



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

А. А. Тимошевский

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



МОСКВА
2025

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

А. А. Тимошевский

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Учебное пособие

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2025

УДК 614.4
ББК 51.1

Рецензенты:

Вязовиченко Юрий Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Института общественного здоровья имени Ф. Ф. Эрисмана ФGAOY BO Первый MГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);

Петрова Галина Дмитриевна, доктор философских наук, заведующий кафедрой экономики и менеджмента в здравоохранении образовательного центра ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Тимошевский, А. А.

Мероприятия по профилактике социально значимых и актуальных инфекционных заболеваний: учебное пособие [Электронный ресурс] / А. А. Тимошевский. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/> – Загл. с экрана. – 70 с.

ISBN 978-5-907952-38-6

В учебном пособии рассматриваются общие направления профилактики инфекционных болезней, особенности выявления, учета и профилактики социально значимых (ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты В и С) и других актуальных инфекционных заболеваний. Приведены данные Роспотребнадзора РФ по распространенности и экономической значимости некоторых инфекционных заболеваний.

Учебное пособие создано в соответствии с программой обучения ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по дисциплине «Инфекционная безопасность в медицинской организации».

**УДК 614.4
ББК 51.1**

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 10 июня 2025 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907952-38-6



9 785907 952386 >

© Тимошевский А. А., 2025
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
ВВЕДЕНИЕ.	5
1. ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.....	7
1.1. Общие требования по профилактике инфекционных болезней.....	8
1.2. Выявление, учет и регистрация больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней	9
1.3. Установление и изучение признаков, характеризующих наличие инфекционных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней.....	10
1.4. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мероприятия в эпидемическом очаге.....	11
1.5. Мероприятия по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний.....	12
1.6. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики.....	14
2. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	15
2.1. ВИЧ-инфекция	17
2.2. Вирусные гепатиты В и С	22
2.3. Туберкулез	28
3. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	38
3.1. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции	39
3.2. Корь, краснуха и эпидемический паротит	44
3.3. Ветряная оспа и опоясывающий лишай	49
3.4. Менингококковая инфекция	54
3.5. Острые кишечные инфекции с симптомокомплексом острой инфекционной диареи, до установления этиологии заболевания.....	57
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Примеры тестовых заданий	64

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

анти-HDV	– IgG лабораторный маркер гепатита D
Антиген p24	– белок стенки нуклеотида ВИЧ, который свидетельствует о раннем этапе заболевания
АРТ	– антиретровирусная терапия
БЦЖ-М	– вакцина туберкулезная для щадящей первичной иммунизации
ВГВ	– вирус гепатита В
ВГС	– вируса гепатита С
ВЗВ	– вирус Varicella Zoster virus
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВКИ	– врожденная краснушная инфекция
ГВ	– вирусный гепатит В
ГС	– вирусный гепатит С
ГЦК	– гепатоцеллюлярная карцинома
ГФМИ	– генерализованная форма менингококковой инфекции
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путем
ИФА	– иммуноферментный анализ
КП	– коэффициент позитивности
МО	– медицинская организация
ННМЦ	– Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой
ОКИ	– острые кишечные инфекции
ОРИ	– острая респираторная инфекция
ПБА	– патогенные биологические агенты
ПППИ	– побочные проявления после иммунизации
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
РФ	– Российская Федерация
РЦ	– Региональный центр
СВВО	– синдром врожденной ветряной оспы
СВК	– синдром врожденной краснухи
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита
СПЭБ	– специализированные противозидемические бригады
ТЕ	– туберкулиновая единица
ЦП	– цирроз печени
ЦИСИЗ	– электронная централизованная информационная система инфекционных заболеваний
ЧАС	– четвертичные аммониевые соединения
HBsAg	– поверхностный антиген вирусного гепатит В
anti-HCV	– специфические иммуноглобулины классов IgM и IgG к белкам вируса гепатита С
IgM	– иммуноглобулины класса М
IgG	– иммуноглобулины класса G

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день инфекционные заболевания насчитывают сотни нозологических единиц. За последние 10 лет в Российской Федерации (РФ) в среднем регистрируется свыше 33 млн случаев инфекционных заболеваний, а в период пандемии COVID-19 до 44 млн случаев в год, причем структура и частота заболеваний зависят от множества факторов, включая географическое положение и климатические условия. Количество нозологий инфекционных заболеваний постоянно меняется, так как ученые открывают новые типы возбудителей, изучают механизмы передачи и формируют классификации болезней.

Актуальность выявления, учета и профилактики инфекционных болезней связана с рядом факторов. Это рост новых угроз и пандемий, в последние годы мир столкнулся с серьезными вспышками инфекционных заболеваний, такими как лихорадка Эбола, птичий грипп, коронавирусная инфекция. Эти события продемонстрировали уязвимость глобальных систем здравоохранения.

Глобализация и миграция влияют на ускорение распространения возбудителей болезней между странами и континентами, делая необходимыми международное сотрудничество и скоординированные меры по профилактике и выявлению инфекционных заболеваний.

Антропогенная нагрузка на природу, уничтожение естественных экосистем, изменения климата создают условия для появления новых очагов заражения и миграции биологических видов-носчиков инфекционных заболеваний.

Широкая и некорректная терапия антибиотиками создает проблему резистентности микроорганизмов, что усложняет лечение инфекционных заболеваний и требует усиления превентивных мер.

Некоторые группы населения, такие как дети, беременные женщины, пожилые люди и лица с ослабленным иммунитетом, требуют особого внимания и специальных мер профилактики.

Экономический ущерб от инфекционных болезней весьма существенен и проявляется в формах прямых затрат: расходы на лечение и госпитализацию (лекарства, оборудование, лабораторные исследования, оплата медицинских услуг), введение карантинных мер (дезинфекция, массовое тестирование, вакцинация), информирование населения о мерах предосторожности и профилактики. Кроме того, это и косвенные потери: снижение производительности труда, убытки из-за вынужденных простоев, замены заболевшего персонала и выплаты больничных листов.

Инфекционные болезни сельскохозяйственных животных и растений вызывают гибель скота и посевов, что отрицательно сказывается на сельском хозяйстве и пищевой индустрии.

К макроэкономическим последствиям относят: экономический спад, влияние на туристическую отрасль и международные перевозки товаров и сырья, отвлечение средств, выделяемых на борьбу

бу с пандемиями, от финансирования других сфер жизнедеятельности, таких как инфраструктура, наука и образование.

Ярким примером экономического ущерба является пандемия COVID-19, который исчисляется триллионами долларов, включая потерю доходов, падение внутреннего валового продукта (ВВП) и сокращение занятости. Так, Международный Валютный Фонд оценивал потенциальные экономические потери от пандемии в размере порядка 9 трлн долларов США на 2020–2021 годы.

Система профилактики инфекционных болезней в РФ включает ряд взаимосвязанных элементов, обеспечивающих оперативное обнаружение и регистрацию случаев заболеваний, позволяя быстро реагировать на возникающие угрозы. Основы функционирования системы — это наличие законодательной базы, которая регулируется Федеральными законами РФ, постановлениями Правительства РФ, санитарными нормами и правилами, приказами профильных министерств и ведомств.

Основными принципами системы являются научная обоснованность, объективность, систематичность и достоверность регистрации данных. Она основана на взаимодействии федеральных, региональных и муниципальных структур, каждая из которых выполняет определенные функции.

Выявление начинается с момента постановки врачом клинического диагноза. Врач обязан немедленно направить экстренное извещение в территориальный отдел Роспотребнадзора, заполнив специальную форму отчетности. Все случаи регистрируются в специальном журнале учета инфекционных заболеваний и отправляются в вышестоящие инстанции для дальнейшего анализа и обработки. Каждый субъект федерации формирует базу данных, которую отправляет в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Электронные системы обеспечивают централизованный сбор и обработку информации о случаях инфекционных заболеваний. Современные IT-технологии ускоряют передачу данных и делают систему более прозрачной и управляемой.

Эффективность обеспечивается четким взаимодействием между всеми звеньями системы. Регистрация каждого случая гарантирует получение полной картины эпидемиологической обстановки в регионе, что позволяет вовремя принять необходимые меры по предотвращению распространения заболеваний.

Таким образом, инфекционные болезни представляют серьезную социальную и экономическую угрозу, способствующую серьезным потерям как на индивидуальном, так и на макроэкономическом уровне. Эффективная система профилактики инфекционных болезней является неотъемлемой частью современного здравоохранения, гарантирующей безопасность и здоровье населения, что необходимо для устойчивого развития личности, общества и экономики государства.

РАЗДЕЛ

1

ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1.1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней должно обеспечиваться выполнение санитарно-эпидемиологических требований и гигиенических нормативов, установленных для биологических факторов (вирусы, бактерии, микоплазмы и др.) среды обитания человека и условий его жизнедеятельности (питание, труд, проживание, воспитание, обучение), а также должны своевременно и в полном объеме проводиться санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению санитарной охраны территории Российской Федерации (РФ), введению ограничительных мероприятий (карантина), осуществлению производственного контроля, принятию мер в отношении больных инфекционными болезнями, прерыванию путей передачи (дезинфекционные мероприятия), проведению медицинских осмотров, организации иммунопрофилактики населения, гигиенического воспитания и обучения граждан.

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

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

В целях обеспечения противоэпидемической готовности к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения РФ, в медицинских организациях должен быть план проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (умершего), у которого подозреваются эти заболевания.

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

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

Юридические лица и индивидуальные предприниматели в соответствии с осуществляемой ими деятельностью обязаны разработать и утвердить программу производственного контроля

за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выполнении работ и оказании услуг, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний, и обеспечить его выполнение.

1.2. ВЫЯВЛЕНИЕ, УЧЕТ И РЕГИСТРАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, НОСИТЕЛЕЙ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

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

Выявление больных и носителей осуществляется при оказании всех видов медицинской помощи, а также при проведении:

- периодических и предварительных при поступлении на работу, профилактических медицинских осмотров;
- медицинских осмотров в период реконвалесценции или диспансеризации;
- медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больным или носителем; подворных (поквартирных) обходов;
- медицинских осмотров отдельных групп населения по эпидемическим показаниям; лабораторных исследований биологического материала от людей.

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

О каждом случае инфекционной болезни, носительства возбудителей инфекционной болезни или подозрения на инфекционную болезнь, а также в случае смерти от инфекционной болезни медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи) представить экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного (независимо от места его постоянного пребывания).

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

Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний (допускается использование электронных журналов) по месту их выявления в медицинских организациях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность,

организациях отдыха детей и их оздоровления, других организациях, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

Территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе ставит в известность медицинскую организацию по месту выявления больного, приславшую первоначальное экстренное извещение. Учет зарегистрированных случаев инфекционных болезней осуществляется на муниципальном, региональном и федеральном уровнях в формах федерального государственного статистического наблюдения.

1.3. УСТАНОВЛЕНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ НАЛИЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, НОСИТЕЛЬСТВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

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

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

- место и время контакта с источником (человеком или животным) инфекционного заболевания или фактора его передачи (сырьем животного происхождения, употребления недоброкачественной воды или пищевых продуктов);
- нахождения на территории, где регистрировалась неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, потенциальных эпизоотических очагах;
- факта укусов животных, насекомых, членистоногих, нахождения в природных условиях;
- факта получения травм, ожогов, ран, проведения медицинских парентеральных манипуляций;
- сведения об иммунизации, реакции на введение вакцин.

Данные эпидемиологического анамнеза вносятся в медицинские документы больного.

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

Выявление ДНК/РНК возбудителя осуществляется с применением методов амплификации нуклеиновых кислот, иммуноферментного и иммунохроматографического анализа с использованием

зарегистрированных в соответствии с законодательством РФ наборов реагентов и оборудования, в том числе портативного при проведении тестирования во внелабораторных условиях. Выполнение исследований осуществляют с соблюдением требований биологической безопасности.

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

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

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

1.4. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ. МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ

Больные инфекционными болезнями, лица с подозрением на инфекционные болезни, лица, общавшиеся с больными инфекционными болезнями, лица, подвергшиеся нападению и укусам кровососущих членистоногих, укусам и ослужению дикими и домашними животными, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию на наличие возбудителей инфекционных болезней и медицинскому наблюдению или лечению (экстренной профилактике), и в случае, если они представляют опасность для окружающих, изолируются и/или госпитализируются.

Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, если они могут явиться источниками их распространения в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работы, отстраняются от такой работы и могут по решению работодателя быть переведены на другие виды работ, не связанных с риском распространения инфекционных болезней.

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

Эвакуация больных в инфекционные стационары или отделения осуществляется специальным санитарным транспортом в сопровождении медицинского работника.

