

Утверждены
постановлением Правительства
Республики Казахстан
от 12 января 2012 года № 33

**Санитарные правила
«Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий
по предупреждению инфекционных заболеваний»**

1. Общие положения

1. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» (далее - Санитарные правила) устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний.

2. В настоящих Санитарных правилах применяются следующие термины и определения:

1) бактерионосительство - форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

2) бактериофаги - вирусы бактерий, способные поражать бактериальную клетку и вызывать ее растворение;

3) брюшной тиф - бактериальное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл (*Salmonella Typhi*), характеризующееся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с общей интоксикацией, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемым водным, пищевым и бытовым путями, со спорадическим распространением, а также склонностью к формированию длительного бактерионосительства;

4) внутрибольничное заболевание - любое инфекционное заболевание, возникшее у больного в результате его поступления в медицинскую организацию или обращения в нее за медицинской помощью, или инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации вследствие его работы в данном учреждении, независимо от сроков появления заболевания во время пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после выписки из нее;

5) декретированный контингент - лица, работающие в сфере обслуживания населения, представляющие наибольшую опасность для заражения окружающих инфекционными и паразитарными заболеваниями;

6) дизентерия - инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода шигелла (*Shigella*), при котором преимущественно поражается слизистая оболочка толстого кишечника. Клинически заболевание характеризуется интоксикацией и наличием колитического синдрома;

7) дисбактериоз - нарушение состава микрофлоры кишечника, сопровождающееся дисфункцией и нарушениями ферментативной способности кишечника, возникающей в результате хронических заболеваний, длительного применения антибиотиков;

8) иерсиниоз - острое инфекционное заболевание из группы антропоозонозов, характеризующееся симптомами интоксикации и преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, печени, суставов, реже других органов;

9) инкубационный период - отрезок времени от момента попадания возбудителя инфекции в организм до проявления первых симптомов болезни;

10) интенсивная фаза - начальная фаза терапии, направленная на ликвидацию клинических проявлений заболевания и максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза (далее - МБТ);

11) контакт - взаимодействие между больным туберкулезом и людьми, находящимися на расстоянии, достаточно близком для разговора или в замкнутом пространстве;

12) контактное лицо - человек, который находится и (или) находился в контакте с больным, выделяющим во внешнюю среду МБТ;

13) контрольный уровень заболеваемости - пороговый уровень заболеваемости, характерный для каждого интервала времени и для конкретной местности, складывающийся из средней величины заболеваемости за предыдущие пять лет. Вычисляется для территории в целом и для отдельных групп населения (возрастных, профессиональных). Приближение анализируемых показателей к верхнему контрольному уровню или превышение его свидетельствует об эпидемиологическом неблагополучии;

14) легочный туберкулез с положительным результатом микроскопии мокроты (бактериовыделитель) - наличие МБТ при микроскопии мазка мокроты до проведения лечения, даже при однократном выявлении;

15) микроскопическое исследование - бактериологический метод выявления МБТ;

16) обследование по эпидемиологическим показаниям - обследование лиц на основе полученной информации о вирусных гепатитах, обусловленной эпидемиологической ситуацией на определенной территории, среди отдельных групп населения и при проведении эпидемиологического расследования каждого случая вирусного гепатита (для выявления факторов риска заражения, путей передачи и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий);

17) острый вирусный гепатит (А, Е, В, С, Д) - острое воспаление печени с длительностью меньше шести месяцев, при наличии специфических маркеров;

18) острые кишечные инфекции - инфекционные заболевания, вызываемые патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами, характеризующиеся поражением желудочно-кишечного тракта;

19) отказ - отказ больного заразной формой туберкулеза от лечения, назначенного врачом, зафиксированный в медицинской документации;

20) очаг вирусного гепатита - место пребывания больного вирусным гепатитом с окружающей его территорией в тех пределах, в которых вирус способен передаваться от больного к восприимчивым людям;

21) очаг туберкулёзной инфекции - место проживания (частный дом, квартира, комната в общежитии), учёбы, работы, отдыха больного бактериовыделителя;

22) паратифы - бактериальные острые инфекционные заболевания, вызываемые бактериями рода сальмонелл (*Salmonella paratyphi*), характеризующиеся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с явлениями общей интоксикации, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемые преимущественно пищевым и водным путями, склонные к формированию продолжительного бактерионосительства. Имеют сходство по патогенезу и клиническим проявлениям с брюшным тифом, характеризуются острым началом и рецидивирующим течением, наличием периода катаральных явлений;

23) парентеральный механизм - передача инфекции при переливании крови, инъекциях и других манипуляциях, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и слизистых, а также от матери ребенку при прохождении через родовые пути;

24) поддерживающая фаза - фаза продолжения терапии, которая воздействует на сохраняющуюся микобактериальную популяцию и обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма больного;

25) проба Манту - специфический диагностический тест, внутрикожная туберкулиновая проба Манту с двумя международными туберкулиновыми единицами (далее - Манту с 2 ТЕ);

26) реконвалесцент - больной человек в стадии выздоровления;

27) ремиссия - этап течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений;

28) ретроспективный эпидемиологический анализ - анализ уровня, структуры и динамики инфекционной заболеваемости за длительный предшествующий промежуток времени с целью обоснования перспективного планирования противоэпидемических мероприятий;

29) ротавирусная инфекция - острое вирусное заболевание, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта;

30) сальмонеллез - группа полиэтиологических острых инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей рода сальмонелл (*Salmonella*), которые характеризуются большим полиморфизмом клинических проявлений от бессимптомного бактерионосительства до тяжелых септических вариантов. Чаще всего протекают в виде острого гастроэнтерита;

31) санация - проведение целенаправленных лечебно-профилактических мер по оздоровлению организма;

32) субпродукты - производственное название пищевых продуктов, получаемых при убойе животных и разделке туши (печень, язык, почки, мозг и другие, кроме мяса туши);

33) товарное соседство - условия, исключаящие совместное хранение и реализацию сырых и готовых продуктов, предотвращающие их загрязнение и проникновение посторонних запахов, отражающихся на качестве товара;

34) туберкулез - заболевание, при котором в патологический процесс вовлечены паренхимы легкого и другие органы и ткани (туберкулез легких, туберкулез плевры, лимфоузлов, брюшной полости, мочеполовой системы, кожи, суставов и костей, оболочек головного и /или спинного мозга);

35) туберкулинодиагностика - специфическое диагностическое исследование по пробе Манту 2 ТЕ;

36) туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью - это туберкулез, вызванный МБТ, штаммы которого устойчивы к изониазиду и рифампицину;

37) туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью - туберкулез, вызванный МБТ, штаммы которого устойчивы к изониазиду и рифампицину, а также к одному из фторхинолонов и к одному из трех инъекционных препаратов второго ряда;

38) уклонение от лечения - самовольный уход, нарушение режима лечения, предписанного врачом, а также пропуск приема противотуберкулезных препаратов, суммарно составляющий три и более недели и зафиксированный в медицинской документации;

39) фаготип - совокупность бактериальных штаммов, характеризующихся одинаковой чувствительностью к типовому набору бактериофагов;

40) флюорографическое, рентгенологическое обследование - диагностические исследования флюорографическими или рентгенологическими аппаратами;

41) энтеральный механизм - передача инфекции через желудочно-кишечный тракт. Вирус проникает в организм с загрязненной водой, пищевыми продуктами, через грязные руки;

42) anti-HCV - антитела к вирусному гепатиту С;

43) HBsAg - поверхностный антиген, указывающий на острую или хроническую форму инфекции.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваний острыми кишечными инфекциями

3. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью острыми кишечными инфекциями включает следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежегодно органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования. Необходимо изучить структуру острых кишечных диарейных инфекций по нозологическим формам, оценить уровень заболеваемости в отдельных возрастных, социальных, профессиональных группах населения и отдельных коллективов для выявления «групп риска»;

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежемесячно органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных противоэпидемических мероприятий.

Проводится сравнение текущей заболеваемости по неделям, месяцам, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной территории.

4. С целью недопущения внутрибольничных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического надзора проводится государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях, детских домах, домах ребенка, домах-интернатах для престарелых и инвалидов.

5. Выявление больных и подозрительных на заболевание кишечными инфекциями проводится медицинскими работниками всех организаций здравоохранения, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и других посещений медицинских организаций. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

6. Проводятся однократные лабораторные обследования на кишечную группу следующих категорий населения:

1) больных с подозрением на острые кишечные инфекции при обращении в медицинские организации;

2) пациентов психиатрических стационаров, при поступлении в стационар;

3) детей при оформлении в школы-интернаты, детские дома и дома ребенка;

4) лиц преклонного возраста при оформлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов;

5) реконвалесцентов после перенесенной кишечной инфекции.

7. В целях идентификации возбудителя и установления размеров очага проводятся лабораторные исследования, перечень которых определяется врачом-эпидемиологом с

учетом предполагаемых факторов и путей передачи возбудителя инфекционного заболевания.

3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации эпидемиологического обследования

8. Эпидемиологические обследования проводятся в следующих очагах:

1) при заболевании острыми кишечными инфекциями работников объектов общественного питания и продовольственной торговли, водоснабжения, дошкольных организаций, а также частных лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью, связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов;

2) при заболевании детей, посещающих дошкольные организации, детские дома, школы-интернаты;

3) при заболевании работников психоневрологических стационаров, детских домов, домов ребенка, домов-интернатов для престарелых и инвалидов;

4) при регистрации в одном очаге трех и более случаев заболевания в течение одного инкубационного периода.

9. При превышении контрольных уровней заболеваемости острыми кишечными инфекциями необходимость обследования квартирных очагов определяется главным государственным санитарным врачом соответствующей территории с учетом эпидемиологической ситуации, результатов ретроспективного анализа.

10. При эпидемиологическом обследовании очагов проводится забор проб пищевых продуктов, воды, смывов для лабораторного обследования.

4. Санитарно-эпидемиологические требования к госпитализации больных острыми кишечными инфекциями

11. Госпитализация больных острыми кишечными инфекциями проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

12. Клинические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

1) все формы заболевания у детей в возрасте до двух месяцев;

2) формы заболевания с тяжелым обезвоживанием независимо от возраста ребенка;

3) формы заболевания, отягощенные сопутствующей патологией;

4) затяжные диареи с обезвоживанием любой степени;

5) хронические формы дизентерии (при обострении).

13. Эпидемиологические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

1) невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного (социально-неблагополучные семьи, общежития, казармы, коммунальные квартиры);

2) случаи заболевания в медицинских организациях, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка, санаториях, домах-интернатах для престарелых и инвалидов, летних оздоровительных организациях, домах отдыха.

14. Выписка реконвалесцентов после дизентерии и других острых диарейных инфекций проводится после полного клинического выздоровления.

Однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов после дизентерии и других острых диарейных инфекций проводится в амбулаторных условиях в течение семи

календарных дней после выписки, но не ранее двух дней после окончания антибиотикотерапии.

5. Санитарно-эпидемиологические требования к диспансерному наблюдению за лицами, переболевшими острыми кишечными инфекциями

15. Диспансерному наблюдению после перенесенной острой дизентерии подлежат:

- 1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, пищевой промышленности;
- 2) дети детских домов, домов ребенка, школ-интернатов;
- 3) работники психоневрологических диспансеров, детских домов, домов ребенка, домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

16. Диспансерное наблюдение проводится в течение одного месяца, в конце которого обязательно однократное бактериологическое обследование.

17. Кратность посещения врача определяется по клиническим показаниям.

18. Диспансерное наблюдение осуществляется участковым врачом (или семейным врачом) по месту жительства или врачом кабинета инфекционных болезней.

