочумного костюма…………………………………………………………….. | 62 |
| Приложение 16 Режимы обеззараживания………………………. | 64 |
| Приложение 17 Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, КВГЛ, оспой обезьян для проведения клинического анализа………………………. | 68 |
|  |  |
|  |  |

Инструкция разработана на основании Методических указаний Госкомсанэпиднадзора России «Организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание особо опасными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, малярией и инфекционными болезнями неясной этиологии, представляющими опасность для населения Российской Федерации и международного сообщения» МУ 3.4.1028-01.

Дополнены и доработаны специалистами отдела гигиены, эпидемиологии и профилактики Министерства здравоохранения Республики Беларусь (Кожемякин А.К.), ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (В.П. Филонов, Г.А. Будаев, С.П. Павлюченко, Ю.В. Казаков, Н.С. Себут, М.А. Мышко), ГУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» (Л.П. Титов, А.С. Петкевич, А.С. Владыко),

Введены взамен: «Инструкция по проведению первичных мероприятий при выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками» М.1985.