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

Больные или подозрительные на инфекционные заболевания подлежат изоляции или госпитализации по эпидемическим и/или клиническим показаниям в соответствии с законодательством РФ. Реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению.

За лицами, общавшимися с больным по месту жительства, учебы, воспитания, работы, в медицинской, оздоровительной организации, по эпидемическим показаниям устанавливают медицинское наблюдение, в зависимости от конкретной нозологической формы проводят их лаборатор-

ное обследование и экстренную профилактику на основании эпидемиологического анамнеза, в соответствии с нозологической формой заболевания.

Лабораторному обследованию подлежат лица, рассматриваемые в качестве источника инфекции, и лица, у которых в ходе медицинского наблюдения проявились симптомы инфекционного заболевания. Необходимость лабораторного обследования остальных лиц, подвергшихся риску заражения, определяет специалист (эпидемиолог), ответственный за эпидемиологическое исследование очага инфекционной болезни. Результаты лабораторного обследования подлежат оперативному внесению в медицинские документы постоянного хранения и внесению в базу данных по учету и регистрации случаев инфекционных болезней.

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

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

В эпидемических очагах проводятся текущая и заключительная дезинфекция, дезинвазия, дезинсекция и дератизация. Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевшего и до его выздоровления или госпитализации. Выполняют текущую дезинфекцию лица, осуществляющие уход за больным, после проведения инструктажа медицинским работником. В медицинских организациях текущая дезинфекция объектов внешней среды проводится с момента госпитализации больного и до его выписки сотрудниками медицинских организаций. Заключительная дезинфекция проводится после госпитализации, смерти или выздоровления больного на дому, в медицинских организациях, по месту работы или учебы, на транспортных средствах и в других организациях.

1.5. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОЗНИКНОВЕНИЮ И РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

В случае ухудшения эпидемиологической обстановки, возникновения угрозы распространения инфекционных болезней среди населения, в том числе связанной с формированием эпидемических очагов с групповой заболеваемостью, обязательные медицинские осмотры проводятся на основании постановлений органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Работодатели обязаны освобождать работников от работы для прохождения медицинских осмотров и диспансеризации.

Работники, не прошедшие обязательный медицинский осмотр, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, а также при наличии медицинских противопоказаний не допускаются работодателем к исполнению ими трудовых обязанностей. Контроль допуска к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр, обеспечивается юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

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

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

Профилактические прививки проводятся гражданам для предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней в соответствии с законодательством РФ. Профилактические прививки населению проводятся медицинскими организациями, лицензированными для соответствующих видов деятельности.

Решение о проведении иммунизации населения в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главные государственные санитарные врачи субъектов РФ совместно с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан с учетом складывающейся эпидемиологической ситуации.

Внеплановая иммунизация граждан при эпидемическом неблагополучии, возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, в очагах инфекционных болезней проводится на федеральном уровне на основании постановления Главного государственного санитарного врача РФ, а при возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, в очагах инфекционных болезней на уровне субъекта РФ, в том числе на отдельных объектах, — на основании постановлений главных государственных санитарных врачей субъектов РФ.

Для иммунопрофилактики используются иммунобиологические лекарственные препараты, зарегистрированные в РФ. Хранение и транспортирование иммунобиологических лекарственных препаратов, предназначенных для иммунизации населения, на всех этапах должно осуществляться с соблюдением температурных режимов хранения и транспортирования.

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

В медицинских организациях, осуществляющих иммунопрофилактику, должен быть обеспечен учет населения, подлежащего профилактическим прививкам. Факт проведения профилактиче-

ской прививки или отказа от нее в письменном виде должен быть зафиксирован в медицинских документах постоянного хранения. Иммунизация должна осуществляться в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями.

1.6. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ

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

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

Вопросы профилактики инфекционных и паразитарных болезней должны быть включены в программы обучения и воспитания, квалификационные требования при проведении аттестации работников.

Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения, с использованием средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан проводится не реже 1 раза в год либо иной предусмотренной санитарными правилами периодичностью.

РАЗДЕЛ

2

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Социально значимые заболевания — это болезни, возникновение и распространение которых в значительной степени зависит от социально-экономических условий и представляют значительную угрозу здоровью населения, наносят экономический ущерб для государства, связанный с временной потерей или стойкой утратой трудоспособности, необходимостью существенных затрат на профилактику, лечение и реабилитацию, а также ведут к преждевременной смертности.

К социально значимым инфекционным заболеваниям относятся болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, вирусные гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем¹. Причинами роста социально значимых заболеваний среди молодежи считают социальную дезадаптацию, низкий уровень гигиенических знаний, раннее начало половой жизни.

Впечатляют экономические затраты на профилактику и лечение социально значимых заболеваний. Так, согласно оценочным данным, объемы финансирования борьбы с туберкулезом в 2024 г. составили 129,5 млрд руб. Наибольшую долю затрат составляли прямые медицинские затраты: оплата труда медицинских работников, закупка противотуберкулезных препаратов и расходы на содержание противотуберкулезных организаций. Косвенные экономические затраты, связанные с туберкулезом, в 2024 г. не оценивались.

Общий объем прямых медицинских расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на реализацию мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в 2024 г. составил 74,8 млрд руб. Косвенные экономические затраты, определенные как потери валового внутреннего продукта от преждевременной смертности и инвалидизации населения в связи с ВИЧ-инфекцией, составляли 187,4 млрд руб., а прямые немедицинские затраты (выплаты пособий по инвалидности) в связи с ВИЧ-инфекцией были оценены в 13,9 млрд руб. Суммарно экономическое бремя ВИЧ-инфекции в 2024 г. в РФ можно оценить в 276,1 млрд руб.

Экономическое бремя вирусного гепатита С в 2024 г., по оценкам, составило 78,5 млрд руб. с учетом прямых и косвенных затрат. Прямые медицинские затраты составили около 28,3 млрд руб., при этом наибольшую долю в структуре прямых затрат (74,0 %) занимали закупки лекарственных препаратов для лечения хронического гепатита С, на которые приходилось 20,9 млрд руб. Затраты на вирусный гепатит В были наименьшими из числа изученных социально значимых хронических инфекций, что можно связать с успехами массовой вакцинации населения против этого заболевания.

Экономический ущерб, нанесенный только четырьмя хроническими инфекционными болезнями (туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С) в 2024 году, составил 486,8 млрд руб. При проведении оценки были учтены прямые затраты федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на реализацию мероприятий по массовому обследованию населения, профилактических, противоэпидемических мероприятий и медицинской помощи всем россиянам, страдающим туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами В и С, включая, впервые и ранее диагностированных больных².

¹ Перечень социально значимых заболеваний утверждён Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 №715 (ред. от 31.01.2020).

² Государственный доклад Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году».

2.1. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Общая характеристика

ВИЧ-инфекция представляет собой болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека и являющуюся антропонозным инфекционным хроническим заболеванием, характеризующимся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований. Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

СПИД представляет собой состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся появлением одного или нескольких заболеваний, отнесенных к СПИД-индикаторным.

Возбудитель ВИЧ-инфекции — вирус иммунодефицита человека, относится к роду лентивирусов, подсемейства орторетровирусов, семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Источником ВИЧ-инфекции являются люди, инфицированные ВИЧ, на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде. ВИЧ-инфекция может передаваться при реализации как естественного, так и искусственного механизма передачи. К естественному механизму передачи ВИЧ относятся:

- контактный, который реализуется преимущественно при половых контактах и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью;
- вертикальный (инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании).

К искусственному механизму передачи относятся: искусственный при немедицинских инвазивных процедурах, в том числе внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесении татуировок, при проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием, других контактах с нарушением целостности кожных покровов.

Искусственный при инвазивных вмешательствах в медицинской организации (МО). Инфицирование ВИЧ может осуществляться при переливании крови, ее компонентов и препаратов, пересадке органов и тканей, использовании донорской спермы, донорского грудного молока от ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, медицинские изделия, растворы, контаминированные ВИЧ и не подвергшиеся обработке в соответствии с требованиями нормативных документов.

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

Уязвимыми ВИЧ-инфекцией группами населения являются: потребители инъекционных наркотиков, лица, занимающиеся проституцией, лица, практикующие гомосексуальные половые контакты. Группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют клиенты лиц, занимающихся проституцией, половые партнеры потребителей инъекционных наркотиков, лица, заключенные под стражу, беспризорные дети, лица, имеющие несколько половых партнеров, работники, деятельность которых связана с передвижением по территории РФ, а также люди, злоупотребляющие алкоголем и неинъекционными наркотиками.

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

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции является периодом от момента заражения до ответа организма на внедрение вируса (появление клинической симптоматики или выработки антител). Он обычно составляет не более 3 месяцев, однако при наличии иммунодефицитных состояний у пациента может увеличиваться до 12 месяцев. В данном периоде у инфицированного антитела к ВИЧ не обнаруживаются.

Инкубационный период ВИЧ-инфекции является периодом наибольшей контагиозности зараженного ВИЧ человека, обусловленной первичной диссеминацией и размножением ВИЧ в организме. Особое эпидемиологическое значение для этого периода заболевания имеет ранняя диагностика, основанная на выявлении маркеров ВИЧ-инфекции: генов, антигенов ВИЧ и несколько позднее — антител к ВИЧ. Инфицированный ВИЧ человек может быть источником ВИЧ-инфекции уже на первой неделе заражения, наивысшая концентрация ВИЧ («вирусная нагрузка») в крови наблюдается в конце инкубационного периода, перед началом выраженного иммунного ответа организма на внедрение вируса.

В острой стадии ВИЧ-инфекции у 30–50 % пациентов имеются клинические проявления, поэтому в этом периоде возрастает частота обращаемости инфицированных лиц в медицинские организации с симптомами, которые позволяют заподозрить наличие ВИЧ-инфекции.

В субклинической стадии контагиозность пациента ниже, чем в инкубационном периоде, но инфицированный ВИЧ человек полностью активен и является постоянным потенциальным источником инфекции.

Стадия вторичных заболеваний развивается при значительном снижении иммунитета и характеризуется возникновением у больных ВИЧ-инфекцией вторичных инфекций вирусной, бактериальной, грибковой природы и угрозы их дальнейшего распространения не только среди ВИЧ-инфицированных лиц, но и среди неинфицированной ВИЧ части населения. Отмечается повышенная частота заболеваемости ВИЧ-инфицированных лиц туберкулезом, вызванным устойчивыми к лечению микобактериями.

Антиретровирусная терапия (АРТ) не позволяет полностью элиминировать ВИЧ из организма больного, но останавливает размножение вируса, предотвращает развитие заболевания, способствует регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента, предотвращает его гибель. АРТ позволяет снизить потенциальную контагиозность ВИЧ-инфицированных лиц. Обеспечение высокого охвата больных АРТ позволяет снизить общий уровень передачи ВИЧ среди населения.

Для оценки и прогноза эпидемиологической ситуации используются показатели: доля ВИЧ-инфицированных лиц, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, находящихся под диспансерным наблюдением, получающих АРТ, и процент получающих АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой (количественные показатели наличия вируса в крови ниже уровня, обеспечивающего возможность передачи ВИЧ). Согласно «Объединенной программе Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 90–90–90», для снижения числа новых случаев заражения ВИЧ и остановки эпидемии необходимо, чтобы как минимум 90 % инфицированных людей знали о своем ВИЧ-статусе, 90% пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции получали АРТ, и у 90 %

всех пациентов, получающих АРТ, было достигнуто подавление вируса в крови до эпидемически незначимого уровня.

Мероприятия по выявлению ВИЧ-инфицированных лиц

Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является проведение обследования на антитела к ВИЧ и антиген p24, их присутствие является лабораторным доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Отрицательный результат обследования на антитела к ВИЧ не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания. В течение нескольких месяцев после заражения ВИЧ (до 3 месяцев), результат обследования может быть отрицательным. Серонегативным окном является период между заражением и появлением антител к ВИЧ.

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, когда такое освидетельствование является обязательным. Медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат определенные контингенты населения (Табл. 1).

Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, при личном обращении гражданина или его законного представителя уведомляется специалистом о результатах обследования. Специалист обязан сообщить положительный результат теста и разъяснить необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, гарантии оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также предупредить об уголовной ответственности за создание угрозы заражения, либо за заражение другого лица. Обследуемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию с подачей информации в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД в письменном виде.

Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются. Результат выдается при личном обращении обследуемого или его законного представителя.

Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию

Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования
Доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов	При каждом взятии донорского материала
Врачи, средний и младший медицинский персонал Центров по профилактике и борьбе со СПИД, МО, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт. Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах
Врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах
Научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах
Лица при призыве на военную службу, поступающие на военную службу (приравненную службу) по контракту, поступающие в военно-учебные заведения (учебные военные центры, военные кафедры, факультеты военного обучения)	При призыве, поступлении на службу, при поступлении в военно-учебные заведения
Иностранные граждане и лица без гражданства подлежат освидетельствованию при обращении за получением разрешения на гражданство, вида на жительство, патента или разрешения на работу в РФ, разрешения о временном пребывании, при въезде на территорию РФ иностранных граждан на срок более 3-х месяцев, лица, обращающиеся за получением статуса беженца, либо лица, ищущие убежища	

Диагноз болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, устанавливается врачом Центра по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации на основании комплекса эпидемиологических, клинических данных и лабораторных исследований (в том числе только на основании выявления ДНК или РНК ВИЧ). Больной письменно уведомляется о выявлении ВИЧ-инфекции.

Лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции должны быть взяты на диспансерное наблюдение. Диспансерное наблюдение осуществляет центр по профилактике и борьбе со СПИД (Центр СПИД) или иная МО, уполномоченная распорядительным актом органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан.

По каждому случаю ВИЧ-инфекции проводится эпидемиологическое расследование специалистами Центра СПИД или иной МО, уполномоченной органом исполнительной власти субъекта

РФ в сфере охраны здоровья граждан. По результатам дается заключение о причинах заболевания, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, обусловивших возникновение заболевания. С учетом этого разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих обучение инфицированных ВИЧ и контактных лиц, назначение средств специфической и неспецифической профилактики. Все сведения заносятся в карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции.

По каждому случаю инфицирования при оказании медицинской помощи осуществляется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации очага и недопущению дальнейшего распространения инфекции, составляется «Акт эпидемиологического расследования».

Инфицированному ВИЧ предоставляется возможность непосредственно сообщить половым партнерам о риске заражения ВИЧ и пригласить на консультирование в центр СПИД либо предоставить специалисту контактную информацию для их приглашения на консультирование, в ходе которого должна обеспечиваться конфиденциальность.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ и вирусных антигенов или выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК ВИЧ. Стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител и антигена ВИЧ с помощью диагностических тестов, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1, 2 и антиген р24. Для подтверждения результатов в отношении ВИЧ применяются подтверждающие тесты.

Диагностический алгоритм тестирования на наличие антител к ВИЧ состоит из двух этапов: скрининга и подтверждения результатов скринингового исследования. На первом этапе (скрининг) в случае получения положительного результата в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1, 2 и антиген р24, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе, вторая сыворотка запрашивается только в случае невозможности направления для дальнейшего исследования первой сыворотки). Если получены два положительных результата из трех постановок, сыворотка считается первично-положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования.

На втором этапе (подтверждение результатов скринингового исследования в референс-лаборатории) первично положительная сыворотка повторно исследуется в диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1, 2 и антиген р24, во второй тест-системе другого производителя, отличающейся от первой по составу антигенов, антител или формату тестов. При получении отрицательного результата сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе, отличающейся от первой и второй по составу антигенов, антител или формату тестов. В случае получения отрицательного результата (во второй и третьей тест-системах) выдается заключение об отсутствии антител/антигенов ВИЧ. При получении положительного результата (во второй и/или третьей тест-системе) сыворотку необходимо исследовать в иммунном или линейном блоте. При необходимости сокращения сроков установления диагноза ВИЧ-инфекции и незамедлительного назначения АРТ пациенту в качестве подтверждающего исследования вместо иммунного или линейного блота может быть проведено определение РНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами.

Каждое исследование на ВИЧ с применением простых/быстрых тестов должно сопровождаться исследованием крови стандартными методами исследования на антитела к ВИЧ 1, 2 и антиген р24 или направлением пациента на обследование стандартными методами. Выявление поло-

жительных результатов простых/быстрых тестов при обследовании на ВИЧ-инфекцию должно сопровождаться обязательным направлением пациента в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или иную уполномоченную специализированную МО. В случае получения отрицательного результата тестирования на ВИЧ направление на обследование стандартными методами осуществляется по желанию пациента. Выдача заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции только по результатам простого (быстрого) теста не допускается.

Мероприятия, снижающие вероятность передачи вируса

В отношении выявленного источника ВИЧ-инфекции применяются мероприятия, снижающие вероятность передачи вируса:

- раннее выявление и установление диагноза ВИЧ-инфекции;
- специфическая терапия антиретровирусными препаратами по назначению врача (в том числе профилактическая химиотерапия у беременных) снижает вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного и уменьшает риск передачи ВИЧ-инфекции;
- направление на обследование и лечение ИППП инфицированного ВИЧ снижает риск передачи половым путем;
- направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение наркотической зависимости снижает активность источника в передаче вируса при использовании наркотиков;
- проведение психосоциального консультирования, направленного на формирование и поддержание у инфицированных ВИЧ установок ответственного поведения и сознательного избегания риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции.

2.2. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С

Общая характеристика

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

Возбудителем ГВ является ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Hepadnaviridae*, роду *Orthohepadnavirus*. Выделяются 10 генотипов (от А до J) вируса гепатита В (ВГВ), их распределение варьирует по географическим и этническим зонам. Характеризуется высокой контагиозностью и устойчивостью к действию факторов окружающей среды. В цельной крови и ее препаратах вирус гепатита В (ВГВ) сохраняется годами, при комнатной температуре остается контагиозным на предметах окружающей среды в течение одной недели. ВГВ чувствителен к воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств, инактивируется при кипячении в течение 30 мин.

Возбудителем гепатита С является РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Flaviviridae*, роду *Hepacivirus* и характеризующийся высокой генетической вариабельностью. Обладает сравнительно невысокой устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды. Полная инак-

тивация вируса наступает через 30 минут при температуре 60 °С и через 2 минуты при температуре 100 °С. Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению, воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств.

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

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

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

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

ВГВ и ВГС могут передаваться как естественными, так и искусственными путями. Ведущее эпидемиологическое значение в первую очередь при ГС имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских и медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения. Инфицирование ВГВ и ВГС при немедицинских манипуляциях, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, происходит с использованием контаминированных ВГВ и ВГС инструментов, в том числе при инъекционном введении наркотических средств, проведении косметических процедур.

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

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

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

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

К группам риска по гепатиту В и гепатиту С относятся:

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

В группу риска также входят лица, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие наркотические средства неинъекционным путем, которые под воздействием психоактивных веществ чаще реализуют более опасное сексуальное поведение.

Методы выявления лиц с ГВ и ГС

Методом выявления источников ГВ и ГС является обследование контингентов с высоким риском заражения (Табл. 2).

При выявлении ГВ или ГС у граждан РФ специалисты сообщают о случае выявления заболевания в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту постоянной регистрации больного. Статистическому учету в формах федерального статистического наблюдения подлежат подтвержденные впервые выявленные случаи острого и хронического ГВ и ГС.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика ГВ и ГС проводится иммунохимическим и молекулярно-биологическими методами исследования. Лица, у которых впервые выявлен HBsAg или ДНК ВГВ, должны быть обследованы на наличие анти-HDV IgG (лабораторный маркер гепатита D). У лиц с иммунодефицитом, а также в раннем периоде ОГС (до 12 недель после заражения) anti-HCV могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГС проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV и РНК ВГС. Контингенты, подлежащие обязательному одновременному обследованию на наличие anti-HCV и РНК ВГС, приведены в СП 3.3686-21³.

³ Санитарные правила СП 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Утверждено постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 4.

**Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg
в сыворотке (плазме) крови**

Контингенты населения	Период обследования
Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы	При каждой донации или каждом взятии донорского материала
Беременные	В I, III триместре беременности
Роженицы и родильницы, не обследованные во время беременности	При поступлении в акушерский стационар
Дети, рожденные от матерей, больных ХГВ или заболевших ОГВ в третьем триместре беременности	В возрасте 4–6 месяцев
Реципиенты крови и ее компонентов, органов и тканей	При подозрении на заболевание гепатитом В; в течение 6 месяцев после переливания крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей
Персонал медицинских организаций: • организаций донорства крови и ее компонентов; • центров, отделений гемодиализа, трансплантации органов, гематологии; • клиничко-диагностических лабораторий; • хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов (в том числе перевязочных, процедурных, прививочных); • диспансеров; • перинатальных центров; • станций и отделений скорой помощи; • центров медицины катастроф; • ФАПов, здравпунктов	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно — по показаниям
Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении; при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям

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

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

Экспресс-тесты, основанные на определении антител к ВГС или HBsAg в сыворотке (плазме) крови, цельной крови или других биологических жидкостях организма могут применяться в кли-

нической практике для быстрого ориентировочного обследования и принятия своевременных решений в экстренных ситуациях.

В медицинских организациях исследование на наличие антител к ВГС с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным дополнительным исследованием сыворотки (плазмы) крови пациента на наличие anti-HCV, а при необходимости — одновременным обследованием на наличие anti-HCV и РНК ВГС классическими иммунохимическими и молекулярно-биологическими методами. Выдача заключения о наличии или отсутствии антител к ВГС только по результатам экспресс-теста не допускается.

Области применения экспресс-тестов включают следующие, но не ограничиваются ими:

- трансплантология — перед забором донорского материала;
- донорство — обследование крови, в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия обследованной на антитела к ВГС донорской крови;
- приемное отделение медицинской организации — при поступлении пациента для экстренных медицинских вмешательств.

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

Лица, у которых при обследовании в сыворотке (плазме) крови впервые выявлены HBsAg и/или ДНК ВГВ; anti-HCV и/или РНК ВГС, в течение 3 календарных дней направляются врачом, назначившим обследование, к врачу-инфекционисту. При выявлении таких лиц среди находящихся на стационарном лечении необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста в течение 24 часов с момента их выявления.

Обследование лиц с наличием HBsAg и/или ДНК ВГВ; anti-HCV и/или РНК ВГС проводится в амбулаторных условиях (в кабинете инфекционных заболеваний, в гепатологическом центре), в инфекционном стационаре (отделении), а также в других МО, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

Госпитализация и выписка больных

Госпитализация и выписка больных ГВ и ГС проводится по клиническим показаниям. Во время стационарного лечения такие больные размещаются отдельно от больных вирусными гепатитами А и Е, а также больных с неуточненной формой гепатита.

Больному разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения ВГВ и ВГС, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения. Больного информируют о необходимости использования индивидуальных предметов личной гигиены, в том числе бритвенных приборов, маникюрных и педикюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, и особенностях ухода за ними, а также необходимости использования презервативов.

Консультирование проводит врач медицинской организации по месту выявления, а в дальнейшем — по месту наблюдения больного. Отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

Медицинская документация больных ГВ и ГС, в том числе направления на различные виды исследований и госпитализацию, подлежит маркировке. Срок возвращения к работе (учебе) после

выписки из стационара определяется лечащим врачом с учетом характера работы (учебы) и результатов клинико-лабораторного обследования.

Все переболевшие острыми формами ГВ, больные ХГВ, больные ОГС и больные ХГС подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре.

Дети, рожденные от инфицированных ВГС матерей, подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие anti-HCV и РНК ВГС. Первое обследование ребенка проводится в возрасте 4–6 месяцев. Отрицательный результат на РНК ВГС свидетельствует об отсутствии инфекции. Положительный результат на РНК ВГС свидетельствует о ХГС в результате перинатального инфицирования и о необходимости последующего диспансерного наблюдения за ребенком.

Дети, рожденные от инфицированных ВГВ матерей, подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие HBsAg и анти-HBs через 1–2 месяца после введения последней дозы вакцины против гепатита В.

Организации родовспоможения должны осуществлять передачу сведений о детях, рожденных от инфицированных ВГВ и ВГС матерей, в детскую поликлинику по месту регистрации (или проживания) для дальнейшего наблюдения.

Меры профилактики

Вакцинация населения против ГВ, являющаяся ведущим профилактическим мероприятием, проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов. Поствакцинальный иммунитет против ВГВ связан с выработкой анти-HBs и стимулированием Т-клеток иммунологической памяти. Показателем эффективности вакцинации является обнаружение анти-HBs в сыворотке (плазме) крови в концентрации более 10 мМЕ/мл через 1–2 месяца после введения последней дозы первичной серии вакцинации против ГВ. Отсутствие анти-HBs в более отдаленные сроки не является признаком неэффективности вакцинации против ГВ.