19. При рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного обследования, лица, переболевшие дизентерией, вновь проходят лечение. После окончания лечения, эти лица в течение трех месяцев ежемесячно проходят лабораторное обследование. Лица, у которых бактерионосительство продолжается более трех месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии.

20. Лица из числа декретированного контингента допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении. Справка о выздоровлении выдается лечащим врачом только после полного выздоровления, подтвержденного результатами клинического и бактериологического обследования.

При хронической форме дизентерии эти лица переводятся на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности.

21. Лица с хронической дизентерией состоят на диспансерном наблюдении в течение года. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом этих лиц проводится ежемесячно.

6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению сальмонеллеза

22. Обязательному бактериологическому обследованию на сальмонеллез подлежат следующие категории лиц населения:

- 1) дети в возрасте до двух лет, поступающие в стационар;
- 2) взрослые, госпитализированные в стационар по уходу за больным ребенком;
- 3) роженицы, родильницы, при наличии дисфункции кишечника в момент поступления или в течение предшествующих трех недель до госпитализации;
- 4) все больные независимо от диагноза при появлении кишечных расстройств во время пребывания в стационаре;
- 5) лица из числа декретированного контингента, которые предположительно явились источником инфекции в очаге сальмонеллеза.

23. Обязательно проводится эпидемиологическое обследование очагов сальмонеллеза в случае заболевания лиц, относящихся к декретированному контингенту или детей в возрасте до двух лет.

24. Госпитализация больных сальмонеллезом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

25. Выписку реконвалесцентов после сальмонеллеза проводят после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования кала. Исследование производят не ранее трех дней после окончания лечения.

26. Диспансерному наблюдению после перенесенного заболевания подвергается только декретированный контингент.

27. Диспансерное наблюдение за лицами, переболевшими сальмонеллезом, осуществляют врач кабинета инфекционных болезней или участковые (семейные) врачи по месту жительства.

Лица из числа декретированного контингента допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении.

28. Реконвалесценты из числа декретированного контингента допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении.

Реконвалесцентов, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, а также выявленных бактерионосителей из числа декретированного контингента органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора отстраняют от основной работы на пятнадцать календарных дней. Работодатель переводит их на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности.

В этот период проводят трехкратное исследование кала. При повторном положительном результате такой же порядок отстранения от работы и обследования повторяют еще в течение пятнадцати дней.

При установлении бактерионосительства более трех месяцев, эти лица, как хронические носители сальмонелл отстраняются от работы по специальности на двенадцать месяцев.

По истечении этого срока у них проводят трехкратное исследование кала и желчи с интервалом один-два дня. При получении отрицательных результатов эти лица допускаются к основной работе. При получении одного положительного результата такие лица рассматриваются как хронические бактерионосители, органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора отстраняют их от работы, где они могут представлять эпидемиологическую опасность.

29. Детей, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, лечащий врач отстраняет от посещения организации дошкольного воспитания на пятнадцать дней, в этот период проводят трехкратное исследование кала с интервалом один-два дня. При повторном положительном результате такой же порядок отстранения и обследования повторяют еще в течение пятнадцати дней.

7. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению брюшного тифа и паратифов

30. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за заболеваемостью населения брюшным тифом и паратифами включает следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

- 1) анализ информации о санитарном состоянии населенных пунктов, особенно неблагополучных по заболеваемости населения тифопаратифозными инфекциями;
- 2) осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора и определение групп риска среди населения;
- 3) определение фаготипов выделяемых культур от больных и бактерионосителей;

4) постановка на учет и диспансерное наблюдение за переболевшими брюшным тифом и паратифами с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно из числа работников пищевых предприятий и другого декретированного контингента;

5) планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий.

31. Профилактические мероприятия тифопаратифозных заболеваний направлены на проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через воду, пищу. Проводится государственный санитарно-эпидемиологический надзор за санитарно-техническим состоянием следующих объектов:

1) систем водоснабжения, централизованных, децентрализованных источников водоснабжения, головных водозаборных сооружений, зон санитарной охраны водоисточников;

2) пищевой перерабатывающей промышленности, продовольственной торговли, общественного питания;

3) канализационной системы.

32. Перед допуском к работе лица из числа декретированного контингента после врачебного осмотра подвергаются серологическому обследованию путем постановки сывороткой крови реакции прямой гемагглютинации и однократному бактериологическому исследованию. Эти лица допускаются к работе при отрицательных результатах серологического и бактериологического обследований и при отсутствии других противопоказаний.

В случае положительного результата реакции прямой гемагглютинации дополнительно проводится пятикратное бактериологическое исследование нативных испражнений с интервалом 1-2 дня. При отрицательных результатах этого обследования проводится однократное бактериологическое исследование желчи. К работе допускаются лица, у которых получены отрицательные данные бактериологического исследования испражнений и желчи.

Лица, у которых выявлены положительные результаты серологического и бактериологического обследования рассматриваются как бактерионосители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. В данном случае, органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора эти лица отстраняются от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность.

33. Плановые профилактические лабораторные обследования работников питания, водоснабжения и другого декретированного контингента на носительство возбудителей тифопаратифозных заболеваний при эпидемическом благополучии по этим инфекциям не проводятся.

34. Согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам» вакцинации против брюшного тифа подлежат работники канализационных и очистных сооружений.

35. В очаге брюшного тифа или паратифов проводятся следующие противоэпидемические мероприятия:

1) выявление всех больных путем опроса, осмотра, термометрии, лабораторного обследования;

2) своевременного изолирования всех больных брюшным тифом, паратифами;

3) выявление и проведение лабораторного обследования лиц, ранее переболевших брюшным тифом и паратифами, декретированного контингента, лиц, подвергшихся риску заражения (употреблявших подозрительные на заражение пищевые продукты или воду, контактировавших с больными);

4) в очаге с единичным заболеванием у лиц, из числа декретированного контингента проводится однократное бактериологическое исследование испражнений и исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации. У лиц с положительным

результатом реакции прямой гемагглютинации проводится повторное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи;

5) в случае возникновения групповых заболеваний проводится лабораторное обследование лиц, которые предположительно могут быть источником инфекции. Лабораторное обследование включает трехкратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее двух дней и однократное исследование сыворотки крови методом реакции прямой гемагглютинации. У лиц с положительным результатом реакции прямой гемагглютинации проводится дополнительное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее двух дней, а при отрицательных результатах этого обследования - однократно исследуется желчь;

6) лица из числа декретированного контингента, имеющие контакт либо общение с больным брюшным тифом или паратифами на дому, органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора временно отстраняются от работы до госпитализации больного, проведения заключительной дезинфекции и получения отрицательных результатов однократного бактериологического исследования испражнений, мочи и реакции прямой гемагглютинации;

7) лица, подвергшиеся риску заражения, наряду с лабораторным обследованием находятся под медицинским наблюдением с ежедневными врачебными осмотрами и термометриями на протяжении двадцати одного дня при брюшном тифе и четырнадцати дней при паратифах с момента изоляции последнего больного;

8) выявленные больные и бактерионосители брюшного тифа и паратифов немедленно изолируются и направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

36. Экстренная профилактика в очагах брюшного тифа и паратифов проводится в зависимости от эпидемиологической ситуации. В очагах брюшного тифа назначается брюшнотифозный бактериофаг, при паратифах поливалентный сальмонеллезный бактериофаг. Первое назначение бактериофага проводится после забора материала для бактериологического обследования. Бактериофаг назначается также реконвалесцентам.

37. В очагах брюшного тифа и паратифов обязательно проводятся дезинфекционные мероприятия:

1) текущая дезинфекция проводится в период с момента выявления больного до госпитализации, у реконвалесцентов в течение трех месяцев после выписки из больницы;

2) текущую дезинфекцию организует медицинский работник организации здравоохранения, а проводит - лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель;

3) заключительную дезинфекцию проводят дезинфекционные станции или дезинфекционные отделы (отделения) органов (организаций) санитарно - эпидемиологических службы, в сельской местности - сельские врачебные больницы, амбулатории;

4) заключительную дезинфекцию в городских населенных пунктах проводят не позже шести часов, в сельской местности - двенадцати часов после госпитализации больного;

5) в случае выявления больного брюшным тифом или паратифом в организации здравоохранения после изоляции больного в помещениях, где он находился, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данной организации.

8. Санитарно-эпидемиологические требования к диагностике, госпитализации больных брюшным тифом и паратифами

38. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов осуществляется медицинскими работниками всех организаций здравоохранения независимо от форм собственности на основании клинических и лабораторных данных.

39. При диагностике брюшного тифа ведущим является выделение гемокультуры. Забор крови для выделения гемокультуры проводится во все периоды болезни. Первый посев крови производится до начала антибактериальной терапии. Для диагностики также проводится исследование копрокультуры, уринокультуры, желчи, серологическая диагностика (реакция Видаля, реакция прямой гемагглютинации).

40. Больные с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение трех и более дней, обследуются на брюшной тиф.

41. Все больные брюшным тифом и паратифами А и В госпитализируются в инфекционный стационар.

42. Выписка больных осуществляется не ранее двадцати одного дня нормальной температуры после трехкратного бактериологического исследования кала и мочи. Бактериологического исследования кала и мочи проводится через пять дней после отмены антибиотиков и затем с интервалом пять дней. Кроме того, проводится посев дуоденального содержимого за семь-десять дней до выписки.

9. Санитарно-эпидемиологические требования к диспансерному наблюдению за лицами, переболевшими брюшным тифом и паратифами

43. Все переболевшие брюшным тифом и паратифами после выписки из стационара подлежат медицинскому наблюдению с термометрией один раз в две недели. Через десять дней после выписки из стационара начинается обследование реконвалесцентов на бактерионосительство, для чего пятикратно исследуются кал и моча с интервалом не менее двух дней. На протяжении трех месяцев ежемесячно проводится бактериологическое однократное исследование кала и мочи.

При положительном результате бактериологического исследования в течение трех месяцев после выписки из стационара обследуемый расценивается как острый носитель.

На четвертом месяце наблюдения бактериологически исследуются желчь и сыворотка крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах всех исследований переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате серологического исследования проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. В случае отрицательных результатов оставляют под наблюдением в течение одного года.

Через один год после выписки из стационара однократно исследуют бактериологически кал и мочу и сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах исследования переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

44. Лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, относящиеся к декретированному контингенту, после выписки из стационара органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора на один месяц отстраняются от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность. В течение этого периода проводится их пятикратное бактериологическое обследование (исследование кала и мочи).

При отрицательных результатах исследования их допускают к работе, и в последующие два месяца ежемесячно исследуют желчь и сыворотку крови с помощью реакции прямой гемагглютинации с цистеином. Далее их обследуют в течение двух лет ежеквартально, а в последующем на протяжении всей трудовой деятельности два раза в год (исследовать кал и мочу).

При положительном результате (через один месяц после выздоровления) их переводят на работу, не связанную с пищевыми продуктами и водой. По истечении трех месяцев проводится пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи и однократно

желчи. При отрицательном результате их допускают к работе и обследуют как предыдущую группу.

При положительном результате реакции прямой гемагглютинации с цистеином проводится пятикратное дополнительное исследование кала и мочи и при отрицательных результатах - однократное исследование желчи. При отрицательном результате их допускают к работе. Если при любом из обследований, проведенном по истечении трех месяцев после выздоровления, у таких лиц хотя бы однократно были выделены возбудители брюшного тифа или паратифа, их считают хроническими бактерионосителями и органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора отстраняют их от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность.

45. Бактерионосители брюшного тифа и паратифов подразделяются на следующие категории:

1) транзиторные бактерионосители - лица, не болевшие брюшным тифом и паратифами, но выделяющие возбудителей брюшного тифа или паратифов;

2) острые бактерионосители - лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение первых трех месяцев после выписки из больницы;

3) хронические бактерионосители - лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение трех и более месяцев после выписки из больницы.

46. Среди бактерионосителей брюшного тифа и паратифов проводятся следующие мероприятия:

1) у транзиторных бактерионосителей в течение трех месяцев проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. При отрицательном результате однократно исследуют желчь. В конце наблюдения однократно исследуют сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательном результате всех исследований к концу третьего месяца наблюдения их снимают с учета. При положительных результатах бактериологического и серологического исследований они расцениваются как острые бактерионосители;

2) за острыми бактерионосителями в течение двух месяцев после выявления проводится медицинское наблюдение с термометрией и в течение трех месяцев ежемесячно однократно проводится бактериологическое исследование кала и мочи. В конце третьего месяца проводят бактериологическое исследование кала и мочи - пятикратно, желчи - однократно и серологическое исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах бактериологических и серологических исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате серологического исследования и отрицательных результатах бактериологического исследования кала и мочи продолжают наблюдение в течение одного года. Через один год необходимо однократно исследовать кал и мочу с цистеином, кал и мочу - бактериологически, однократно. При положительном результате серологического исследования исследуются кал и моча пятикратно, желчь однократно. При отрицательных результатах исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате обследуемого расценивают как хронического бактерионосителя;

3) хронические бактерионосители состоят на учете в территориальном органе санитарно-эпидемиологического надзора, порядок их обследования в течение жизни определяется эпидемиологом. Хронических бактерионосителей обучают правилам приготовления дезинфицирующих растворов, текущей дезинфекции, правильного гигиенического поведения;

4) бактерионосителей из числа декретированного контингента ставят на постоянный учет в территориальном органе санитарно-эпидемиологического надзора. В течение первого месяца наблюдения их отстраняют от работы, где они могут представлять

эпидемическую опасность. Если через месяц выделение возбудителя продолжается, обследуемые отстраняются от работы еще на два месяца. Через три месяца при отрицательных результатах бактериологического исследования они допускаются к основной работе. При положительном результате бактериологического исследования они расцениваются как хронические носители и не допускаются к работе, где они могут представлять эпидемическую опасность.

47. Лица из числа декретированного контингента, в случае обнаружения хронического бактерионосительства у одного из членов его семьи, от работы не отстраняются и не подлежат специальному наблюдению.

10. Санитарно-эпидемиологические требования к выявлению больных туберкулезом

48. Выявление больных туберкулезом осуществляют медицинские работники всех специальностей при:

- 1) обращении за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические и стационарные организации;
- 2) при оказании стационарной и специализированной медицинской помощи;
- 3) проведении обязательных и профилактических медицинских осмотров;
- 4) при проведении иммунизации против туберкулеза.

49. При обращении в медицинскую организацию пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, проводят полное клиническое и инструментальное обследование с обязательным рентгенологическим и бактериологическим исследованием (микроскопия мазка мокроты и другого патологического материала).

50. При обнаружении во время обследования признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, пациента в течение трех дней направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

51. Контроль за проведением своевременного и полного обследования больного осуществляют направивший специалист медицинской организации и специалист противотуберкулезной организации (далее - ПТО).

52. Лиц без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируют в противотуберкулезный стационар для завершения обследования и при подтверждении диагноза «туберкулез» - для лечения.

53. ПТО информирует специалиста, направившего больного, о результатах проведенного обследования.

54. Медицинское заключение о допуске больных туберкулезом на работу и учебу выдается центральной врачебно-консультативной комиссией (далее - ЦВКК) ПТО.

55. Допускаются к учебе или работе больные туберкулезом:

- 1) успешно завершившие курс лечения в режимах I, II и III категории, с исходом «Вылечен» или «Лечение завершено»;
- 2) с ограниченными процессами без бактериовыделения (на начало лечения) после успешного завершения интенсивной фазы (решением ЦВКК).

56. Органы (организации) здравоохранения, а также врач отделения ПТО в случае отказа или уклонения больного заразной формой туберкулеза от лечения, обращается в ЦВКК для решения вопроса о назначении ему принудительного лечения в специализированной ПТО.

57. По заключению ЦВКК органы (организации) здравоохранения, в том числе главный врач ПТО подписывают представление на больного в суд о назначении принудительного лечения.

58. В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения, профилактическим медицинским осмотрам подлежат граждане Республики Казахстан, оралманы и другие лица, находящиеся на территории Республики Казахстан.

59. Профилактические медицинские осмотры населения проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в медицинских организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

60. Планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров по данным индивидуального учета населения обеспечивают руководители медицинских организаций.

61. Диагноз «Туберкулез» подтверждает ЦВКК ПТО и принимает решение о необходимости госпитализации, наблюдения и лечения.

62. В целях раннего выявления туберкулеза у детей применяют внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее - проба Манту). Туберкулинодиагностику проводят вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 14 лет. Пробу Манту ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб.

63. Дети, которым не была проведена вакцинация против туберкулеза в родильном доме, вакцинируются в организациях первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), при этом до двух месяцев вакцинация проводится без предварительной туберкулинодиагностики, а после двух месяцев - при отрицательной пробе Манту.

64. Постановку пробы Манту осуществляют медицинские работники детских, подростковых, амбулаторно - поликлинических и оздоровительных организаций, имеющие разрешение к проведению прививок.

65. Не допускается проведение пробы Манту в детских и подростковых коллективах в период карантина по инфекционным заболеваниям. Постановку пробы Манту целесообразно проводить до любых профилактических прививок.

66. Интервал между профилактической прививкой и пробой Манту составляет не менее одного месяца. В день постановки туберкулиновых проб проводят медицинский осмотр детей. В целях соблюдения двухмесячного интервала перед постановкой пробы Манту, ревакцинация анатоксин дифтерийно-столбнячной (далее - АДС) и коревой краснушно-паротитной (далее - ККП) вакцинами проводится за два месяца до начала учебного года.

67. Результат пробы Манту оценивают через семьдесят два часа путем измерения размера инфильтрата (папулы) в миллиметрах (далее - мм) линейкой с миллиметровыми делениями и регистрируют поперечный по отношению к оси предплечья размер инфильтрата. При отсутствии инфильтрата измеряется и регистрируется гиперемия.

68. Детей, направленных на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители которых не представили в течение одного месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускают в организации дошкольного и начального среднего образования.

69. Планирование, организацию, своевременный и полный учет проведенных проб Манту (с целью раннего выявления туберкулеза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими противотуберкулезными организациями по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дообследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, обеспечивают руководители медицинских организаций.

70. Реакция пробы Манту считается:

1) отрицательной - при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии, или при наличии уколочной реакции (0-1 мм);

2) сомнительной - при инфильтрате размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;

- 3) положительной (нормергия) - при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более;
- 4) гиперергической - при наличии у детей 0-14 лет инфильтрата диаметром 15 мм и более, у детей 15-17 лет - 17 мм и более, у взрослых - 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него.

71. В условиях плановой внутрикожной вакцинации (ревакцинации) вакциной Bacielle Calmette-Guerin (далее - БЦЖ), туберкулиновая проба Манту выявляет как инфекционную, так и поствакцинальную аллергию. При дифференциальной диагностике характера аллергии учитываются в комплексе:

- 1) интенсивность положительной туберкулиновой реакции;
- 2) наличие и размер поствакцинных рубчиков;
- 3) срок, прошедший после прививки БЦЖ (до 5 лет после вакцинации не исключается поствакцинальная аллергия);
- 4) наличие или отсутствие контакта с больным туберкулезом;
- 5) наличие клинических признаков заболевания.

72. Поствакцинальную аллергию характеризуют сомнительные или положительные реакции размерами папул 5-11 мм.

73. Гиперергические реакции не относятся к поствакцинальной аллергии.

74. При трудности интерпретации характера чувствительности к туберкулину, дети подлежат дополнительному обследованию и профилактическому лечению (гипосенсибилизация, санация очагов инфекции, дегельминтизация) до достижения периода ремиссии при хронических заболеваниях под контролем врача-фтизиатра. При проведении дифференциальной диагностики этиологии туберкулиновой чувствительности, повторно пробу Манту ставят в противотуберкулезной организации через один-три месяца. Детям с частыми клиническими проявлениями неспецифической аллергии, пробу Манту ставят после приема десенсибилизирующих средств в течение семи-четырнадцати дней.

75. Инфицированными МБТ считают лиц, у которых при наличии достоверных данных о динамике чувствительности к туберкулину по пробе Манту отмечают:

- 1) впервые положительную реакцию (папула размером 5 мм. и более), не связанную с иммунизацией вакциной БЦЖ (вираж туберкулиновой пробы);
- 2) стойко (на протяжении четырех-пяти лет) сохраняющуюся реакцию с инфильтратом размером 12 мм. и более;
- 3) резкое усиление чувствительности к туберкулину (на 6 мм. и более) в течение 1 года (у туберкулиноположительных детей).

76. В течение трех дней с момента постановки пробы Манту ребенка направляют на консультацию к врачу фтизиатру в противотуберкулезный диспансер по месту жительства:

- 1) с впервые положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- 2) со стойко (4 года) сохраняющейся реакцией с инфильтратом 12 мм и более;
- 3) с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулиноположительных детей - увеличение инфильтрата на 6 мм и более или увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- 4) с гиперреакцией на туберкулин - инфильтрат 17 мм и более или меньших размеров, но везикуло-некротического характера.

77. К детскому врачу-фтизиатру на дообследование направляют детей с виражом и гиперергией туберкулиновой реакции, а в ряде случаев для решения вопроса об этиологии аллергии (поствакцинальная или инфекционная) с документацией, в которой указывают точные даты ранее сделанных туберкулиновых проб, вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Весь период дообследования не превышает одного месяца.

78. При исключении активного туберкулезного процесса детей с виражом и гиперергической реакцией ставят на учет по III группе диспансерного учета (далее - ДУ).

79. Лиц, с повторными гиперергическими реакциями на туберкулин, углубленно обследуют с целью выявления локального туберкулезного процесса. При отсутствии локальных туберкулезных изменений, такие дети не подлежат ДУ и повторному проведению химиопрофилактики.

80. К группе «риска» по заболеванию туберкулезом относятся дети:

1) из социально неблагополучных семей (малообеспеченные и многодетные, родители - неработающие, из мест лишения свободы, страдающие алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированные, не имеющие постоянного места жительства, мигранты);

2) находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длительным кашлем (более 2 недель) и с симптомами нарастающей интоксикации, (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость);

3) дети, состоящие на ДУ у педиатра по поводу различных заболеваний;

4) контингент закрытых учебных заведений (школы-интернаты, специализированные школы для детей инвалидов);

5) невакцинированные и с неразвившимися поствакцинальными рубчиками БЦЖ;

6) получающие гормональную терапию.

81. В организованных коллективах туберкулинодиагностику проводит специально обученный медицинский персонал, который выезжает в детские организации в соответствии с утвержденным приказом руководителя медицинской организации графиком выезда.

82. В случае установления виража и гиперергической реакции, другие профилактические прививки проводят сразу после завершения курса контролируемой химиопрофилактики, максимально по истечении трех месяцев.

83. Методическое руководство за проведением пробы Манту осуществляет детский врач-фтизиатр противотуберкулезной организации.

84. Результаты пробы Манту фиксируют в карте профилактических прививок (форма № 063/у), в медицинской карте ребенка (форма № 026/у), в истории развития ребенка (форма № 112/у). При этом в историях развития ребенка отмечают:

1) организация, выпустившая стандартный туберкулин, серия, контрольный номер и срок его годности;

2) дата проведения туберкулиновой пробы;

3) результат пробы Манту в виде размера инфильтрата в миллиметрах, при отсутствии инфильтрата указывать отрицательный результат, либо размер гиперемии.