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

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

- соблюдение требований к дезинфекции, предстерилизационной обработке и стерилизации медицинских изделий, а также требований к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в МО;
- обеспечение МО медицинскими изделиями однократного применения, необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современными медицинскими инструментами, средствами дезинфекции (в том числе кожными антисептиками), стерилизации и индивидуальной защиты;
- обследование медицинского персонала и поступающих в стационар пациентов на наличие в сыворотке крови маркеров инфицирования ГВ и ГС;

- сбор эпидемиологического анамнеза при поступлении больных, особенно в отделения риска (трансплантации, гемодиализа, гематологии, хирургии и другие).

Профилактика профессионального инфицирования ВГВ и ВГС медицинских работников проводится в соответствии с требованиями к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях.

С целью профилактики профессиональных заражений ГВ и ГС проводится:

- выявление лиц, инфицированных ВГВ и ВГС среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров;
- ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-HBs;
- вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-HBs менее 10 мМЕ/мл;
- учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки;
- экстренная профилактика ГВ.

2.3. ТУБЕРКУЛЕЗ

Общая характеристика

Туберкулез представляет собой инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое группой микобактерий туберкулезного комплекса — *Mycobacterium tuberculosis complex*. У людей в качестве этиологического агента преобладает *Mycobacterium tuberculosis* (человеческий вид). Возбудители туберкулеза сохраняют свою жизнеспособность в сухом состоянии до 3 лет, при нагревании выдерживают температуру выше 80 °С. Микобактерии туберкулеза, находящиеся в мокроте, выживают при кипячении в пределах 5 минут, устойчивы к органическим и неорганическим кислотам, щелочам, многим окислителям, а также к воздействию четвертичных аммониевых соединений (ЧАС) и производных гуанидина, не чувствительны к рассеянному солнечному свету.

Источником инфекции являются больные активной формой туберкулеза люди и животные. Наиболее опасными источниками инфекции являются больные туберкулезом легких с наличием бактериовыделения и с деструктивными процессами в легких. Ведущий путь распространения туберкулеза — воздушно-капельный, возможны также воздушно-пылевой, контактный, алиментарный пути передачи, не исключается трансплацентарный путь передачи инфекции.

Основным фактором передачи возбудителя туберкулезной инфекции является воздушная среда. Факторами передачи инфекции могут также являться инфицированные материалы от больных, контаминированные возбудителем объекты внешней среды.

Места пребывания больного туберкулезом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах пространства, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний (очаги туберкулеза), различны по эпидемиологической опасности и в зависимости от степени риска возникновения новых случаев в очаге разделяются на 5 групп:

I группа — очаги с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенные неблагоприятными факторами — социально отягощенные очаги. К этой группе относятся очаги, сформированные

больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулеза, при сочетании в очаге всех или части следующих неблагоприятных факторов:

- проживание в очаге детей, лиц с иммунодефицитными заболеваниями;
- тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного;
- нарушения противоэпидемического режима, нарушение больным правил личной гигиены.

Для обеспечения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий определяются границы таких очагов. В территорию очага по месту проживания больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором. Границы очага по месту работы больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, определяются с учетом помещений, в которых находился и которые посещал больной туберкулезом во время осуществления трудовой деятельности.

II группа — очаги туберкулеза с высоким риском заражения в очаге, социально благополучные. К этой группе относятся очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие микобактерии туберкулеза, но проживающие в отдельных квартирах без детей, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим, выполняются мероприятия по текущей дезинфекции.

III группа — очаги туберкулеза с риском заражения в очаге:

- очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного при принятии на учет выделения микобактерий, но проживающие с детьми и подростками;
- очаги, сформированные больными с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением микобактерий туберкулеза и без выделения микобактерий с наличием язв и свищей.

IV группа — очаги с потенциальным риском заражения туберкулезом:

- очаги, в которых у больных активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения микобактерий туберкулеза в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и не имеющие отягощающих факторов;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, выбыл;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, умер.

V группа — очаги туберкулеза зоонозного происхождения.

Мероприятия при выявлении лиц с подозрением на туберкулез

При подозрении на туберкулез в медицинских организациях проводится обследование заболевшего в целях уточнения диагноза. При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки окончательного диагноза он направляется в медицинскую противотуберкулезную организацию.

Медицинский работник, оформляющий направление в медицинскую противотуберкулезную организацию, информирует пациента об обязанности явиться на обследование в течение 10 ра-

бочих дней с момента получения направления и делает отметку в медицинской документации пациента о его информировании, которая заверяется подписью пациента.

Лица с подозрением на туберкулез, получившие направление медицинского работника в профильную лечебно-профилактическую МО, обязаны в течение 10 рабочих дней с момента получения указанного направления явиться на обследование в медицинскую противотуберкулезную организацию в целях уточнения диагноза.

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

Лица без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируются в медицинскую противотуберкулезную организацию для обследования и лечения.

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

В случае подтверждения диагноза «туберкулез» медицинская противотуберкулезная организация, установившая диагноз, информирует об этом органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

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

В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения прохождению профилактических медицинских осмотров подлежат граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства. Организация профилактических осмотров для выявления больных туберкулезом и контроль за их проведением осуществляются органами исполнительной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан.

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

МО, обслуживающими взрослое население, обеспечивается проведение профилактических медицинских осмотров населения, прикрепленного к медицинской организации, с целью раннего выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года. В субъектах РФ, муниципальных образованиях с показателем заболеваемости населения туберкулезом 40 и более случаев на 100 тысяч населения в год — не реже 1 раза в год.

Планирование профилактических осмотров взрослого населения на туберкулез проводится МО после уточнения численности населения, прикрепленного к медицинской организации, его возрастного и профессионального состава, анализа данных индивидуальных учетных форм и медицинских документов, содержащих сведения о проведенном обследовании, картотеке. Уточнение численности прикрепленного населения должно проводиться МО ежегодно.

Руководители предприятий, организаций по запросу обслуживающей МО представляют информацию, необходимую для организации и проведения профилактических обследований сотрудников в целях раннего выявления туберкулеза.

МО, осуществляющей профилактические обследования в целях раннего выявления туберкулеза, составляется годовой план проведения профилактических обследований в целях раннего выявления туберкулеза, который согласовывается с территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Сводный план профилактических обследований населения в целях раннего выявления туберкулеза по субъекту РФ утверждается органом исполнительной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан.

Контроль за своевременным прохождением сотрудниками организации профилактических осмотров на туберкулез осуществляется руководством организации в соответствии с установленными сроками. Руководство организации должно обеспечивать возможность прохождения сотрудниками, у которых в ходе профилактических осмотров выявлены признаки, указывающие на возможное заболевание туберкулезом, обследования в медицинской противотуберкулезной организации в целях уточнения диагноза.

По эпидемиологическим показаниям профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год:

- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулезной инфекции, в том числе лица, осуществляющие сопровождение больных туберкулезом иностранных граждан;
- лица, снятые с диспансерного учета в медицинских противотуберкулезных организациях в связи с выздоровлением, в течение первых трех лет после снятия с учета;
- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, в течение первых трех лет с момента клинического выздоровления;
- лица с ВИЧ-инфекцией;
- пациенты, состоящие на диспансерном наблюдении (в том числе профилактическом наблюдении) в наркологических и психиатрических специализированных медицинских организациях;
- подозреваемые и обвиняемые, содержащиеся в следственных изоляторах, и лица, заключенные под стражу, содержащиеся в исправительных учреждениях;
- лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений в течение первых 2 лет после освобождения;
- лица, по роду своей профессиональной деятельности имеющие контакт с подозреваемыми, обвиняемыми и лицами, заключенными под стражу;
- лица без определенного места жительства.

По эпидемиологическим показаниям профилактические медицинские осмотры проходят 1 раз в год:

- больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

- больные сахарным диабетом;
- больные онкогематологическими заболеваниями;
- лица, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию;
- иностранные граждане и лица без гражданства, в том числе осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации, беженцы, вынужденные переселенцы;
- лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства;
- работники организаций социального обслуживания;
- работники санаторно-курортных организаций, оздоровительных, спортивных и образовательных организаций для детей;
- сотрудники медицинских организаций;
- работники организаций по переработке и реализации пищевых продуктов, организаций бытового обслуживания населения, работники водопроводных сооружений;
- нетранспортабельные и маломобильные больные по клинико-эпидемиологическим показаниям (проводится микроскопическое исследование мокроты на кислотоустойчивой микобактерии).

Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулез проходят:

- лица, обратившиеся в медицинские организации за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;
- лица из окружения детей, у которых выявлена измененная чувствительность к туберкулину при проведении туберкулиновой пробы Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) очищенного туберкулина в стандартном разведении и к аллергенам туберкулезным, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;
- лица, обратившиеся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения и поступающие на стационарное лечение (при экстренном поступлении пациентов на стационарное лечение, профилактическое обследование на туберкулез, по возможности, проводится в условиях стационара), если с даты последнего профилактического обследования на туберкулез прошло более 1 года;
- лица, допущенные в детские медицинские организации в целях осуществления ухода за детьми, находящимися на стационарном лечении, если с даты последнего профилактического обследования на туберкулез прошло более 1 года;
- лица, приезжающие в субъект РФ из иных субъектов РФ для поступления на работу, на постоянное или временное проживание, если с момента последнего флюорографического обследования прошло более года;
- лица, проживающие совместно с беременными женщинами, если к сроку предстоящих родов пройдет 1 год и более с момента предыдущего флюорографического обследования;
- граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;

- лица, у которых диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен впервые, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев, а также больные ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений (4А–4В) или больные ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4 лимфоцитов менее 350 кл/мкл;
- абитуриенты при поступлении на обучение, у которых от даты последнего профилактического обследования в целях раннего выявления туберкулеза прошел 1 год и более;
- лица без определенного места жительства — при любом обращении в учреждения социальной защиты или здравоохранения, если отсутствуют сведения о прохождении профилактического обследования на туберкулез или с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;
- лица, употребляющие психоактивные вещества и препараты, лица, не входящие в группу профилактического наркологического учета, при выявлении сотрудниками органов внутренних дел в случае отсутствия сведений о профилактических осмотрах на туберкулез за последний год;
- иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на временное проживание на территории РФ, вида на жительство, гражданства или разрешения на работу в РФ;
- лица, в отношении которых имеются данные, полученные в ходе эпидемиологического обследования очага туберкулеза, о наличии контакта с больным туберкулезом.

Руководителями МО обеспечивается планирование, организация и проведение профилактических медицинских осмотров на туберкулез по данным индивидуального учета населения, а также представление соответствующих отчетов в медицинские организации по профилю «фтизиатрия».

Ежегодный охват взрослого населения профилактическими рентгенофлюорографическими обследованиями должен составлять не менее 65 % от численности населения, прикрепленного к медицинской организации, осуществляющей профилактические обследования на туберкулез.

Контроль за индивидуальным учетом профилактических медицинских осмотров населения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и выполнении плана профилактических медицинских осмотров населения на туберкулез осуществляется медицинской противотуберкулезной организацией.

Организация прохождения профилактических медицинских осмотров на туберкулез обеспечивается на руководителей организаций по месту работы, учебы, проживания, нахождения лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру на туберкулез.

Диагноз «туберкулез» подтверждается медицинской противотуберкулезной организацией, принимающей решение в отношении больного о госпитализации, лечении и диспансерном наблюдении. О принятом решении больной информируется письменно в течение 3 календарных дней со дня постановки на диспансерный учет.

Учет и регистрация больных туберкулезом

Учету и регистрации при ведении федерального государственного статистического наблюдения подлежат:

- лица, больные активной формой туберкулеза;

- лица, нуждающиеся в уточнении активности туберкулезного процесса или в дифференциальной диагностике туберкулеза;
- лица с неактивной формой туберкулеза в течение первых 3 лет со дня клинического излечения;
- лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом людьми;
- специалисты в области ветеринарии; работники хозяйств, неблагополучных по заболеваемости туберкулезом животных; другие категории населения, имеющие контакт с больными туберкулезом животными;
- дети, впервые инфицированные микобактериями туберкулеза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;
- дети с измененными результатами иммунодиагностики туберкулезной инфекции;
- дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулезной вакцины;
- лица, больные активной формой туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- лица в течение трех лет со дня клинического излечения от туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- с впервые выявленной активной формой туберкулеза иностранные граждане и лица без гражданства.

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

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

На каждый очаг туберкулеза специалистами медицинских противотуберкулезных организаций и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза в двух экземплярах. Один экземпляр должен находиться в территориальной медицинской организации по профилю «фтизиатрия», второй — в территориальном органе, осуществляющем федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для оформления результатов динамического наблюдения за очагом.

Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза у впервые выявленного больного и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляется противотуберкулезным диспансером субъекта РФ.

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

При проектировании или реконструкции зданий и помещений медицинских противотуберкулезных организаций в целях обеспечения биологической безопасности, способствующей снижению содержания в воздухе аэрозоля возбудителя туберкулеза должны быть предусмотрены отдельные системы вентиляции в палатах больных, кабинетах сотрудников и бактериологических лабораториях, преобладание вытяжки над притоком, вытяжные вентиляционные системы должны быть оборудованы устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

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

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

Отходы медицинских противотуберкулезных организаций, относящиеся к медицинским отходам класс Б и В, обеззараживаются и удаляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями СанПиН 2.1.3684-21⁴.

Заключительная дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится специализированными организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология», с последующим косметическим ремонтом. Заключительную дезинфекцию в медицинских противотуберкулезных организациях проводят не менее 1 раза в год, а также перед сносом или перепрофилированием здания. Текущая дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится персоналом этих учреждений.

Пациенты во время нахождения на лечении в медицинских противотуберкулезных организациях обязаны соблюдать режим и правила поведения и личной гигиены для пациентов таких организаций, выполнять назначения и не препятствовать проведению обследования и лечения. Пациенты с бактериовыделением при выходе из палат должны надевать индивидуальные средства защиты органов дыхания, медицинские маски, препятствующие попаданию возбудителей туберкулеза в окружающую среду.

Сотрудники медицинских противотуберкулезных организаций должны использовать при работе с пациентами специальную рабочую и защитную одежду, средства индивидуальной защиты, в том числе сертифицированные респираторы класса защиты FFP 2 и FFP 3, а также должны быть обеспечены необходимыми санитарно-бытовыми помещениями, в том числе душевыми. Не допускается стирка специальной одежды работников медицинских противотуберкулезных организаций на дому.

Руководителями медицинских организаций осуществляется:

⁴ СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 3.

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

Организация и проведение иммунизации населения против туберкулеза

Плановая массовая иммунизация детского населения против туберкулеза проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок или по индивидуальному плану после отмены противопоказаний или прибытия из стран, где не проводятся прививки против туберкулеза.

В медицинской организации проводится учет детей, не привитых против туберкулеза в родильном доме, с последующей иммунизацией их в условиях детских поликлиник. МО осуществляется наблюдение за детьми, не привитыми против туберкулеза, до их иммунизации против туберкулеза. Руководитель МО обеспечивает проведение ежемесячного анализа иммунопрофилактики, обоснованности вновь оформленных и имеющихся медицинских противопоказаний к иммунизации против туберкулеза, осложнений на прививки против туберкулеза среди детского населения на территории обслуживания.

Иммунизация против туберкулеза и интерпретация постпрививочного знака проводится медицинскими работниками, прошедшим соответствующую подготовку и получившим справку-допуск. Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация). Сведения об иммунизации и данные наблюдений заносятся в медицинскую документацию.

Для проведения иммунизации против туберкулеза выделяется день недели, когда другие виды иммунизации, а также проба Манту не проводится.

Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (трем антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.

Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев. При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее 1 месяца, второе — в возрасте не менее 4–6 месяцев) вакцинация против туберкулеза проводится на общих основаниях.

Иммунизация против туберкулеза не проводится детям при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и с подтвержденной ВИЧ-инфекцией.

Ревакцинация против туберкулеза проводится детям с отрицательной реакцией на пробу Манту в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Перед проведением прививки врачом (фельдшером) проводится медицинский осмотр.

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

Медицинскими организациями и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляется учет местных, общих реакций и поствакцинальных осложнений на прививки против туберкулеза. По факту регистрации поствакцинального осложнения в медицинской организации, осуществляющей иммунизацию, проводится эпидемиологическое расследование при участии специалистов медицинской организации профиля «фтизиатрия» и специалистов органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

РАЗДЕЛ

3

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Инфекционные заболевания вносят существенный вклад в заболеваемость и временную утрату трудоспособности населения РФ. Превышение среднесуточного показателя заболеваемости в 2024 г. отмечается в отношении гемофильной инфекции — в 13,4 раза, кори — в 11 раз, краснухи — в 6 раз, коклюша — в 4,5 раза, эпидемического паротита — в 3,5 раза, гриппа — в 3 раза, норовирусной инфекции — в 1,8 раза, энтеровирусных инфекций — в 1,5 раза.

В 2024 г. экономический ущерб только от 30 инфекционных болезней без учета социально значимых инфекционных заболеваний составил около 1024,8 млрд руб. Наибольшая экономическая значимость сохранилась для следующих заболеваний и групп заболеваний: острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными и установленными инфекционными возбудителями, грипп, ротавирусная инфекция.

3.1. ГРИПП И ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Общая характеристика

Острая респираторная инфекция (ОРИ) представляет собой остропротекающую, в большинстве случаев самоограничивающуюся инфекцию респираторного тракта, проявляющуюся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности. Под острой респираторной инфекцией понимаются следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

ОРИ является самой распространенной группой инфекционных болезней с широким спектром инфекционных агентов. ОРИ преимущественно вызывают вирусы, относящиеся к 7 семействам: ортомиксовирусы (вирусы гриппа), парамиксовирусы (респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа человека 1–4), коронавирусы, пикорнавирусы (риновирусы), аденовирусы, парвовирусы (бокавирус), хантавирусы и др.

Грипп входит в группу ОРИ и является острой вирусной инфекционной болезнью с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризуется острым началом, лихорадкой (с температурой 38 °С и выше), общей интоксикацией и поражением дыхательных путей. В редких случаях возможно заражение человека непосредственно вирусами гриппа животных. В этих случаях течение заболевания преимущественно тяжелое или средней степени тяжести.

Вирус гриппа в воздухе сохраняет жизнеспособность и инфекционную активность в течение нескольких часов, на поверхностях — до 4 календарных дней. Вирус гриппа А теряет активность при воздействии многих веществ: 70-процентный этанол и хлорактивные вещества инактивируют вирус в течение 10 мин. Высыхание приводит к полной инаktivации вируса. Вирус вне тканей и органов инаktivируется полностью при 56 °С в течение 3 часов, при 60 °С в течение 30 мин, при 121 °С — менее 15 мин (автоклавирование). В подстилке вирус полностью инаktivируется в течение 10 календарных дней. Ультрафиолетовое излучение с энергией 80 мегаджоулей (МДж, mJ) инаktivирует вирус гриппа в течение 4 ч.

Подтвержденным считается случай гриппа после лабораторного подтверждения диагноза (любыми стандартизованными в РФ методами, рекомендованными для диагностики гриппа или проведенными с использованием разрешенных медицинских изделий для диагностики

гриппа). Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая.

Ситуация по заболеваемости гриппом и ОРИ оценивается как благополучная, если за анализируемую неделю показатели заболеваемости оказываются ниже эпидемических порогов. Суммарный уровень заболеваемости гриппом и ОРИ, получаемый расчетным методом на основании среднесезонных данных в конкретный период времени, на конкретной территории, для совокупного населения и отдельных возрастных групп (эпидемический порог), рассчитывается органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с периодическим обновлением. В частности по 11 регионам РФ с 18 по 24 ноября 2024 года было отмечено максимальное превышение эпидемического порога заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями на 20 %.

Предвестниками осложнения эпидемической ситуации по гриппу и ОРИ в данном эпидемическом сезоне для данной территории следует считать превышение в отдельных возрастных группах или среди населения в целом эпидемических порогов заболеваемости гриппом и ОРИ за анализируемую неделю в сравнении с эпидемическим порогом заболеваемости гриппом и ОРИ для соответствующей недели.

Темп прироста заболеваемости гриппом и ОРИ в анализируемую неделю по отношению к предыдущей (в каждой возрастной группе и по совокупному населению) более 20 % и выше служит дополнительным признаком осложнения эпидситуации по гриппу и ОРИ на территории. Признаком окончания эпидемии является снижение интенсивного показателя заболеваемости гриппом и ОРИ до уровня эпидемического порога.

Информация о выявленных случаях заболевания гриппом и ОРИ передается МО, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в еженедельном, а в период эпидемического неблагополучия — в ежедневном режиме.

При возникновении в дошкольных образовательных организациях, медицинских организациях, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях социального обеспечения 5 и более случаев с симптомами острой респираторной инфекции (гриппа или ОРИ), связанных между собой инкубационным периодом (в течение 7 дней), медицинский персонал указанных организаций информирует об этом территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Выявление лиц больных гриппом и ОРИ

Выявление больных гриппом и ОРИ и лиц с подозрением на эти заболевания проводится медицинскими работниками медицинских организаций и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность:

- при обращении к ним населения за медицинской помощью;
- при оказании населению медицинской помощи на дому;
- при ежедневном приеме детей в организации, осуществляющие образовательную деятельность;
- при медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больным гриппом.

Для подтверждения диагноза «грипп» и ОРИ используются различные, разрешенные к применению в РФ методы или диагностические наборы, позволяющие подтвердить наличие маркеров вирусов или идентифицировать инфекционный агент. Лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа и ОРИ проводится при:

- госпитализации больного по поводу острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые формы заболевания, нетипичная клиническая картина заболевания);
- заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и других);
- регистрации очагов ОРИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах детей и взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевания лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.

В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.

Мероприятия в отношении источника инфекции

Госпитализации подлежат больные с признаками гриппа и ОРИ с тяжелым или среднетяжелым течением заболевания, а также с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и другие).

В направлениях на госпитализацию больных с подозрением на грипп указывают наличие профилактической прививки против гриппа, актуальной для текущего эпидемического сезона. Госпитализированным больным проводят лабораторную диагностику.

Изоляцию больного гриппом и ОРИ проводят до исчезновения клинических симптомов, но не менее 7 календарных дней с момента появления симптомов респираторной инфекции. Выписка переболевших осуществляется по клиническому выздоровлению.

Среди контактных лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ, своевременно проводят выявление больных или лиц с подозрением на заболевания гриппом и ОРИ.

В очагах гриппа и ОРИ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинский персонал ежедневно в течение 7 календарных дней после изоляции последнего больного гриппом и ОРИ проводит осмотры детей, общавшихся с больным гриппом и ОРИ, с термометрией 2 раза в день и осмотром зева. Результаты обследования должны быть зарегистрированы. С целью предупреждения распространения заболевания гриппом в коллектив не принимают новых детей и не переводят в другие коллективы.

Для персонала групп с установленным медицинским наблюдением соблюдение масочного режима со сменой масок каждые 3–4 часа работы. Персонал с признаками заболевания гриппом и ОРИ не допускается к работе с детьми. В детский коллектив персонал допускается только после клинического выздоровления, но не ранее 7 календарных дней с момента появления симптомов заболевания.

Медицинскими организациями обеспечивается:

- предоставление информации о заболеваниях гриппом и ОРИ и результатах лабораторных исследований по диагностике гриппа и идентификации возбудителей ОРИ в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- выявление лиц с признаками гриппа и ОРИ и лабораторная диагностика заболеваний;
- забор и доставка материалов от больных гриппом и ОРИ в лаборатории, выполняющие мониторинговые исследования по определению возбудителей сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежением за циркуляцией вирусов гриппа;
- госпитализация лиц с признаками гриппа и ОРИ;
- проведение первичных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекции;
- подготовка кадров медицинских и других организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ.

В период эпидемии гриппа и ОРИ в медицинских организациях развертываются дополнительные отделения для больных гриппом (с подозрением на грипп) с отдельным входом, гардеробной, регистратурой, кабинетом доврачебного осмотра, кабинетом для взятия крови и другими необходимыми кабинетами. В развернутых отделениях вводится дезинфекционный режим, соответствующий режиму инфекционного стационара.