85. Противопоказания к постановке пробы Манту:

1) кожные заболевания, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания (в том числе эпилепсия) в период обострения. Допускается проведение пробы Манту не менее чем через два месяца после исчезновения всех клинических симптомов;

2) аллергические состояния, ревматизм в острой и подострой фазах течения заболевания, бронхиальная астма, идиосинкразии с выраженными кожными проявлениями в период обострения. Пробу Манту разрешается проводить через два месяца после исчезновения всех клинических симптомов.

86. С целью выявления противопоказаний врач (медицинская сестра) перед постановкой пробы Манту изучает медицинскую документацию, а также проводит опрос и осмотр подвергаемых пробе лиц.

87. Не допускается проведение пробы Манту в тех детских коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям (проводится после снятия карантина).

88. Туберкулинодиагностику группам «риска» планируют до проведения профилактических прививок против различных инфекций.

В случаях, если по тем или иным причинам пробу Манту проводят не до, а после проведения различных профилактических прививок, туберкулинодиагностику осуществляют не ранее чем через два месяца после прививки.

89. Не допускается проведение туберкулиновой пробы Манту на дому.

90. Детям из очагов туберкулеза туберкулинодиагностику проводят в противотуберкулезных организациях.

91. ВИЧ-инфицированным детям и подросткам проба Манту с диагностической целью не ставится.

92. В целях раннего выявления туберкулеза у подростков проводят профилактические медицинские и флюорографические осмотры.

93. Профилактический медицинский и флюорографический осмотры подростков осуществляют в поликлинике по месту расположения учебного заведения или в организации ПМСП по месту жительства.

94. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр проводят подросткам в возрасте 15 и 17 лет. При отсутствии данных о профилактических осмотрах в указанных возрастах флюорографический осмотр проводят во внеочередном порядке.

95. Подросткам, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию проводят профилактический медицинский осмотр с целью выявления туберкулеза один раз в год (флюорографическое обследование).

96. Подросткам, состоящим на ДУ в наркологических и психиатрических учреждениях, а также ВИЧ - инфицированным, проводят флюорографическое обследование один раз в год.

97. Подростков с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом (легочные заболевания затяжного течения, экссудативный плеврит, подострый и хронический лимфаденит, узловатая эритема, хронические заболевания мочевыводящих путей), направляют на консультацию к фтизиатру.

98. На медицинских работников организаций ПМСП возлагается:

1) раннее выявление туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты среди лиц с клиническими признаками заболевания и методом флюорографии среди населения с высоким риском заболевания туберкулезом (группа «риска»);

2) осуществление контролируемой химиотерапии;

3) проведение разъяснительной работы среди населения о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики.

99. Медицинский работник организаций ПМСП осуществляет сбор мокроты и ее своевременную доставку в лабораторию для исследования.

100. Микроскопическое исследование мокроты в организациях ПМСП проводят лицам при наличии кашля, продолжающегося более двух недель (кашель является главным симптомом у больных легочной (заразной) формой туберкулеза), и одного или нескольких нижеперечисленных клинических симптомов:

1) потеря веса;

2) потливость;

3) боли в грудной клетке;

4) кровохарканье;

5) длительное повышение температуры тела.

101. В случаях, когда у больного имеются вышеупомянутые симптомы, медицинский работник проводит полный комплекс мероприятий в соответствии с диагностическим алгоритмом обследования больного на туберкулез.

102. В случаях, когда имеется рентгенологическое подозрение на туберкулез, но микроскопия мазка мокроты на МБТ отрицательная, при отсутствии жалоб на боли в грудной клетке и симптомов интоксикации, больного направляют к фтизиатру для уточнения диагноза без проведения диагностического алгоритма обследования.

103. В случае с клинико-рентгенологическим подозрением на туберкулез при установленном контакте с больным туберкулезом пациента направляют к фтизиатру для уточнения диагноза без проведения диагностического алгоритма обследования.

104. При обнаружении бацилловыделения больного направляют в противотуберкулезную организацию для проведения дополнительных лабораторных исследований, и назначения соответствующего лечения.

105. При отрицательных результатах микроскопии мокроты на МБТ и нарастании симптомов, подозрительных на туберкулез, больного в обязательном порядке направляют на консультацию к врачу-фтизиатру.

11. Санитарно-эпидемиологические требования к сбору и транспортировке мокроты в лабораторию

106. Забор мокроты проводят во всех медицинских организациях, занимающихся обслуживанием и лечением пациентов. Если в данной организации не проводят бактериоскопические исследования на выявление МБТ, собранную мокроту доставляют в базовую бактериоскопическую лабораторию.

107. Мокроту (в первый день - одна проба, на второй день - две пробы) для отправки в лабораторию собирают в специальные стеклянные контейнеры или одноразовые контейнеры, объемом 50,0 миллилитров (далее - мл), с широким горлышком не менее 35 мм в диаметре, прозрачные, позволяющие контролировать объем и качество собранного материала, с герметически завинчивающимися крышками. Маркировку проводят только на боковой поверхности контейнера, с указанием фамилии, имени, отчества пациента и номера образца. Форму ТБ-05 заполняют на все три (с целью диагностики) или на два (с целью контроля химиотерапии) образца мокроты.

108. Для транспортировки в лабораторию контейнеры с мокротой устанавливают в маркированный металлический бикс. Мокрота доставляется в лабораторию в течение суток, допускается хранение мокроты в медицинской организации до семи дней в холодильнике.

109. Контейнеры с мокротой должны быть надежно упакованы. При транспортировке биксы хранят в прохладном месте, защищённом от прямых солнечных лучей.

110. Транспортировку мокроты осуществляют на транспорте медицинской организации в сопровождении медицинского работника. Бланки направлений на лабораторное исследование должны находиться отдельно от контейнеров с материалом. К биксу прилагают сопроводительный документ, в котором приводят сведения о пациентах и пробах. Количество контейнеров в коробке должно соответствовать количеству фамилий в списке. Идентификационный номер на каждом контейнере должен соответствовать идентификационному номеру в списке.

111. При приеме образцов мокроты в лаборатории:

- 1) проверяют доставленный бикс на наличие признаков утечки;
- 2) дезинфицируют внешнюю поверхность бикса;
- 3) осторожно открывают и проверяют контейнеры на наличие трещин или повреждений;
- 4) дезинфицируют внутреннюю поверхность бикса.

112. При недостаточном объеме мокроты (менее 3-5 мл), поврежденных контейнерах и нарушениях правил транспортировки образцы не принимают для исследования.

12. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению плановой иммунизации населения против туберкулеза

113. Профилактические прививки детям проводят с согласия родителей или законных представителей.

114. Отказ от проведения прививки оформляют записью в медицинской документации и подписывают одним из родителей или законным представителем, а также медицинским работником.

115. Руководители медицинских организаций, обслуживающих детское население, обеспечивают планирование, организацию и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о них в государственный орган санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории. Методическое руководство осуществляют специалисты ПТО.

116. Сводный план профилактических прививок против туберкулеза и потребность медицинских организаций в медицинских иммунобиологических препаратах согласовывают с государственным органом санитарно - эпидемиологического надзора на соответствующей территории.

117. План профилактических прививок составляют ответственные за проведение прививочной работы медицинские работники родильных домов (отделений) и медицинских организаций по месту жительства, организаций образования, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

118. Учет детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляют медицинские организации, обслуживающие детское население в соответствии с требованиями нормативных документов.

119. Учет детского населения проводят два раза в год (июнь, декабрь). В перепись включают детей в возрасте до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), проживающих и зарегистрированных по данному адресу, фактически проживающих по данному адресу, но не зарегистрированных. На основании проведенной переписи оформляют журнал учета детского населения по педиатрическим участкам (перепись по домам) и годам рождения. Учет детского населения между переписями корректируют путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших. Временный отъезд на срок до одного года не является основанием для снятия с учета.

120. Учет детей, посещающих организации образования, дома ребенка, детские дома, интернаты, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, проводят один раз в год. Сведения о детях, посещающих вышеуказанные организации, передают в организации ПМСП по месту расположения организации.

121. Для проведения иммунизации против туберкулеза выделяют специально день недели, когда другие виды иммунизации, а также туберкулинодиагностику не проводят.

122. Ревакцинацию против туберкулеза проводят детям в строго декретированные возраста (6-7 лет), с отрицательной пробой Манту после медицинского осмотра врачом (фельдшером).

123. Для проведения прививок в медицинских организациях выделяют специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым оборудованием согласно Санитарным правилам «Санитарно-эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок».

124. Детям, посещающим организации образования, школы-интернаты, колледжи, лицеи, находящимся в детских домах, домах ребенка, прививки проводят в этих организациях в специально оборудованных прививочных кабинетах.

125. Медицинские работники, осуществляющие иммунизацию и туберкулинодиагностику, больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, от проведения прививок против туберкулеза отстраняются.

126. Хранение, транспортировка и использование БЦЖ-вакцины и туберкулина осуществляют в соответствии с инструкциями и требованиями, предъявляемыми к условиям транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

127. Вакцинацию против туберкулеза, постановку пробы Манту проводят одноразовыми саморазрушающимися (самоблокирующимися) шприцами.

128. Вакцинацию новорожденных в родильном доме проводят в первые четыре дня рождения в прививочном кабинете, в присутствии и с письменного согласия матери ребенка после разъяснения о последствиях не вакцинирования и возможных реакциях и осложнениях.

129. К вакцинации допускаются новорожденные после осмотра врачом-педиатром, с оформлением разрешения к прививке в истории новорожденного. Вакцинацию новорожденных проводит медицинская сестра прививочного кабинета, имеющая допуск к проведению прививок. Если мать по состоянию здоровья не может присутствовать в прививочном кабинете, то с её письменного согласия присутствует медицинский работник. Перед выпиской из родильного дома матери выдается Прививочный паспорт ребенка с внесенными в него записями о прививках, полученных в родильном доме.

130. Детей, которым не была проведена вакцинация БЦЖ в родильном доме, вакцинируют в организациях ПМСП, при этом до достижения возраста двух месяцев вакцинацию проводят без предварительной туберкулинодиагностики, после двух месяцев при отрицательной пробе Манту.

131. Вакцинированных детей, попадающих из родильного дома в условия контакта с больным бактериовыделителем, изолируют сроком не менее чем на два месяца в отделения выхаживания новорожденных или дома ребенка (в случае невозможности изоляции больного туберкулезом).

132. Если мать больна активной формой туберкулеза, то ребенка изолируют от мамы на два месяца для получения химиопрофилактики, затем прививают БЦЖ вакциной при отрицательной пробе Манту и изолируют от матери еще на два месяца на период выработки иммунитета.

133. Ревакцинации БЦЖ подлежат:

1) здоровые неинфицированные дети с отрицательной пробой Манту в возрасте 6 - 7 лет (1 класс);

2) лица, с сомнительной реакцией Манту, через три месяца после отрицательной повторной пробы Манту;

3) интервал между пробой Манту и ревакцинацией БЦЖ должен быть не менее трех дней и не более двух недель. При наличии медицинских отводов ревакцинация проводится сразу после снятия противопоказаний.

134. Ревакцинацию проводят медицинские работники организаций ПМСП совместно с детскими врачами-фтизиатрами, организованно в школах, одновременно по всей республике среди учащихся 6 - 7 лет (1 класс) в первый месяц начала учебного года (сентябрь). В этот месяц в школе проведение других прививок не допускается. Остаток неиспользованной БЦЖ вакцины сдаётся в организации здравоохранения вышестоящего уровня. Постоянное хранение БЦЖ вакцины допускается только в родильных домах (родильных отделениях) в биксе, который закрывают на замок и хранят в холодильнике.

135. Противопоказания к ревакцинации БЦЖ:

1) инфицирование МБТ или наличие туберкулеза в прошлом;

2) положительная и сомнительная проба Манту;

3) побочные реакции при вакцинации БЦЖ;

4) генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у лиц первой степени родства;

5) ВИЧ-инфекция;

6) иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования;

7) поражение центральной нервной системы - родовые травмы с неврологической симптоматикой (среднетяжелой и тяжелой степени);

8) среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся субфебрильной температурой и нарушением общего состояния.

9) острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний, в том числе аллергических. Ревакцинацию проводят через два месяца после выздоровления или наступления ремиссии;

10) лиц, временно освобожденных от вакцинации против туберкулеза, ставят на учет и прививают после полного выздоровления или снятия противопоказаний.

136. Ампулы с вакциной БЦЖ перед вскрытием тщательно просматривают. Препарат не подлежит применению в случаях:

- 1) отсутствия этикетки на ампуле или неправильном ее заполнении;
- 2) истечения срока годности вакцины;
- 3) наличия трещин и насечек на ампуле;
- 4) изменения физических свойств препарата (изменение цвета, формы и другие);
- 5) наличия посторонних включений или неразбивающихся хлопьев в разведенном препарате в сроки, указанные в инструкции к вакцине.

137. Вакцина против туберкулеза используется немедленно после разведения или в течении шести часов, если это допускается инструкцией с последующим уничтожением остатка вакцины.

138. Вакцина БЦЖ вводится строго внутрикожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в объеме, предусмотренном инструкцией. Прививка БЦЖ сопровождается развитием ответных реакций в целом со стороны всего организма.

Реакция на введение БЦЖ вакцины выражается в следующем:

1) сразу после введения вакцины БЦЖ образуется папула, которая рассасывается через 15-20 минут;

2) развитие местной поствакцинальной прививочной реакции начинается у вакцинированных только через четыре-шесть недель, а у ревакцинированных - возможно уже через неделю. В это время на месте введения вакцины появляется гиперемия и инфильтрат (папула) размером 5-9 мм в диаметре. В последующем инфильтрат трансформируется в везикулу, пустулу, затем появляется корочка, которая самостоятельно отпадает и начинается формирование рубчика. Описанные реакции являются нормой и не требуют обработки никакими лекарственными средствами.

3) окончательный результат вакцинации и ревакцинации БЦЖ оценивают через один год после прививки по размеру рубчика. При правильной технике прививок и правильном хранении вакцины на месте введения в 95-97 процентов (далее - %) случаев формируется рубчик. Наиболее оптимальным считается диаметр рубчика 5-8 мм. В ряде случаев на месте введения вакцины БЦЖ образуется пигментное пятно (2-3%).

В случае отсутствия местной прививочной реакции (отсутствие рубчика) детей учитывают и прививают (довакцинация) повторно (только один раз) через шесть месяцев без предварительной пробы Манту, через один год - при отрицательной пробе Манту.

Возможно проявление общей реакции организма в виде увеличения регионарных лимфатических узлов до 15-20 мм, что расценивается как нормальная реакция, а при узлах более 20 мм подлежат специфическому лечению. Обратное развитие лимфаденитов наблюдается в течение шести-девяти месяцев;

139. В период пребывания ребенка в родильном доме врач (медицинская сестра) информирует мать, что через четыре-шесть недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиваться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому врачу-педиатру.

Наблюдение за вакцинированными (ревакцинированными) детьми проводят врачи-педиатры ПМСП. При этом периодически, через один, три, шесть, двенадцать месяцев, проверяют местную прививочную реакцию с регистрацией ее характера и размеров в учетных формах медицинской документации (063/у, 026/у, 112/у), ведут наблюдение за реакцией периферических лимфатических узлов, с целью определения общей реакции организма на вакцинацию и своевременного выявления регионарного лимфаденита.

140. В редких случаях на введение вакцины БЦЖ наблюдаются побочные местные реакции в виде нижеследующих форм:

- 1) регионарный лимфаденит;
- 2) подкожный холодный абсцесс;
- 3) поверхностная язва;
- 4) келлоидный рубец;
- 5) поражение костной системы (оститы).

141. Побочные реакции на вакцинацию устанавливают фтизиатры на основании комплексного клинико-рентгено-лабораторного обследования. После установления реакции на введение вакцины БЦЖ информируют руководителя медицинской организации о выявленных побочных реакциях и направляют извещение в государственный орган санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории.

142. Сведения о характере реакций фиксируют в учетных формах 063/у, 026/у, 112/у. На всех детей с реакциями заполняется карта наблюдения.

143. Детей с побочной реакцией наблюдают в III группе ДУ в течение одного года.

144. При постановке и снятии с учета ребенку проводят: общий анализ крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки, дополнительно (при снятии с учета) пробу Манту.

145. Профилактические прививки против туберкулеза (вакцинация и ревакцинация БЦЖ) и туберкулинодиагностику проводят согласно инструкциям прилагаемым к препаратам.

146. Новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, при отсутствии у них клинических признаков ВИЧ-инфекции и других противопоказаний, прививают стандартной дозой вакцины БЦЖ внутрикожно однократно, в календарный срок.

147. Новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, не привитых в календарные сроки, прививают в течение четырех недель жизни (период новорожденности) без предварительной пробы Манту. По истечении четвертой недели жизни введение вакцины БЦЖ детям не допускается из-за возможного развития генерализованной инфекции БЦЖ. Не проводится повторная вакцинация БЦЖ детям с неразвившимися поствакцинальными знаками (рубчик) до достижения ребенком возраста двенадцати месяцев, в некоторых случаях до пятнадцати - восемнадцати месяцев (до окончательного выяснения подтверждения инфицированности ВИЧ). При исключении ВИЧ-инфекции к возрасту двенадцати месяцев, а в некоторых случаях пятнадцати - восемнадцати месяцев прививка БЦЖ проводится при отрицательном результате пробы Манту.

148. Ревакцинация БЦЖ ВИЧ-инфицированным детям и подросткам не проводится из-за опасности развития генерализованной инфекции БЦЖ на фоне нарастающего иммунодефицита.

149. Если ребенок родился от ВИЧ-инфицированной матери, но сам не является ВИЧ-инфицированным, то ревакцинацию БЦЖ проводят в календарные сроки - шесть лет (1 класс) после предварительной постановки пробы Манту при отрицательных ее результатах.

150. Сведения о выполненной прививке, туберкулиновой пробе (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) вносят в установленные учетные формы медицинской документации по месту проведения прививки или туберкулиновой пробы, а также по месту медицинского наблюдения иммунизированного лица (медицинская организация по месту прописки).

151. К учетным формам медицинской документации для регистрации прививки против туберкулеза и пробы Манту относят:

- 1) карту профилактических прививок, историю развития ребенка;

- 2) медицинскую карту ребенка;
- 3) сертификат профилактических прививок.

152. В медицинских организациях учетные формы профилактических прививок заводят на всех детей в возрасте до пятнадцати лет (четырнадцать лет одиннадцать месяцев двадцать девять дней), проживающих в районе обслуживания, а также на всех детей, посещающих организации образования, располагающиеся в районе обслуживания организаций ПМСП.

153. Учет местных, общих реакций и поствакцинальных осложнений на прививки против туберкулеза в медицинских организациях и государственных органах санитарно-эпидемиологического надзора проводят в установленном порядке. По факту регистрации поствакцинального осложнения в медицинской организации, осуществляющей иммунизацию, проводят эпидемиологическое расследование при участии специалистов противотуберкулезной службы и государственного органа санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории.

13. Санитарно-эпидемиологические требования к регистрации и учету случаев туберкулеза

154. Каждый впервые выявленный случай туберкулеза подлежит регистрации и учету.

155. Учету подлежат граждане Республики Казахстан, оралманы и другие лица, находящиеся на территории Республики Казахстан при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые.

156. Учет и регистрация больных туберкулезом проводят по месту выявления заболевания, независимо от места постоянного проживания больного.

157. На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза всех форм локализации, заполняют извещение - форма № 089/у, которое направляют в трехдневный срок в противотуберкулезные организации и государственный орган санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории. В случае установления посмертно диагноза «активный туберкулез», явившегося причиной смерти, необходимо подтверждение диагноза врачом-фтизиатром и подача формы 089/у.

158. При выявлении больных туберкулезом с бактериовыделением, кроме извещения формы № 089/у, заполняют извещение - форма № 058/у, которое в течение двадцати четырех часов направляют в государственный орган санитарно-эпидемиологического надзора по месту жительства больного. Извещение форму № 058/у заполняют не только на впервые диагностированные случаи туберкулеза с бактериовыделением, но и при появлении бактериовыделения у больных неактивной формой туберкулеза, а также в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете.

159. Расчет эпидемиологических показателей по туберкулезу (заболеваемость, болезненность, смертность) производят с учетом постоянного, миграционного (внутреннее и внешнее) и тюремного населения, с отдельным анализом по указанным категориям населения.

160. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных туберкулезом.

161. Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза при выявлении заболевания у больного впервые и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляют противотуберкулезные организации.

14. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза

162. Классификация очагов туберкулёза проводится с учетом интенсивности бактериовыделения.

163. Интенсивность бактериовыделения подразделяется на:

1) умеренное бактериовыделение от точного количества кислотоустойчивых бактерий (КУБ) до 1+;

2) массивные бактериовыделение (от 2+ до 3+).

164. К первой эпидемиологической группе очагов туберкулеза относят:

1) очаги, в которых проживают больные с массивным бактериовыделением;

2) очаги, где проживают больные с умеренным бактериовыделением с наличием детей и подростков, беременных женщин, алкоголиков, наркоманов;

3) очаги с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, низким уровнем жизни.

165. Ко второй группе относят очаги туберкулеза, в которых проживают больные туберкулезом с умеренным бактериовыделением, при условии отсутствия в очаге факторов, перечисленных в [пункте 164](#) настоящих Санитарных правил.

166. К третьей группе относят:

1) очаги туберкулеза с момента прекращения больным туберкулезом бацилловыделения, выезда, смены постоянного места жительства или смерти больного туберкулезом с бацилловыделением;

2) очаги туберкулеза, где выявлены больные туберкулёзом сельскохозяйственные животные.

Контактных лиц из третьей группы очагов туберкулеза наблюдают в течение одного года.

167. Противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулёзной инфекции включают:

1) лечение больного туберкулезом противотуберкулезными препаратами и изоляцию с соблюдением правил инфекционного контроля в стационарных условиях. Лечение в амбулаторных условиях допускается при наличии условий соблюдения требований противоэпидемического режима и согласовании с государственным органом санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории;

2) первичное обследование (клинико - рентгенологическое, постановка пробы Манту, микроскопия мазка по показаниям) контактных лиц в двухнедельный срок со дня выявления больного;

3) проведение по показаниям химиопрофилактики контактным лицам (детям и подросткам до 18 лет);

4) организацию и проведение дезинфекции;

5) санитарное обучение больных и членов их семей правилам соблюдения противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов, мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования, правилам проведения текущей дезинфекции.

168. В очагах туберкулеза проводятся противоэпидемические мероприятия согласно эпидемиологической группе очага. Очаги посещаются совместно специалистами ПТО и органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора:

1) первой эпидемиологической группы не реже одного раза в квартал;

2) второй эпидемиологической группы не реже одного раза в полугодие;

3) третьей эпидемиологической группы не реже одного раза в год.