Меры профилактики

На основании анализа эпидемической обстановки по гриппу и ОРИ на территории субъекта РФ, учреждениях, организациях и предприятиях проводятся дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению распространения гриппа и ОРИ включающие:

- проведение гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям экстренной неспецифической профилактики с использованием иммунобиологических препаратов и противовирусных химиопрепаратов, индукторов интерферона;
- ограничение или запрещение проведения массовых культурных, спортивных и других мероприятий;
- введение ограничительных мероприятий (или запрещение) как в целом по субъекту РФ, так и избирательно в муниципальных образованиях (городах, районах при отсутствии превышения в целом по субъекту) при превышении порогового уровня заболеваемости гриппом среди совокупного населения более 20 %;
- принятие решения о приостановлении учебного процесса в организациях, осуществляющих образовательную деятельность (досрочном роспуске на каникулы или их продлении) в случае отсутствия по причине гриппа и ОРИ 20 % и более детей;
- наблюдение за санитарно-гигиеническим состоянием организаций, учебных заведений, в местах скопления людей;

- оценка противозидемического режима в МО, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, оздоровительных организациях и организациях социальной защиты (проведение термометрии и осмотра с целью выявления больных, наблюдение за соблюдением температурного режима, режимов текущей дезинфекции, обеззараживание воздушной среды, ношение медицинских масок и другие), а также прекращение допуска посетителей к больным в стационары, учреждения с круглосуточным пребыванием детей и взрослых (дома ребенка, детские дома и другие);
- развертывание отделений для приема больных с подозрением на заболевание гриппом в поликлиниках или перевод поликлиник на обслуживание на дому;
- поэтапное перепрофилирование соматических стационаров для госпитализации больных гриппом;
- направление в поликлиники дополнительного медицинского персонала из числа клинических ординаторов, студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений;
- выделение дополнительного автотранспорта для обслуживания больных на дому и доставке медикаментов из аптек;
- активизация всех видов санитарно-просветительной работы с акцентом на профилактику заражения гриппом и оказания помощи больным.

Специфическая профилактика гриппа

Специфическая профилактика гриппа осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов. Цель вакцинации — не полная ликвидация гриппа, как инфекции, а снижение заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии.

В первую очередь вакцинации против гриппа в предэпидемический период подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет, прежде всего проживающие в учреждениях социального обеспечения;
- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ (ожирение), болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма), хроническими заболеваниями печени и почек;
- женщины во 2-м и 3-м триместре беременности (только инактивированными вакцинами);
- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;
- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и/или находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);
- школьники, студенты;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и других людей с многочисленными производственными контактами;
- детей, получающих аспиринотерапию;

- медицинские работники, воинские контингенты.

С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа в группах риска должен быть не менее 75 %, охват прививками против гриппа населения в целом по стране и по субъектам РФ в отдельности — не менее 45 %.

Профилактические прививки проводятся лицам, не имеющим противопоказаний в порядке, установленном законодательством РФ в соответствии с инструкцией по применению лекарственных иммунобиологических препаратов. При проведении массовой предсезонной вакцинации против гриппа допускается проведение профилактических прививок на дому прививочными бригадами.

Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ

Для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРИ используются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории РФ. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

- экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;
- сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период, с применением иммунокорректирующих препаратов курсами разной продолжительности;
- санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.

Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций.

3.2. КОРЬ, КРАСНУХА И ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

Общая характеристика

Корь представляет собой острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме кашлем и/или насморком, конъюнктивитом, общей интоксикацией, поэтапным высыпанием пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментацией. Вирус кори является представителем семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus. Вирусные частицы сферической формы имеют размер 120–250 нм.

Краснуха представляет собой инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме непродолжительной мелкой пятнисто-папулезной сыпью, отсутствием интоксикации, лимфаденопатией, увеличением заднешейных лимфоузлов, редко — артралгией. Вирус краснухи относится к семейству Togaviridae и является единственным представителем рода Rubivirus.

Врожденная краснушная инфекция (ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

Синдром врожденной краснухи (СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз, снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

Эпидемический паротит представляет собой это острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез. Вирус эпидемического паротита относится к парамиксовирусам (семейство Paramyxoviridae, род Rubulavirus), антигенно близок к вирусу парагриппа. Возбудитель неустойчив во внешней среде и быстро разрушается под воздействием различных химических и физических факторов.

В эпидемиологическом отношении выделяются следующие случаи кори, краснухи и эпидемического паротита:

- «Подозрительным» считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных вышеперечисленных клинических признаков кори, или краснухи, или эпидемического паротита.
- «Подтвержденным» считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

Как и вирус кори, вирус краснухи серологически монотипичен, и его генетическое разнообразие позволяет выделять разные генетические генотипы и варианты.

Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (IgG).

На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой, заполняется карта эпидемиологического расследования. После лабораторной верификации и установления окончательного диагноза заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (ННМЦ). Отчет о мероприятиях в очаге кори направляется в адрес ННМЦ после завершения наблюдения за контактными в течение инкубационного периода от первого дня сыпи последнего заболевшего корью.

Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте РФ, ежемесячно представляют в РЦ и ННМЦ отчет о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом.

Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной централизованной информационной системе инфекционных заболеваний (ЦИСИЗ). Ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ. Сведения о регистрации случаев заболевания корью, краснухой и эпидемическим паротитом на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

Лабораторная диагностика

Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяется серологический метод. В качестве стандартного теста используется определение иммуноглобулина класса М (IgM) антител методом иммуноферментного анализа (ИФА). В дополнение к обнаружению антител класса М могут определяться четырехкратное увеличение уровня специфических IgG-антител и молекулярно-генетический метод исследования.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических IgM антител методом ИФА является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь», «краснуха», «эпидемический паротит».

Исследование на корь и краснуху проводится в вирусологических лабораториях РЦ.

При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

Взятие крови для исследований осуществляется на 4–5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10–14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка).

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь» или «краснуха», «эпидемический паротит».

Молекулярно-генетический метод применяется для определения генотипа возбудителя кори или краснухи для выявления импортированных случаев кори/краснухи и доказательства элиминации этих инфекций в стране, отсутствия циркуляции эндемичных генотипов вирусов кори/краснухи, для чего на 1–3 календарный день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому — медицинскими работниками МО, поставившими диагноз. Оптимальными сроками взятия крови для исследования являются 4–5 календарный день при кори, 6–7 календарный день при краснухе с момента появления сыпи.

Клинические образцы от пациентов с подозрением на корь и краснуху для серологических исследований доставляют в РЦ, для молекулярно-генетических исследований — в ННМЦ.

Госпитализация больных лиц

Источники инфекции — больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) — подлежат госпитализации в случаях:

- тяжелого клинического течения заболевания;

- независимо от формы течения заболевания — лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых;
- лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах);
- при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу), не болевшие и не привитые против этих инфекций.

В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

- 5 календарных дней с момента появления сыпи при кори;
- 7 календарных дней с момента появления сыпи при краснухе;
- 9 календарных дней при эпидемическом паротите.

Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию.

Эпидемиологический очаг считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2–4 недели.

За лицами, общавшимися с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

Иммунизация против кори и эпидемического паротита

В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица без ограничения возраста, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее,

непривитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица старше 6 лет, привитые против кори однократно.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 ч с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, непривитые или не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита.

Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против кори или эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению.

Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, дата выпуска, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения внутрибольничного распространения инфекции.

Вакцинопрофилактика

Основным методом защиты населения от кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Детям и взрослым, получившим прививки в рамках Национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены антитела к соответствующему возбудителю, прививки против кори, краснухи и эпидемического паротита проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов.

Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против кори, краснухи, эпидемического паротита детей в декретированных возрастах — не менее 95 %;
- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18–25 лет — не менее 90 %;

- вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18–35 лет — не менее 90 %;
- вакцинацией против кори лиц декретированных профессий 18–55 лет — не менее 90 %.

Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы федерального государственного наблюдения: форма № 5 «Сведения о профилактических прививках» (месячная, годовая) и форма № 6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» (годовая).

3.3. ВЕТРЯНАЯ ОСПА И ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

Общая характеристика

Ветряная оспа, представляет собой острое вирусное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи, умеренно выраженной лихорадкой и симптомами общей интоксикации, преимущественно доброкачественным течением. Опоясывающий лишай развивается у 10–20 % пациентов, ранее перенесших ветряную оспу, и представляет собой заболевание, возникающее в результате активации в организме возбудителя ветряной оспы, проявляющееся воспалением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев, а также лихорадкой, общей интоксикацией и везикулезной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

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

Резервуаром и источником ВЗВ при ветряной оспе и опоясывающем лишае является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Период, в течение которого больной может заразить окружающих его лиц, длится с конца инкубационного периода и до истечения 5 календарных дней с момента появления последних элементов сыпи (макул). Индекс контагиозности (заразительности) составляет в среднем 0,75–0,90. Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 календарного дня (в среднем 13–17 календарных дней).

Механизм передачи ВЗВ, преимущественно аспирационный (аэрогенный), реализуется воздушно-капельным и контактным путями. Возможна трансплацентарная передача ВЗВ — от больной матери к плоду. При опоясывающем лишае вирус может персистировать в организме многие годы.

Распространенность болезни имеет повсеместный характер. Ветряная оспа проявляется типичной, атипичной и стертой клиническими формами, но может проявляться в инapparантной (бессимптомной) форме, в таком случае диагноз устанавливается по результатам лабораторных исследований.

Беременные относятся к группе риска развития заболеваний, связанных с ВЗВ. Случаи заболевания ветряной оспой новорожденных до 11 календарного дня жизни должны считаться врожденной инфекцией. К врожденным формам ветряной оспы относятся синдром врожденной ветряной оспы (СВВО) и неонатальная (врожденная) ветряная оспа.

Неонатальная (врожденная) ветряная оспа развивается при заболевании беременной женщины менее чем за 10 календарных дней до родов. Тяжесть течения неонатальной (врожденной) ветряной оспы определяется сроками инфицирования. В случае заболевания ветряной оспой бере-

менной за 5–10 календарных дней до родов первые клинические признаки у новорожденного появляются сразу после рождения.

Больной опоясывающим лишаем является источником ВЗВ и представляет эпидемиологическую опасность, в отношении него проводятся такие же профилактические и противоэпидемические мероприятия, как и в отношении больного ветряной оспой.

Иммунитет к ветряной оспе формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этой инфекции. Показателем наличия иммунитета к ВЗВ является присутствие в крови специфических IgG в иммунологически значимом титре (коэффициент позитивности (КП) более 0,81).

Лабораторное исследование

Лабораторные методы исследования в МО используются для диагностики атипичных и стертых форм заболевания, для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися везикулезной сыпью (в том числе инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса, ящуром, энтеровирусной инфекцией, стрептодермией, патогенными для человека ортопоксвирусами). Показаниями для лабораторного обследования на инфекцию являются: подозрение на ветряную оспу у привитого против этой инфекции лица, подозрение на повторное заболевание ветряной оспой.

Материалом для лабораторного исследования, в зависимости от клинических проявлений и локализации инфекционного процесса, служит:

- содержимое везикул;
- сыворотка крови;
- спинномозговая жидкость;
- отделяемое носоглотки.

Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ветряной оспы, являются:

- выявление ДНК ВЗВ с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (содержимом везикул, смывах со слизистой носоглотки, спинномозговой жидкости);
- выявление иммуноглобулинов класса М (далее — IgM) или низкоавидных IgG к ВЗВ в сыворотке крови;
- нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10–14 календарных дней (метод парных сывороток) при исследовании методом иммуноферментного анализа (ИФА) или в реакции связывания комплемента (РСК);
- выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенное серебрение по Морозову мазках содержимого везикул при световой или электронной микроскопии;
- положительная проба Цанка — выявление многоядерных гигантских клеток в соскобе с основания везикулы, помещенном на предметное стекло, фиксированном 95-процентным спиртом и окрашенном по методу Романовского — Гимзы;
- обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках содержимого везикул с помощью иммунофлюоресцентного метода (ИФ метода);

- выделение вируса из биологического материала (в том числе содержимого везикул, соскобов со слизистых оболочек и кожи, крови, ликвора) на чувствительных (эмбриональных) культурах клеток с последующей его идентификацией в РСК или ПЦР.

Клиническая диагностика и критерии постановки диагнозов

Эпидемиологически случаи ветряной оспы подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные» случаи:

- «подозрительным» считается случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько клинических признаков, один из которых — поражение кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи;
- «вероятным» считается случай острого заболевания, при котором имеются один или несколько клинических признаков ветряной оспы и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем этой инфекции;
- «подтвержденным» считается случай заболевания ветряной оспой после лабораторного подтверждения диагноза.

В случае проявления ветряной оспы в атипичной или стертой форме при наличии лабораторного подтверждения заболевание классифицируется как «подтвержденное».

При отсутствии возможности проведения лабораторных исследований в медицинской организации или отсутствии показаний к их проведению «подозрительный» или «вероятный» случай классифицируется как «подтвержденный».

Окончательный диагноз ветряной оспы устанавливается на основании клинических данных и при наличии лабораторного подтверждения диагноза или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

Изоляция и госпитализация больных

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

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

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

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

В направлениях на госпитализацию больных опоясывающим лишаем (или лиц с подозрением на это заболевание), кроме анкетных данных, указываются первоначальные симптомы, сведения о перенесенном в прошлом заболевании ветряной оспой или опоясывающим лишаем, о профилактических прививках против ветряной оспы, а также о проведенном лечении.