169. Перевод очага туберкулёза из одной эпидемиологической группы в другую, при изменении в очаге условий, понижающих или повышающих его опасность, осуществляют специалисты государственного органа санитарно-эпидемиологического надзора совместно с участковым фтизиатром.

170. Сверку численности больных бактериовыделителей с фактическим числом больных бактериовыделителей, состоящих на учете в ПТО специалисты органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводят ежемесячно.

171. Результаты каждого посещения очагов туберкулеза отражают в карте эпидемиологического обследования.

172. Противоэпидемические мероприятия в очаге делятся на первичные, текущие и заключительные.

173. Первичные мероприятия включают в себя изоляцию больного, проведение и контроль текущей дезинфекции, постановку контактных лиц на учет в противотуберкулёзных организациях и их обследование.

174. В течение первых трех дней после взятия больного на учёт, как бактериовыделителя, проводят первичное эпидемиологическое обследование очага, во время которого заполняют карту эпидемиологического обследования.

175. При первом посещении очага уточняют паспортные данные больного и членов его семьи, место и характер работы больного. При проживании больного в нескольких местах в течение одного года, предшествовавшего заболеванию, решение о проведении дальнейших мероприятий принимают после посещения всех адресов.

176. Медицинские работники сети ПМСП и ПТО обучают больного и членов семьи мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования.

177. После обследования очага составляют план его оздоровления, который включает:

1) изоляцию и лечение больного;

2) проведение химиофилактики детям и подросткам по показаниям;

3) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;

4) обследование контактных лиц;

5) обучение взрослых контактных и больного правилам соблюдения противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов, в первую очередь проветривания помещений, проведения текущей дезинфекции.

178. На больного заполняют медицинскую карту «Диспансерная карта контингента противотуберкулёзной организации».

179. В сельской местности, где нет противотуберкулёзных организаций или кабинетов, работу в очаге проводят медицинские работники ПМСП.

180. Организационно-консультативную работу в сети ПМСП проводят специалисты областных и районных противотуберкулёзных организаций ежеквартально.

181. Текущие мероприятия в очаге проводятся при нахождении больного туберкулёзом на дому. Эти мероприятия состоят из систематического планового проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических), лечебных, ветеринарных (по согласованию) мероприятий.

182. В очаге проводят:

1) текущую дезинфекцию; изоляцию детей, в том числе новорожденных;

2) обследование контактных;

3) гигиеническое воспитание больного и членов его семьи;

4) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;

5) контроль амбулаторного лечения больного и качества проведения химиофилактики контактными лицам.

183. Работу по оздоровлению очага проводит медицинская сестра ПТО под руководством участкового врача фтизиатра.

184. Контактные лица проходят периодическое обследование в противотуберкулёзных организациях. Медицинская сестра проводит работу по обследованию семейных и других контактов и в первую очередь детей, подростков и беременных женщин, а также контактных с больными туберкулёзом сельскохозяйственными животными.

185. Заключительные мероприятия в туберкулёзном очаге включают контроль за очагом после выбытия больного и снятия его с эпидемиологического учёта.

186. Во время посещения очагов медицинские работники соблюдают меры предосторожности против возможного инфицирования (надевают маску, медицинский халат и соблюдают личную гигиену).

187. Не позднее семи дней после получения сообщения о больном, фтизиатр и эпидемиолог проводят эпидемиологическое обследование места работы (учебы) с привлечением специалистов государственного органа санитарно-эпидемиологического надзора. Круг контактных лиц и границы очага должен определять врач-эпидемиолог.

188. К числу контактных по месту работы (учебы) относят рабочих, служащих и учащихся, находящихся в окружении больного активной формой туберкулеза с бактериовыделением. Всех контактных лиц обследуют в противотуберкулезной организации по месту расположения работы (учебы).

189. Контактные лица, у которых от момента предыдущего обследования прошло более шести месяцев, подлежат флюорографическому обследованию, дети и подростки - туберкулинодиагностике. Врач фтизиатр по показаниям назначает химиопрофилактику. Лист контроля лечения и препараты для контролируемого лечения передается ПТО в медицинский пункт организации.

190. В детских организациях эпидемиологическое обследование проводят в каждом случае регистрации больных активными формами туберкулеза врач-эпидемиолог и фтизиатр с участием медицинского работника данной организации и его руководителя.

191. При обследовании уточняют списочный состав работающих, детей и подростков, даты и результаты туберкулинодиагностики и флюорографических обследований за предыдущий и текущий год, определяют границы очага и разрабатывают план противоэпидемических мероприятий.

192. Сведения о всех контактных лицах передают в организацию здравоохранения и ПТО по месту жительства для привлечения их к обследованию.

193. При установлении диагноза активной формы туберкулеза у больных, находящихся на лечении в соматических, инфекционных и психоневрологических стационарах, первичный комплекс противоэпидемических мероприятий осуществляет персонал этих организаций.

15. Санитарно-эпидемиологические требования к дезинфекции в очагах туберкулёза

194. Текущую дезинфекцию в очагах туберкулёза проводят с частым проветриванием помещений (2-3 раза в день по 30-40 минут). Мероприятия предусматривают соблюдение санитарно-гигиенического, противо-эпидемического и дезинфекционного режимов с момента установления диагноза «Туберкулёз с бактериовыделением» и взятия больного на учёт.

195. Текущую дезинфекцию и мониторинг проводимых мероприятий в очаге осуществляют специалисты ПТО, которые выдают больным в пользование плевательницы с плотно закрывающимися крышками (не менее двух) и дезинфицирующие средства. В населенных пунктах, где нет ПТО, дезинфекционные средства выдают организации ПМСП.

В амбулаторной карте больного участковый врач отмечает даты проведения и окончания текущей дезинфекции. Проведение текущей дезинфекции поручают больному или одному из членов семьи (кроме детей и подростков).

196. Участковый фтизиатр обучает больного правилам санитарно-гигиенического поведения: использование масок, сплевывание мокроты в плевательницу и проведение текущей дезинфекции.

197. Руководитель ПТО обеспечивает своевременную и качественную текущую дезинфекцию.

198. Все помещения противотуберкулёзной организации проветривают регулярно (не менее 2-3 раз в день по 30-40 минут).

199. Во время нахождения больного в стационаре, его верхнюю одежду хранят в специальном помещении. Больные ее используют во время дневных прогулок.

200. После выписки больного постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяло принадлежащие стационару) обеззараживают в дезинфекционных камерах.

201. Помещения и предметы обихода подвергают ежедневной влажной уборке.

202. Сбор, обеззараживание и выдачу плевательниц осуществляет подготовленный персонал с применением средств индивидуальной защиты в специально выделенном помещении.

203. Использованную столовую посуду собирают в перчатках на маркированный стол в буфетной, освобождают её от остатков пищи, обеззараживают без предварительного мытья в отдельных ёмкостях, затем моют и сушат в сушильном шкафу или на отдельном столе.

Посуду обеззараживают в воздушном стерилизаторе. После сбора использованной посуды столы протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

204. Остатки пищи собирают в ёмкость (ведро, бак), засыпают сухим дезинфицирующим средством в соотношении 1 к 5. При термическом методе обеззараживания (кипячение в пароварочных котлах), пища может быть использована на корм скоту.

205. Сортировку грязного белья проводят в специальной одежде, респираторах, перчатках, резиновой обуви в комнате, стены которой выложены кафелем на высоту 1,5 метров и оборудованные механической приточно-вытяжной вентиляцией.

206. Бельё собирают в клеёнчатые мешки, направляют в прачечную. При отсутствии отдельной прачечной, бельё перед отправкой в прачечную предварительно обеззараживают и стирают в отдельных машинах в установленные дни.

207. Посещение стационарных больных не допускается, за исключением тяжелых случаев. При этом посетители должны использовать средства индивидуальной защиты (маска, халат). Больным с бактериовыделением не разрешается покидать территории стационара до периода абацеллирования.

208. Заключительную дезинфекцию в противотуберкулёзных организациях проводят два раза в год и во всех случаях перепрофилирования, переезда, реконструкции, ремонта, одним из дезинфицирующих средств.

209. Заключительную дезинфекцию в очагах проводят сотрудники дезинфекционной станции, дезинфекционного отдела (отделения) государственных органов санитарно-эпидемиологической службы в течение шести (город) или двенадцати часов (село) со времени получения заявки от противотуберкулёзного диспансера.

210. Заключительную дезинфекцию осуществляют во всех случаях выбытия больного из очага и смерти на дому; при перемене места жительства после переезда (обработка квартир или комнаты с вещами).

16. Санитарно-эпидемиологические требования к государственному санитарно-эпидемиологическому надзору в области предупреждения распространения туберкулеза

211. Органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводят:

1) совместно с противотуберкулёзной службой подготовку региональных программ по борьбе с туберкулезом;

2) государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;

3) оказывают методическую и консультативную помощь организациям здравоохранения в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности вакцины БЦЖ и туберкулина пробы Манту с 2 ТЕ;

4) надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины БЦЖ и туберкулина;

5) контроль за своевременностью проведения профилактических медицинских осмотров, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением текущей дезинфекции в очагах туберкулеза, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в ПТО;

6) подготовку совместно с противотуберкулезными организациями предложений о направлении документов в суд на госпитализацию больных заразными формами туберкулеза, умышленно уклоняющихся от обследований в целях выявления и лечения туберкулеза, и неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим.

7) контроль за соблюдением правил допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, проведением профилактического лечения животноводов и охраной труда работников животноводства, выполнением обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах.

17. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению внутрибольничных инфекционных заболеваний

212. Для эффективной организации и проведения мероприятий по предупреждению внутрибольничных инфекционных заболеваний (далее - ВБИ) в каждой медицинской организации разрабатывается программа инфекционного контроля, которая предусматривает:

- 1) учет и регистрацию внутрибольничных инфекций;
- 2) анализ заболеваемости, выявление факторов риска, расследование вспышек ВБИ и принятие мер по их ликвидации;
- 3) организацию и осуществление микробиологического мониторинга;
- 4) разработку тактики антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии;
- 5) организацию мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний;
- 6) обучение персонала по вопросам инфекционного контроля;
- 7) организацию и контроль санитарно-противоэпидемического режима;
- 8) организацию сбора, обезвреживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов.

213. Инфекционный контроль в медицинских организациях проводится в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения.

214. В медицинских организациях не инфекционного профиля при выявлении у пациента инфекционного заболевания, представляющего эпидемиологическую опасность для окружающих, он переводится в изолятор. При отсутствии изолятора пациенты с инфекционными заболеваниями, подлежат переводу в соответствующие инфекционные больницы.

215. Открытие стационара, закрывающегося по эпидемическим показаниям, производится по согласованию с государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории.

216. Все медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, проводятся в перчатках одноразового использования.

217. Медицинский персонал должен обрабатывать руки перед каждой медицинской манипуляцией.

18. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению вирусных гепатитов

218. Выявление больных или подозрительных на вирусные гепатиты проводится медицинскими работниками медицинских организаций, независимо от форм собственности во время амбулаторных приемов, госпитализации в стационар, посещений на дому, при медицинских осмотрах, диспансеризации и других посещениях медицинских организаций.

219. Диагностика, госпитализация и диспансеризация больных вирусными гепатитами проводится в соответствии [приложению](#) к настоящим Санитарным правилам.

220. При регистрации вирусных гепатитов специалистами государственных органов санитарно-эпидемиологического надзора проводится эпидемиологическое обследование очагов больных вирусными гепатитами и эпидемиологическое расследование каждого случая острых вирусных гепатитов В и С, хронического вирусного гепатита С и впервые выявленного хронического вирусного гепатита В, выявление путей передачи и оценка факторов риска заражения в медицинских и других организациях.

221. Выявленные больные вирусными гепатитами направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

Обследование и лечение больных вирусными гепатитами в медицинских организациях проводится в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения.

222. В очагах вирусных гепатитов проводятся дезинфекционные мероприятия.

19. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при вирусных гепатитах А и Е с энтеральным механизмом передачи

223. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при вирусных гепатитах А и Е (далее - ВГА и ВГЕ) включают:

1) обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических требований при ежедневной текущей уборке на объектах общественного питания, санитарных узлах, классных комнатах и рекреациях, проведение которой возложено на технический персонал;

2) недопущение привлечения обучающихся в организациях начального, основного среднего образования к проведению уборки помещений школы.

224. Специфическая профилактика ВГА - вакцинация.

225. Специфическая профилактика ВГЕ отсутствует.

226. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГА:

1) дети в возрасте двух лет;

2) контактные лица в очагах ВГА в возрасте до четырнадцати лет включительно, в первые две недели со дня контакта;

3) дети до четырнадцати лет, больные хроническими вирусными гепатитами В и С в период ремиссии.

227. Вакцинация проводится двукратно с интервалом в шесть месяцев. Побочные реакции на введение вакцины не характерны. Разрешается вводить вакцину против ВГА одновременно с другими вакцинами, при условии их отдельного введения.

228. Мероприятия в очагах больных ВГА и ВГЕ:

1) контактные лица подлежат медицинскому наблюдению в течение тридцати пяти дней со дня разобщения с больным с еженедельным врачебным осмотром (опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрия, пальпация печени);

2) в период наблюдения не допускается прием новых детей и перевод контактных лиц в другие группы, палаты или учреждения, отменяется кабинетная система обучения для класса, где зарегистрированы случаи заболевания. При вспышечной заболеваемости -

кабинетная система обучения прекращается по всей организации начального и основного среднего образования на время инкубации со дня регистрации последнего случая;

3) лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний;

4) очаговая заключительная дезинфекция проводится в организациях дошкольного воспитания и обучения, организациях начального и основного среднего образования закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива.

229. Очаговая заключительная дезинфекция проводится организациями, имеющими лицензию на указанный подвид медицинской деятельности.

230. Очаговая текущая дезинфекция:

1) проводится лицом, определенным приказом руководителя организации дошкольного воспитания и обучения, начального, основного среднего образования и лечебно-оздоровительных организаций под контролем медицинского работника данной организации в течение тридцати пяти дней с момента изоляции больного;

2) обеспечение дезинфицирующими средствами возлагается на руководителя организации, где зарегистрирован очаг вирусного гепатита;

3) организация и проведение очаговой заключительной и текущей дезинфекции возлагается на руководителя организации.

20. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при вирусных гепатитах В, С и Д с парентеральным механизмом передачи

231. Специфическая профилактика вирусного гепатита С (далее - ВГС) - отсутствует.

232. Специфическая профилактика вирусных гепатитов В и Д (далее - ВГВ и ВГД) - вакцинация. Главной целью вакцинации против ВГВ является предотвращение всех форм ВГВ и ВГД, включая хронические.

233. Моновалентная вакцина против ВГВ выпускается во флаконах в жидком виде, в однодозной или многодозной расфасовке. Моновалентная вакцина против ВГВ защищает только от ВГВ. Вакцина против ВГВ выпускается также в составе комбинированных вакцин (совместно с адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной и/или вакциной против гемофильной инфекции типа В), которые обеспечивают защиту сразу против нескольких инфекционных заболеваний (ВГВ, коклюш, дифтерия, столбняк, гемофильная инфекция типа В).

234. В качестве первой дозы при рождении используется моновалентная вакцина против ВГВ, так как поливалентные вакцины нельзя вводить детям при рождении.

235. Вакцинальный комплекс состоит из трех доз. Схема вакцинации следующая:

1) для новорожденных детей - 0-2-4 месяца (в первые двенадцать часов после рождения - в два месяца жизни - в четыре месяца жизни);

2) для детей до одного года, невакцинированных при рождении - 0-2-6 с интервалами между первой и второй прививками - два месяца и между второй и третьей - четыре месяца;

3) для детей старше одного года и взрослым, невакцинированных при рождении - 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками - один месяц, между второй и третьей - пять месяцев.

236. Разрешается введение вакцины против ВГВ одновременно с другими вакцинами, при условии введения отдельными шприцами и в разные участки тела. Для введения последующих доз вакцины против ВГВ при условии их полной взаимозаменяемости по

типу и форме выпуска допускается использование препаратов разных типов от различных производителей.

237. Вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

238. Противопоказаниями для введения вакцин считаются:

1) недоношенность, масса тела менее 2000 грамм при рождении;

2) сильная аллергическая реакция на предыдущую дозу, связанная с повышенной чувствительностью к компонентам препарата (генерализованная сыпь - крапивница, затрудненное дыхание, отек глотки и полости рта, гипертензия, шок). При этом дальнейшее применение данной вакцины прекращается;

3) среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, сопровождающиеся температурой выше 38,5 градусов Цельсия (далее - °С) и/или серьезными нарушениями общего состояния. Вакцинация разрешается через две-четыре недели после нормализации состояния здоровья;

4) беременность;

5) нетяжелые острые респираторные вирусные инфекции, кишечные и другие острые инфекционные заболевания (вакцинация разрешается сразу после выздоровления).

239. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГВ:

1) новорожденные с целью предупреждения перинатальной передачи в первые двенадцать часов жизни;

2) контактные лица в очагах ВГВ для профилактики полового и бытового путей передачи;

3) медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) медицинских организаций независимо от форм собственности;

4) лица, обучающиеся в организациях среднего и высшего образования медицинского профиля независимо от форм собственности;

5) реципиенты крови, ее компонентов и препаратов, независимо от кратности переливания;

6) впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;

7) впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации тканей и (или) органов (части органов), независимо от кратности;

8) онкогематологические больные, а также больные, получающие иммуносупрессивные препараты, которым в связи со слабым иммунным ответом вводится удвоенная доза вакцины и проводится дополнительная ревакцинация через шесть месяцев после законченной вакцинации.

240. Прививки реципиентам крови и ее компонентов и препаратов проводятся в территориальных поликлиниках согласно списку представленному организацией здравоохранения, проводившей переливание крови.

21. Санитарно-эпидемиологические требования к профилактике заражения ВГВ, ВГД и ВГС у медицинских работников

241. В основу мероприятий по защите медицинских работников от вирусов гепатита положен принцип рассмотрения биологических жидкостей всех пациентов как потенциально инфицированных. Риск инфицирования существует у медицинских работников медицинских организаций, в том числе лабораторий, и обучающихся в организациях образования в области здравоохранения.

242. Пути инфицирования:

1) повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом);

2) попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу;

3) длительный или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями и биологическими жидкостями.

243. Меры предосторожности соблюдаются при работе с биологическими жидкостями, в том числе:

- 1) кровью;
- 2) спермой;
- 3) вагинальными выделениями;
- 4) синовиальной жидкостью;
- 5) цереброспинальной жидкостью;
- 6) плевральной жидкостью;
- 7) перитонеальной жидкостью;
- 8) перикардальной жидкостью;
- 9) амниотической жидкостью;
- 10) слюной.

244. Меры предосторожности соблюдаются при работе:

1) с любыми иссеченными (или удаленными иным способом), прижизненно или на аутопсии, человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи);

2) с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями;

3) с любыми жидкостями с видимой примесью крови;

4) с любой неизвестной биологической жидкостью.

245. Риск заражения увеличивается при:

1) травмах от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;

2) попадании крови и других биологических жидкостей на слизистые рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);

3) прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями;

4) растекании, расплескивании и разбрызгивании крови и других биологических жидкостей.

246. В целях защиты от инфицирования применяют:

1) индивидуальные средства защиты, которые защищают кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств;

2) защитные приспособления и безопасные технологии, которые обеспечиваются работодателями.

247. В медицинских организациях обеспечивается:

1) работа с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями в перчатках, надеваемых непосредственно перед работой. Недопущение повторного использования одноразовых перчаток, применения смазочных материалов на вазелиновой основе, повреждающие латекс, из которого сделаны перчатки;

2) работа в халате, хирургическом колпаке или шапочке, бахилах, надетых поверх обуви во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом;

3) при манипуляциях с возможным появлением брызг крови и других биологических жидкостей надевание маски, защитных очков или экрана для лица, прикрывающих лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью;

4) предоставление работодателем бесплатно индивидуальных средств защиты;

5) хранение индивидуальных средств защиты в доступном месте.

248. Меры предосторожности при работе с биологическими жидкостями:

1) при попадании биологических жидкостей на кожу, немедленно, после снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты, вымыть руки водой с мылом, затем промыть загрязненные участки. Руки моются под проточной водой. При отсутствии проточной воды, необходимо использовать антисептический раствор для рук и разовые бумажные полотенца или антисептические салфетки;

2) одноразовые шприцы с иглами немедленно после использования без предварительного промывания, дезинфекции, разбора и деформирования сбрасываются в коробки для безопасной утилизации (далее - КБУ);

3) загрязненные, режущие и колющие инструменты многоразового использования сразу для последующей обработки помещаются в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры;

4) КБУ и маркированные контейнеры для использованного инструментария размещаются в удобном для пользования месте, не допускается их переполнение (заполнение на три четверти) и перемещаются только тщательно закрытыми;

5) образцы биологических жидкостей помещаются в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, необходимо поместить его внутрь другого контейнера;

6) перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать. Если дезинфекция невозможна, в сопроводительном листе указать загрязненные элементы;

7) свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

249. Не допускается:

1) принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с биологическими жидкостями;

2) хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы биологических жидкостей и тканей;

3) насасывать в пипетки биологические жидкости ртом;

4) поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями;

5) сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами;

6) доставать что-либо руками из контейнеров с использованными многоразовыми колющими и режущими инструментами, вручную открывать, опорожнять контейнеры.

250. В случае попадания на индивидуальные средства защиты биологических жидкостей, необходимо немедленно снять их и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару. Работодатель обеспечивает очистку, стирку, ремонт, замену и утилизацию использованных индивидуальных средств защиты.

251. Обучение медицинского персонала по профилактике профессионального инфицирования ВГВ, ВГД и ВГС обеспечивают руководители медицинских организаций.

252. Персонал медицинских организаций (как медицинский, так и немедицинский) при приеме на работу и ежегодно проходит инструктаж по технике безопасности.

253. При проведении лечения больных необходимо избегать любых неоправданных инвазивных вмешательств.

254. Медицинские организации обеспечиваются необходимым оборудованием и расходными материалами (в том числе одноразовыми шприцами, катетерами, иглами и системами для инфузий, дезинфектантами, контейнерами, КБУ) в достаточном количестве и ассортименте.

255. Медицинскими организациями разрабатываются и утверждаются планы по утилизации медицинских отходов, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок контроля.

256. В целях выявления, организации лечения заболевания, определения режима труда для лиц с положительными результатами на маркеры ВГВ и ВГС, подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС при поступлении на работу и один раз в шесть месяцев:

1) медицинские работники организаций службы крови;

2) медицинские работники, занимающиеся гемодиализом;

3) медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также медицинские работники клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий.

257. Медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей и занимающиеся гемодиализом, при положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС не допускаются к работе до уточнения диагноза.

258. При положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС медицинские работники не допускаются к процессу заготовки крови и ее препаратов.

259. При выявлении положительных результатов на маркеры ВГВ и ВГС у доноров, организация службы крови передает информацию о положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС у доноров в территориальную организацию здравоохранения по месту жительства донора для постановки диагноза.