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

Допуск реконвалесцента ветряной оспы или опоясывающего лишая в коллектив разрешается после его клинического выздоровления, но не ранее шестого дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи независимо от наличия вторичных случаев ветряной оспы в очаге. Диспансерное наблюдение за переболевшими ветряной оспой лицами не проводится.

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

- организует изоляцию и дальнейшее лечение заболевшего в соответствии с законодательством РФ (в зависимости от клинического состояния) в условиях инфекционного стационара (в боксе или боксированной палате стационара другого профиля) или направляет на амбулаторное лечение;
- организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшим (отделения, в которых заболевший находился или которые посещал в течение двух дней до появления клинических симптомов заболевания ветряной оспой и с начала заболевания) — в течение 21 календарного дня с момента изоляции больного (термометрия два раза в день, осмотр кожных покровов);
- организует среди пациентов, контактных с заболевшим, а также медицинского персонала отделений, в которых находился заболевший, выявление лиц, не болевших ветряной оспой, непривитых или имеющих незавершенный курс вакцинации (однократно привитых) против ветряной оспы;
- при необходимости организует серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе, организует экстренную профилактику;
- контактных лиц, не болевших ветряной оспой, непривитых (имеющих незавершенный курс вакцинации) против ветряной оспы, не имеющих защитного уровня иммунитета к ветряной оспе и не получивших экстренную иммунизацию, из числа персонала — отстраняет от работы с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим; из числа пациентов — изолирует на период с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим;
- при переводе в другие отделения и выписке пациентов, бывших в контакте с больным ветряной оспой, обеспечивает запись о наличии контакта и сроках наблюдения в медицинской документации (при выписке до окончания периода наблюдения информация о контакте по инфекции, вызванной ВЗВ, в стационаре передается в медицинскую организацию по месту жительства);

- прием новых пациентов в отделение в течение 21 календарного дня с момента изоляции заболевшего (или до завершения проведения противоэпидемических мероприятий) в плановом порядке осуществляется только при наличии у этих пациентов данных о защитном уровне иммунитета к ветряной оспе или документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или завершенном курсе вакцинации (при наличии двух прививок) против ветряной оспы.

Вакцинопрофилактика

Основным профилактическим мероприятием, направленным на защиту населения от ветряной оспы, является вакцинопрофилактика, которая обеспечивает создание иммунитета к этой инфекции. Иммунизация населения против ветряной оспы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также в рамках региональных календарей профилактических прививок.

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

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

Иммунизация таких лиц проводится при отсутствии симптомов, указывающих на недостаточность клеточного иммунитета и с учетом полной гематологической ремиссии (по результатам анализа крови), при уровне лимфоцитов не менее 1200/мм³. При необходимости вакцинации в острой фазе лейкоза терапию следует отменить на неделю до и после прививки. Вакцинация лиц, которым предстоит трансплантация органов, проводится за несколько недель до начала проведения терапии иммунодепрессантами.

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

- пациенты и воспитанники учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);
- женщины, планирующие беременность (не менее чем за 3 месяца);
- призывники;
- медицинские работники;

- работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, прежде всего, с круглосуточным пребыванием обслуживаемых лиц.

3.4. МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Общая характеристика

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

Возбудитель менингококковой инфекции — менингококк (*Neisseria meningitidis*), относится к III группе патогенности, неустойчив к различным факторам внешней среды: при температуре +50 °С погибает через 5 минут, при +100 °С — через 30 секунд; при температуре ниже +22 °С, а также при высушивании менингококк погибает в течение нескольких часов. Средняя выживаемость на предметах внешней среды 7,5–8,5 часов. Дезинфекционные средства оказывают на менингококк бактерицидное действие (погибает мгновенно).

Менингококк по структуре полисахаридной капсулы подразделяется на 12 серогрупп: А, В, С, Х, Y, Z, W, E, K, H, L, I.

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

В РФ показатель заболеваемости за последнее десятилетие не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15 %. Серогрупповая характеристика штаммов менингококка, выделенных от лиц с диагнозом ГФМИ, представлена преимущественно серогруппами А, В, С в равных долях, а также отмечается увеличение гетерогенности популяции менингококка, обусловленное ростом штаммов редких серогрупп (W, Y).

При спорадическом уровне заболеваемости в очагах регистрируется по 1 случаю ГФМИ, в исключительных случаях — по 2 случая ГФМИ и более.

Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек. Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку воздушно-капельным путем (в радиусе до 1 м от инфицированного лица). Инфицирование возбудителем менингококковой инфекции также возможно через предметы обихода (в том числе общие чашки и ложки) во время приема пищи.

Различают 3 группы источников менингококковой инфекции:

- больные ГФМИ (менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма);
- больные острым менингококковым назофарингитом;
- бактерионосители менингококка — лица без клинических проявлений, которые выявляются только при бактериоблогическом обследовании.

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

Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией отмечается в период формирования коллективов образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе после летних каникул, коллективов лиц, призванных на военную службу.

Группами риска инфицирования и заболевания менингококковой инфекцией являются:

- лица, подлежащие призыву на военную службу;
- лица, отъезжающие в эндемичные по менингококковой инфекции районы (в том числе паломники, военнослужащие, туристы, спортсмены, геологи, биологи);
- медицинские работники структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;
- медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающих с живой культурой менингококка;
- воспитанники и персонал учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);
- лица, проживающие в общежитиях;
- лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях;
- дети до 5 лет включительно (в связи с высокой заболеваемостью в данной возрастной группе);
- подростки в возрасте 13–17 лет (в связи с повышенным уровнем носительства возбудителя в данной возрастной группе);
- лица старше 60 лет;
- лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированных;
- лица, перенесшие кохлеарную имплантацию;
- лица с ликвореей.

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

Выявление, учет, регистрация и лабораторная диагностика

Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом проводятся по общим положениям по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней.

Для лабораторной диагностики ГФМИ применяются бактериологический, молекулярно-генетический и серологический методы исследования. Приоритетным является использование в качестве биологического материала спинномозговой жидкости и крови.

Бактериологическое исследование является обязательным этапом лабораторной диагностики ГФМИ и заключается в получении культуры возбудителя менингококковой инфекции, ее идентификации до вида, определения серогруппы путем выявления группоспецифического антигена (капсульного полисахарида) и чувствительности к антибактериальным препаратам. Важнейшей составляющей лабораторной диагностики ГФМИ является использование экспресс-метода (реакции латекс-агглютинации) для выявления специфического антигена. Положительный результат экспресс-метода позволяет в срок не более 20 минут установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.

Вакцинопрофилактика

Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок. Предпосылками осложнения эпидемиологической ситуации являются:

- увеличение заболеваемости ГФМИ в 2 раза по сравнению с предыдущим годом;
- увеличение доли детей старшего возраста, подростков и лиц в возрасте 18–25 лет в общей возрастной структуре заболевших в 2 раза;
- выраженный (в 2 и более раз) рост случаев заболеваний в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, среди студентов первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (в том числе среди приезжих студентов, проживающих в общежитиях);
- появление очагов с двумя и более случаями заболеваний ГФМИ;
- постепенное изменение серогрупповой характеристики штаммов менингококка, выделенных из ликвора и/или крови больных ГФМИ и формирование монопрофильного по серогрупповой характеристике пейзажа штаммов менингококка с одновременным увеличением показателей заболеваемости.

При угрозе эпидемического подъема заболеваемости (появление предвестников осложнения эпидемиологической ситуации), вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

- дети до 8 лет включительно;
- студенты первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, прежде всего, в коллективах (группах), укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран.

При продолжающемся росте заболеваемости менингококковой инфекцией в целях укрепления популяционного иммунитета вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат учащиеся общеобразовательных организаций с 3 по 11 классы, взрослого населения (при обращении в медицинские организации).

3.5 ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ С СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ, ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Общая характеристика

Для острых кишечных инфекций (ОКИ) и отравлений токсинами микроорганизмов, преимущественно проявляющихся на этапе предварительной диагностики симптомокомплексом острой инфекционной диареи, до установления этиологии заболевания на основании комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, преимущественным механизмом передачи является фекально-оральный, реализуемый бытовым (контактно-бытовым), пищевым или водным путями передачи возбудителя. Для отдельных заболеваний (вирусные инфекции) возможна реализация аэрозольного механизма передачи инфекции.

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

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

На всех этапах выявления случаев ОКИ должна проводиться дифференциальная диагностика с патологией, сопровождающейся высокими прогностическими рисками для пострадавших (пневмонии, острая хирургическая и гинекологическая патология, ИБС, молниеносные формы инфекционных заболеваний, энтеральные интоксикации немикробной этиологии и иные). Обоснованные сомнения при дифференциальной диагностике должны трактоваться в пользу нозологий, сопровождающихся более высокими прогностическими рисками для пациента. Сведения о регистрации случаев заболеваний ОКИ на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика ОКИ осуществляется в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания.

Наличие показаний для исследования материала на патогенные биологические агенты (ПБА) I–II группы патогенности подлежит отражению в направлении на исследование. При отсутствии таких показаний, а также при необходимости индикации ПБА II группы без накопления биомассы возбудителя (иммунологические, молекулярно-генетические методы) лабораторные исследования материалов от больных ОКИ осуществляют лаборатории, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами III–IV групп патогенности.

При наличии показаний к проведению всех видов исследования материала на наличие патогенов I группы патогенности, а также проведении исследований по выделению из материала от больных возбудителей инфекции, связанных с накоплением биомассы возбудителей I–II группы патогенности, они проводятся в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с ПБА I–II группы патогенности.

Забор клинического материала осуществляется специалистами медицинских организаций, имеющими лицензию на данный вид деятельности, выявивших больного в день обращения и до начала этиотропного лечения. При стационарном или амбулаторном лечении пациента сбор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций, закрепленных территориально или ведомственно.

В очагах ОКИ с групповой заболеваемостью отбор материала от больных и контактных лиц осуществляется как сотрудниками медицинских организаций, так и сотрудниками организаций, обеспечивающих осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Объем и перечень материала определяется специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования. Забор и доставка клинического материала в лабораторию с целью установления этиологии заболевания и характеристики его возбудителя проводится в течение 24-х часов от момента выявления очага.

Исследование материала от пациентов со sporadic и групповой заболеваемостью ОКИ проводится на базе медицинских организаций. При выявлении специалистами государственного санитарно-эпидемиологического надзора очагов групповой заболеваемости или угрозы эпидемического распространения sporadic заболеваний биологический материал может запрашиваться для проведения лабораторных исследований учреждениями, обеспечивающими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Биологический материал от декретированного контингента в очагах групповой заболеваемости и образцы окружающей среды исследуется в лабораториях организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Генетическая субвидовая характеристика возбудителей ОКИ, осуществляемая в рамках эпидемиологических исследований, должна проводиться с предпочтительным применением стандартизованных протоколов, внедренных в современную международную практику и обеспечивающих эпидемиологическую валидность (конкордантность) получаемых результатов, воспроизводимость и необходимую разрешающую способность.

Диагноз ОКИ устанавливается на основании клинической симптоматики заболевания, результатов лабораторного исследования и эпидемиологических данных. Верификация конкретных нозологических форм ОКИ должна базироваться на применении соответствующих методов этиологической лабораторной диагностики.

В эпидемических очагах до 20 случаев заболеваний лабораторному исследованию подлежат все заболевшие. В более крупных очагах ОКИ для обнаружения этиологического агента допускается обследование репрезентативной выборки пострадавших, соответствующих определению типового случая заболевания для данного очага. У пострадавших, не включенных в данную выборку, при соответствии их клинико-эпидемиологическим критериям типового случая заболевания, этиологический диагноз может быть выставлен без лабораторного подтверждения.

Эпидемиологическое обследование и расследование

В эпидемических очагах ОКИ в период эпидемических подъемов заболеваемости ОКИ на определенных территориях организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

Медицинская организация, выявившая больного или носителя возбудителей ОКИ (установление или изменение диагноза), обязана направить экстренное извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

Эпидемиологическое расследование эпидемического очага ОКИ проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор с целью установления границ очага, выявления возбудителя ОКИ и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, условий, способствовавших возникновению очага, а также принятию мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.

Эпидемиологическое расследование включает определение типового случая заболевания, оценку достоверности наличия очага, формирование гипотезы о источниках и факторах передачи возбудителя, оценку ее достоверности с применением комплекса статистических и лабораторных методов исследования, комплексную интерпретацию результатов и разработку противоэпидемических и профилактических мероприятий. Объем и перечень необходимых работ определяет специалист, отвечающий за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный и окончательный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага. Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования очага.