260. Кровь, ее компоненты и препараты, содержащие HBsAg и anti-HCV, подлежат утилизации.

22. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции при ВГВ, ВГД и ВГС

261. Медицинский инструментарий одноразового пользования без предварительной дезинфекции и разборки подвергается уничтожению (сжиганию, разрушению).

262. Изделия медицинского назначения многократного применения после использования подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке, сушке, упаковке и стерилизации.

263. Дезинфекция инструментария проводится в местах его использования путем погружения в дезинфицирующий раствор или в ультразвуковых и других моечных машинах.

264. Для дезинфекции медицинских изделий, имеющих полости, используются две емкости. В первой емкости инструментарий промывается от остатков крови, слизи, лекарственных препаратов, затем погружается во вторую емкость для экспозиции. Разъемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

265. Дезинфицирующие растворы меняются по мере загрязнения, изменения цвета или появления осадка.

266. При использовании дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующим эффектом в отношении биологических жидкостей, инструментарий предварительно отмывается в отдельной емкости водой с последующим ее обеззараживанием.

267. Моющий раствор используется в течение суток с момента приготовления, если цвет раствора не изменился. Качество предстерилизационной обработки оценивается по отсутствию положительных проб на остаточное количество крови и щелочных компонентов синтетических моющих веществ, а также остатков масляных лекарственных средств на инструменте.

268. Предстерилизационная очистка и стерилизация инструментария проводится в специально выделенном месте каждого подразделения медицинской организации или в централизованном стерилизационном отделении. При содержании в дезинфицирующем средстве моющего компонента предстерилизационная очистка не проводится.

Приложение
к [Санитарным правилам](#)
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по
предупреждению инфекционных заболеваний»

Классификация вирусных гепатитов, госпитализация и диспансеризация больных вирусными гепатитами

Классификация острых вирусных гепатитов

1. Вирусные гепатиты по механизму передачи подразделяются на:
 - 1) вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:
острый вирусный гепатит А;
острый вирусный гепатит Е;
 - 2) вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи:
острый вирусный гепатит В;
острый вирусный гепатит D;
острый вирусный гепатит С;
 - 3) вирусные гепатиты неустановленной этиологии.
2. Формы острых вирусных гепатитов (далее - ОВГ):
 - 1) субклиническая - нет клинических проявлений болезни, в крови больных выявляются специфические маркеры вирусов в сочетании с повышенным содержанием аланинаминотрансферазы (далее - АЛТ);
 - 2) инаппарантная - протекает при полном отсутствии клинико-биохимических признаков, но в организме человека наблюдаются иммунологические, функциональные и морфологические изменения. Выявляются специфические маркеры вирусов;
 - 3) манифестная - диагностируется на основании субъективных и объективных клинических симптомов характерных для острого вирусного гепатита. Манифестные формы ОВГ имеют цикличное течение, включающее преджелтушный (продромальный), желтушный (разгар) и период реконвалесценции. Преджелтушный период характеризуется совокупностью клинических симптомов, представленных гриппоподобным, астеновегетативным, диспептическим, артралгическим и смешанным синдромами. В периоде разгара заболевания появляется желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых, гепатомегалия;
 - 4) типичная желтушная циклическая - сочетание желтухи с цитолитическим синдромом с четким разграничением 3-х периодов болезни;
 - 5) типичная желтушная с холестатическим компонентом - желтуха более интенсивная, высокая билирубинемия, незначительная трансаминаземия, имеется тенденция к повышению показателя щелочной фосфатазы (далее - ЩФ). Более продолжителен желтушный период болезни;
 - 6) атипичная желтушная (холестатическая) - наблюдается редко, у больных пожилого возраста. Желтуха интенсивная с выраженным зудом кожи. Гипербилирубинемия,

гиперхолестеринемия, повышена ЩФ и гаммаглутаминтранспептидаза. Тенденция к ускорению скорости оседания эритроцитов и субфебрилитет в желтушном периоде;

7) атипичная безжелтушная - характеризуется полным отсутствием желтухи при слабовыраженных общих проявлениях заболевания с увеличением печени и субъективными признаками нарушений ее функций. Специфические маркеры вирусных гепатитов в сочетании с повышенным уровнем АЛТ. Часто они наблюдаются при гепатите А;

8) острая циклическая - в течение 1-1,5 месяцев прекращается репликация (размножение) вируса, он элиминируется (выводится) из организма и наступает полная санация. Для гепатитов А и Е - это типичное течение болезни. При гепатитах В, С и Д - один из возможных вариантов;

9) острое прогредиентное течение ОВГ - фаза активной репликации вируса сохраняется 1,5-3 месяца. Завершение инфекционного процесса неоднозначное: либо санация организма с исходом в выздоровление, либо трансформация в хроническое течение. Прогредиентное течение в основном при гепатитах В, С и Д. При гепатитах А и Е иногда отмечается затяжное течение при отягощенном преморбидном фоне, но завершается полным выздоровлением.

3. Тяжесть ОВГ может быть легкой, средней и тяжелой степени.

1) легкая степень - отсутствует интоксикация или она слабо выражена. Желтуха легкая. Величина протромбинового индекса (далее - ПИ) в пределах нормы. Содержание общего билирубина не выше 100 микромоль/литр;

2) средняя степень - характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации. Желтуха умеренная. ПИ снижается до 65%. Содержание общего билирубина в пределах 100 - 180 микромоль/литр;

3) тяжелая степень - отмечается выраженная интоксикация центральной нервной системы, нарушение сна, эйфория или сонливость, вялость, анорексия, повторная рвота, геморрагический синдром, интенсивная желтуха, тахикардия, снижение суточного диуреза, ПИ ниже 55%. Содержание общего билирубина превышает 180 микромоль/литр, 1/8 от общего билирубина составляет свободная фракция. Альбумин сыворотки крови снижается до 47 - 45%, повышено содержание гаммаглобулинов. Регистрируется преимущественно при гепатитах В и Д; при гепатитах А, С и Е (кроме беременных) - значительно меньше.

4. Существует злокачественное течение - фульминантный гепатит. Фульминантный (злокачественный) гепатит с массивным и субмассивным некрозом печени.

Сверхострый вариант соответствует подлинно фульминантному течению ОВГ с развитием печеночной комы и летальным исходом на 1-8 день болезни.

Острый вариант - продолжительностью до 28 дней от начала болезни.

Подострый (субмассивный) вариант, когда развитию некроза печени предшествует период обычного течения ОВГ в сроки 15 дней - 12 недель до энцефалопатии.

5. Осложнения ОВГ - острая печеночная недостаточность с развитием острой печеночной энцефалопатии и массивного геморрагического синдрома:

- 1) отек и набухание головного мозга;
- 2) массивное желудочно-кишечное кровотечение;
- 3) острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность;
- 4) генерализованная вторичная инфекция.

Достоверный этиологический диагноз вирусных гепатитов устанавливается только путем выявления специфических маркеров в сыворотке крови больных.

Классификация хронических вирусных гепатитов

6. Виды хронических вирусных гепатитов:

- 1) хронический вирусный гепатит В с дельта агентом;

- 2) хронический вирусный гепатит В без дельта агента;
 - 3) хронический вирусный гепатит С.
7. Фазы вирусного гепатита: обострение и ремиссия.

Вирусный гепатит А

8. Инкубационный период ВГА в среднем составляет 35 дней (диапазон 7-50 дней).
9. Пути передачи ВГА:
 - 1) контактно-бытовой (в семьях и организованных коллективах);
 - 2) через контаминированную воду, пищу (алиментарный);
 - 3) парентеральный редко.

Вирусный гепатит Е

10. Инкубационный период ВГЕ в среднем составляет 40 дней (диапазон 20-60 дней).
11. Путь передачи вируса ВГЕ - водный.
12. Эпидемический процесс при ВГЕ характеризуется:
 - 1) эпидемическими вспышками водного происхождения с интервалами семь-восемь лет;
 - 2) взрывным характером заболеваемости;
 - 3) преимущественным поражением лиц молодого возраста 15-29 лет;
 - 4) летальностью до 20% в третьем триместре беременности.
13. Начало подъема заболеваемости характерно для летних месяцев, что связано с наибольшим водопотреблением и максимальным загрязнением грунтовых вод, являющихся источником хозяйственно-питьевого водоснабжения.

Вирусный гепатит В

14. Инкубационный период ВГВ в среднем составляет 60-90 дней (диапазон от 45 до 180 дней).
15. Желтушные формы регистрируются у детей в возрасте до 5 лет в 10%, детей старше 5 лет и взрослых - в 30-50%.
16. Вирус ВГВ вызывает как острое, так и хроническое заболевание.
17. Пути передачи парентеральный (переливание крови, манипуляции, сопровождаемые повреждением слизистых оболочек и кожных покровов, бытовой контакт через микротравмы), половой, а также от инфицированной матери ребенку при прохождении родовых путей.

Вирусный гепатит Д

18. Вирус гепатита Д - дефектный, для репродукции которого необходимо присутствие вируса гепатита В, поэтому ВГД протекает в виде:
 - 1) коинфекции (одновременное заражение ВГВ и ВГД);
 - 2) суперинфекции (наслоение ВГД на текущую ВГВ инфекцию, как правило, хроническую). ВГД имеет острое и хроническое течение.
19. Осложнения и исходы: наиболее часто развивается острая печеночная энцефалопатия и прогрессирующий цирроз печени.

Вирусный гепатит С

20. Инкубационный период ВГС в среднем составляет 180-210 дней (с колебаниями от 14 до 780 дней).
21. Источники инфекции: больные острой и хронической формой заболевания.
22. Пути передачи аналогично ВГВ.
23. Желтушные формы имеют место в 10-20% случаев. В 90% случаев ВГС является причиной посттрансфузионных гепатитов.

Госпитализация больных ОВГ

24. Госпитализация больных энтеральными гепатитами проводится по клиническим показаниям (средне-тяжелые и тяжелые формы, легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта), отдельно от больных с парентеральными гепатитами. Эпидемиологические показания для госпитализации (изоляции) больных отсутствуют, так как зачастую случаи выявляются в разгар заболевания. В этот период заболевшие перестают выделять вирус в окружающую среду и не представляют эпидемиологической опасности.

25. Беременные с ОВГ до 30 недель беременности по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, с 30 недель беременности и родильницы в изолированные палаты (боксы) родильных домов и отделений.

26. Выписка переболевших ОВГ проводится по клинико-лабораторным показателям, после полного клинического выздоровления.

Диспансеризация

27. Диспансеризация переболевших ОВГ осуществляется по клиническим показаниям в гепатологическом центре или в кабинете инфекционных заболеваний территориальной организации здравоохранения с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному.

Диспансерное наблюдение проводится за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами ВГА - три месяца, ВГВ - шесть месяцев, острым ВГС - постоянно, учитывая высокую вероятность хронизации (в том числе при нормальных показателях биохимических проб и отсутствии репликации вируса в крови).

Хронический вирусный гепатит - один из исходов ОВГ, диффузный воспалительный процесс в печени, не разрешающийся на протяжении шести и более месяцев.

Диспансеризация больных ВГВ показана (особенно при наличии HBsAg) в связи с возможным суперинфицированием Д-инфекцией.

Длительность диспансерного наблюдения определяется наличием клиники продолжающегося гепатита и ферментемии.

Реконвалесценты вирусных гепатитов состоят на ДУ при сохраняющейся ферментемии с осмотром через месяц после выписки.

Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

Лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

28. Не допускаются к работе медицинские работники, принимающие участие в хирургических операциях и манипуляциях, при получении положительных результатов полимеразной цепной реакции, подтверждающих репликацию вирусов гепатитов В и С в крови.