В случае регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости, эпидемиологическое обследование очага проводят специалисты учреждений, обеспечивающих проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора с составлением карты эпидемиологического обследования и предоставления ее в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) очагов с единичными случаями заболеваний проводят при заболевании (носителе) ОКИ должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (декретированный контингент), а также при заболевании лиц (детей и взрослых), проживающих совместно с ними. Помимо этого, обследуются все множественные семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ОКИ.

В случае регистрации роста заболеваемости ОКИ на территории, выходящего за пределы типичных сезонных колебаний, органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимаются меры по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия и организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

Противоэпидемические мероприятия в очагах ОКИ и при эпидемическом подъеме заболеваемости ОКИ должны быть направлены:

- на источник инфекции (изоляция, госпитализация);
- на прерывание путей передачи инфекции;
- на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.

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

Осмотр и выявление больных в эпидемических очагах осуществляют врачи клинических специальностей (инфекционисты, терапевты, педиатры и другие). Активно выявленных лиц, с наличием клинической симптоматики заболевания и выделения патогена включают в общее число пострадавших в очаге. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, проводят медицинские работники по месту жительства или по месту работы контактного лица. За контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту, детьми, посещающими учебные заведения, детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации, медицинское наблюдение осуществляют не только по месту жительства, но и по месту работы (учебы, отдыха).

Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка, в стационарах — в историях болезни (при регистрации очага в стационаре). Длительность медицинского наблюдения составляет 7 календарных дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

Фактор передачи (выявленный на основании эпидемиологических или лабораторных исследований пищевой продукт или вода) исключают из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге. Лицам, подвергшимся риску заражения, может проводиться экстренная профилактика с назначением бактериофагов и антибактериальных средств в соответствии с инструкцией по применению препаратов. При наличии вакцин против возбудителя инфекции может проводиться иммунизация лиц, подвергшихся риску заражения или определенных контингентов из числа декретированных групп.

При возникновении потенциальной угрозы распространения ОКИ, в частности на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и другие) и социальных (отключение электроснабжения населенных пунктов, эпидемически значимых объектов, нарушения работы систем водоснабжения и канализации, перемещения беженцев и другие) явлений, противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на:

- организацию необходимых мероприятий на эпидемически значимых объектах, в первую очередь организаций пищевой промышленности, общественного питания, водопользования и других на конкретной территории с применением методов лабораторного контроля;
- организацию санитарно-эпидемиологического контроля в пунктах временного нахождения пострадавшего населения;
- активное выявление больных (носителей) среди лиц, относящихся к декретированным категориям;
- проведение иммунизации по эпидемическим показаниям;
- назначение средств экстренной профилактики лицам, подвергшимся риску заражения;
- проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных обработок эпидемически значимых объектов;
- разъяснительную работу с населением.

Допуск к работе лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, из числа декретированных категорий осуществляется после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом, проведенного через 1–2 календарного дня после окончания лечения в стационаре или на дому, если в отношении отдельных патогенов санитарно-эпидемиологическими требованиями не предусмотрено иное. При неустановленной этиологии ОКИ пациенты, относящиеся к данной категории, выписываются из стационара при клиническом выздоровлении и допускаются к работе не ранее 3 календарных дней со дня прекращения клинических проявлений острой фазы заболевания (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты).

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

При ОКИ проводят профилактическую и очаговую (текущую и заключительную) дезинфекцию. Профилактические дезинфекционные мероприятия в организованных коллективах детей и взрослых, а также в организациях пищевой промышленности, общественного питания, объектах торговли, реализующих пищевую продукцию, транспорте для перевозки пищевых продуктов, объектах водоснабжения проводят силами организаций или с привлечением сторонней организации, оказывающей услуги по дезинфекции, в комплексе с другими профилактическими и противозидемическими мероприятиями, осуществляемыми в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к устройству и содержанию этих мест.

Очаговую текущую дезинфекцию на объектах выполняет персонал учреждения или лицо, ухаживающее за больным на дому. Для проведения дезинфекции используют средства, зарегистрированные, имеющие декларацию соответствия, инструкцию по применению и разрешенные для дезинфекции при кишечных бактериальных и вирусных инфекциях и/или при паразитарных заболеваниях. Для проведения текущей дезинфекции выбирают средства с низкой ингаляционной опасностью, при использовании которых не требуется защита органов дыхания и которые разрешены для применения в присутствии больного.

Профилактики возникновения внутрибольничных очагов

Для профилактики возникновения внутрибольничных очагов ОКИ сотрудники медицинской организации должны проводить оперативное слежение и своевременное выявление случаев заноса или внутрибольничного инфицирования ОКИ среди пациентов, персонала или лиц по уходу за больными. В непрофильных по ОКИ отделениях запрещается госпитализация в течение 7 календарных дней новых пациентов в палату с выявленным больным. При госпитализации пациентов с ОКИ в профильные отделения соблюдается принцип поочередной загрузки палат. В случае выявления больного ОКИ проводится:

- немедленная отправка экстренного извещения в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- немедленная изоляция, перевод больного в инфекционное отделение или диагностические боксы (полубоксы) в профильном отделении;

- медицинское наблюдение в течение 7 календарных дней от момента выявления больного и однократное лабораторное обследование (для выявления носительства или бессимптомного течения заболевания) за лицами, подвергшимися риску инфицирования;
- заключительная дезинфекция;
- эпидемиологическое расследование случаев заноса или внутрибольничного инфицирования пациентов, персонала или лиц по уходу с выявлением факторов и путей передачи возбудителя инфекции; анализ информации, принятие административных решений.

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

- проводят изоляцию заболевших или их перевод в инфекционное отделение при отсутствии клинических противопоказаний;
- прекращают плановый прием пациентов в отделение(-я), где зарегистрирована групповая заболеваемость, и проводят медицинское наблюдение за контактными в течение 7 календарных дней от момента изоляции последнего заболевшего;
- проводят обследование персонала с применением лабораторных методов исследования (лиц, подвергшихся риску заражения, — по решению специалиста, отвечающего за проведение эпидемиологического расследования) для выявления возможного источника инфекции;
- при наличии соответствующих препаратов и эпидемиологических оснований проводят экстренную профилактику;
- минимизируют перемещения пациентов из палаты в палату, за исключением мероприятий по изоляции пострадавших, а также рассматривают возможность сокращения числа находящихся на госпитализации пациентов за счет ранней выписки с учетом общего состояния больных;
- закрытие отделений проводят по предписанию органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санитарные правила СП 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Утверждено постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 года г. № 4.
2. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
3. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». (в ред. от 13.07.2012 № 710, от 31.01.2020 № 66).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1420н от 31 декабря 2020 г. «Об утверждении перечня вредных и/или опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры».
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. 424 с.
6. Методические указания МУ 3.1.2.–24. Эпидемиологическое расследование очагов кори и краснухи. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. – 23 с.
7. Методические рекомендации МР 3.1.0140-18. Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных инфекций. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, М.: 2018. – 62 с.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н».
9. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 26.12.2024) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
10. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ (ред. от 05.12.2022) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выберете один правильный ответ

1. О каждом случае инфекционной болезни медицинские работники обязаны сообщить по телефону в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение:

- А. 6 часов;
- Б. 4 часов;
- В. 3 часов;
- Г. 2 часов.

2. О каждом случае инфекционной болезни медицинские работники обязаны сообщить в письменной форме в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение:

- А. 48 часов;
- Б. 16 часов;
- В. 12 часов;
- Г. 24 часов.

3. Каждый случай выявления инфекционной болезни подлежит регистрации и учету в:

- А. журнале экстренных извещений;
- Б. журнале учета инфекционных заболеваний;
- В. журнале учета посетителей;
- Г. истории болезни.

4. Внеплановая иммунизация граждан при эпидемиологическом неблагополучии, в очагах инфекционных болезней проводится на основании:

- А. постановления Главного государственного санитарного врача РФ;
- Б. постановления правительства РФ;
- В. указа Президента РФ;
- Г. решения межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии.

5. При неустановленной этиологии острой кишечной инфекции пациенты при клиническом выздоровлении допускаются к работе не ранее чем:

- А. 2 календарных дня;
- Б. 5 календарных дней;
- В. 3 календарных дня;
- Г. 7 календарных дней.

6. Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является:

- А. диагностические тесты на иммунодефицитное состояние;
- Б. выявление вируса в периферической крови;
- В. проведение обследования на антитела к ВИЧ и антиген р24;
- Г. симптоматика иммунодефицитного состояния.

7. При проведении постконтактной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией прием антиретровирусных препаратов должен быть начат согласно схемам профилактики не позднее:

- А. 4 сут.;
- Б. 3 сут.;
- В. 5 сут.;
- Г. 6 сут.

8. Инкубационный период при гепатите «В» в календарных днях составляет:

- А. 180–270;
- Б. 5–14;
- В. 15–30;
- Г. 45–180.

9. Инкубационный период при гепатите «С» чаще составляет:

- А. 6–8 недель;
- Б. 1–2 недели;
- В. 2–4 недели;
- Г. 16–18 недель.

10. Случаи заражения вирусным гепатитом «С» могут быть признаны связанными с оказанием медицинской помощи, если у пациента выявлен ANTI-HCV маркер не ранее чем:

- А. через 4 календарных дней после обращения;
- Б. через 14 календарных дней после обращения;
- В. через 7 календарных дней после обращения;
- Г. через 10 календарных дней после обращения.

11. С целью профилактики профессиональных заражений гепатитом «В» проводится вакцинация медицинских работников, у которых концентрация анти-HBS в крови:

- А. менее 16 мМЕ/мл;
- Б. менее 12 мМЕ/мл;
- В. менее 14 мМЕ/мл;
- Г. менее 10 мМЕ/мл.

12. О решении постановки на диспансерный учет с диагнозом «туберкулез» больной информируется медицинской организацией письменно в течение:

- А. 10 календарных дней;
- Б. 7 календарных дней;
- В. 5 календарных дней;
- Г. 3 календарных дня.

13. Медицинскими организациями профилактические осмотры взрослого населения с целью раннего выявления туберкулеза проводятся не реже:

- А. 1 раза в 2 года;
- Б. 1 раза в год;
- В. 1 раза в 3 года;
- Г. 1 раза в 5 лет.

14. По эпидемиологическим показаниям 2 раза в год профилактические медицинские осмотры на туберкулез проходят:

- А. иностранные граждане и лица без гражданства;
- Б. больные сахарным диабетом;
- В. лица с ВИЧ-инфекцией;
- Г. работники организаций социального обслуживания.

15. Ведущий путь распространения туберкулеза:

- А. алиментарный;
- Б. контактный;
- В. воздушно-капельный;
- Г. трансплацентарный.

16. Дополнительным признаком осложнения эпидемиологической ситуации по гриппу на определенной территории служит превышением эпидемиологического порога на:

- А. 5 %;
- Б. 10 %;
- В. 15 %;
- Г. 20 %.

17. В очагах гриппа и ОРИ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, после изоляции последнего больного ежедневно проводятся осмотры детей в течение:

- А. 14 календарных дней;
- Б. 10 календарных дней;
- В. 7 календарных дней;
- Г. 5 календарных дней.

18. С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа населения в целом по стране и по субъектам должен быть не менее:

- А. 30 %;
- Б. 45 %;
- В. 60 %;
- Г. 70 %.

19. Для лабораторной диагностики кори и краснухи в качестве стандартного теста используется определение методом иммуноферментного анализа:

- А. иммуноглобулина класса М;
- Б. иммуноглобулина класса D;
- В. иммуноглобулина класса Е;
- Г. иммуноглобулина класса А.

20. Случаи заболевания ветряной оспой новорожденных должны считаться врожденной инфекцией при заболевании до:

- А. 7 календарного дня жизни;
- Б. 9 календарного дня жизни;
- В. 11 календарного дня жизни;
- Г. 14 календарного дня жизни.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1	Г	11	Г
2	В	12	Г
3	Б	13	А
4	А	14	В
5	В	15	В
6	В	16	Г
7	Б	17	В
8	Г	18	Б
9	А	19	А
10	Б	20	В

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Тимошевский Александр Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента.

Научное электронное издание

Тимошевский Александр Анатольевич

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Учебное пособие

Корректор: В. С. Рожкова

Дизайнер-верстальщик Усанов А. В.

Объем данных 2,0 Мб

Дата подписания к использованию: 13.08.2025

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

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

